



LA PREVENTION DE LA DESINSERTION PROFESSIONNELLE DES SALARIES MALADES OU HANDICAPES

Pierre ABALLEA, Marie-Ange du MESNIL du BUISSON,
avec la participation d'Anne BURSTIN (IGAS)

Il n'existe pas de mesure directe du nombre de salariés risquant de perdre leur emploi à court ou moyen terme en raison d'un problème de santé ou d'un handicap, mais ce sont vraisemblablement 1 à 2 millions de salariés qui sont exposés à ce risque, soit 5 à 10 % d'entre eux. La mission de l'IGAS a réalisé un état des lieux des dispositifs visant à faciliter le maintien de ces salariés à leur poste de travail, leur reclassement sur un autre poste ou un reclassement externe sans attendre un licenciement pour inaptitude.

Faciliter le maintien en poste ou le reclassement peut mobiliser un grand nombre d'acteurs dont la coordination est complexe

Si les salariés et leurs employeurs sont les acteurs principaux du maintien en emploi, de nombreux autres acteurs interviennent, chacun avec leur logique propre : services de santé au travail, médecins et services hospitaliers, organismes de protection sociale, organismes paritaires de financement de la formation, organismes financés par les fonds pour l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés. Ces derniers subordonnent cependant leur intervention à la reconnaissance administrative d'un handicap, ce qui est un frein pour certains salariés qui craignent des conséquences négatives de ce « statut ».

Une vision globale orientée vers la sécurisation des parcours professionnels

La mission préconise une vision globale orientée vers la sécurisation des parcours professionnels, en misant sur deux acteurs-clefs :

- > les entreprises, ce qui renvoie au rôle de la négociation collective mais aussi au besoin très important d'information et de conseil des PME ;
- > les services de santé au travail, auxquels la loi attribue cette mission et qui sont présents sur l'ensemble du territoire, mais dont il faut renforcer le pilotage pour garantir une offre de services plus homogène.

L'information et les interventions doivent devenir plus précoces, notamment en incitant les médecins traitants à orienter vers les services de santé au travail leurs patients fragilisés et en améliorant les procédures de repérage des organismes d'assurance maladie.

Le dialogue social doit se développer sur ce thème et faciliter l'accès rapide aux dispositifs de droit commun d'aide à la reconversion, lorsqu'un reclassement sur le même poste n'est pas possible. Cela suppose que ce cas de figure soit pris en compte dans la réforme de la formation professionnelle en préparation.

Les services de santé au travail devraient être informés par les caisses d'assurance maladie sur les arrêts de travail, et incités à organiser des accompagnements structurés dans la durée. En cas de licenciement pour inaptitude, ils pourraient être sollicités durant quelques mois après l'inscription à Pôle emploi.

Enfin, les organismes d'assurance maladie pourraient soutenir un plus grand nombre de services hospitaliers dans la mise en place d'équipes dédiées à l'accompagnement du retour au travail de leurs patients, et expérimenter avec des services de santé au travail l'organisation conjointe de l'accompagnement pour le maintien en emploi.





Inspection générale
des affaires sociales

La prévention de la désinsertion professionnelle des salariés malades ou handicapés

RAPPORT TOME I

Établi par

Pierre ABALLEA

Marie-Ange du MESNIL du BUISSON

Avec la participation d'Anne BURSTIN

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

- Décembre 2017 –

- N°2017-025R -

SYNTHESE

Les actions de maintien dans l'emploi ou en emploi ont pour objectif de permettre à des personnes dont le handicap ou les problèmes de santé restreignent l'aptitude professionnelle de rester en activité, ou de la reprendre dès consolidation, soit par aménagement de leur emploi, soit par changement d'activité ou d'emploi. Le maintien dans l'emploi recouvre le maintien sur le poste, grâce à des aménagements, ou dans l'entreprise, grâce à un reclassement ; le maintien en emploi élargit le champ au reclassement dans une autre entreprise, voire à la réorientation professionnelle avec une logique de sécurisation du parcours professionnel. Le terme de prévention de la désinsertion professionnelle, également utilisé, apparaît très proche de celui de maintien en emploi. La mission a privilégié ce terme car il prend mieux en compte la nécessaire continuité entre prévention primaire, secondaire et tertiaire.

Il s'agit d'une problématique qui se situe au croisement de multiples champs de l'action publique, en mobilisant non seulement des mesures spécifiques en faveur de l'emploi des personnes en situation de handicap, mais aussi des dispositifs relevant des politiques du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle, de la santé et de la protection sociale.

La mission s'est centrée sur les dispositifs mobilisables en faveur d'un salarié relevant du code du travail, une fois le problème de santé avéré, que celui-ci soit d'origine professionnelle ou non.

Le maintien dans l'emploi est un axe ancien et récurrent des politiques pour l'emploi des personnes handicapées. C'est désormais un objectif qui s'inscrit durablement et de manière de plus en plus visible dans les plans de santé publique (notamment les plans santé mentale, plans maladies chroniques, plans cancer), et le dernier plan Santé au travail 2016-2020 y consacre un objectif opérationnel dédié, dans le prolongement des orientations du Conseil d'orientation des conditions de travail (COCT). La place accordée à cette thématique s'est également renforcée dans les conventions d'objectifs et de gestion des branches AT-MP et maladie. Cependant, les instances et modalités de pilotage de cette politique ne sont pas stabilisées, ni au niveau national ni au niveau régional où l'articulation entre chartes du maintien en emploi, plans régionaux d'insertion des travailleurs handicapés (PRITH) et programmes régionaux de santé au travail (PRST) mérite d'être clarifiée.

Principaux constats

Il n'existe aucune mesure directe du nombre de salariés en risque de désinsertion professionnelle. Lors des enquêtes emploi 2,3 millions de salariés sont considérés comme en situation de handicap « au sens large », c'est-à-dire en incluant ceux dont le handicap n'est pas reconnu administrativement mais qui déclarent un problème de santé durable et des difficultés importantes dans les tâches quotidiennes. En leur sein 0,9 million bénéficient d'une reconnaissance administrative du handicap. Il y a eu d'autre part en 2012 environ 850 000 avis d'aptitude avec réserve et 160 000 avis d'inaptitude prononcés par les médecins du travail pour des salariés du privé. Sur ces bases, à un moment donné, ce sont vraisemblablement **entre un et deux millions de salariés qui sont menacés à court moyen-terme par un risque de désinsertion professionnelle (soit 5 à 10 % des salariés)**. Cette population, mal cernée, est probablement appelée à croître avec le vieillissement de la population active.

Les pathologies ostéo-articulaires et les troubles mentaux et du comportement représentent 75 % des pathologies à l'origine des avis d'inaptitude, dont les deux tiers sont d'origine non professionnelle. Les salariés les plus concernés sont globalement moins qualifiés et plus âgés. Les métiers ouvriers sont particulièrement représentés, ainsi que les métiers des secteurs sanitaires et sociaux.

Il est souvent répété que 95 % des inaptitudes prononcées par les services de santé au travail aboutissent à un licenciement et que ceci signerait l'échec des politiques de maintien en emploi. Ce jugement doit être nuancé. D'une part, la constatation de l'inaptitude correspond de plus en plus à l'étape ultime des aménagements de postes et reclassements internes possibles, d'autre part une partie de ces salariés parvient à retrouver un emploi : dans une étude récente conduite en région Centre Val de Loire, seulement 13 % des salariés déclarés aptes avec restriction ou aménagement de poste sortent de leur entreprise et, si plus de 85 % de ceux déclarés inaptes sortent effectivement de leur entreprise, 36 % d'entre eux ont retrouvé un emploi au bout d'un an.

Les salariés et leurs employeurs sont les acteurs principaux du maintien en emploi. Dans le cadre normal de la relation de travail, une multitude d'ajustements se réalisent de manière informelle, au sein des collectifs de travail, pour prendre en compte les aléas de la vie personnelle et notamment les problèmes de santé.

Dans le cadre de ses obligations en matière de santé et sécurité au travail, l'employeur doit prendre en compte les préconisations de mesures individuelles d'aménagement de postes émises par le médecin du travail. Si un salarié est déclaré inapte à son poste de travail, ce n'est qu'en l'absence de possibilité de reclassement que l'employeur peut procéder à un licenciement pour inaptitude. Ces dispositions restent toutefois peu opérantes pour les salariés non titulaires d'un contrat à durée indéterminée, soit environ 15 % des salariés. Pour les salariés handicapés, la loi prévoit expressément une obligation permanente d'adaptation des postes de travail, sous réserve que les charges consécutives ne soient pas disproportionnées.

Même si ce cadre juridique protecteur joue un rôle important, une attitude constructive de l'employeur est indispensable pour trouver et mettre en œuvre des solutions concrètes. A cet égard, la palette des motivations et comportements observés est très large, en fonction des contraintes économiques, de la nécessité plus ou moins forte de fidéliser les salariés, de la place du dialogue social et des convictions personnelles des membres de la direction. Dans les petites et moyennes entreprises (soit 99 % des entreprises et 47 % de l'emploi salarié du secteur concurrentiel) la perspective d'un licenciement pour inaptitude est source d'insécurité juridique et économique et le besoin d'informations et de conseils est très important.

En matière de dialogue social, les thèmes du handicap et du maintien en emploi sont plutôt consensuels. Au niveau national, l'accent est mis sur la priorité à donner à la prévention primaire, pour limiter ou retarder l'apparition des difficultés les plus fréquentes (troubles musculo-squelettiques et risques psycho-sociaux), tout en améliorant aussi le maintien en emploi lorsque le problème de santé est avéré. Au niveau des branches et des entreprises, les représentants des salariés ne se sentent pas bien armés sur des questions considérées comme complexes et sensibles, qui restent souvent abordées par le biais de cas individuels.

La question de l'emploi des travailleurs handicapés est, pour les entreprises, la porte d'entrée la plus fréquente vers une réflexion sur le maintien en emploi. La négociation d'un accord agréé sur le handicap les conduit à élargir leur réflexion et leurs actions de maintien en emploi à l'ensemble des salariés en difficulté de santé.

L'entrée par le sujet Qualité de vie au travail (QVT) permet de traiter différentes problématiques, au-delà de celles généralement incluses dans les accords sur l'emploi des travailleurs handicapés. Il est encore rare que le thème du maintien en emploi figure explicitement dans les accords d'entreprise sur la QVT mais, en prévoyant des mesures de conciliation entre vie personnelle et vie professionnelle, ces démarches bénéficient d'ores et déjà aux personnes qui ont des contraintes liées à des traitements médicaux.

D'autres initiatives partent d'un objectif de maîtrise de l'absentéisme, comme celles d'organismes de protection sociale complémentaire qui proposent un accompagnement, pour faciliter une reprise dans de bonnes conditions et éviter ainsi la perte d'employabilité qui peut résulter d'arrêts de longue durée.

Enfin, pour les restrictions d'aptitude générées, en tout ou partie, par les gestes professionnels, le maintien en emploi mériterait d'être pris en compte dans la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, ce qui est actuellement rarement le cas.

La prévention de la désinsertion professionnelle mobilise de nombreux intervenants, qui ont chacun leur logique propre : services de santé au travail, organismes de protection sociale, organismes financés par les fonds pour l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés ou par les organismes paritaires de financement de la formation, mais aussi médecins et services hospitaliers.

Les besoins d'information sur le rôle des différents acteurs sont importants et restent mal couverts. La complexité du système d'acteurs crée aussi une difficulté structurelle pour réunir des données cohérentes, fiables et régulières. La lacune principale concerne les services de santé au travail : les rapports annuels qu'ils produisent ne fournissent que des données sommaires d'activité, selon des modèles depuis longtemps obsolètes, et ne sont même plus exploités systématiquement par les services de l'Etat, faute de moyens et d'outil informatique.

Or les quelque 1 000 **services de santé au travail** (756 autonomes et 277 interentreprises fin 2013) sont en première ligne pour apporter un appui de proximité, tant au salarié qu'à l'employeur, mais leur degré d'implication et les moyens dont ils disposent pour accompagner les processus de maintien en emploi restent très hétérogènes. La mission de maintien en emploi bénéficie d'une organisation et de compétences dédiées dans environ la moitié des services interentreprises et la capacité à organiser pour cette fonction une équipe pluridisciplinaire paraît très dépendante de leur taille.

Entrée en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2017, la réforme du suivi médical des salariés doit permettre un rééquilibrage du temps médical disponible, au bénéfice notamment des actions en entreprise, mais aussi des examens de pré-reprise et de reprise et des examens à la demande de l'employeur ou du salarié. D'autre part, la procédure d'inaptitude est réformée en vue d'en améliorer l'efficacité en termes de reclassement, d'en simplifier la mise en œuvre et d'en limiter pour l'employeur les risques contentieux.

Il n'est pas encore possible d'identifier l'impact de ces ajustements juridiques, mais il faut souligner le manque de leviers dont dispose l'Etat pour obliger les services de santé au travail à s'inscrire dans les objectifs des réformes voulues par le législateur, malgré l'existence d'une procédure d'agrément et de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) signés avec les Directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) et les Caisses d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (CARSAT).

Les acteurs de la protection sociale s'investissent aussi dans la prévention de la désinsertion professionnelle. Les prestations de base des assurances maladie et AT-MP (indemnités journalières et suspension du contrat de travail, temps partiel thérapeutique et travail léger, invalidité de première catégorie) contribuent au maintien en emploi, et de nouvelles possibilités d'actions ont été ouvertes depuis 2009 pendant le versement des indemnités journalières, sous réserve d'une validation par le service médical (actions de remobilisation, d'orientation, d'évaluation, de formation...). Financé par l'assurance maladie et les conseils régionaux, le réseau spécialisé de centres de pré-orientation et de rééducation professionnelle est réservé aux personnes reconnues handicapées et est inégalement réparti sur le territoire et d'accès souvent difficile.

Les services sociaux des caisses d'assurance sociale jouent un rôle essentiel pour l'information et l'accompagnement des actifs en arrêt de travail. Le réseau du régime général a accompagné plus de 177 000 salariés menacés par la désinsertion professionnelle en 2016 et, dans certaines régions, des actions de remobilisation sont financées par les caisses ou cofinancées avec l'Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (AGEFIPH). Le cadre d'intervention du service médical apparaît plus complexe car les liens entre prévention de la désinsertion professionnelle et maîtrise des indemnités journalières ne sont pas univoques.

L'AGEFIPH et les acteurs de l'emploi des travailleurs handicapés restent des protagonistes essentiels, même si leur intervention, subordonnée à la reconnaissance administrative d'un handicap, concerne un public plus étroit que celui des services de santé au travail ou des CARSAT. L'AGEFIPH dédie au maintien en emploi 36 % de son budget d'intervention (145 M€ en 2016), répartis entre le financement des réseaux spécialisés, le financement de prestations techniques d'évaluation ou d'orientation, et le versement d'aides financières au maintien dans l'emploi, principalement aux employeurs.

Cofinancés par l'AGEFIPH et le Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction publique (FIPHFP) et présents sur l'ensemble des départements, les 99 services d'appui au maintien en emploi des travailleurs handicapés (SAMETH) ont pris en charge en 2016 21 400 nouvelles situations dans le secteur privé, ce qui représente un faible part des besoins. Pour compléter leur expertise dans les cas complexes, ils mobilisent dans environ 20 % des cas des prestataires spécialisés (études d'aménagement des situations de travail et prestations ponctuelles spécifiques). Prévue par la loi Travail d'août 2016, l'intégration des missions des SAMETH et de celles des organismes Cap emploi, au sein d'un seul organisme de prestation spécialisée (OPS), sera réalisée à partir de 2018.

Alors qu'un appui au maintien en emploi s'avère nécessaire pour un public plus large que celui des personnes reconnues travailleur handicapé, les perspectives financières de l'AGEFIPH ne facilitent pas cette approche. D'autre part, les efforts restent concentrés sur le handicap physique et les problématiques spécifiques aux troubles mentaux ou psychiques ne trouvent pas aujourd'hui de réponses adaptées aux enjeux.

Les acteurs du système de soins primaire sont au cœur de la décision d'arrêt de travail et de son renouvellement et portent également les décisions d'activer ou renouveler des mesures clefs comme le temps partiel thérapeutique ou les demandes d'invalidité. Mais leurs interactions avec les autres acteurs de la prévention de la désinsertion professionnelle apparaissent globalement faibles. Les freins réglementaires, sociologiques et pratiques à l'échange d'informations entre le médecin traitant, le médecin du travail et le médecin conseil sont une source majeure de dysfonctionnement.

Deux dispositifs hospitaliers ont une activité propre en la matière : le réseau des trente centres de consultations de pathologie professionnelle, (17 305 nouveaux patients en 2015) ; les 47 services de soins de suite et de réadaptation (SSR) du réseau spécialisé COMETE, qui bénéficient d'un financement forfaitaire de l'AGEFIPH, du FIPHFP et de l'assurance maladie, ont suivi près de 10 000 personnes en 2016, mais ces démarches d'accompagnement précoce ne couvrent qu'une part des besoins, quantitativement et qualitativement et devraient être renforcées (notamment pour les déficiences sensorielles, la cancérologie, et les maladies psychiques).

Lorsqu'une reconversion professionnelle s'avère nécessaire, **les acteurs de droit commun de la politique de l'emploi et de la formation professionnelle** sont peu mobilisés. Certains salariés accèdent durant leur arrêt de travail à des bilans de compétences financés par les FONGECIF, mais ces organismes identifient rarement, dans leurs priorités de financement, les besoins de reconversion pour raisons de santé. En cas de licenciement pour inaptitude, Pôle emploi n'est pas informé des aptitudes du salarié ni des démarches éventuellement entreprises en amont.

Dans ce paysage fragmenté, **les parcours individuels sont fortement tributaires de la précocité des interventions et de l'implication des employeurs**. Or le maintien des liens entre le salarié et l'entreprise pendant l'arrêt de travail reste aléatoire, et les visites de pré-reprise prévues par la réglementation pour les arrêts de plus de trois mois ne sont pas encore systématiques. **La coordination entre acteurs est fortement tributaire des bonnes volontés et capacités individuelles** au sein des institutions compétentes (services de santé au travail, médecins traitants et services hospitaliers, maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), CARSAT, Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) ou caisses de mutualité sociale agricole, SAMETH, etc.). Des démarches concertées autour des cas complexes sont organisées de manière variable selon les territoires, soit sur la base de comités techniques spécifiques (exemple de la région Rhône-Alpes), soit dans le cadre des cellules de prévention de la désinsertion professionnelle organisées par la CNAMTS et la MSA, dont la composition et le rôle restent hétérogènes.

Sésame obligatoire pour l'accès à une grande partie des prestations et aides financières dédiées (AGEFIPH), la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) est un frein pour certains salariés qui craignent des conséquences négatives de ce statut. Les délais d'octroi (plus d'un an dans certaines MDPH) comme le niveau élevé d'accord (94,2 %) conduisent à interroger la place de cette procédure.

Principales recommandations

Alors que le nombre d'actifs dont le maintien en emploi est menacé en raison d'une maladie ou d'un handicap est important et appelé à croître, les interventions des entreprises et les actions publiques destinées à les conforter ne sont pas évaluables, faute d'une vision précise des besoins et d'un cadre clair de pilotage et d'évaluation. La mission recommande donc, en premier lieu, de **mieux définir les ambitions d'une politique de prévention de la désinsertion professionnelle et de clarifier ses liens avec la politique d'emploi des personnes handicapées**.

Elle préconise une vision globale de cette politique, orientée vers **la sécurisation des parcours professionnels**, en misant en priorité sur deux acteurs-clefs :

les entreprises, ce qui renvoie au rôle de la négociation collective mais aussi à des besoins d'informations et de conseils très importants dans les PME.

Les services de santé au travail, auxquels la loi attribue cette mission et qui, présents sur l'ensemble du territoire, sont en première ligne pour apporter un appui de proximité à la fois au salarié et à l'employeur.

La mise en place en 2017 des comités régionaux d'orientation des conditions de travail et de leurs groupes permanents d'orientation offre l'opportunité de définir et promouvoir dans chaque région une stratégie cohérente. Toutefois, renforcer le pilotage des services de santé au travail, pour garantir un service plus homogène, paraît une condition incontournable de réussite.

Pour mieux informer et promouvoir des interventions plus précoces, la mission propose notamment d'élaborer une véritable **stratégie de communication**, d'engager une réflexion sur la question du maintien des liens entre employeurs et salariés durant les arrêts de travail, d'inciter les médecins traitants à orienter leurs patients en risque de désinsertion professionnelle vers les services de santé au travail, d'améliorer les procédures de repérage et signalement des organismes de protection sociale.

Pour mieux prendre en compte les salariés en risque de désinsertion pour raisons de santé dans les entreprises, elle recommande de développer le **dialogue social** sur ce thème, notamment dans le cadre des négociations sur la qualité de vie et la santé au travail, et de faciliter **l'accès rapide aux dispositifs de droit commun d'aide à la reconversion** lorsqu'un reclassement sur le même poste n'est pas possible. Cela suppose que ce public spécifique soit pris en compte dans la réforme de la formation professionnelle en préparation. De plus, pour les salariés licenciés pour inaptitude, la création d'un contrat de sécurisation professionnelle mérite d'être envisagée.

Pour aider les **services de santé au travail** à renforcer leur investissement sur le maintien en emploi, la mission recommande notamment d'organiser leur information par les caisses d'assurance maladie sur les arrêts de travail, afin qu'ils puissent proposer des visites de pré-reprise, et de les inciter à mettre en place des processus d'accompagnement structurés et partenariaux, sans rupture en cas d'arrêt de travail ou de licenciement, ce qui suppose d'ouvrir la possibilité de les solliciter durant quelques mois après l'inscription à Pôle emploi en cas d'inaptitude. Elle propose aussi qu'ils puissent prescrire des périodes de mise en situation en milieu professionnel (PMSMP).

Elle suggère plusieurs **pistes de développement des interventions des organismes de sécurité sociale**, notamment aider les services hospitaliers à mettre en place des équipes dédiées à l'accompagnement du retour au travail de leurs patients ayant connu des arrêts de travail longs, et engager, avec des services de santé au travail, une expérimentation sur l'organisation de l'accompagnement pour le maintien en emploi et le partenariat avec les services de l'assurance maladie. Elle propose aussi de créer une « indemnité journalière de préparation du retour à l'emploi » attribuée en relais d'une indemnité journalière d'assurance maladie ou AT-MP, dès lors que la personne a démarré ou est déjà inscrite à une action destinée à préparer sa reconversion. Une série de recommandations sont aussi formulées pour améliorer la panoplie des outils mobilisables par les assurances maladie et AT-MP.

En matière de coordination entre les intervenants, la mission recommande de mettre en place une approche générale mais graduée et différenciée, en s'appuyant, dans les territoires où la coordination autour des cas complexes n'est pas déjà organisée, sur les cellules de prévention de la désinsertion professionnelle de l'assurance maladie.

SOMMAIRE

SYNTHESE	3
RAPPORT	13
INTRODUCTION	13
1 LE MAINTIEN EN EMPLOI, UN ENJEU HUMAIN ET ECONOMIQUE MAJEUR MAIS AUSSI UN CHOIX DE SOCIETE.....	15
1.1 Maladie et handicap pénalisent l'emploi et accroissent les inégalités.....	15
1.1.1 Les effets délétères des problèmes de santé et du handicap sur l'emploi sont avérés avec de fortes inégalités sociales et de faibles chances de retour à l'emploi en cas de désinsertion professionnelle.....	15
1.1.2 Une population concernée mal cernée mais appelée à croître en raison du vieillissement de la population	17
1.2 Une préoccupation politique qui s'est affirmée	19
1.2.1 Un axe ancien et récurrent des politiques pour l'emploi des personnes handicapées.....	19
1.2.2 Une thématique de plus en plus présente dans les plans de de santé au travail et santé publique	20
1.2.3 Des objectifs inscrits dans les conventions d'objectifs et de gestion des branches AT-MP et maladie	21
1.3 Des enjeux économiques et sociétaux qui influent sur la politique de maintien en emploi	21
1.3.1 Le développement d'une société inclusive par l'emploi qui bute sur l'instabilité de certains contrats et sur l'intensification du travail.....	21
1.3.2 La maîtrise des risques financiers liés à l'absentéisme	22
1.3.3 L'arbitrage entre le maintien en emploi et le retrait du marché du travail des seniors	23
2 DES INTERVENTIONS DE MAINTIEN EN EMPLOI AUJOURD'HUI DIVERSES, MAIS INSUFFISAMMENT PILOTEES, ARTICULEES ET EVALUEES	24
2.1 Le rôle central de l'entreprise et du collectif de travail	25
2.1.1 Au-delà de l'obligation juridique de reclasser, des motivations très variées pour agir	25
2.1.2 Des démarches d'entreprise souvent construites autour de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés	27
2.1.3 L'essor de réflexions et d'organisations autour des maladies chroniques évolutives et plus globalement autour du thème de la qualité de vie au travail.....	29
2.2 La mobilisation croissante d'acteurs divers et une palette d'outils encore trop mal connus...	30

2.2.1	Alors qu'ils en sont l'indispensable pivot, les services de santé au travail apparaissent comme un maillon fragile du processus de maintien en emploi, toutefois susceptible d'être conforté par les réformes récentes	30
2.2.2	Portés par une logique de service attentionné comme de maîtrise des dépenses d'indemnités journalières, les acteurs de l'assurance maladie se sont investis dans la prévention de la désinsertion professionnelle	35
2.2.3	L'AGEFIPH et les acteurs de l'emploi des travailleurs handicapés restent des protagonistes essentiels	42
2.2.4	L'implication relativement modeste du monde du soin se concentre sur le secteur des soins de suite et réadaptation.....	46
2.2.5	L'entrée en jeu de nouveaux acteurs	47
2.2.6	Des besoins d'information importants et mal couverts.....	48
2.3	Un pilotage encore éclaté et une carence de données et d'évaluation	50
2.3.1	Un renforcement progressif de la concertation au niveau national, notamment dans le cadre du plan santé au travail.....	50
2.3.2	En région, l'articulation entre chartes du maintien en emploi, PRITH et PRST mérite d'être clarifiée	52
2.3.3	Une carence de données et d'évaluation, particulièrement sur l'action des services de santé au travail	54
2.4	Des enjeux financiers, avec une ligne de partage à préciser entre mesures spécifiques, liées au handicap, et actions de droit commun de protection sociale et d'emploi	56
2.4.1	Les fragilités du modèle économique de financement de l'insertion professionnelle des personnes handicapées	56
2.4.2	La difficile mobilisation des instruments de droit commun des politiques de l'emploi et de la formation professionnelle	57
2.4.3	La coexistence de plusieurs logiques d'intervention au sein des organismes de protection sociale	59
3	DES PARCOURS INDIVIDUELS MARQUES PAR L'ALEA ET PAR UN ROLE DE « SESAME » TRES PRESENT DE LA RQTH.....	61
3.1	Les parcours de maintien en emploi sont fortement tributaires de la précocité des interventions et de l'implication des employeurs	61
3.1.1	Dans l'idéal, les démarches de maintien en emploi devraient intervenir dès les premières restrictions d'aptitude, sans attendre ni l'arrêt de travail long ni l'inaptitude	62
3.1.2	Le maintien des liens entre le salarié et l'entreprise pendant l'arrêt de travail reste aléatoire et les visites de pré-reprise prévues par la réglementation ne sont pas encore systématiques.....	63
3.1.3	L'action de médiation en entreprise joue un rôle essentiel pour accompagner le retour au travail après un arrêt long.....	65
3.2	Pour permettre un véritable accompagnement des salariés, la concertation et la fluidité des relations entre acteurs est décisive	66

3.2.1	Les échanges entre les médecins sur les cas individuels restent trop rares.....	66
3.2.2	Les démarches concertées autour des cas complexes restent inégalement développées	68
3.2.3	En cas de licenciement pour inaptitude, Pôle emploi n'est pas informé des aptitudes du salarié ni des démarches éventuellement entreprises en amont.....	71
3.3	Sésame quasi obligatoire, la RQTH est un frein pour certains salariés	72
3.3.1	La RQTH est un point de passage quasi-obligé pour le déploiement d'une grande partie des aides ou mesures	72
3.3.2	Ce statut constitue parfois un obstacle pour les personnes concernées et n'est pas accordé de façon homogène pour certaines situations de santé	72
3.3.3	Les délais d'octroi comme le niveau élevé d'accord conduisent à interroger la place de cette procédure	73
3.4	Des pathologies invalidantes plus ou moins bien prises en charge par les acteurs du maintien en emploi	74
3.4.1	Une attention marquée portée aux troubles musculo-squelettiques dans le cadre du risque accidents du travail-maladies professionnelles	74
3.4.2	Une prise en compte croissante des pathologies cancéreuses dont les effets ne sont à ce jour pas probants sur le taux d'emploi	75
3.4.3	Les problématiques spécifiques aux troubles mentaux ou psychiques ne trouvent pas aujourd'hui de réponses adaptées aux enjeux.....	76
4	SYNTHESE ET RECOMMANDATIONS.....	78
4.1	Définir les ambitions d'une politique de prévention de la désinsertion professionnelle et clarifier ses liens avec la politique d'emploi des personnes handicapées.....	79
4.1.1	Les ambitions souhaitables d'une politique de prévention de la désinsertion professionnelle.....	79
4.1.2	La clarification des liens avec la politique d'emploi des personnes handicapées	80
4.2	Mieux informer et promouvoir des interventions plus précoces	81
4.2.1	Elaborer et mettre en œuvre un véritable plan de communication	82
4.2.2	Créer les conditions d'interventions plus précoces	82
4.3	Mieux prendre en compte les salariés en risque de désinsertion pour raisons de santé dans les entreprises et dans les dispositifs de droit commun de la politique de l'emploi et de la formation professionnelle.....	85
4.3.1	Développer le rôle du dialogue social, au-delà de la négociation sur l'emploi des travailleurs handicapés	85
4.3.2	Lorsqu'un reclassement sur le même poste n'est pas possible ou pas souhaitable, faciliter l'accès rapide aux dispositifs de droit commun d'aide à la reconversion.....	86
4.4	Renforcer l'investissement des services de santé au travail et mieux coordonner les acteurs.....	87
4.4.1	Donner priorité au renforcement de l'investissement des services de santé au travail.....	87
4.4.2	Des pistes de développement des interventions des organismes de sécurité sociale (CNAMTS et CCMSA)	90

4.4.3	Mettre en place une approche générale mais graduée et différenciée de coordination	93
4.5	Améliorer certains dispositifs et développer de nouvelles formes d'intervention	94
4.5.1	Améliorer et simplifier certains dispositifs de l'assurance maladie / AT-MP	95
4.5.2	Adapter le dispositif des périodes de mise en situation en milieu professionnel pour l'utiliser au bénéfice des personnes en risque de désinsertion professionnelle	96
4.5.3	Harmoniser l'accès à la prestation d'orientation professionnelle de l'AGEFIPH et lui donner une dimension en partie collective	97
4.5.4	Envisager la création d'un contrat de sécurisation professionnelle pour les salariés licenciés pour inaptitude	98
	RECOMMANDATIONS DE LA MISSION	99
	LETTRE DE MISSION	103
	LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	105
	ANNEXES	115
	SIGLES UTILISES	117
	PIECE JOINTE : SCHEMA DES PARCOURS DE MAINTIEN EN EMPLOI ACCESSIBLE SUR INTERNET	119

RAPPORT

INTRODUCTION

La ministre des affaires sociales et de la santé et la ministre du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social ont chargé l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) d'une mission sur les dispositifs de maintien en emploi. Il s'agit, notamment, d'évaluer l'efficacité des dispositifs et des financements mis en place pour lutter contre la désinsertion professionnelle susceptible d'être engendrée par un problème de santé ou de handicap, quelle qu'en soit l'origine (handicap, maladie professionnelle ou accident du travail, maladie ou accident non professionnels, usure professionnelle...). La lettre de mission pointe la multiplicité des acteurs impliqués et les difficultés qui en découlent pour la lisibilité des dispositifs par les usagers comme en matière de coordination des intervenants et des initiatives.

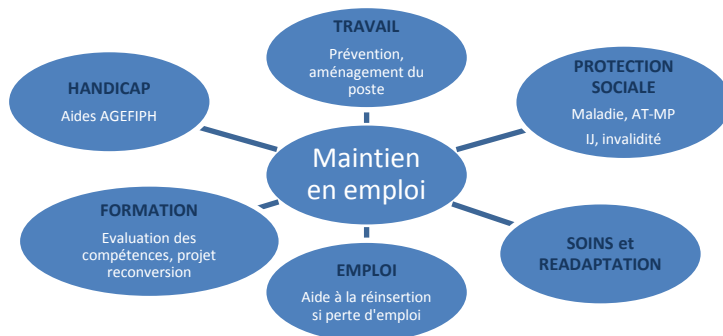
Les actions de maintien dans l'emploi ou en emploi ont pour objectif de permettre à des personnes dont le handicap ou les problèmes de santé restreignent l'aptitude professionnelle de rester en activité, ou de la reprendre dès consolidation, soit par aménagement de leur emploi, soit par changement d'activité ou d'emploi. Le maintien dans l'emploi recouvre le maintien sur le poste, grâce à des aménagements, ou dans l'entreprise, grâce à un reclassement ; le maintien en emploi élargit le champ au reclassement dans une autre entreprise, voire à la réorientation professionnelle avec une logique de sécurisation du parcours professionnel.

Le terme de prévention de la désinsertion professionnelle est utilisé tant dans l'univers travail – emploi que dans celui de la protection sociale et apparaît très proche de celui de maintien en emploi. Mais il introduit l'idée d'une continuité entre la prévention primaire des accidents et maladies d'origine professionnelle, la prévention secondaire lorsqu'apparaissent des difficultés liées à un problème de santé avéré, pour les traiter le plus précocement possible, et enfin tertiaire, pour réduire les effets sur l'emploi des complications. Ce séquençage dans le temps introduit également la notion de parcours : parcours professionnel tout d'abord où il s'agit de suivre un salarié tout au long de sa vie professionnelle et quels que soient les statuts professionnels, la nature des contrats et leurs éventuelles ruptures ; mais aussi parcours personnel couvrant plus de 45 ans de vie à l'âge adulte, parcours potentiellement émaillé d'événements santé, pathologies chroniques et survenue de handicaps, liés ou pas au travail, qui menacent l'insertion professionnelle et dont il convient d'éviter l'aggravation par le travail.

Il s'agit d'une problématique qui se situe au croisement de multiples champs de l'action publique, en mobilisant non seulement des mesures spécifiques en faveur de l'emploi des personnes en situation de handicap, mais aussi des dispositifs relevant des politiques du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle, de la santé et de la protection sociale.

Le maintien en emploi implique, de fait, aux niveaux national, régional et local un nombre d'acteurs important, appartenant au champ du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DGT et DGEFP, DIRECCTE, SST, AGEFIPH, SAMETH/CAP EMPLOI, OPCA, organismes de formation...), de la protection sociale (DSS, CARSAT, CPAM, CMSA), ou de la cohésion sociale (DGCS, MDPH) et dans une moindre mesure, de la santé et du médico-social (ARS, Services de soins de suites, Centres de rééducation professionnelle).

Schéma 1 : Une problématique au croisement de multiples champs de l'action publique



Source : IGAS

Potentiellement, toute la population active en emploi est concernée. Compte tenu du grand nombre d'acteurs à rencontrer et du temps dont elle disposait, la mission s'est centrée sur la problématique de prévention de la désinsertion professionnelle des salariés relevant du code du travail. Elle souligne que l'existence de dispositifs spécifiques aux travailleurs indépendants, d'une part, aux salariés de la fonction publique, d'autre part, renforce encore le constat de complexité et de difficultés de compréhension des dispositifs par les personnes concernées, dont beaucoup passeront de l'un à l'autre pendant leur parcours professionnel.

D'autre part, en dépit des enjeux évidents de prévention primaire des problèmes de santé pesant sur l'emploi, la mission a privilégié les dimensions de prévention secondaire et tertiaire qui se concentrent sur des situations individuelles à prendre en charge une fois le problème de santé avéré, avec ou sans arrêt de travail. Concernant le champ des actions conduites elle s'est limitée à l'ensemble des actions initiées alors que la personne est encore en emploi, pour lui permettre de conserver son poste de travail, d'être reclassée par son employeur dans un autre poste, ou de préparer un reclassement externe. En cas de rupture du contrat de travail, la mission a pris en compte la problématique de la prise de relais par le service public de l'emploi, mais n'a pas inclus dans son champ l'ensemble des services proposés par les organismes de placement (Cap emploi ou Pôle emploi).

La mission s'est efforcée d'identifier les enjeux du maintien en emploi et d'évaluer les besoins, c'est-à-dire la prévalence et l'incidence des situations de risque de désinsertion professionnelle. Elle a dressé un panorama général des diverses actions conduites tant par les employeurs que par les acteurs externes à l'entreprise, sans pouvoir, compte tenu de leur grande diversité et de la carence de données et d'évaluation, ni les décrire de manière exhaustive et détaillée, ni en mesurer l'impact et l'efficacité. Elle s'est interrogée sur la ligne de partage entre mesures spécifiques, liées au handicap, et actions de droit commun de protection sociale et d'emploi.

Elle a cherché à repérer les freins à la précocité des interventions et à la fluidité des relations entre acteurs et l'impact du passage obligé par la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) pour l'accès à la plupart des financements et outils facilitant le maintien en emploi.

La liste des personnes rencontrées figure en fin de rapport. Pour compléter ses échanges avec les interlocuteurs nationaux et l'exploitation des documents qu'elle a réunis, la mission a rencontré des acteurs locaux dans cinq régions (Hauts de France, Normandie, Nouvelle Aquitaine, Auvergne-Rhône-Alpes et Ile-de-France) et pris connaissance de plus de 60 cas de parcours individuels qui lui ont été transmis à sa demande. Il convient de mentionner l'intérêt et la disponibilité manifestés par l'ensemble des acteurs sur ce sujet.

Le rapport est complété par sept annexes présentant la place de la prévention de la désinsertion professionnelle dans la réglementation et les documents de programmation, les données disponibles sur les populations concernées, la contribution des services de santé au travail, des services de soins et de protection sociale, et de l'AGEFIPH, et enfin les dispositifs de coordination territoriale, à travers l'exemple de trois régions.

1 LE MAINTIEN EN EMPLOI, UN ENJEU HUMAIN ET ECONOMIQUE MAJEUR MAIS AUSSI UN CHOIX DE SOCIETE

1.1 Maladie et handicap pénalisent l'emploi et accroissent les inégalités

1.1.1 Les effets délétères des problèmes de santé et du handicap sur l'emploi sont avérés avec de fortes inégalités sociales et de faibles chances de retour à l'emploi en cas de désinsertion professionnelle

De très nombreuses études témoignent des relations étroites entre l'altération de l'état de santé et le maintien en emploi, dont on trouvera des éléments de synthèse dans les annexes du présent rapport.

Les études relatives aux inaptitudes, qui sont prononcées par les médecins du travail au regard du poste de travail occupé, montrent que les pathologies ostéo-articulaires - dont les troubles musculo-squelettiques (TMS) - et les troubles mentaux et du comportement - dont la souffrance au travail - représentent 75 % des pathologies à l'origine des avis d'inaptitude, loin devant les maladies cardio-vasculaires et neurologiques (environ 10 %). Elles sont rapportées pour les deux tiers d'entre elles à une origine non professionnelle (cf. partie 3.4).

Le risque de perte d'emploi est majoré par un mauvais état de santé. L'enquête longitudinale 2006-2010 Santé et itinéraires professionnels (SIP) permet d'estimer l'impact qu'un mauvais état de santé fait peser sur le risque de perte d'emploi : l'écart est d'environ 15 points de taux d'emploi avec les personnes déclarant une santé non altérée. Ce chiffre est un minorant car, par ailleurs, les personnes à la santé fragile étaient plus nombreuses à prendre leur retraite entre 2006 et 2010. Les problèmes de santé mentale augmentent davantage le risque de sortie de l'emploi que les incapacités physiques, notamment chez les hommes¹.

Le risque de perte d'emploi est notamment bien documenté dans le cas du cancer :

- L'enquête « La vie deux ans après le cancer » (VICAN 2) montre que, parmi dix personnes en activité au moment du diagnostic de cancer, trois auront perdu ou quitté leur activité deux ans après ;

¹ METTE Corinne, « Le devenir professionnel des actifs en mauvaise santé. Un maintien en emploi plus difficile ». DARES, Analyses, n°68, septembre 2015. Enquête sur la période 2006-2010.

- Dans une publication en cours, issue d'une exploitation de la base de données Hygie (2005-2011), les auteurs mettent en évidence l'effet pénalisant du cancer sur l'emploi d'une population salariée, dans l'année suivant sa survenue, par rapport à une population témoin non atteinte : la proportion d'individus en activité est réduite de respectivement huit et sept points de pourcentage pour les femmes et les hommes. Cet effet s'amplifie à cinq ans : la probabilité d'être employé y est plus faible de treize points de pourcentage pour les personnes ayant été atteintes d'un cancer².

Le risque de désinsertion professionnelle concerne également les personnes handicapées.

La direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES) a produit en 2011 une étude sur les parcours professionnels des personnes ayant une reconnaissance administrative de leur handicap. Tous ont connu un problème de santé et il a impacté la vie professionnelle de 60 % d'entre eux, alors que seulement une personne sur deux sans reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) a connu un problème de santé et qu'il n'a impacté la vie professionnelle que pour 20 % d'entre eux³.

Beaucoup de travaux ont porté tant au niveau national que régional sur le devenir des salariés après un avis d'inaptitude émis par le médecin du travail (cf. annexes 2 et 3). Il y a eu en 2012 environ 850 000 avis d'aptitude avec réserve et 160 000 avis d'inaptitude chez les salariés du privé en France⁴. Il est souvent répété que 95 % des inaptitudes aboutissent à un licenciement et que ceci signerait l'échec des politiques de maintien en emploi. Ce jugement doit être nuancé. D'une part, la constatation de l'inaptitude correspond de plus en plus à l'étape ultime des aménagements de postes et reclassements internes possibles après restriction d'aptitude, d'autre part une partie de ces salariés parvient à retrouver un emploi : dans une étude sur le devenir à un an conduite en 2014-2015 en région Centre-Val de Loire, seulement 13 % des salariés déclarés aptes avec restriction ou aménagement de poste sont sortis de leur entreprise et si, pour ceux déclarés inaptes, plus de 85 % sont effectivement sortis de leur entreprise, 36 % d'entre eux ont retrouvé un emploi au bout d'un an⁵.

Pour les salariés licenciés pour inaptitude et accompagné par Pôle Emploi, la persistance des problèmes de santé réduit les chances de se réinsérer de 7 à 15 points selon l'intensité du problème, par rapport à un chômeur témoin licencié pour un autre motif que l'inaptitude⁶.

Il existe de fortes inégalités devant le risque de désinsertion professionnelle.

Si huit pour cent des chômeurs et des inactifs interrogés dans le cadre de l'enquête Emploi 2014-2015 déclarent que la survenue d'une maladie ou d'une invalidité est la circonstance principale de la rupture de leur contrat antérieur et du chômage⁷, cette proportion est de 12,9 % dans le secteur de la construction et 9,2 % dans le secteur de l'industrie manufacturière ou extractives. Les données de Pôle emploi montrent que, pour une vingtaine de métiers, les licenciements pour inaptitude représentent plus du quart des inscriptions à la suite d'un licenciement : si les métiers

² C. LE CLAINCHE et al, Survenue du cancer et impact sur le parcours professionnel, Rapport Scientifique Final, Centre d'études de l'emploi et du travail, 2017 (diffusion en cours).

³ Les parcours professionnels des personnes ayant une reconnaissance administrative de leur handicap, DARES Analyse, n°41, juin 2011

⁴ cf. annexe 3 et DGT, Bilan des conditions de travail 2014

⁵ ROUSSEAU S et al. Inaptitudes et restrictions d'aptitude : nature et efficacité des dispositifs de maintien en emploi en région Centre Val-de-Loire, Observatoire du maintien dans l'emploi de la région Centre-Val de Loire, APST Centre, 2016

⁶ BLACHE G & MABROUKI A. Licenciés pour inaptitude : les effets positifs de l'accompagnement par Pôle Emploi. Eclairage et synthèse, n°31, mars 2017

⁷ Enquête emploi période 2014/2015 INSEE/DARES

ouvriers sont particulièrement représentés, on relève également le nombre élevé de métiers des secteurs sanitaires et sociaux concernés (cf. tableau 23 annexe 2).

Certaines pathologies prédominent dans certains secteurs d'activité : Les troubles ostéo-articulaires dans les secteurs de la construction et de l'industrie ; les troubles psychiques dans ceux du commerce et des services.

Les salariés les plus concernés sont globalement moins qualifiés et plus âgés. Ces données sont cohérentes avec celles relatives à l'usure professionnelle qui se concentre après 50 ans, sur les métiers physiquement exigeants sur une longue durée (20 ans ou plus) et/ou en horaires décalés, avec une forte pression temporelle et peu de marge de décision individuelle sur la façon de faire⁸. Ces critères définissent de nombreux métiers d'exécution qui pour la plupart relèvent de catégories socioprofessionnelles « ouvriers et employés ». Une part importante des inégalités relève aussi du type de contrat : les personnes en contrat précaire échappent en partie à la surveillance par la médecine du travail et ne bénéficient pas, en pratique, de la protection juridique liée à la déclaration d'inaptitude (Cf. *infra* 2.1.1).

L'enquête sur le cancer sus citée témoigne des inégalités socioprofessionnelles devant le risque de perte d'emploi : « *Les salariés à la carrière antérieure la moins stable, les plus jeunes, ceux ayant connu des arrêts maladie antérieurs au diagnostic de cancer significatifs de même que ceux dont le salaire à l'entrée de la carrière était le plus faible - interprété comme reflétant un niveau de diplôme plus bas - sont plus vulnérables au choc de cancer en termes de carrière*⁹ ».

1.1.2 Une population concernée mal cernée mais appelée à croître en raison du vieillissement de la population

Les actions de prévention de la désinsertion professionnelle ont été le plus souvent impulsées par les politiques en faveur des personnes en situation de handicap, au point que les leviers et outils mobilisés peuvent parfois se confondre. Toutefois il n'apparaît pas que les populations se superposent pour autant complètement. La loi 2005-102 « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » du 11 février 2005 dispose dans son article 2 que « *constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* ». De son côté, le code du travail (article L 5213-1) précise qu'est considéré comme travailleur handicapé toute personne « *dont les possibilités d'obtenir ou conserver un emploi sont effectivement réduites par suite d'une altération d'une ou plusieurs fonctions physique, sensorielle, mentale ou psychique* ».

La notion de handicap a évolué de manière substantielle ces dernières années dans la jurisprudence de la Cour de Justice de l'Union européenne¹⁰ (cf. annexe 2). En 2013, la Cour a considéré qu'une maladie curable ou incurable entraînant une limitation physique, mentale ou psychique pouvait

⁸ AF MOLINIE, Enquête « Santé et Vie professionnelle après 50 ans » Résultats par secteur d'activité. Rapport de recherche pour le Conseil d'orientation des retraites, Centre de recherches et d'études sur l'âge et les populations au travail/Centre d'études de l'emploi, Octobre 2006

⁹ C. Le CLAINCHE Ibid. cit.

¹⁰ Oana Andreea MACOVEI, L'intégration des personnes handicapées dans l'Union européenne, quel bilan ?, Revue de l'Union européenne 2016 p.37

être assimilée à un handicap lorsqu'elle est durable¹¹. Cette appréciation a été confirmée en 2014, dans un nouvel arrêt qui considère que l'obésité peut constituer un handicap au sens de la directive relative à l'égalité de traitement devant l'emploi¹². Toutefois, en 2015, un nouvel arrêt a limité cet élargissement de la définition du handicap aux politiques d'intégration professionnelle et en a exclu celles relative aux politiques sociales¹³.

La tendance générale reste à l'élargissement progressif de la définition du handicap. Depuis 2011, la DARES inclut dans les personnes « en situation de handicap », celles dont le handicap n'est pas reconnu administrativement mais qui déclarent un problème de santé durable et des difficultés importantes dans les tâches quotidiennes¹⁴.

De nombreux travaux notamment régionaux tentent de cerner les populations potentiellement concernées par les politiques de maintien en emploi des personnes en situation de handicap et/ou menacées de désinsertion professionnelle. On a tenté de rassembler ces travaux et indicateurs et d'en tirer les grands ordres de grandeur nationaux (cf. annexe 2).

Près de 23 millions de métropolitains occupaient un emploi salarié en 2015. Le risque de désinsertion professionnelle dans cette population peut être approché par les observations des employeurs et/ou par celles de la médecine du travail. Les ordres de grandeur recueillis ou calculés par la mission convergent autour de 10 % des postes, soit environ 2,3 millions des « couples salarié-emploi », ayant fait l'objet d'une ou plusieurs mesures d'aménagement ou de restriction de la part de la médecine du travail à un moment donné.

Lors des enquêtes emploi 2,3 millions de salariés sont considérés comme en situation de handicap « au sens large » tel que défini par la DARES. En leur sein 0,9 million bénéficient d'une reconnaissance administrative du handicap.

Sur ces bases, la population de salariés menacés à court moyen-terme par un risque de désinsertion professionnelle ne peut être directement chiffrée, mais se situe vraisemblablement dans une fourchette de 1 à 2 millions de personnes. Cette fourchette large révèle autant notre ignorance que la prudence avec laquelle il convient de considérer cette estimation.

Cette population, mal cernée, est vraisemblablement appelée à croître avec le vieillissement de la population active. En effet, la population des 50 ans et plus est en forte croissance : elle représentait 26 % de la population active¹⁵ en 1975 et 33 % en 2015¹⁶, soit une progression de 58 % en 40 ans ; cette « seniorisation » de l'emploi devrait se poursuivre avec les politiques de recul de l'âge de la retraite et des possibilités de cumul emploi-retraite.

¹¹ CJUE Arrêt sur renvoi préjudiciel dans les affaires jointes C-335/11 et C-337/11 Ring et Skouboe Werge. Avril 2013

¹² CJUE Arrêt sur renvoi préjudiciel dans l'affaire C-354/13 Fag og Arbejde (FOA), agissant pour Karsten Kaltoft / Kommunernes Landsforening (KL), agissant pour la Billund Kommune. Décembre 2014

¹³ CJUE, Arrêt sur recours en manquement dans les affaires C-361/13 et C-433/13 Commission / Slovaquie, septembre 2015

¹⁴ Travailleurs handicapés : quel accès à l'emploi en 2015 ? DARES Analyse, mai 2017, n°32.

¹⁵ Au sens du bureau international du travail

¹⁶ Soit 9,3 millions de personnes

1.2 Une préoccupation politique qui s'est affirmée

L'annexe 1 décrit la montée en charge du sujet prévention de la désinsertion professionnelle dans les principaux dispositifs législatifs et réglementaires, et dans les documents de programmation opérationnelle et les différents plans de santé, ces quarante dernières années¹⁷.

Confrontés aux tensions du marché du travail et aux difficultés d'insertion des personnes fragilisées, notamment les travailleurs handicapés, les acteurs publics ont accentué au fil du temps la dimension de maintien dans l'emploi afin d'éviter l'étape souvent durable de sortie de l'emploi. Cette préoccupation va se traduire dans les trois domaines distincts qui portent la politique : le domaine du handicap tout d'abord, puis celui de la santé publique et de la santé au travail, et enfin celui de la protection sociale, notamment dans le champ des accidents du travail et maladies professionnelles.

1.2.1 Un axe ancien et récurrent des politiques pour l'emploi des personnes handicapées

Le « reclassement professionnel » apparaît dès la loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des travailleurs handicapés. Celle-ci pose que « *l'emploi et le reclassement des personnes handicapées constituent un élément de la politique de l'emploi...* » et crée la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP)¹⁸. L'expression « reclassement professionnel » est reprise dans les autres codes, notamment lorsqu'il y est fait mention de la COTOREP. C'est donc par le handicap que l'objectif de « reclassement professionnel » entre dans les codes du travail, de la santé, de la sécurité sociale et de l'action sociale et des familles. Le terme cohabite puis laisse progressivement place aux deux autres formulations à compter des années 1990-2000 : le maintien dans l'emploi puis le maintien en emploi.

Depuis la loi n° 1987-517 du 10 juillet 1987 en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés, les établissements d'au moins vingt salariés doivent employer des travailleurs handicapés à hauteur de 6 % de leurs effectifs. Deux fonds, l'AGEFIPH et le FIPHFP, attribuent, à partir des contributions versées par les employeurs n'atteignant pas ce taux d'emploi, des aides pour l'insertion, **le maintien dans l'emploi**, la formation et la compensation du handicap aux employeurs de travailleurs handicapés ou aux travailleurs eux-mêmes, respectivement du secteur privé classique ou du secteur public. Les employeurs doivent aussi prendre en charge une partie des coûts d'aménagement du poste de travail, en vertu du principe d'aménagement raisonnable fixé par la directive du Conseil européen du 27 novembre 2000 portant création d'un cadre général en faveur de l'égalité de traitement en matière d'emploi et de travail.

La prévention de la désinsertion professionnelle en faveur des travailleurs handicapés s'affirme au fil du temps par rapport à l'enjeu initial centré sur l'insertion professionnelle : l'axe 4 de la convention multipartite de 2013 définit et programme des actions ciblées de maintien en emploi des travailleurs handicapés.

¹⁷ Annexe n°1 La prévention de la désinsertion professionnelle dans la réglementation et les documents de programmation

¹⁸ Décret n°78-392 du 17 mars 1978

1.2.2 Une thématique de plus en plus présente dans les plans de de santé au travail et santé publique

Simple mention au début des années 2000 comme dans le plan santé mentale 2001-2004 ou le plan cancer 2003-2007, la préoccupation du maintien dans l'emploi s'inscrit durablement et de manière de plus en plus visible dans les plans de santé publique : Plans santé mentale 2005-2008 et surtout 2011-2015 ; plan maladies chroniques 2007-2011, plans cancer 2009-2013 et surtout 2014-2019 ; plan maladies neurodégénératives 2008-2012 et notamment 2014-2019 ; plans maladies chroniques 2007-2011 ; stratégie quinquennale offre médico-sociale, volet handicap psychique 2017-2021. Un relevé des orientations retenues figure en annexe 1.

Le maintien en emploi est également un thème des Plans santé au travail (PST) qui se sont succédé depuis 2004¹⁹. Le dernier plan 2016-2020 conforte cette thématique en lui consacrant un objectif opérationnel dédié, dans le prolongement des orientations du Conseil d'orientation des conditions de travail (COCT).

L'objectif n°5 intitulé « maintien en emploi » est inclus dans l'axe n°2 « *qualité de vie au travail, maintien en emploi et performance* » et rassemble quatre actions :

- L'action 2.5 « *Améliorer la lisibilité et l'accessibilité aux droits pour les travailleurs en risque de désinsertion professionnelle* », pilotée par la DGEFP, prévoit d'établir une cartographie de des dispositifs (réalisé fin 2016, cf. *infra*) et de développer un outil en ligne intégrant une carte interactive précisant l'organisation et les contacts des acteurs en région.
- L'action 2.6 « *Mettre en place une offre régionale coordonnée d'accompagnement des travailleurs et des entreprises* », pilotée par la DGT, vise à développer la coordination des acteurs régionaux du maintien en emploi afin d'offrir aux salariés un suivi individuel renforcé, d'étudier la possibilité de mettre en place un parcours coordonné unique de référence au niveau national, et de mobiliser les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) afin de rendre visible l'action de prévention de la désinsertion professionnelle des services de santé au travail (SST).
- L'action 2.7 « *Elaborer des solutions permettant le maintien en emploi des travailleurs atteints de maladies chroniques évolutives* », conduite par l'agence nationale d'amélioration des conditions de travail (ANACT), prévoit la poursuite d'expérimentations et d'actions de sensibilisation afin de développer et diffuser des outils pour les entreprises confrontées aux problèmes de santé de leurs salariés.
- L'action 2.8 « *Développer, mobiliser et diffuser les connaissances et les outils contribuant au maintien en emploi* », pilotée par la DGT, prévoit de développer la recherche sur les leviers du maintien en emploi, d'organiser des assises de la prévention et du maintien en emploi, et de mobiliser les outils de construction des parcours professionnels dans le cadre des accords d'engagements de développement de l'emploi et des compétences (EDEC).

L'axe 3 portant sur le dialogue social et le système d'acteurs porte aussi des orientations contribuant à la politique de maintien en emploi, notamment sur le renforcement des services de santé au travail, la conduite dans le cadre des PRST d'actions de branche territoriales à caractère partenarial, le développement des liens entre professionnels de santé pour la prise en charge des travailleurs en risque de désinsertion professionnelle.

¹⁹ Plans santé au travail 2005-2009, 2010-2014 et surtout 2016-2020.

La mission de maintien dans l'emploi est partie intégrante des missions des services de santé au travail (SST), confortée par la redéfinition de leurs missions, en 2011, puis dans le cadre des lois du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi et du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels. Elle a été traduite dans la plupart des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) signés entre chaque service, la DIRECCTE et la CARSAT. Le développement de l'interdisciplinarité des SST (ergonomes, ingénieurs de prévention, infirmiers, assistants sociaux) doit faciliter la recherche par le médecin du travail d'aménagements adaptés des postes de travail et l'accompagnement de l'employeur et du salarié.

1.2.3 Des objectifs inscrits dans les conventions d'objectifs et de gestion des branches AT-MP et maladie

Le maintien en emploi est également une thématique renforcée au fil des différentes conventions d'objectifs et de gestion (COG) AT-MP et de l'assurance maladie. Il apparaît tout d'abord dans la COG de la branche AT-MP dès 2004-2006, puis dans celle de la branche maladie 2010-2013²⁰.

L'action 1.3 de la dernière COG AT-MP (2014-2017) vise un renforcement de la coordination des acteurs en direction des personnes présentant un risque de désinsertion. Des cellules de prévention de la désinsertion professionnelle (PDP) doivent être mises en place qui rassemblent les acteurs du réseau et associent des partenaires extérieurs. Une nouvelle offre de service doit par ailleurs être développée dans le cadre de cette COG (action 1.2) : l'accompagnement des victimes d'accidents du travail graves ou complexes, à titre expérimental sur cinq sites. Cette démarche de « *case management* » et d'accompagnement global inspirée des exemples suisse et québécois repose sur la mobilisation de conseillers en risques professionnels.

Pour la branche Maladie, une action 2.14 « Prévenir les risques de précarisation des assurés en arrêt de travail » de la COG Etat CNAMTS 2014-2017, est inscrite dans le programme « Développer un accompagnement personnalisé pour mieux répondre aux besoins des assurés sociaux les plus fragiles ». Le risque de désinsertion professionnelle n'apparaît toutefois que comme l'une de ses composantes.

1.3 Des enjeux économiques et sociétaux qui influent sur la politique de maintien en emploi

Les objectifs des politiques de maintien en emploi et de prévention de la désinsertion professionnelle rencontrent ceux d'autres politiques publiques avec lesquels ils entrent ou non en synergie.

1.3.1 Le développement d'une société inclusive par l'emploi qui bute sur l'instabilité de certains contrats et sur l'intensification du travail

Il existe tout d'abord une volonté partagée par tous les acteurs d'un modèle d'inclusion sociale construite par et pour le travail. Cet objectif rencontre les souhaits individuels : le travail est, après la famille, l'une des composantes essentielles de l'identité²¹ : cette activité, pourtant contrainte au

²⁰ COG branche AT-MP 2009-2012 et surtout 2014-2017 ; COG Assurance maladie 2010-2013 et 2014-2017.

²¹ H GARNER et D MEDA, La place du travail dans l'identité des personnes, Données sociales - La société française, 2006

regard des autres activités de la vie humaine, constitue au-delà des seuls revenus qu'elle procure, un espace de réalisation de soi et de construction du lien social. Le travail, facteur d'épanouissement personnel, est particulièrement mis en avant par les cadres et les travailleurs indépendants. Ceci est moins vérifié chez les employés et ouvriers, en particulier les moins qualifiés.

Les effets délétères du travail sur la santé sont mis en avant depuis longtemps. C'est plus récemment que le dernier plan santé au travail et les plans cancer ou maladies mentales insistent sur les aspects positifs du travail sur la bonne santé. Le travail est présenté comme un facteur de rétablissement pour les personnes car il peut améliorer l'estime de soi et renforcer une identité socioprofessionnelle, distincte d'une identité de malade ou de personne handicapée.

Pour ces raisons mais aussi pour conserver leur niveau de revenu, il existe, chez beaucoup de salariés concernés par un problème de santé ou un handicap, une volonté de revenir ou de se maintenir en emploi qui rencontre la volonté des pouvoirs publics de privilégier ce maintien.

Cette volonté se heurte à la précarisation croissante du marché du travail. Par ailleurs, les évolutions des modèles de production, qui privilégient la performance au prix d'une intensification accrue, génèrent de nouvelles contraintes qui pèsent sur la capacité des personnes malades ou handicapées d'accéder et se maintenir en emploi. Ceci contribue à l'augmentation de l'absentéisme de courte puis de longue durée.

1.3.2 La maîtrise des risques financiers liés à l'absentéisme

Il existe une forte pression tant du côté des assureurs complémentaires que principaux pour maîtriser la « *sinistralité des indemnités journalières (IJ)* ». Cette politique passe par la lutte contre les causes d'absentéisme et des arrêts de travail notamment longs. Elle repose sur un contrôle renforcé des prescripteurs et une offre croissante de médiation - intervention directe des assureurs auprès des salariés en arrêt de travail.

Cette offre de service rencontre la politique de maintien en emploi sans que leurs objectifs et surtout leurs méthodes soient tout à fait superposables, et doit être utilisée avec tact et mesure comme tout dispositif d'accompagnement des patients par les financeurs. Un équilibre doit, de fait, être préservé entre accompagnement souhaité du retour à l'emploi et pression subie pour la reprise du travail. Tout retour trop précoce est potentiellement contre-productif en matière de maîtrise des dépenses sociales car, bien que réduisant les dépenses d'IJ, il peut interrompre certains parcours de remobilisation professionnelle et précipiter vers l'invalidité ou le chômage via l'inaptitude. A l'inverse, le maintien des IJ justifiées par des raisons médicales et parfois sociales peut permettre la mise en œuvre opérationnelle de solutions de reclassements ou réorientation professionnelle qui demandent du temps.

1.3.3 L'arbitrage entre le maintien en emploi et le retrait du marché du travail des seniors

Vouloir maintenir plus longtemps les salariés en emploi pour des raisons de soutenabilité des régimes de retraite est une orientation relativement récente.

L'institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) relève que « *la participation croissante des seniors au marché du travail, ininterrompue malgré la crise de 2008, est liée aux réformes des retraites de la dernière décennie. Ainsi, l'âge légal de départ en retraite a reculé progressivement et la durée de cotisation pour partir en retraite à taux plein s'est allongée. La progression de l'activité des seniors se poursuit en 2015 (+ 1,1 point, après + 1,4 point en 2014), mais à un rythme moindre qu'en 2012 (+ 3,0 points). Ce ralentissement fait suite à l'assouplissement des conditions de départ en retraite anticipée pour carrière longue à partir de novembre 2012 et au rythme de relèvement de l'âge légal de départ en retraite* »²².

Cette préférence pour le maintien en activité de salariés dont, pour certains, la santé est altérée, se fait en partie pour réduire les charges des dispositifs d'invalidité, de préretraite et de retraite. Mais elle doit avoir des contreparties (veiller au maintien en emploi de ces personnes dans de bonnes conditions) et a des coûts :

La prise en charge d'un nombre croissant de salariés vieillissant porteurs de pathologies multiples avec aménagements du travail et/ou perte de productivité, repose sur les employeurs et sur les régimes de protection sociale, notamment pour les arrêts de travail, ou l'assurance chômage pour ceux qui ne parviennent pas à conserver un emploi.

Une autre part de la charge est supportée directement par les salariés, dans leur qualité de vie et leur santé, mais aussi dans leurs revenus. Une récente étude de la DARES²³ sur le temps partiel confirme l'impact de cette évolution sur la problématique de santé au travail : 23 % des salariés de 55 à 64 ans travaillent à temps partiel, contre 18 % des 30-54 ans. Alors que ces derniers invoquent plutôt des raisons familiales, les seniors y recourent plus souvent pour des raisons de santé²⁴. Il existe là aussi de fortes inégalités puisque les ouvriers ont 5,6 fois plus de chances que les cadres de déclarer être à temps partiel pour des raisons de santé.

Toutefois, plusieurs dispositifs sont aujourd'hui mobilisables qui permettent de partir à la retraite avant l'âge légal : le départ anticipé pour longue carrière évoqué *supra*, le départ anticipé pour les assurés handicapés²⁵, la retraite pour pénibilité en cas d'incapacité attribuée au titre d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail et enfin le compte professionnel de prévention. Lorsque ces dispositifs ne leurs sont pas accessibles, certains salariés en situation d'usure professionnelle et proches de la retraite peuvent solliciter un licenciement pour inaptitude afin de bénéficier des indemnités chômage jusqu'à la liquidation de leur retraite.

²² INSEE Première, n°1602, juin 2016. Ibid.

²³ DARES Analyses n°050, août 2017

²⁴ On remarquera que la loi retraite de 2014 ouvre, pour les travailleurs exposés à certains facteurs de pénibilité, la possibilité de réaliser les points acquis sur le compte professionnel de prévention en temps partiel payé à temps plein par l'employeur.

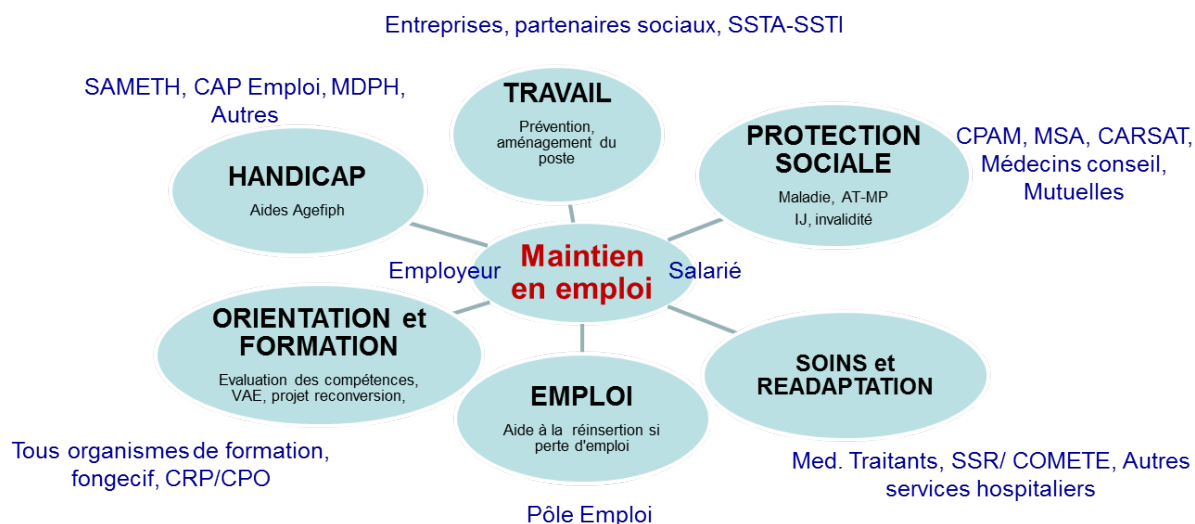
²⁵ Il permet un départ au taux maximum dès 55 ans sous condition de durée d'assurance suffisante.

Au final, les politiques de maintien en emploi et de prévention de la désinsertion professionnelle apparaissent influencées par les réponses apportées et les priorités données à des enjeux économiques et sociétaux plus globaux : place donnée à l'emploi dans le développement d'une société inclusive, maîtrise des risques financiers de court, moyen ou de long terme, prévention ou réparation de l'usure professionnelle, maintien en activité ou retrait du marché du travail des seniors.

2 DES INTERVENTIONS DE MAINTIEN EN EMPLOI AUJOURD'HUI DIVERSES, MAIS INSUFFISAMMENT PILOTEES, ARTICULEES ET EVALUEES

Les salariés et leurs employeurs sont les acteurs principaux du maintien en emploi. Dans le cadre normal de la relation de travail, une multitude d'ajustements se réalisent de manière informelle, au sein des collectifs de travail, pour prendre en compte les aléas de la vie personnelle et notamment les problèmes de santé. Lorsque les difficultés sont durables et interfèrent fortement avec le travail, on entre dans une zone de risque de désinsertion professionnelle ; hormis pour les cas les plus simples et pour les grandes entreprises, le salarié comme ses interlocuteurs internes à l'entreprise ont alors besoin d'appui externe pour être informés sur les procédures existantes, bénéficier d'un accompagnement personnalisé, se voir proposer des pistes de solutions voire une médiation, et le cas échéant des aides financières pour organiser un aménagement du poste de travail, un reclassement interne ou une reconversion externe. Services de santé au travail, organismes de protection sociale, fonds pour l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés, mais aussi médecins et services hospitaliers, de nombreux interlocuteurs interviennent, chacun avec leur logique propre.

Schéma 2 : Les principaux acteurs opérationnels du maintien en emploi



Source : IGAS

2.1 Le rôle central de l'entreprise et du collectif de travail

2.1.1 Au-delà de l'obligation juridique de reclasser, des motivations très variées pour agir

2.1.1.1 Un cadre juridique protecteur

Dans le cadre de ses obligations en matière de santé et sécurité au travail, l'employeur doit prendre en compte les préconisations de mesures individuelles d'aménagement de postes émises par le médecin du travail, notamment à l'occasion des visites de pré-reprise et de reprise du travail (cf. *infra*), mais aussi à l'occasion de toute autre consultation de médecine du travail²⁶. En ce qui concerne les salariés handicapés, la loi prévoit expressément une obligation permanente d'adaptation des postes de travail, sous réserve que les charges consécutives ne soient pas disproportionnées²⁷.

Le code du travail fixe un principe général d'interdiction de toute discrimination fondée sur l'état de santé²⁸, ainsi qu'une obligation de reclassement d'un salarié déclaré par le médecin du travail inapte à son poste de travail. Celui-ci doit être reclassé dans un autre emploi « *approprié à ses capacités* » et « *aussi comparable que possible à l'emploi précédemment occupé* »²⁹, et ce n'est qu'en l'absence de possibilité de reclassement que l'employeur peut procéder à un licenciement pour inaptitude. Ces principes s'appliquent que l'inaptitude soit ou non d'origine professionnelle, et sont interprétés rigoureusement par la jurisprudence.

Il faut souligner, toutefois, qu'en pratique ces dispositions ne sont réellement opérantes que pour les salariés titulaires d'un contrat à durée indéterminée, soit environ 85 % des salariés.

2.1.1.2 Les employeurs : des motivations pour agir très variées

Même si ce cadre juridique protecteur joue un rôle important, les témoignages recueillis par la mission soulignent que, dans les faits, pour trouver et mettre en œuvre des solutions concrètes, une attitude constructive de l'employeur est l'ingrédient principal de la réussite. En effet, mobiliser du temps et de l'expertise internes à l'entreprise s'avère une condition incontournable.

A cet égard, la palette des motivations et comportements observés est très large, selon les interlocuteurs rencontrés par la mission.

De manière générale, les employeurs font une différence entre les restrictions d'aptitude ou inaptitudes issues d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle et les difficultés de santé ou handicaps *a priori* sans lien avec le travail. Dans le premier cas, ils considèrent spontanément devoir « prendre leur part » des efforts nécessaires. Dans le second cas, ils seront plus réticents à envisager des solutions induisant un surcoût pour l'entreprise, du moins si celui-ci

²⁶ En particulier, le salarié peut demander à tout moment à bénéficier d'un examen par le médecin du travail, notamment lorsqu'il « *anticipe un risque d'inaptitude .../... dans l'objectif d'engager une démarche de maintien en emploi et de bénéficier d'un accompagnement personnalisé* » (art. R 4624-34 CT). Cette demande ne peut motiver aucune sanction.

²⁷ Article L5213-6 du code du travail qui reprend le principe de l'aménagement raisonnable prévu par la directive européenne 2000/78/CE du 27 novembre 2000 portant création d'un cadre général en faveur de l'égalité de traitement en matière d'emploi et de travail.

²⁸ Cf. art. L 1132-1 du code du travail

²⁹ Articles L 1226-2 et L 1226-10 CT

s'annonce supérieur au coût prévisible du licenciement pour inaptitude³⁰. Cette différence de traitement n'est pas toujours comprise par les salariés.

Dans une très petite ou petite entreprise, il est généralement plus difficile d'organiser un aménagement d'horaire ou une limitation des activités confiées à un salarié, et il n'y a pas ou peu de postes de reclassement ; de plus, dans certains secteurs d'activité tout alourdissement des coûts, même temporaire, peut mettre en péril la viabilité de l'entreprise. *A contrario*, l'employeur et son salarié y sont des collègues de travail ; la dimension humaine, alors très présente, peut jouer un rôle déterminant dans la motivation de l'employeur et le conduire à faire preuve d'imagination et de persévérance pour construire des solutions pertinentes sur mesure.

Dans les entreprises de taille moyenne, les comportements peuvent également être très variables, en fonction des contraintes économiques, de la nécessité plus ou moins forte de fidéliser les salariés, de la place du dialogue social et des convictions personnelles des membres de la direction.

Dans toutes les entreprises trop petites pour avoir un directeur des ressources humaines, le besoin d'informations et de conseils est très important. La perspective d'un licenciement pour inaptitude est source d'insécurité juridique et économique, d'autant que le fonds de mutualisation prévu par l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2008 n'a pas encore vu le jour³¹.

Dans les plus grandes entreprises, le dialogue social et la volonté d'affirmer des valeurs et une politique reconnaissant leur responsabilité sociale et sociétale jouent aussi un rôle essentiel. Dans ce cadre, l'appui au maintien en emploi des collaborateurs ayant des problèmes de santé s'inscrit, comme la politique d'insertion de travailleurs handicapés, dans des objectifs plus généraux tels que la maîtrise de l'absentéisme, le développement de la cohésion interne et la lutte contre les discriminations, l'amélioration des conditions de travail, de la santé au travail et plus largement de la qualité de vie au travail. Les grandes entreprises ont aussi la capacité de mettre en place, le cas échéant avec l'aide d'un service social et/ou d'un service de santé au travail interne, des dispositifs spécifiques pour l'accompagnement du maintien en emploi. Certaines créent une instance interne de coordination pour l'examen des cas individuels, associant la direction des ressources humaines (DRH), le responsable du service concerné, le médecin du travail, le service social et dans certains cas des représentants des organisations syndicales ; des postes de réaccueil temporaire peuvent aussi être prévus pour faciliter le retour au travail des salariés en restriction d'aptitude, en attendant de trouver une solution pérenne (exemple d'Airbus³²).

Cependant, du fait de l'intensification des objectifs de productivité dans la plupart des secteurs, les postes « abrités » sont de plus en plus rares et il est de plus en plus difficile de mettre en place des postes sur mesure tenant compte des différences de productivité des salariés.

2.1.1.3 L'implication des partenaires sociaux

En matière de dialogue social, les thèmes du handicap et du maintien en emploi sont considérés comme des sujets plutôt consensuels. Au niveau confédéral, la mission a constaté un accord unanime pour porter le sujet de la prévention de la désinsertion professionnelle, tant au sein du comité d'orientation des conditions de travail (COCT) pour l'élaboration des plans Santé au travail

³⁰ Coût du licenciement mais aussi coûts associés à la recherche et à l'intégration d'un remplaçant. Selon les organisations patronales, les employeurs redoutent aussi le risque contentieux des licenciements pour inaptitude.

³¹ L'article L1226-4-1 du code du travail prévoit que la gestion d'un tel fonds de mutualisation des indemnités de rupture serait confiée à l'Association de garantie des salaires.

³² Expérience mise en œuvre sur le site de Bouguenais, décrite par le dossier Travail et Sécurité, n°753, septembre 2014.

qu'au sein de la Commission AT-MP et de la CNAMTS pour la négociation des COG maladie et AT-MP. Du côté des employeurs comme des salariés, l'accent est mis sur la priorité à donner à la prévention primaire, pour limiter ou retarder l'apparition des difficultés les plus fréquentes (prévention des troubles musculo-squelettiques et des risques psycho-sociaux), tout en améliorant aussi le maintien en emploi lorsque le problème de santé est avéré.

Toutefois, si ces sujets sont bien pris en compte au niveau national, ils le sont moins au niveau des branches et des entreprises, où les représentants des salariés ne se sentent pas toujours bien armés sur des questions considérées comme complexes et sensibles³³. Elles sont souvent abordées par le biais de cas individuels, car les salariés en difficulté se tournent souvent vers leurs représentants syndicaux pour être conseillés. C'est pourquoi le rôle des organisations syndicales pour l'information et de formation de leurs représentants est important ; il est assuré notamment dans le cadre des formations de membres de comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT)³⁴.

Le code du travail prévoit la consultation du CHSCT sur l'aménagement des postes de travail des salariés accidentés du travail, invalides ou handicapés et, depuis la loi du 8 août 2016, sa contribution à « *l'adaptation et à l'aménagement des postes de travail afin de faciliter l'accès des personnes handicapées à tous les emplois et de favoriser leur maintien dans l'emploi au cours de leur vie professionnelle* »³⁵ ; des réticences existent cependant pour faire du CHSCT (ou, à compter de 2018, du comité social et économique) un lieu d'échanges sur des cas individuels de salariés en risque de désinsertion professionnelle, pour des raisons de confidentialité. Des commissions spécifiques, associant des représentants du personnel, paraissent mieux adaptées.

2.1.2 Des démarches d'entreprise souvent construites autour de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés

La question de l'emploi des travailleurs handicapés est, pour les entreprises, la porte d'entrée la plus fréquente vers une réflexion sur le maintien en emploi. Le code du travail prévoit en effet une négociation de branche au moins une fois tous les quatre ans³⁶ sur « *les mesures tendant à l'insertion professionnelle et au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés* » et permet à l'employeur de « *s'acquitter de son obligation d'emploi des travailleurs handicapés en faisant application d'un accord de branche, de groupe, d'entreprise ou d'établissement agréé prévoyant la mise en œuvre d'un programme annuel ou pluriannuel en faveur des travailleurs handicapés* »³⁷.

Depuis 2015, un volet maintien en emploi doit figurer dans tous les accords signés en vertu du respect de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés (OETH) et agréés par l'Etat³⁸. Selon la DARES³⁹, en 2013, près de 11 000 établissements assujettis à cette obligation étaient couverts par un accord agréé, soit 11 % de l'ensemble des établissements assujettis, représentant 21 % de

³³ Voir notamment sur ce sujet : « Travailler avec une maladie chronique évolutive, Quel(s) rôle(s) des partenaires sociaux ? Etude réalisée pour la CFTD par l'ANACT, juin 2017

³⁴ Il existe aussi des conventions de partenariat entre l'AGEFIPH et les organisations syndicales (CGC, CFTD, CGT, FO) pour aider à informer, sensibiliser et former les adhérents sur le handicap.

³⁵ Cf. articles L 4612-11 et L 4612-1 du code du travail.

³⁶ Cf. article L. 2241-1 nouveau du code du travail

³⁷ cf. articles L 2241-13 et L 5212-8 du code du travail ;

³⁸ L'employeur peut s'acquitter de l'obligation d'emploi en faisant application d'un accord de branche, de groupe, d'entreprise ou d'établissement agréé prévoyant la mise en œuvre d'un programme annuel ou pluriannuel en faveur des travailleurs handicapés (article L 5212-8 du code du travail)

³⁹ Dares Analyses, novembre 2016, n°065

l'emploi salarié. Une étude qualitative, réalisée pour la DARES⁴⁰ par ASDO à partir d'une vingtaine de monographies, montre que :

les actions de maintien en emploi –aides matérielles à l'aménagement de poste, aménagements organisationnels de type télétravail ou aménagement d'horaires, aides aux transports, actions de formation – constituent un axe privilégié de la politique d'emploi des personnes handicapées dans les plus grandes entreprises et, en particulier, celles sous accord ;

dans les établissements hors accord, malgré de fréquents aménagements de postes, le processus de maintien dans l'emploi est souvent peu construit et la coopération avec les services de médecine du travail inégale.

La négociation d'un accord sur le handicap conduit logiquement les entreprises à élargir leur réflexion et leurs actions de maintien en emploi à l'ensemble des salariés en difficulté de santé, comme la mission l'a constaté dans deux entreprises rencontrées. En particulier, lorsqu'un « référent handicap » est mis en place, son rôle tend à s'élargir à tous les cas de restrictions d'aptitude nécessitant des aménagements de poste. Toutefois, pour ceux qui ne sont pas reconnus travailleurs handicapés, l'entreprise doit financer elle-même les actions mises en œuvre, car elles ne peuvent être imputées sur le budget de l'accord.

Au niveau des branches, les accords en faveur de l'emploi des personnes en situation de handicap ne sont pas, pour la plupart, agréés au titre de l'OETH. Le principal accord agréé est l'accord dit « accord OETH » qui concerne, depuis 1991, la branche des organismes d'action sanitaire et sociale sans but lucratif⁴¹ et est géré par l'Association OETH. Selon le directeur de l'association, 70 % des sollicitations reçues concernent le maintien en emploi (chapitre III de l'accord). En effet, les métiers du soin et de l'aide aux personnes sont associés à une forte usure professionnelle (TMS en particulier), et le maintien en emploi a donc joué un rôle essentiel dans la croissance du taux d'emploi des travailleurs handicapés, qui a atteint 5,54 % en 2015. Les aides financières de l'OETH aux entreprises sont réservées aux bénéficiaires de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés, mais 10 % de l'enveloppe peut être consacré à des actions innovantes, ce qui permet à l'association de promouvoir des actions plus larges : actions de prévention primaire, formation et animation de référents handicap dans les établissements, expérimentations et conseils sur la Qualité de vie au travail (QVT), animation d'ateliers sur l'anticipation des inaptitudes....

⁴⁰ Dares Analyses, Ibid. cit.

⁴¹ L'accord actuel est signé pour 2016-2020 ; il couvre la Croix Rouge, les établissements relevant de la convention collective de 1951 et ceux relevant de la convention collective de 1966. Il concerne 14 000 établissements, dont environ 1000 sont contributeurs. Outre cet accord, on peut citer celui des entreprises du médicament (LEEM), et un accord de groupe (Banques populaires).

2.1.3 L'essor de réflexions et d'organisations autour des maladies chroniques évolutives et plus globalement autour du thème de la qualité de vie au travail

Certaines initiatives tendent à inscrire la politique de maintien dans l'emploi dans une stratégie plus large, prenant en compte les maladies chroniques, dans un objectif global de santé au travail, voire de qualité de vie au travail.

L'ANACT conduit depuis une dizaine d'années une démarche expérimentale sur les maladies chroniques évolutives⁴², dont la poursuite est inscrite dans le plan Santé au travail⁴³. Elle préconise d'agir sur la perception de la maladie dans l'univers professionnel et de développer des organisations plus souples conciliant qualité de vie au travail des personnes atteintes de maladies chroniques et performance de l'organisation.

Un partenariat spécifique a été établi avec l'institut national du cancer, qui donne lieu notamment à des actions de sensibilisation des entreprises. Dans ce cadre, un club d'entreprises a élaboré une charte de onze engagements « *pour améliorer l'accompagnement des salariés touchés par le cancer et promouvoir la santé* ».

Les thèmes de la responsabilité sociétale des entreprises et de la qualité de vie au travail (QVT), en apportant un cadre global, facilitent les liens entre les nombreux accords collectifs ou plans d'action existant dans les entreprises (santé au travail, prévention de la pénibilité, risques psycho-sociaux, handicap, GPEC, accès à la formation...). L'entrée par le sujet QVT permet de prendre en charge une plus grande diversité de situations personnelles et de traiter différentes problématiques, au-delà de celles généralement incluses dans les accords sur l'emploi des travailleurs handicapés.

Toutefois, ni l'accord national interprofessionnel du 19 juin 2013 « *vers une politique d'amélioration de la qualité de vie au travail et de l'égalité professionnelle* », ni l'article L 2242-17 du code du travail relatif à la négociation annuelle sur l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes et la qualité de vie au travail n'y intègrent spécifiquement la question du maintien en emploi en cas de problèmes de santé, sauf pour les travailleurs handicapés⁴⁴. Selon les DIRECCTE rencontrées par la mission, il est encore rare que ce thème figure explicitement dans les accords d'entreprise.

Mais, en prévoyant des mesures de conciliation entre vie personnelle et vie professionnelle (temps partiel choisi, télétravail, horaires flexibles, droit à la déconnexion...), ces démarches bénéficient d'ores et déjà aux personnes qui ont des contraintes régulières ou occasionnelles liées à des traitements médicaux, sans leur imposer d'exposer ces difficultés à la hiérarchie et aux collègues de travail. Plus globalement, ces accords portent des objectifs de qualité du lien social au travail, et cherchent à développer la confiance nécessaire à des relations de qualité à tous les niveaux, ce qui est favorable au maintien en emploi. En effet, la crainte de l'intrusion de l'entreprise dans la sphère privée et de conséquences potentiellement négatives pour le salarié est un obstacle important à la prise en charge précoce des risques de désinsertion professionnelle (cf. *infra* 3.1.2).

⁴² Initiée au départ par l'ARACT Aquitaine avec l'association AIDES, cette démarche s'appuie sur des entreprises volontaires et a englobé progressivement d'autres maladies : cancer, sclérose en plaques, hépatites, puis maladies psychiques, addictions et maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, maladies cardio-vasculaires

⁴³ cf. fiche-action 2.7

⁴⁴ Le maintien en emploi est cité dans l'article L 2242-17, mais uniquement au titre des « *mesures relatives à l'insertion professionnelle et au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés* ».

D'autres initiatives partent d'un objectif de maîtrise de l'absentéisme, et cherchent par un accompagnement plus attentif des salariés en arrêt de travail, à faciliter une reprise dans de bonnes conditions et éviter ainsi la perte d'employabilité qui peut résulter d'arrêts de longue durée. Les organismes de protection sociale complémentaire s'inscrivent dans cette approche, comme le montre l'exemple du groupe Malakoff-Médéric qui propose à ses entreprises adhérentes un service « accompagnement reprise » et un service « accompagnement renforcé » (cf. *infra* 2.2.5).

Enfin, pour les restrictions d'aptitude générées, en tout ou partie, par les gestes professionnels, le maintien en emploi mériterait d'être pris en compte dans la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, ce qui est actuellement rarement le cas⁴⁵. C'est une orientation soutenue notamment dans la branche sanitaire et sociale par l'association OETH citée *supra*, qui incite les employeurs à raisonner en termes de parcours professionnel intégrant les enjeux de santé, afin d'anticiper la nécessité de ménager, pour une partie des salariés, des parcours d'évolution voire de reconversion vers des postes physiquement moins contraignants.

Pour certains métiers ou postes de travail, il y aurait lieu de sensibiliser les salariés eux-mêmes aux risques et à l'anticipation de leur parcours professionnel ; l'entretien professionnel prévu par le code du travail depuis 2014 pourrait y contribuer⁴⁶ ; le principe d'abondement du compte personnel de formation dans le cadre de la mise en œuvre du compte professionnel de prévention va également dans ce sens, pour les salariés exposés aux facteurs de pénibilité définis par la loi.

2.2 La mobilisation croissante d'acteurs divers et une palette d'outils encore trop mal connus

2.2.1 Alors qu'ils en sont l'indispensable pivot, les services de santé au travail apparaissent comme un maillon fragile du processus de maintien en emploi, toutefois susceptible d'être conforté par les réformes récentes

Couvrant en principe l'ensemble des salariés et présents sur tout le territoire⁴⁷, les services de santé au travail sont en première ligne pour apporter un appui de proximité en matière de santé au travail, tant au salarié qu'à l'employeur, mais leur degré d'implication et les moyens dont ils disposent pour accompagner les processus de maintien en emploi restent actuellement très hétérogènes.

⁴⁵ La GPEC est structurée essentiellement par la problématique des emplois menacés par les évolutions économiques et technologiques ; la question des salariés menacés dans leur emploi par des problèmes de santé n'est pas citée dans les articles L 2242-20 et 21 du code du travail relatifs à la négociation triennale sur la GPEC dans les entreprises d'au moins 300 salariés.

⁴⁶ Cet entretien professionnel doit être réalisé tous les deux ans, ainsi qu'au retour d'absences longues et notamment d'un arrêt de longue maladie (article L 6315-1 du code du travail).

⁴⁷ Tous les employeurs de droit privé sont tenus de disposer d'un service de santé au travail, dont les dépenses sont à leur charge. Au 31 décembre 2013, les DIRECCTE dénombraient 1 033 services de santé au travail dont 277 services interentreprises et 756 services autonomes, employant 5 048 médecins du travail en équivalent temps plein (ETP) ; les salariés agricoles relèvent de services de santé et de sécurité au travail spécifiques, organisés par les caisses de mutualité sociale agricole.

2.2.1.1 Une mission d'appui au maintien en emploi que les réformes récentes ont entendu développer

Dans le cadre de la mission très étendue qui lui est confiée en faveur de la santé au travail, le médecin du travail apparaît de longue date comme l'interlocuteur naturel lorsqu'un salarié rencontre des difficultés à son poste de travail pour des raisons médicales, que l'altération de son état de santé soit d'origine professionnelle ou non.

Depuis 2011, sa responsabilité en matière de maintien dans l'emploi est inscrite explicitement dans la loi. Celle-ci confie aux services de santé au travail la mission « *d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail* », et, à cette fin, de conseiller « *les employeurs, les travailleurs et leurs représentants sur les dispositions et mesures nécessaires afin de .../... prévenir ou de réduire les effets de l'exposition à certains facteurs de risques professionnels et la désinsertion professionnelle et de contribuer au maintien dans l'emploi des travailleurs* »⁴⁸. De plus, l'encadrement juridique des licenciements pour inaptitude permet au médecin du travail d'influer sur les décisions des employeurs vis-à-vis des salariés dont les problèmes de santé retentissent sur le travail (cf. *supra* 2.1.1.1).

Les missions et l'organisation des services de santé au travail ont fait l'objet de réformes successives, en particulier dans le cadre de la loi n°2011-867 du 20 juillet 2011, qui a notamment posé le principe de pluridisciplinarité des services interentreprises, et de la loi n°2016-1088 du 8 août 2016 qui a modifié en profondeur le suivi médical des salariés et les procédures de reconnaissance et de contestation de l'inaptitude.

Ces réformes visent en premier lieu à rétablir la capacité de ces services à assurer leurs missions de conseil en matière de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail, qui supposent une connaissance concrète de l'entreprise et des actions en milieu de travail⁴⁹. Elles visent également à mieux cibler le suivi médical sur les salariés exposés à des risques particuliers et à renforcer l'action des services de santé au travail en faveur du maintien en emploi des salariés dont l'état de santé génère des limitations fonctionnelles.

Entrée en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2017, la réforme du suivi médical des salariés doit permettre un rééquilibrage du temps médical disponible. La diminution du nombre de visites d'embauche et de visites périodiques obligatoires à réaliser par le médecin du travail doit lui permettre de consacrer plus de temps aux actions en entreprise ainsi qu'aux examens de pré-reprise et de reprise et aux examens à la demande de l'employeur ou du salarié, qui sont plus souvent centrés sur la problématique du maintien en emploi de salariés en risque d'inaptitude.

D'autre part, la procédure d'inaptitude est réformée en vue d'en améliorer l'efficacité en termes de reclassement, d'en simplifier la mise en œuvre et d'en limiter pour l'employeur les risques contentieux. L'inaptitude peut désormais être constatée en une seule visite, sauf si le médecin du travail juge qu'une visite supplémentaire est nécessaire. Il doit alors la réaliser dans un délai maximal de 15 jours. Il peut désormais déléguer l'étude du poste à un membre de l'équipe pluridisciplinaire mais doit obligatoirement échanger avec le salarié et l'employeur sur les mesures envisageables d'aménagement du poste de travail, et éclairer son avis d'inaptitude par des conclusions écrites, assorties d'indications relatives au reclassement du travailleur. Enfin, les cas de

⁴⁸ Article L 4622-2 du code du travail, dans sa rédaction issue de l'ordonnance n°2017-1389 du 22 septembre 2017.

⁴⁹ Le principe fixé par l'article R 4624-4 du code du travail, selon lequel le médecin du travail doit consacrer à ses missions en milieu de travail le tiers de son temps de travail était rarement respecté.

dispense de recherche de reclassement sont harmonisés et élargis⁵⁰, et les règles de licenciement sont assouplies en cas de refus par le salarié d'une offre de reclassement interne conforme aux conclusions écrites du médecin du travail.

Afin de promouvoir l'action des services de santé au travail en matière de maintien en emploi, la loi précise également que le médecin du travail, lorsqu'il propose des mesures d'aménagement du poste ou du temps de travail, ou lorsqu'il rend un avis d'inaptitude, peut « *proposer à l'employeur l'appui de l'équipe pluridisciplinaire ou celui d'un organisme compétent en matière de maintien en emploi pour mettre en œuvre son avis et ses indications ou ses propositions* »⁵¹.

Il n'est pas encore possible d'identifier l'impact de ces ajustements juridiques. Toutefois, parmi les médecins du travail rencontrés par la mission, plusieurs ont souligné que le délai de 15 jours maximum prévu avant une seconde visite de reprise est insuffisant : il ne permet pas d'organiser dans de bonnes conditions une étude du poste en lien avec l'employeur et le salarié, surtout si cette étude est confiée à un ergonome membre de l'équipe interdisciplinaire⁵².

2.2.1.2 Des moyens de pilotage insuffisants

En 2012, la Cour des Comptes avait pointé la faiblesse des moyens humains et des pouvoirs régaliens consacrés au pilotage de la santé au travail⁵³. Le récent rapport de l'IGAS consacré à l'attractivité et à la formation des professions de santé au travail⁵⁴ souligne à nouveau que les DIRECCTE ne sont pas en mesure d'obliger les SST à s'inscrire dans les objectifs des réformes voulues par le législateur. Cette mission a constaté, en effet, que certains services de santé au travail n'ont pas intégré dans leur fonctionnement la notion d'équipe pluridisciplinaire. Les DIRECCTE sont démunies face à ces situations, car il n'existe pas de texte d'application de la loi qui précise l'ampleur de l'intégration des compétences pluridisciplinaires souhaitée, ni la contribution attendue des services de santé au travail en matière de maintien en emploi. Pour l'agrément d'un service de santé au travail⁵⁵, le guide méthodologique à destination des médecins inspecteurs du travail ne contient aucune rubrique spécifique sur l'organisation et la qualité des actions de maintien en emploi. En outre, il est naturellement très difficile de retirer un agrément lorsqu'un service interentreprises (SSTI) est seul à desservir les entreprises d'un territoire donné.

⁵⁰ Depuis la loi n°2015-994 du 17 août 2015, l'employeur était dispensé de rechercher un poste de reclassement et pouvait donc directement procéder au licenciement du salarié inapte en raison d'un accident ou d'une maladie professionnelle lorsque l'avis du médecin du travail mentionnait expressément que le maintien du salarié dans l'entreprise serait gravement préjudiciable à sa santé (art. L 1226-12 du code du travail). Cette possibilité est étendue à l'inaptitude d'origine non professionnelle (art. L 1226-2-1 du code du travail) ainsi qu'à la rupture anticipée des contrats à durée déterminée (art. L 1226-20). L'employeur pourra également licencier le salarié inapte sans recherche préalable de reclassement si le médecin du travail mentionne expressément que l'état de santé du salarié fait obstacle à tout reclassement dans un emploi.

⁵¹ Article L 4624-5 CT

⁵² Article R 4624-42 CT ; sous l'empire du texte précédent, l'inaptitude ne pouvait être constatée qu'au terme de deux visites médicales espacées d'au moins deux semaines, sauf cas particuliers de danger immédiat pour la santé du salarié ou d'un examen de pré-reprise réalisé dans les trente jours précédents.

⁵³ « Les services de santé au travail interentreprises : une réforme en devenir », rapport public thématique, novembre 2012.

⁵⁴ Rapport IGAS 2017-023R « Attractivité et formation des professions de santé au travail », août 2017

⁵⁵ Prévu par les articles D. 4622-48 à D. 4622-53 du code du travail, l'agrément est obligatoire pour tous les SST, autonomes comme interentreprises ; il est délivré pour une durée de 5 ans par le Direccte après avis du médecin inspecteur du travail

Depuis 2012 chaque SSTI doit aussi élaborer un projet de service et signer un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) pour une durée maximale de cinq ans avec la DIRECCTE et la CARSAT⁵⁶. Une revue réalisée en septembre 2016 par la CNAMTS montre que 107 CPOM sur 152 avaient inclus une fiche action « prévention de la désinsertion professionnelle »⁵⁷ mais l'analyse qualitative réalisée sur 47 CPOM relève que les engagements contractuels « *semblent assez mous dans l'ensemble et sans échéances précises* », que beaucoup manquent d'objectifs opérationnels ou ne sont pas traduits en réels plans d'actions, enfin que peu de CPOM intègrent des indicateurs de résultats. L'indicateur le plus souvent retrouvé pour le volet « prévention de la désinsertion professionnelle » est le nombre de visites de pré-reprise, qui ne dépend pourtant pas de l'initiative des services de santé au travail (cf. *infra* 3.1.2).

La signature de la seconde génération de CPOM devrait être lancée en 2018, mais, en l'absence de sanctions juridiques ou financières, on peut douter de la capacité de cet outil à orienter fortement l'évolution des services de santé au travail, alors que leur offre de services et leur efficacité apparaissent aujourd'hui très hétérogènes.

2.2.1.3 Une forte hétérogénéité des organisations et modes d'action en matière de maintien en emploi

L'hétérogénéité des services de santé au travail ne concerne pas que la mission de maintien en emploi ; selon les interlocuteurs rencontrés, elle résulte de multiples facteurs, au premier rang desquels la taille variable de ces services⁵⁸, mais aussi des pratiques individuelles qui peuvent être très diverses selon les médecins du travail⁵⁹. Les DIRECCTE poussent aux regroupements, mais ne disposent pas de bases juridiques pour l'imposer.

La mission a observé plusieurs modes d'organisation dans les neuf SSTI qu'elle a rencontrés (voir tableau 4 dans l'annexe 3).

Dans les services de petite taille ou de taille moyenne, soit il n'y a pas d'organisation particulière, soit une ou deux personnes sont spécialisées sur le sujet « maintien en emploi », avec un profil orienté vers l'appui aux démarches administratives et à l'insertion sociale et professionnelle (assistant(es) sociaux(ales) conseiller(es) du travail, psychologue(s) du travail).

Dans le premier cas, le médecin du travail assure seul et entièrement la prise en charge et le suivi des personnes en risque de désinsertion, en lien avec l'employeur, ou fait appel au SAMETH lorsqu'il anticipe chez l'employeur un besoin d'appui spécifique (situation complexe et/ou aide financière nécessaire pour l'adaptation du poste), et que le salarié est reconnu travailleur handicapé ou accepte de demander ce statut. Lorsque l'équipe de préventeurs comporte un ergonomiste, il peut aussi demander ponctuellement à celui-ci de réaliser une étude de poste, afin d'appuyer sa discussion avec l'employeur sur un diagnostic précis.

⁵⁶ Après avis du groupe permanent régional d'orientation du comité régional d'orientation des conditions de travail (CROCT) et de l'agence régionale de santé (ARS).

⁵⁷ Selon la DGT les CPOM ont retenu un nombre très variable de priorités, le schéma le plus fréquent et le plus probant consistant à retenir 4 ou 5 priorités, parmi lesquelles a) des priorités de prévention thématiques (le plus souvent : CMR, chutes, TMS, RPS) b) une action consacrée à la PDP/maintien en emploi c) une action consacrée à la veille épidémiologique ou à la traçabilité des expositions.

⁵⁸ Selon le bilan 2014 du COCT, la moitié des SSTI emploient moins de dix médecins du travail (en ETP).

⁵⁹ En juin 2016, la société française de médecine du travail, avec l'appui de la caisse nationale d'assurance maladie et de la direction générale du travail, a demandé à la Haute Autorité de Santé (HAS) d'élaborer des recommandations de bonnes pratiques pour la prévention de la désinsertion professionnelle.

Dans le second cas, le médecin du travail peut aussi proposer aux salariés pour lesquels une inaptitude est probable, un appui psycho-social et administratif, pour faciliter leur engagement dans un projet de reconversion ou une solution financière permettant la sortie du marché du travail.

Certains gros services (plus de 150 000 salariés couverts) ont mis en place une équipe pluridisciplinaire dédiée au maintien en emploi, rassemblant les trois principales compétences nécessaires : ergonomie, psychologie du travail et service social. Dans ce mode d'organisation, le médecin du travail conserve toujours le suivi des relations avec l'employeur, mais peut recourir aisément à des compétences spécialisées tant pour les cas où il faut approfondir les possibilités d'aménagement du poste de travail que pour ceux où c'est un reclassement interne ou externe qui paraît devoir être privilégié. Il en est de même pour un SSTI support d'un SAMETH, sauf pour les salariés qui ne demandent pas la RQTH, ce statut étant le sésame pour accéder à ce service (cf. partie 3.3).

A la demande de la mission, le Centre Interservices Santé et Médecine Travail Entreprise (CISME) a conduit une enquête flash auprès de ses adhérents, afin de repérer ceux qui ont mis en place une cellule ou un service, dédié spécifiquement à la prévention de la désinsertion professionnelle et/ou au maintien en emploi. Sur 157 SSTI répondants⁶⁰, 71 soit 45 % ont répondu oui à cette question. En y ajoutant 18 SSTI qui indiquent ne pas disposer de cellule maintien en emploi mais être support d'un SAMETH⁶¹, on peut donc estimer que, dans plus de la moitié des SSTI répondants, la mission de maintien en emploi bénéficie d'une organisation et de compétences dédiées. L'enquête ne permet pas de repérer les SSTI qui ont organisé un partenariat pour le maintien en emploi avec des services externes ou des associations spécifiques, notamment dans le secteur du BTP.

La capacité à organiser pour cette fonction une équipe pluridisciplinaire (comportant notamment un ergonome) paraît très dépendante de la taille des SSTI, comme l'illustre le tableau ci-après.

Tableau 1 : Principaux résultats d'une enquête flash auprès des SSTI adhérents au CISME

Population couverte	Nombre de SSTI répondants	%	SSTI disposant d'une cellule ou d'un service dédié au maintien en emploi	%	Effectif moyen de ces cellules ou services dédiés
Moins de 50 000	75	48 %	24	32 %	1,05
50 000 à 99 000	46	29 %	26	57 %	1,54
100 000 à 149 000	20	13 %	10	50 %	2,77
150 000 à 200 000	16	10 %	11	69 %	2,86
	157	100 %	71	45 %	1,75

Source : Données collectées par le CISME et la FFB ; août – septembre 2017 – traitement IGAS

⁶⁰ Dont 24 des 28 services spécialisés du secteur BTP, dont les réponses ont été collectées par la fédération française du bâtiment.

⁶¹ 27 SSTI sur les 157 répondants ont indiqué être supports d'un SAMETH, dont 9 avaient aussi une cellule maintien en emploi.

La question de la taille des SSTI apparaît ainsi déterminante pour la professionnalisation de l'appui qu'ils peuvent apporter pour la recherche de solutions de maintien en emploi. La mission souligne, en particulier, que ceux dont les médecins peuvent recourir aisément, pour ces dossiers, à des compétences internes, affirment être en capacité de conduire des interventions similaires à celles des services d'appui au maintien en emploi des travailleurs handicapés financées par l'AGEFIPH (SAMETH)⁶².

2.2.2 Portés par une logique de service attentionné comme de maîtrise des dépenses d'indemnités journalières, les acteurs de l'assurance maladie se sont investis dans la prévention de la désinsertion professionnelle

Pour l'assurance maladie, la prévention de la désinsertion professionnelle se situe au carrefour de deux orientations stratégiques : le développement d'un service dit « attentionné » à l'ensemble des assurés pour améliorer leur satisfaction ⁶³, et la maîtrise des indemnités journalières en limitant les arrêts de travail de longue durée par une prise en charge adaptée des pathologies les plus contributrices d'arrêts et/ou de désinsertion rapide (comme les lombalgies).

2.2.2.1 Un engagement conséquent au service de la prévention de la désinsertion professionnelle

Une des premières mesures de prévention est constituée par l'arrêt de travail : le versement des indemnités journalières (IJ) associé à la suspension du contrat de travail et l'interdiction d'un licenciement pour ce motif, constituent le socle du maintien en emploi. En 2015, dans le régime général, 7,9 millions d'arrêts ont été indemnisés dont 6,9 millions en maladie, pour un montant total de près de 9 milliards d'euros⁶⁴. Mais, lorsque l'arrêt de travail se prolonge et indépendamment de son motif médical, il peut participer au risque de désinsertion professionnelle.

En complément, les engagements politiques décrits en partie 1.2 en matière de prévention de la désinsertion professionnelle se traduisent de manière conséquente dans la mobilisation opérationnelle des réseaux de l'assurance maladie, au premier rang desquels figurent leurs services sociaux. Le service social des CARSAT joue un rôle essentiel pour l'information et l'accompagnement des salariés en arrêt de travail. Même si les entretiens PDP n'y sont pas distingués de l'offre de service générale, le service social des caisses de MSA joue un rôle similaire pour les salariés et les chefs d'exploitation agricole.

Pour faciliter le retour au travail, la principale mesure, historique, est le temps partiel thérapeutique : près de 135 000 salariés du régime général ont perçu des indemnités journalières au titre d'un temps partiel thérapeutique en 2016, pour un montant de 417, 7 millions d'euros au titre de l'assurance maladie⁶⁵.

⁶² Ils peuvent même apporter un appui plus « intégré » lorsqu'une étude ergonomique est nécessaire, cas où les SAMETH font pour leur part appel à un prestataire AGEFIPH spécialisé (EPAAST). Ils recourent néanmoins au SAMETH lorsqu'il apparaît qu'un dossier d'aide de l'AGEFIPH devra être monté, car ceux-ci sont seuls habilités en la matière et maîtrisent l'ingénierie financière des aides de l'AGEFIPH.

⁶³ Cf. par exemple la lettre réseau LR-DDO-144/2010 relative à la création d'une offre de service attentionnée pour les assurés en risque de désinsertion professionnelle du 26/07/2010

⁶⁴ CNAMTS, Rapport charges et produits 2018, Juillet 2017

⁶⁵ Ces données ne comprennent donc pas les IJ versées au titre de la reprise du travail léger par l'assurance ATMP

L'assurance maladie finance d'autre part le fonctionnement des centres de rééducation professionnelle (CRP), centres de pré-orientation pour les personnes handicapées (CPO) et unités d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale pour les personnes cérébro-lésées (UEROS). Ce réseau spécialisé a accueilli environ 13 000 personnes en 2016. Toutefois, selon le bilan de la FAGERH, qui fédère 95 % de ces établissements, une minorité des stagiaires était en emploi avant d'y accéder, sauf dans les UEROS.

Il existe aussi des mesures de remobilisation et d'accompagnement, collectives (réunions d'informations, ateliers de travail) ou individuelles (essai encadré ; contrat de rééducation professionnelle en entreprise (CRPE) ; indemnité temporaire d'inaptitude (ITI)), décrites dans l'annexe 4. Ces mesures concernent toutefois un nombre réduit de bénéficiaires, ainsi dans le régime général en 2016, on décomptait 136 bénéficiaires d'un essai encadré, 317 d'un CRPE et 1370 pour une ITI⁶⁶).

La possibilité de continuer à percevoir des indemnités journalières tout en participant à une action d'orientation, de formation ou de remobilisation est une des novations importantes des dix dernières années. Ces actions peuvent être des actions de droit commun, ou des actions financées par l'AGEFIPH ; des prestations spécifiques sont aussi mises en place par certaines caisses⁶⁷, ou cofinancées avec l'AGEFIPH (sur cinq territoires⁶⁸).

Encadré 1 : Un exemple : le dispositif ARPIJ en Bretagne

L'ARPIJ est une action collective de huit semaines (210 heures, dont 140 en centre et 70 en entreprise) regroupant une douzaine de bénéficiaires. Elle comporte des modules d'accompagnement, d'information et de conseils, assortis *a minima* de 1 à 3 périodes en entreprise, permettant de préparer un reclassement professionnel externe (dans une autre entreprise, ou pour une création d'entreprise). A titre exceptionnel, cette action peut être proposée en individuel).

Ce dispositif s'adresse aux assurés sociaux relevant du régime général, du régime agricole, du RSI Bretagne et de l'ENIM, qui, confrontés à un problème de santé avec présomption d'inaptitude à tous postes dans l'entreprise ou activité d'origine, souhaitent préparer leur retour à l'emploi avant la fin de l'indemnisation de l'arrêt de travail.

Le financement des modules est assuré pour 50 % par les contributions respectives des différents régimes de protection sociale (CPAM, MSA, RSI, ENIM, au prorata de leurs ressortissants) et pour 50 % par l'AGEFIPH. 240 personnes en ont bénéficié en 2015.

Source : *Rapport Pluricité pour l'Agefiph, 2017*

La généralisation de la démarche de PDP en 2009 dans le réseau de la CNAMTS a fait l'objet d'un audit approfondi en 2011-2012⁶⁹. A la CCMSA une démarche d'évaluation similaire a été réalisée en 2013-2014 afin de poser les bases de la généralisation des dispositifs réalisée en 2016-2017. Les deux démarches sont très superposables dans leur esprit : un processus « multi-canal » de signalement des personnes « fragiles » et menacées par la désinsertion professionnelle repose sur les acteurs médicaux, sociaux et administratifs et de prévention professionnelle et converge vers les

⁶⁶ Estimation mission (cf. Annexe 4. Partie 3.1.5)

⁶⁷ Selon le rapport d'évaluation des actions de remobilisation, bilan et formation spécifiques proposées pour les personnes en arrêt de travail (Pluricité, rapport final suite au comité de pilotage du 2 mai 2017, synthétisé dans l'annexe 6), l'offre est beaucoup plus dense pour les assurés du régime général que pour ceux de la MSA.

⁶⁸ Ces « dispositifs indemnités journalières » sont des actions longues (120 à 140 heures étalées sur deux à quatre mois), généralement collectives et alternant des périodes d'accompagnement en centre et des périodes d'immersion en entreprise. Ils existent en Pays de la Loire, Auvergne, Normandie, Bretagne, Centre Val de Loire, mais le nombre de bénéficiaires est limité : 685 en 2015.

⁶⁹ Il s'agissait du second audit d'envergure réalisé sur la PDP après celui réalisé en 2003

services sociaux; des cellules de coordination interne (cellule locale de prévention de la désinsertion professionnelle dans le réseau CNAMTS et cellule techniques de maintien en emploi dans le réseau MSA) réunissent ces acteurs autour de la prise en charge des situations jugées complexes et/ou urgentes, et pour la validation, par le service médical, de la poursuite du versement des indemnités journalières durant des actions de « remobilisation ». D'autres acteurs, comme les SAMETH, les MDPH et les services de santé au travail, sont le plus souvent associés⁷⁰. Dans le réseau de la MSA, les services de santé au travail sont intégrés.

La part de l'activité prévention de la désinsertion professionnelle dans l'activité des services sociaux est croissante. Elle représentait 16 % de l'activité des services sociaux des CARSAT en 2008⁷¹, 20,6 % en 2013 et 29,5 % en 2016 pour 177 000 bénéficiaires. L'implication des services médicaux dans le repérage et le signalement des situations à risque reste plus modeste. Il apparaît que le service médical, tout comme cela était déjà relevé en 2012, a priorisé d'abord les actions de gestion du risque et conçoit encore la PDP comme un « sous-produit » des activités de maîtrise des indemnités journalières⁷². La CCMSA ne consolide pas à ce jour les signalements et accompagnements réalisés dans son réseau, hormis ceux, très réduits, traités par ses cellules de prévention.

Pour le régime général, près de 90 % des bénéficiaires accompagnés à titre individuel ont entre 26 et 59 ans et la tranche des 45-59 ans y est la plus représentée. En moyenne, l'accompagnement d'un bénéficiaire du service social des CARSAT⁷³ en 2016 a comporté 4,4 entretiens sur une durée de 11 mois⁷⁴. En fin d'accompagnement, le taux de maintien en emploi est d'environ 30 %. Ces résultats sont détaillés ci-dessous.

⁷⁰ Il existe 101 CLPDP dans le réseau CNAMTS et 35 CPEM dans le réseau CCMSA, soit une cellule dans chaque échelon local. Dans les DOM, il n'y a pas de CPME en 2017.

⁷¹ Cf. IGAS, Evaluation de la COG 2009-2012 de la branche ATMP du régime général, Rapport RM2012-128P, Avril 2013

⁷² Audit du projet de prévention de la désinsertion professionnelle (PDP), Rapport définitif, CAISSE NATIONALE/DAGRCG/DAUG, Décembre 2012, 99 pages + annexes informatives

⁷³ Les entretiens avec les autres membres du réseau (médecins conseils, administratifs) et avec des partenaires externes (SAMETH, SST, ...) ne sont pas comptabilisés.

⁷⁴ Données d'activité du service social /CNAMTS/DDO/D20M/DAPF 2016

Tableau 2 : Détail des situations en fin d'accompagnement en 2016

31,11 % de maintien dans l'emploi dont :	
Au même poste	20,44 %
A un autre poste dans la même entreprise	7,79 %
Reprise d'activité dans une autre entreprise	2,38 %
Création d'entreprise	0,50 %
37,80 % de maintien sur le marché du travail dont :	
Demandeur d'emploi	23,64 %
Orientation vers partenaires insertion	10,54 %
Formation professionnelle	3,62 %
12,63 % de sortie avec solution sociale dont :	
Invalidité	10,40 %
Retraite	1,87 %
Incapacité AT/MP	0,36 %
18,45 % d'interruption « autres catégories » dont :	
Interruption par assuré	10,30 %
Aggravation santé	7,61 %
Décès	0,53 %

Source : Données d'activité du service social /CNAMTS/DDO/D20M/DAPF 2016. Situation *en fin d'action*

Ces données concernent par construction les personnes ayant accepté une ou plusieurs interventions d'accompagnement.

2.2.2.2 Deux dispositifs expérimentés par la CNAMTS pour réduire les arrêts longs

Les arrêts longs, de plus de trois mois, représentent moins de 10 % des arrêts de travail.

- Le dispositif des conseillers en risques professionnels (CRP) de la direction des risques professionnels (DRP)

Devant le constat ancien qu'une minorité de sinistres (2 %) génère 40 % de la dépense d'indemnisation journalière dans le champ des accidents de travail, la direction des risques professionnels de la CNAMTS a choisi d'expérimenter dans la COG 2014-2017, un nouveau dispositif d'aide aux victimes d'AT graves⁷⁵. L'expérimentation, débutée en 2014, a concerné cinq sites⁷⁶. Deux conseillers par site, agents de la DRP basés dans les CPAM, ont suivi entre 35 et 45 personnes en moyenne chacun pendant plusieurs mois. Il s'agissait d'organiser un accompagnement personnalisé et de coordonner le retour à l'emploi avec l'assistant de service social, le médecin conseil, le médecin du travail et les autres partenaires externes.

⁷⁵ Victimes d'accident de travail ayant des lésions susceptibles d'entraîner un arrêt de plus de 45 jours ou une IP>10%. Les pathologies du périmètre de l'expérimentation sont : la traumatologie (orthopédie dont amputations/ Traumatismes crâniens), le stress post-traumatique, la lombalgie.

⁷⁶ Sites Artois, Seine et Marne, Yvelines, Alpes maritimes et Lille-Douai

En 2016, sur 26 500 dossiers sélectionnés, 1 019 ont été considérés comme éligibles et 690 victimes ont été suivies sur 30 heures en moyenne/personne. L'essentiel de l'accompagnement s'est fait le plus souvent par téléphone, hormis deux rencontres en face à face incontournables pour la signature de l'engagement initial et de clôture⁷⁷. 15 % des 260 assurés ayant repris le travail ont fait l'objet d'une action en faveur de la reprise du travail ; les 85 % restants ont repris le travail sans action particulière en entreprise. Le coût total de prise en charge par bénéficiaire a été estimé à 8 926 € (principalement en raison de coûts d'IJ supplémentaires par rapport à des salariés en AT-MP témoins et du coût de suivi par les CRP⁷⁸). La DRP a fait le constat de la complexité des démarches vers les employeurs et estimé que le profil de CRP tel que recruté au début de l'expérimentation n'était pas dimensionné pour cette mission⁷⁹.

➤ L'agent facilitateur des échelons locaux du service médical (ELSM)

Cette expérimentation a débuté en mars 2015, afin de contribuer à la maîtrise de l'évolution des indemnités journalières et à la prévention de la désinsertion professionnelle des assurés en arrêt de travail, tout en apportant un nouveau service aux médecins prescripteurs. Elle a concerné 18 sites en 2016⁸⁰ où deux agents⁸¹ par site ont exercé la mission à temps partiel (0,2 ETP par agent).

Le suivi concernait les assurés ayant des difficultés à organiser et suivre leurs démarches dans le cadre d'un arrêt de travail, sans notion de complexité ou gravité médicale particulière contrairement au dispositif CRP⁸². Il s'agissait principalement de s'assurer que l'assuré a pris les rendez-vous prévus dans son plan de soins (examens complémentaires, expertises, visite de pré-reprise) ou administratif (dossier MDPH, ouverture des droits sociaux...).

Pour les 18 ELSM expérimentateurs, près de 2000 assurés ont été suivis par l'agent facilitateur, soit un effectif de 200 assurés en moyenne par agent. Chaque agent suit, à un moment donné, une file active de 120 assurés. 75 % sont suivis à l'initiative du médecin conseil, le reste sur signalements par le médecin traitant (10 %) ou par le facilitateur.

Le nombre d'interventions du facilitateur est très variable, mais assez souvent ponctuel. Il s'agit de répondre à l'attente du médecin conseil qui pressent qu'un ou plusieurs facteurs bloquants peuvent conduire à prolonger l'arrêt de travail et en « faciliter » la levée en accompagnant l'assuré. A l'issue de la phase pilote de 2015 sur les trois premiers sites, la CNAMTS a estimé que la fonction de « facilitation » avait optimisé entre 19 et 42 % des arrêts de travail.

➤ La nécessité de faire converger ces dispositifs avec le « droit commun » du travail social en matière de prévention de la désinsertion professionnelle

⁷⁷ L'efficacité d'un accompagnement distant vs. un accompagnement en face à face a été jugé comparable sinon meilleure, dans la plupart des cas hormis les cas les plus graves (étude SUVA 2015).

⁷⁸ Hospinomics, Analyse médico-économique du service d'accompagnement après un accident de travail. Rapport final. 1^{er} octobre 2017, 22 pages

⁷⁹ Profil de niveau 4 pour une majorité des CRP recrutés

⁸⁰ En 2015 3 sites : Loire-Atlantique, Doubs, Bouches du Rhône. En 2016 18 ELSM, au moins un site par DRSM de France métropolitaine : Hauts de Seine, Moselle, Périgueux, Clermont Ferrand, Finistère, Hérault, La Rochelle, Toulouse, Nancy, Somme, Angers, Loiret, Drôme, RED 76 (Rouen Elbeuf Dieppe) et Le Havre.

⁸¹ Profils de niveaux 3 ou 4

⁸² Critères : en arrêt de travail pour une maladie ou un AT-MP, quelles que soient les pathologies, dans le cadre du contrôle médical des arrêts de travail ou suite à un signalement du médecin traitant, en situation d'emploi (CDI, CDD, intérimaire) ou sans emploi.

Il apparaît souhaitable de remédier au relatif cloisonnement entre ces nouveaux dispositifs et le service social, qui porte au sein du régime général, l'accompagnement des assurés à risque de désinsertion professionnelle qui lui sont signalés ou qu'il identifie directement. 1700 assistants de service social sont mobilisés, le plus souvent à temps plein⁸³, avec une file active d'environ 380 assurés accompagnés en individuel, dont une centaine au titre de la prévention de la désinsertion professionnelle.

La CNAMTS souhaite mettre fin à l'expérimentation CRP jugée insuffisamment efficiente et généraliser la fonction de facilitateur, support d'un service développé en appui relais des médecins conseils, dont le temps serait soulagé de cette fonction de suivi administratif. Constatant que l'action en lien avec le milieu de travail est l'élément clef d'une réinsertion professionnelle réussie, et que ni les dispositifs expérimentaux ni le service social n'ont accès direct aux entreprises, elle envisage de s'appuyer sur des partenaires externes pour une médiation en entreprise.

Au total, les dispositifs de prévention de la désinsertion professionnelle des régimes d'assurance maladie apparaissent jouer un rôle précieux de détection des situations de fragilité et d'organisation/validation de mesures de réinsertion durant les arrêts de travail (bilans de compétence, formations, CRPE, essais encadrés, temps partiel thérapeutique, etc.). Ces progrès importants comportent cependant des éléments de faiblesse⁸⁴.

2.2.2.3 Des faiblesses persistantes, en partie identifiées

► Les évaluations de satisfaction et médico-économiques

S'agissant du taux de « satisfaction des clients », dans une enquête 2016 sur l'utilité sociale de l'accompagnement par les services sociaux, dont le taux de retour est de 32 %, les deux tiers des répondants (68 %) estiment que cette intervention les a aidés à préparer leur retour à l'emploi et un peu plus d'un sur deux (56 %) qu'elle les a aidés à construire un nouveau projet professionnel⁸⁵. Ces indicateurs sont jugés satisfaisants par le régime général, mais ne peuvent être considérés comme représentatifs au regard du taux de « non-répondants », ceux-là pouvant justement être principalement des bénéficiaires mécontents du service reçu.

Les évaluations médico-économique recommandées lors de l'audit de 2012 n'ont pas été réalisées, car globalement jugé trop lourdes à conduire. Ceci pénalise toute possibilité de mesurer l'efficience de ces dispositifs en termes d'impact sur les dépenses d'indemnité journalière, ce qui tend à entretenir une vision de court terme qui freine l'engagement des médecins conseils.

► La place des services de santé au travail et des médecins traitants

D'autres « clients » de l'assurance maladie, que sont les médecins traitants et les services de santé au travail ne sont pas interrogés dans l'enquête de satisfaction annuelle, qui ne porte que sur les assurés bénéficiaires des interventions du service social de la CARSAT.

Un part non négligeable du repérage d'assurés en arrêt de travail long conduit à des signalements faits par les médecins conseils aux médecins du travail : dans le régime général, ils ont adressé 45 666 signalements aux services de santé au travail en 2016, principalement pour des visites de

⁸³ Le profil d'un assistant social est de niveau 5b, un à deux niveaux au-dessus des qualifications des CRP ou facilitateurs

⁸⁴ On ne dispose pas de recul sur les activités consolidées du réseau de la MSA ; les développements qui suivent (sous partie 2.2.2.3) ne concernent, sauf mention spéciale, que les acteurs du réseau CNAMTS

⁸⁵ CNAMTS Etude d'impact du service social menée auprès des assurés en 2016

pré-reprise ou de reprise, des mises en situation professionnelle comme les essais encadrés, des contrats de rééducation professionnelle en entreprise (CRPE) ou des reprises de travail à temps partiel. Ce nombre est croissant chaque année.

Par ailleurs, le réseau des délégués de l'assurance maladie a été mobilisé depuis 2011 pour présenter le dispositif de prévention de la désinsertion professionnelle aux médecins traitants (dans la moitié des 26 régions CARSAT en 2016). Mais le message « service attentionné » reste peu lisible pour les généralistes qui continuent à percevoir l'assureur comme désireux de porter principalement l'objectif de « maîtrise des IJ ». En effet, la lutte contre la « sinistralité IJ », qui comporte d'autres leviers comme les contrôles, s'est renforcée en raison des faibles résultats globaux (cf. *supra*) et concerne tous les types de bénéficiaires et toutes les durées d'arrêt. L'impression négative l'emporte.

- Le dispositif de repérage conduit à un signalement insuffisamment sélectif et à des interventions trop tardives.

Le dispositif de repérage des situations de risque de désinsertion professionnelle repose principalement sur l'existence d'un arrêt de travail et sa durée. Ce sont les requêtes pour le service médical (45 jours ou 100 jours) et surtout celles pour le service social (90 jours), qui déclenchent l'essentiel des interventions. La requête est mise en œuvre depuis 2007 dans le cadre du programme d'action prioritaire du service social « Prévenir les risques de précarisation médico-sociale et/ou professionnelle des assurés en arrêt de travail » pour identifier toutes les personnes en situation de fragilité. Le ciblage des risques professionnels n'en constitue qu'un sous-produit. Le véritable repérage s'effectue alors à l'occasion des entretiens collectifs ou individuels faits par les travailleurs sociaux mais, en absence de relance sur ces offres de rencontre, la moitié seulement des bénéficiaires potentiels y participent, les autres passent entre les mailles du filet. Certaines situations remontées avec les études de cas témoignent que l'absence de réponse est en lui-même un critère de fragilité.

Par ailleurs, le suivi de la précocité des signalements n'est pas consolidé au niveau national, ce qui affaiblit l'évaluation du programme, dont la finalité est de proposer des interventions les plus précoces possible⁸⁶. On dispose toutefois de données produites en région. En Aquitaine, le délai médian entre le début de l'arrêt de travail et le signalement en 2016 était de 208 jours, et de 263 jours en 2015. La proportion de signalements réalisés 6 mois et plus après le début de l'arrêt de travail était respectivement de 53 et 59 %⁸⁷. Le délai observé chez les bénéficiaires ayant accepté un accompagnement est également très long : en Normandie, en 2016, la durée moyenne des arrêts de travail avant de commencer une action de remobilisation était de 12,5 mois.

Il apparaît donc souhaitable de réviser le processus de requêtage du régime général en raccourcissant ses délais et en introduisant d'autres critères, afin de mieux sélectionner et plus tôt les salariés les plus à risque⁸⁸.

Enfin, le processus devrait intégrer et détailler par source tous les signalements faits hors requêtage informatique, comme cela est fait pour ceux provenant des médecins conseils. On pense aux signalements venant des agents administratifs, des services de prévention des risques professionnels ainsi que de tous les acteurs et partenaires extérieurs au réseau de la CNAMTS, dont

⁸⁶ Prévention de la désinsertion professionnelle, Bilan 2016. Service social de l'Assurance maladie. 11/2017

⁸⁷ CARSAT Aquitaine, bilan activité 2016 cf. Annexe 4

⁸⁸ Cette question est bien identifiée et devrait évoluer en 2018 où il sera demandé aux CPAM de fournir mensuellement au service social une requête ayant pour objectif de l'informer des personnes en arrêt de travail depuis 60 jours, critère qui sera croisé avec des critères de fragilité que les CARSAT doivent définir.

on ne peut estimer pour l'instant l'impact que globalement (24 000 accompagnements PDP soit 13,5 % des 177 000 accompagnements conduits en 2016 par les services sociaux).

- La principale faiblesse réside dans l'insuffisance des interfaces avec les entreprises et les employeurs

Le principal enseignement de l'expérimentation CRP est la mise en évidence d'absence d'acteur propre au sein des organismes d'assurance maladie pour un accompagnement individuel des salariés dans leurs relations aux entreprises. Les services de prévention connaissent les entreprises mais n'y interviennent qu'en prévention primaire, collective, et ne sont pas dimensionnés pour des prises en charge individuelles.

2.2.3 L'AGEFIPH et les acteurs de l'emploi des travailleurs handicapés restent des protagonistes essentiels

L'annexe 6 présente les principales actions de l'AGEFIPH en faveur du maintien en emploi des travailleurs handicapés. La mission n'a pas inclus dans son périmètre le secteur public, mais rappelle que le fonds d'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP) joue un rôle analogue pour les salariés du secteur public et cofinance avec l'AGEFIPH les réseaux offrant un accompagnement spécialisé aux personnes en risque de désinsertion professionnelle.

Selon l'AGEFIPH, les crédits prévus pour le maintien en emploi s'élèvent à 145 M€ en 2016, soit 36 % de son budget d'intervention, et se répartissent en trois grandes catégories :

- Le financement de **réseaux spécialisés** : les 99 services d'appui pour le maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés (SAMETH), d'une part, les 47 équipes COMETE France situées dans des établissements hospitaliers, d'autre part (cf. *infra* 2.2.4) ;
- Le financement de **prestations techniques d'évaluation ou d'orientation** :
 - études préalables à l'aménagement et à l'adaptation de situations de travail (EPAAST) et prestations ponctuelles spécifiques par type de handicap (PPS⁸⁹), que les SAMETH peuvent mobiliser en appui de leur intervention ;
 - prestations spécifiques d'orientation professionnelle (PSOP), pour les salariés qui ne pourront reprendre leur poste de travail, même aménagé, et doivent élaborer un nouveau projet professionnel dans le cadre d'un reclassement interne ou externe.
- Le versement **d'aides financières au maintien dans l'emploi**, principalement aux employeurs, mais également aux personnes (aides au transport et prothèses auditives).

L'intervention de l'AGEFIPH concerne un public plus étroit que celle des services de santé au travail ou des CARSAT, car elle est subordonnée à la reconnaissance administrative d'un handicap ; toutefois, afin de limiter les retards d'intervention, seul le dépôt du dossier de reconnaissance est exigé. En 2016, près de 20 % des bénéficiaires d'une prise en charge par un SAMETH ont bénéficié de cet assouplissement.

⁸⁹ PPS handicap auditif, visuel, moteur, psychique ou mental.

2.2.3.1 Les SAMETH et les prestataires spécialisés de l'AGEFIPH apportent un appui à la recherche de solutions

Une offre de services nationale des SAMETH est organisée depuis 2005. Cofinancés par l'AGEFIPH et le FIPHFP et présents sur l'ensemble des départements, ils sont susceptibles d'intervenir pour toute situation individuelle dans laquelle une personne risque de perdre son emploi du fait d'une situation de handicap. Selon leur bilan d'activité, ils ont pris en charge en 2016 21 400 nouvelles situations dans le secteur privé et l'AGEFIPH leur a consacré 25,4 M€.

Plusieurs types d'organismes peuvent être support d'un SAMETH : des associations gestionnaires de Cap emploi, qui en portent près des deux tiers (64 sur 99 titulaires du marché 2017), des services de santé au travail interentreprises, des sociétés privées de conseil⁹⁰.

Pour compléter leur expertise dans les cas complexes, les SAMETH peuvent faire appel à des prestataires spécialisés de l'AGEFIPH pour la réalisation d'études d'aménagement des situations de travail ou la détermination de compensations spécifiques par type de handicap (prestations ponctuelles spécifiques). Ces prestataires spécialisés sont mobilisés dans environ 20 % des cas⁹¹.

La sollicitation des SAMETH provient pour plus d'un tiers des médecins du travail, et pour un cinquième des employeurs privés ; la part des organismes de protection sociale est beaucoup plus faible⁹². Au démarrage de l'intervention, 22 % des bénéficiaires sont en arrêt de travail ; plus de 80 % sont déjà reconnus travailleur handicapé, et seulement 4 % ont déjà été déclarés inaptes par le médecin du travail.

Deux types de parcours sont distingués : les parcours « facilitation », où le SAMETH valide et facilite la mise en œuvre de solutions déjà identifiées, notamment en mobilisant les aides financières de l'AGEFIPH, et les parcours « ingénierie », où le SAMETH doit rechercher lui-même puis mettre en œuvre des solutions (65 % des parcours en 2016). Un véritable accompagnement sur la durée peut être mis en place pour les cas les plus complexes⁹³.

Les taux de succès sont très élevés⁹⁴ mais doivent être relativisés compte tenu du mode de financement qui repose pour environ un tiers sur des parts variables attribuées aux seuls parcours réussis, ce qui peut inciter les SAMETH à s'investir sur les cas ayant les meilleures chances de réussite.

⁹⁰ Ex : JLO emploi, qui porte cinq SAMETH sur six départements

⁹¹ 1 100 EPAAST et 2 762 PPS en 2016 pour 21 400 nouvelles situations prises en charge par les SAMETH dans le secteur privé la même année.

⁹² 3 % des saisines proviennent du régime général (CARSAT, CPAM, médecins conseil et cellules de prévention de la désinsertion professionnelle).

⁹³ En 2016 pour plus de 20 % des maintiens en emploi réussis dans le secteur privés, l'accompagnement a duré un an ou plus.

⁹⁴ 98 % de maintiens dans l'emploi pour les parcours « facilitation » et 90 % pour les parcours « ingénierie » ; la majorité des personnes sont maintenues au même métier (92 %), et même au poste d'origine (89 %).

Au total, les équipes des SAMETH, en consacrant du temps à l'analyse de la situation et à la médiation entre les différents interlocuteurs, apportent un service essentiel. Trois points faibles doivent néanmoins être soulignés⁹⁵ :

- C'est un service qui couvre un faible part des besoins : les quelques 20 000 parcours engagés annuellement avec l'appui des SAMETH pour le secteur privé représentent une proportion minime des salariés ayant chaque année un avis de restriction d'aptitude ou d'inaptitude (plus d'un million) ; il existe, de plus, de fortes disparités régionales⁹⁶ ;
- Les interventions restent souvent focalisées sur les aspects techniques « durs » du poste de travail et de la compensation, prenant moins facilement en charge les problématiques d'organisation du travail, de management, de formation ; par ailleurs la part des handicapés psychiques et mentaux dans les bénéficiaires est très faible ;
- Pour les personnes qui ne sont pas maintenues dans l'entreprise, l'intervention semble souvent se limiter à une information des bénéficiaires, sans que la prise de relais par les acteurs du retour à l'emploi soit organisée.

A partir de 2018, l'intégration, prévue par la loi Travail d'août 2016, des missions des SAMETH et de celles des organismes Cap emploi au sein d'un seul organisme de placement spécialisé (OPS), devrait permettre d'offrir un service plus étendu, en facilitant la mobilisation de compétences d'appui à la reconversion et à la recherche d'emploi, lorsque le maintien dans l'entreprise n'est pas possible ou pas souhaité.

Au titre des financements de l'AGEFIPH pour l'appui à la recherche de solutions, il faut citer aussi l'action des équipes COMETE France, situées dans des établissements de Soins de Suite et de Réadaptation, qui concerne des personnes souffrant majoritairement de déficiences motrices et psychomotrices lourdes et/ou complexes. (cf. *infra* 2.2.4).

2.2.3.2 Les aides de l'AGEFIPH à l'employeur sont les principaux financements mobilisables pour le maintien en emploi

L'offre d'intervention de l'AGEFIPH pour le maintien en emploi comporte une panoplie d'aides financières, destinées principalement aux employeurs, mais également aux personnes elles-mêmes (aides au transport et prothèses auditives).

- Les aides au maintien dans l'emploi (forfait initial et aide complémentaire) sont des aides d'urgence aux employeurs, attribuées sur prescription des SAMETH dans l'attente de la mise en œuvre d'une solution pérenne ; elles sont utilisées dans un parcours « ingénierie » sur 7 pour un coût de 5 M€⁹⁷.
- Les aides à l'aménagement des situations de travail sont destinées à compenser les dépenses engagées par l'employeur pour adapter un poste de travail : 9 577 aides ont été attribuées en 2016 pour un montant de 23,4 M€.
- Les aides techniques ont concerné 8 422 bénéficiaires en 2016, pour un montant de 12,4 M€.

⁹⁵ Analyse fondée sur le rapport Amnyos de 2015 et sur les entretiens conduits par la mission.

⁹⁶ L'Île de France, les Antilles et dans une moindre mesure la Bretagne, apparaissent nettement moins bien couvertes que les autres régions.

⁹⁷ 2 027 bénéficiaires d'une aide initiale et 416 bénéficiaires d'une aide complémentaire en 2016.

- L'aide à l'emploi des travailleurs handicapés (AETH) qui mobilise 52,7M€, est attribuée pour trois ans pour compenser des charges pérennes persistant après mise en place de l'aménagement optimal du poste de travail⁹⁸ ; elle a concerné 7 919 bénéficiaires en 2016 ; cette aide est conséquente (6 654 €/ par poste en moyenne) mais reste peu mobilisée au regard des besoins potentiels.

D'autres aides ont un impact marginal : aide au maintien dans l'emploi en fin de carrière⁹⁹, aides à la mobilité¹⁰⁰ ; aides au tutorat¹⁰¹.

A travers ces différentes aides, l'AGEFIPH peut compenser en partie les surcoûts temporaires, ou plus rarement pérennes (AETH), liés au maintien en emploi d'un salarié ayant des limitations fonctionnelles pour tenir son poste de travail. En dehors du champ du handicap, la prise en charge de ces surcoûts relève de l'entreprise seule (à l'exception du contrat de rééducation professionnelle en entreprise financé par l'assurance maladie, très peu utilisé – cf. *supra*).

L'AGEFIPH intervient aussi pour l'appui aux personnes qui doivent, compte tenu de leur état de santé, construire un autre projet que le retour sur le poste de travail initial. Dans ce domaine, elle intervient en complément des actions publiques de droit commun des politiques d'orientation professionnelle et de formation des salariés et a mobilisé en 2016 dans le cadre du maintien en emploi 9,8 M€ ; 2 128 personnes ont suivi une prestation spéciale d'orientation professionnelle (PSOP), 593 ont bénéficié d'un des dispositifs de remobilisation cofinancés par l'assurance maladie dans quatre régions (cf. *supra*), et 1 581 personnes ont bénéficié d'un cofinancement du coût pédagogique de leur formation dans le cadre de conventions partenariales avec des organismes collecteurs agréés (OPCA, OPACIF)^{102 103}.

Une récente évaluation des actions de remobilisation, bilan et formations spécifiques proposées pour les personnes en arrêt de travail¹⁰⁴ montre que l'accès à la PSOP dans le cadre du maintien en emploi est très inégal selon les territoires. Elle relève la pertinence d'une offre spécialisée pour l'appui à la définition d'un projet professionnel, car le deuil de l'ancien métier, l'acceptation du handicap, la prise en compte des potentialités au regard de l'état de santé constituent des besoins spécifiques, et souligne que les approches collectives intégrant le cas échéant des mises en situation professionnelle, apparaissent particulièrement pertinentes pour ces publics.

⁹⁸ L'ouverture de ce droit est conditionnée à une reconnaissance administrative de la lourdeur du handicap (RLH). En cas de décision favorable de RLH, l'entreprise peut opter entre une minoration de sa contribution à l'AGEFIPH et l'aide à l'emploi (AETH), dont le montant annuel est de 450 fois le SMIC pour un taux de RLH minoré et peut s'élever à 900 fois le SMIC pour le taux majoré.

⁹⁹ 272 bénéficiaires pour 2,8 M€

¹⁰⁰ 613 bénéficiaires pour 2,1 M€, attribuées le plus souvent pour l'aménagement du véhicule

¹⁰¹ 125 bénéficiaires pour 0,2 M€

¹⁰² L'intervention sous forme d'abondement du compte personnel de formation (CPF) reste marginale avec une centaine de bénéficiaires en 2016.

¹⁰³ Le rapport d'activité 2016 de l'association OETH mentionne aussi 150 personnes ayant pu bénéficier d'une reconversion par le biais d'une formation, dans le cadre de l'accord agréé qui couvre la branche des organismes privés sanitaires et sociaux à but non lucratif.

¹⁰⁴ Evaluation commanditée par l'AGEFIPH et réalisée par Pluricité ; rapport final suite au comité de pilotage du 2 mai 2017

2.2.4 L'implication relativement modeste du monde du soin se concentre sur le secteur des soins de suite et réadaptation

Par leurs interactions avec les autres acteurs de la prévention de la désinsertion professionnelle, notamment avec les médecins du travail et les médecins conseils de la sécurité sociale, les médecins généralistes peuvent apporter les informations cliniques indispensables pour que ces derniers puissent pleinement jouer leur rôle ; mais ces interactions apparaissent globalement faibles, d'après les témoignages recueillis qui confirment les observations faites en 2009 par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)¹⁰⁵ (cf. *infra* point 3.2.1).

Le secteur de soins de court séjour hospitalier reste centré principalement sur le métier du soin, et l'évolution des organisations pousse vers un raccourcissement accru des séjours en hospitalisation complète et au développement des activités ambulatoires peu propices à la prise en compte de problématiques connexes aux soins¹⁰⁶. L'ouverture aux problématiques de réinsertion professionnelle y est récente et ne se concrétise pas ou peu dans des activités *ad hoc*, à l'exception de ce qui est observé dans certaines disciplines comme la cancérologie où il peut être proposé information et accompagnement spécifique des patients par des équipes pluridisciplinaires, principalement lorsque la phase de traitements lourds est déjà bien engagée.

Toutefois, deux dispositifs hospitaliers revendiquent spécifiquement une activité propre en matière de prévention de la désinsertion professionnelle (Cf. annexe 5).

Le premier est constitué par le réseau des centres de consultations de pathologie professionnelle (CCPP). Ce réseau dont la mission première est de constituer un centre d'expertise sur l'origine professionnelle des maladies, a aussi pour rôle de proposer des moyens pour prévenir l'exposition et, le cas échéant, envisager la meilleure prise en charge médico-sociale en cas d'inaptitude ou de risque de désinsertion professionnelle du patient. La consultation peut être demandée par le médecin traitant, spécialiste, ou le médecin du travail qui veulent un avis complémentaire, mais aussi sur l'initiative du patient. Elle est ouverte à tous les salariés mais aussi aux autres populations : précaires ou non-salariés y compris ceux qui n'ont pas de relation avec un service de santé au travail. L'activité des CCPP a pratiquement doublé depuis 2001. En 2015 : 17 305 nouveaux patients y ont été vus dont 9 939 (32,7 %) pour une expertise, un conseil, ou une orientation et reclassement. Une douzaine des trente consultations, principalement localisées dans des hôpitaux universitaires métropolitains, concentrent l'activité de cette offre de service maillant imparfaitement le territoire.

Le second dispositif repose sur des services de rééducation et réadaptation fonctionnelle ou services de soins de suite et de rééducation fonctionnelle (SSR). Ces services d'aval des services de court séjour ¹⁰⁷prennent en charge près d'un million de patients chaque année, qui sont pour un tiers d'entre eux âgés de moins de 65 ans. Les activités de préparation et d'accompagnement de la réinsertion professionnelle sont partie intégrante de leurs missions¹⁰⁸. Parmi eux, 47 SSR du réseau spécialisé COMETE¹⁰⁹ bénéficient à ce titre d'un financement forfaitaire de l'AGEFIPH (36 %), du FIPHFP (9 %) et de l'assurance maladie (55 %) via les ARS (environ 270 K€ par projet pour 2,7 ETP).

¹⁰⁵ Colette MENARD et al, « Enquête « Médecins généralistes et santé au travail » in Médecins du travail/médecins généralistes: regards croisés », INPES, *Collection "Études santé"*, janvier 2012, 113-186.

¹⁰⁶ La durée moyenne de séjour est de 6,2 jours en médecine et 5,5 jours en chirurgie en 2016

¹⁰⁷ La durée moyenne de séjour en hospitalisation complète, toutes spécialités confondues, est de 40,9 jours en 2016

¹⁰⁸ Cf. Article R 6123-118 du code de la santé publique

¹⁰⁹ Réseau COMMunication, Environnement-Tremplin pour l'Emploi (COMETE)

Constitué progressivement à partir des années 1990, ce réseau est présent en 2017 dans 13 régions et mobilise environ 300 professionnels qui ont suivi 9 575 personnes en 2016¹¹⁰. Le forfait est principalement destiné à financer une démarche d'intervention précoce, engagée dès l'hospitalisation et poursuivie jusqu'à 12 mois après la reprise de l'activité professionnelle. Les deux premières évaluations, en 2002 et 2004, étaient positives en termes de taux d'insertion des patients, notamment pour ceux atteints le plus gravement (patients dits médullaires et cérébro-lésés). Les premières conclusions d'une nouvelle évaluation réalisée à la demande de l'AGEFIPH confirment la plus-value de ce soutien renforcé par rapport à des services n'en disposant pas.

Un des points cardinaux de la réussite de cette démarche est le lien de confiance qui se crée autour des soins entre l'accompagnateur principal et la personne, ce qui milite pour le maintien d'un dispositif intégré.

Les besoins de renforcement de ces démarches d'accompagnement précoce sont importants. Dans une étude de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) sur la patientèle de 2009 conduite à la demande de l'IGAS¹¹¹, environ 10 % des prises en charge en SSR concernaient des patients entre 18-55 ans pour des pathologies du système nerveux, ostéo-articulaire, ou traumatique (dont amputations) ; ces patients relevaient pour la plupart d'une offre d'insertion ou réinsertion professionnelle, soit environ 100 000 patients.¹¹²

Qualitativement, il existe des besoins mal couverts pour les déficiences sensorielles et pour la cancérologie, en complément des démarches parfois amorcées dans le secteur de court séjour. Il existe enfin des besoins de développer l'accompagnement pour les patients porteurs d'une maladie psychique, mais le réseau des COMETE estime n'en pas avoir les compétences et suggère de transposer son modèle d'intervention en l'adaptant aux spécificités de la maladie psychique (cf. aussi point 3.4).

2.2.5 L'entrée en jeu de nouveaux acteurs

Les assureurs offrent une couverture des besoins de protection des personnes en retraite complémentaire, santé (remboursement des frais de santé), prévoyance (décès, incapacité de travail, invalidité) et épargne. En santé, l'Accord National Interprofessionnel de 2013 a généralisé l'obligation faite aux entreprises de contracter une complémentaire santé pour tous les salariés du secteur privé au 1er janvier 2016. Confrontés à la nécessité d'une augmentation régulière des cotisations, ces acteurs ont souhaité mettre en place des offres visant à réduire la sinistralité comme dans toute activité assurantielle.

Le point d'entrée est donc principalement la lutte contre l'absentéisme. Une offre d'accompagnement est faite aux salariés concernés, le plus souvent dès le deuxième mois d'arrêt de travail, lorsque la garantie de l'assureur commence à intervenir. Plusieurs types d'accompagnement peuvent être proposés, qui vont concerner des actions collectives à conduire dans les entreprises, mais aussi de l'accompagnement individuel, avec l'accord des assurés, sous forme d'entretiens téléphoniques et/ ou directs. Des offres « premium » d'accompagnements renforcés sont également

¹¹⁰ COMETE France, Rapport national d'activité 2016.

¹¹¹ Patrick BROUDIC, « Organisation et financement des actions de préparation et d'accompagnement de la réinsertion professionnelle des patients hospitalisés en soins de suite et réadaptation », IGAS, Rapport RM 2011-152P, Octobre 2011

¹¹² L'IGAS avait alors noté que les prises en charge étaient dispersées sur de nombreux établissements : la moitié des 1 251 SSR de l'époque avaient accueilli moins de 20 patients chacun par an. Il était donc souhaité que les moyens d'intervention soient concentrés sur un nombre limité d'équipes maillant mieux les territoires, auxquelles serait attribué un financement mixte : forfaitaire et à l'activité.

disponibles, intéressantes pour les entreprises qui ont un taux important d'arrêts de travail longs chez leurs cadres dont les salaires sont les plus élevés.

L'accès à ces services dépend principalement des garanties auxquelles les entreprises ou leurs branches ont souscrit. La couverture est donc inévitablement hétérogène. Il existe également dans ce domaine, comme pour l'offre des régimes de base, un problème de faible connaissance de l'existence du service par les salariés qui pourraient en bénéficier.

Ces assureurs complémentaires peuvent faire appel à des prestataires externes spécialisés. De forme associative ou privée (cabinets de conseil), ces prestataires ont une offre très variable : géographiquement (localisée, régionale, rarement nationale), thématiquement (travailleurs handicapés, salariés à risque d'inaptitude, salariés en maladie grave ou chronique, salariés en souffrance psychique). Les équipes d'intervention sont également de composition variable (médicale, psychologique, sociale) et en terme de modalités d'intervention en entreprise (adaptations de postes, actions sur le collectif de travail) ou conseil professionnel individuels (bilans de compétence, reclassement). Dans une étude sur cette offre multiforme commandée par la CNAMTS, il était fait mention des facteurs clefs de succès de ce type d'intervention reposant sur des prestataires externes, qui recoupent celles exposées *infra* : l'anticipation de la détection des situations, le rôle central des services de santé au travail, une approche globale des problèmes des salariés par des équipes pluridisciplinaires et l'engagement de l'employeur¹¹³.

2.2.6 Des besoins d'information importants et mal couverts

2.2.6.1 Un dispositif de maintien en emploi mal connu des personnes concernées mais aussi des dirigeants de PME et des acteurs du système de soins

Les interlocuteurs de la mission, en particulier les représentants associatifs, ont souligné les difficultés persistantes en matière d'accès aux informations pertinentes pour le maintien en emploi. Une note remise à la mission par l'association des paralysés de France (APF) souligne ainsi que « *les dispositifs et outils existants sont insuffisamment connus et mobilisés en dépit de plus de 20 ans d'action sur le sujet. Les délais et la mise en œuvre des mesures, qui ne sont trop souvent connus que de quelques initiés, sont laissés à l'aléa d'informations maîtrisées ou non sur les outils et dispositifs par les acteurs de l'entreprise, de santé, administratif ou associatifs. Les personnes concernées restent sous-informées sur les moyens de prévention et de remédiation possibles ou les leviers de maintien dans l'emploi limitant leur pouvoir d'agir et leur possibilité de devenir actrices de leurs parcours de maintien ou de retour dans l'emploi.* »

Une information efficace sur le rôle des différents acteurs et les moyens mobilisables est décisive pour les personnes en risque de désinsertion professionnelle, mais aussi pour les dirigeants de TPE/PME et les acteurs du système de soins.

- Pour **les personnes en risque de désinsertion professionnelle**, les acteurs du maintien en emploi sont peu connus ou pas sollicités à temps, en particulier les médecins du travail qui n'ont pas toujours bonne presse auprès des salariés (« médecin de l'employeur »). Sur 40 personnes interrogées en juillet 2015 dans le cadre de l'étude déjà citée de l'Observatoire de la branche sanitaire, sociale et médico-sociale, privée à but non lucratif, cinq seulement ont évoqué des opérateurs du maintien en emploi dans la description de leur parcours.

¹¹³ BPI group, Etude de marché des opérateurs de retour à l'emploi des assurés en arrêt de travail. Synthèse et préconisations. 2017

Dans ce contexte, les assistants(es) de service social jouent un rôle crucial pour l'information et l'orientation des personnes. Mais seules les très grandes entreprises disposent d'un service social interne, et le service social des CARSAT ne touche qu'une minorité des salariés concernés : ceux qui, en arrêt de travail de plus de trois mois, se rendent à la réunion d'information qui leur est proposée par courrier. Au sein des services de santé au travail, les moyens et l'accessibilité du service social sont très variables.

- Pour les **dirigeants de TPE/PME**, le besoin tel qu'il est exprimé par les organisations professionnelles est celui d'un accès simple à l'information lorsqu'apparaît un risque d'invalidité, mais surtout d'un véritable accompagnement par un tiers, face à un sujet considéré comme difficile alors que l'employeur manque de temps et de compétences pour rechercher les solutions envisageables, les aides possibles, et les procédures pour y accéder.

Au regard de ces besoins, les SAMETH semblent rester peu connus, et les services de santé au travail interentreprises souvent critiqués pour leur posture jugée « administrative » et leurs difficultés à apporter un véritable accompagnement.

- Quant aux **acteurs du système de soins**, en particulier les médecins traitants, ils sont naturellement centrés sur les soins et ne sont pas suffisamment informés sur l'existence même de dispositifs de maintien en emploi et sur leur propre rôle de repérage, d'alerte et d'orientation en la matière.

Quand une personne tombe malade, c'est pourtant le médecin traitant qui est son premier et principal interlocuteur, et si la personne enchaîne de courts arrêts de travail, elle ne verra pas le médecin du travail.

2.2.6.2 Des initiatives dispersées et globalement insuffisantes

Face à ces besoins, il existe beaucoup d'initiatives et supports d'information, mais qui restent éclatés selon les financeurs/opérateurs des différentes mesures (AGEFIPH, OETH, assurance maladie, AT-MP, etc.).

En matière d'information transversale, on citera notamment la ligne « santé-info-droits » mise en place par l'UNAS, qui vise à répondre dans une approche transversale aux questions des usagers du système de soins. Ces questions relèvent de différentes thématiques, dont le travail qui représentait 11,3 % des 9 392 sollicitations traitées en 2015 (appels et courriels).

Dans certaines régions ont été mis en place des services d'information par téléphone sur le maintien en emploi, mais cette approche n'a pas encore démontré sa pertinence. En Nord-Pas de Calais, une plateforme téléphonique régionale avec deux écoutantes était gérée par l'**Institut** de Santé au Travail du Nord de la France (ISTNF), mais sa faible sollicitation a conduit à la remettre en cause. En Auvergne-Rhône-Alpes, un accueil téléphonique régional d'information, « Info Santé Emploi », a été ouvert en septembre 2015, à destination de ceux qui sont confrontés à une problématique de maintien en emploi et ne savent pas à qui s'adresser. Il s'adresse aux salariés et non-salariés, mais aussi aux employeurs et aux professionnels de terrain, à l'exclusion toutefois des salariés et employeurs du secteur public. Il est trop tôt pour mesurer le succès de cette initiative, qui a fait l'objet d'actions de communication renforcées début 2017 après une première année de faible activité.

Vis-à-vis des entreprises, l'AGEFIPH ou l'association OETH, mais aussi les branches et organismes professionnels jouent un rôle important d'information, mais souvent limité au champ du handicap¹¹⁴ ou centré sur la prévention primaire¹¹⁵, ou sur les questions juridiques liées au licenciement pour inaptitude.

Dans le cadre de la convention multipartite sur l'emploi des travailleurs handicapés et du plan santé au travail, une « cartographie » du maintien en emploi a été élaborée, comportant un schéma¹¹⁶ et des fiches sous forme d'abécédaire. Celles-ci restent toutefois de conception très institutionnelle, et sont donc peu adaptées à la diversité des cibles (personnes en risque de désinsertion, employeurs, mais aussi relais d'information) et à la diversité des situations, qui nécessitent souvent d'articuler différents dispositifs au profit d'une même personne.

2.3 Un pilotage encore éclaté et une carence de données et d'évaluation

Les actions conduites au profit des personnes handicapées constituent l'armature centrale de la politique de maintien en emploi, autour de laquelle d'autres populations et d'autres leviers d'action se sont peu à peu agrégés au niveau national comme régional. Les instances et modalités de pilotage de cette politique ne sont pas stabilisées, ni au niveau national ni au niveau régional ; le suivi et l'évaluation des actions conduites est obéré par la diversité des institutions concernées et par l'absence de système d'information partagé des services de santé au travail.

2.3.1 Un renforcement progressif de la concertation au niveau national, notamment dans le cadre du plan santé au travail

2.3.1.1 La politique pour l'emploi des travailleurs handicapés a offert un premier cadre de concertation pour les enjeux plus généraux du maintien en emploi des personnes en difficultés de santé

C'est au niveau territorial que des dispositifs partenariaux de maintien dans l'emploi se sont d'abord mis en place progressivement, le plus souvent dans le cadre des PDITH (programmes départementaux d'insertion des travailleurs handicapés). Au niveau national, différents outils de concertation et d'affirmation d'orientations communes se sont mis en place depuis une dizaine d'années, avec un nombre de partenaires progressivement élargi.

- Un protocole national de collaboration institutionnelle pour le maintien dans l'emploi des personnes handicapées a été signé le 13 juillet 2006 entre l'Etat, l'AGEFIPH, la CNAMTS et la MSA. Pour renforcer et optimiser les partenariats territoriaux, il invitait à la signature de chartes régionales relatives au maintien dans l'emploi des personnes handicapées.

¹¹⁴ On peut citer par exemple le guide pratique « insertion et maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap dans la métallurgie » publié par l'Observatoire de la métallurgie, élaboré dans le cadre de l'accord national du 12 décembre 2013 en faveur de l'emploi des personnes en situation de handicap.

¹¹⁵ Ainsi, le site prévention BTP de l'OPPBTP n'aborde que des sujets de prévention primaire, et ne comporte pas d'informations sur le maintien en emploi dans les métiers du bâtiment ni de renvoi vers d'autres sites traitant de ce sujet.

¹¹⁶ Cf. Pièce jointe à la fin du présent rapport

- La convention nationale pluriannuelle d'objectifs et de moyens pour l'emploi des travailleurs handicapés signée le 27 novembre 2013 comportait un axe « maintien dans l'emploi » mais couvrait aussi le champ et les acteurs de l'insertion professionnelle. Signée pour une durée de trois ans par le ministre du travail, Pôle emploi, l'AGEFIPH, le FIPHFP, la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), l'association des régions de France (ARF), la CNAMTS et la CCMSA, elle fixait des orientations générales, dont la déclinaison territoriale est confiée aux comités régionaux de l'emploi, de la formation et de l'orientation professionnelles (CREFOP) et aux plans régionaux d'insertion professionnelle des travailleurs handicapés (PRITH).

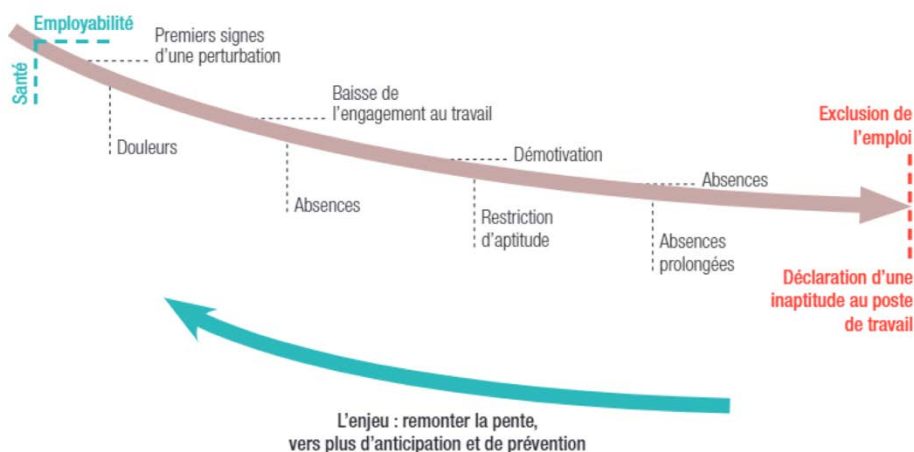
Une nouvelle convention nationale pluriannuelle multipartite de mobilisation pour l'emploi des personnes en situation de handicap a été signée le 16 novembre 2017. Parmi les cinq grands objectifs figure celui d' « Amplifier l'action coordonnée en faveur du maintien en emploi pour tous (salariés, non-salariés et employeurs) ». Un cadre de référence des coordinations interinstitutionnelles doit être élaboré, et une réflexion engagée sur le lien avec les dispositifs de formation professionnelle de droit commun et spécifiques.

2.3.1.2 Le Plan Santé au Travail permet un pilotage plus englobant

Dans le cadre du troisième plan Santé au travail (PST 3) pour 2016-2020, le maintien en emploi est l'une des orientations issues des travaux préparatoires des partenaires sociaux au sein du Conseil d'orientation des conditions de travail (COCT) et constitue un objectif opérationnel à part entière du plan, qui met par ailleurs l'accent sur la priorité à donner à la prévention primaire afin de limiter l'apparition des difficultés de santé en relation avec le travail (axe n°1).

La mission souligne que la santé au travail est un concept potentiellement plus englobant que le handicap, incitant à agir pour la prévention de la désinsertion professionnelle sans attendre la situation de handicap avéré, en faisant le lien entre les différentes logiques de prévention : prévention de la pénibilité et de l'usure professionnelle (prévention primaire), détection et traitement des difficultés dès leur apparition (prévention secondaire), enfin réduction des effets sur l'emploi des complications (prévention tertiaire).

Schéma 3 : De la pénibilité à l'usure professionnelle et à l'inaptitude



Source : Guide prév up Prévenir l'usure professionnelle guide pour l'action, ARAVI Innovation sociale en Rhône Alpes, Réseau ANACT, Octobre 2014

Par ailleurs, le cadre du PST associe les partenaires sociaux membres du COCT. Il est donc plus pertinent pour orienter, notamment, l'action des services de santé au travail et pourrait, même si cela n'a pas été le cas jusqu'à présent, intégrer la problématique d'accès aux fonds paritaires de la formation professionnelle pour les salariés devant se reconvertir pour raisons de santé (cf. *infra* point 2.4.2). En revanche, il est *a priori* moins adapté que le PRITH pour faire le lien avec les acteurs de l'insertion et de la formation professionnelle des demandeurs d'emploi (Pôle emploi, Conseils régionaux) et pour traiter la question de la continuité de l'accompagnement et des parcours pour les salariés licenciés pour inaptitude.

2.3.2 En région, l'articulation entre chartes du maintien en emploi, PRITH et PRST mérite d'être clarifiée

Au niveau territorial, avant 2007, la politique d'emploi des travailleurs handicapés s'est construite essentiellement au sein des PDITH. Parallèlement, sur la problématique spécifique du maintien en emploi, ont été élaborées les chartes régionales prévues par le protocole national de collaboration institutionnelle pour le maintien en emploi des personnes handicapées du 13 juillet 2006. Certaines d'entre elles ont succédé à des partenariats antérieurs (ex : Ile de France, Aquitaine ou Rhône-Alpes).

Puis la circulaire DGEFP n°2009-15 du 26 mai 2009 a invité à élaborer des plans régionaux d'insertion des travailleurs handicapés (PRITH), en y intégrant « *le maintien dans l'emploi notamment des salariés menacés de licenciement pour inaptitude médicale* » ; le comité de pilotage du PRITH peut décider de le décliner au niveau territorial, à travers des plans locaux (PLITH) ou en conservant les PDITH si le niveau départemental est jugé pertinent.

Les chartes régionales du maintien en emploi ayant été initiées en général avant les PRITH, elles s'y intègrent inégalement. Elles peuvent en constituer l'axe « maintien en emploi » mais ont souvent généré des lieux d'animation propres (Comité de pilotage de la charte) et relativement autonomes. La convention nationale pluriannuelle d'objectifs et de moyens pour l'emploi des travailleurs handicapés signée le 27 novembre 2013 prévoyait un rattachement systématique aux PRITH.

Dans les régions visitées par la mission, les partenariats puis les chartes du maintien en emploi ont, depuis plus de 15 ans parfois, créé une habitude de travail en commun. Le partenariat initial généralement cantonné à l'Etat, l'AGEFIPH, la CARSAT s'est progressivement étendu à la MSA et au RSI, et dans certaines régions mais pas toutes (ex Nord-Pas de Calais), à la fonction publique avec le FIPHFP. En Rhône-Alpes, la charte 2015-2020 prolonge une dynamique forte concrétisée par un dispositif d'animation régional et territorial original, associant les partenaires sociaux et mobilisant des ressources dédiées. L'annexe 7 présente succinctement les chartes des ex-régions Rhône-Alpes, Aquitaine et Nord-Pas de Calais.

Les chartes constituent un document programmatique parfois très intéressant mais la question est celle de la capacité à agir réellement en commun, à donner de la visibilité aux autres acteurs, à décroquer réellement les dispositifs : en Aquitaine, les actes d'un séminaire sur le maintien en emploi organisé en 2012 témoignent de la difficulté à partager effectivement les données de gestion et la connaissance.

En 2014, la DGEFP a dressé un bilan des actions conduites sur le maintien en emploi dans le cadre des chartes et PRITH, qui montre une réelle diversité d'initiatives.

Tableau 3 : Bilan des actions conduites dans le cadre des PRITH et chartes du maintien en emploi

Actions de mobilisation, sensibilisation des acteurs (médecins généralistes, employeurs ...)	Aquitaine, Languedoc-Roussillon, Bourgogne, Franche-Comté, Champagne-Ardenne, Picardie
Elaboration d'outils de communication (guide des acteurs du maintien, plaquette, site internet ...)	Centre Val de Loire, Haute-Normandie, Franche-Comté, Champagne Ardennes, Poitou-Charentes
Mobilisation renforcée d'outils en faveur du maintien (réactivation du CRPE, promotion de la visite de pré-reprise, réalisation de bilans de compétences, essais encadrés pendant les arrêts de travail ...)	Languedoc-Roussillon, PACA, Nord-Pas-de-Calais, Limousin, Ile-de-France, Picardie
Création d'outils (outil de coordination, outil de signalement, de suivi, mise en place de procédures accélérées ...)	Haute-Normandie, Midi-Pyrénées, Poitou-Charentes, Ile-de-France, Picardie
Réalisation d'enquêtes inaptitude pour un diagnostic renforcé	Aquitaine, Auvergne
Organisation de séminaires "maintien dans l'emploi"	Pays-de-la-Loire, Bretagne, Auvergne
Production d'indicateurs de pilotage du maintien dans l'emploi (Tdb ...)	Bourgogne, Auvergne, Poitou-Charentes

Source : DGEFP, 2014

Ce bilan souligne l'enjeu que constitue l'articulation entre les pôles Travail et 3E de la DIRECCTE, parfois insuffisante pour faire le lien entre la politique spécifique aux travailleurs handicapés (pôle 3E) et la politique de santé au travail (pôle T)¹¹⁷.

De plus, différents changements de contexte impactent aujourd'hui la dynamique des chartes régionales et soulignent la nécessité d'articuler désormais de façon cohérente les différents plans et leur pilotage. D'une part, la création des nouvelles régions a parfois, comme en Aquitaine, suspendu les démarches engagées, ou imposé un travail de mise en synergie de logiques parfois différentes (ex : Auvergne/Rhône-Alpes, avec deux régions dynamiques mais ayant des priorités distinctes) ; d'autre part, l'élaboration de la 3ème génération de Plans régionaux Santé au Travail (PRST), étalée sur 2016-2017, nécessite de clarifier le positionnement relatif des chartes, PRITH et PRST : ces derniers ont désormais vocation à traiter de maintien en emploi, sur un champ plus large que celui du seul handicap, et intègrent à ce titre d'autres partenaires tels les associations régionales d'amélioration des conditions de travail (ARACT) dans certaines régions.

¹¹⁷ Cette articulation est considérée comme effective dans certaines régions : 5 régions indiquent un pilotage de l'axe maintien du PRITH par le Pôle T (essentiellement par le médecin inspecteur régional du travail), 6 régions indiquent quant à elles une participation du Pôle T au COPIL de la charte maintien, au COPIL PRITH ou au groupe de travail maintien. L'articulation entre PRITH et PRST est réalisée dans 4 régions et à venir dans 5 régions dans le cadre du PRST 3.

Le pilotage de ces différents plans mobilisant en partie les mêmes acteurs, la question de l'économie de moyens et d'énergie se pose, alors même que, dans le même temps, certains acteurs potentiellement utiles sont rarement associés (ex : Fonds de Gestion des Congés Individuels de Formation (FONGECIF), conseils régionaux, ARS¹¹⁸, Pôle emploi¹¹⁹).

2.3.3 Une carence de données et d'évaluation, particulièrement sur l'action des services de santé au travail

La complexité du système d'acteurs crée une difficulté structurelle pour réunir des données cohérentes et fiables ; elle génère inévitablement des obstacles techniques (diversité des nomenclatures et des définitions, délais de remontée, de consolidation et de traitement des informations, etc.) et des freins liés à l'inégale mobilisation des différents acteurs pour fournir les données. De plus, les données de suivi disponibles sont tributaires du périmètre d'action et des systèmes d'information des différents acteurs et leur consolidation ne produit pas une vision d'ensemble cohérente, ni sur les besoins (cf. *supra* 1.1.2 et annexe 2), ni sur les actions mises en œuvre car il est impossible de repérer si les interventions des différents acteurs (SSTI, SAMETH, services sociaux essentiellement) s'adressent à des publics en grande partie communs ou au contraire disjoints.

Plusieurs régions ont travaillé sur la production de données de pilotage, sur la base de travaux réalisés en 2009 sur la construction d'un tableau de bord national du maintien en emploi. La mission a notamment disposé du tableau de bord réalisé en Auvergne par le Carif-Oref, qui présente toutes les données disponibles, hors fonction publique et secteur agricole, sur le contexte régional, les situations à risques, les flux de signalements connus entre acteurs, les mesures mobilisés et les résultats obtenus. Malgré la richesse de ce travail et son utilité évidente pour la concertation entre les acteurs, force est de constater qu'il s'agit plus d'une juxtaposition de données partielles que d'une vision d'ensemble permettant de tirer des enseignements sur les évolutions constatées. La mission a buté sur la même difficulté comme en témoigne la vision fragmentée de son annexe 2.

Le bilan PDP produit par la CNAMTS permet un suivi quantitatif des accompagnements réalisés par le service social au titre de la prévention de la désinsertion professionnelle, incluant l'origine des signalements, les modes d'intervention et la situation des bénéficiaires en fin d'accompagnement¹²⁰. Elle fournit aussi les résultats d'une étude d'impact¹²¹ qui permet de mesurer l'utilité sociale de ce dispositif pour mobiliser les assurés au regard de leur situation et favoriser le maintien des liens avec l'entreprise. En revanche, ce suivi n'englobe pas la contribution des outils de base de l'assurance maladie, tels que la réalisation d'actions d'orientation ou de formation durant les indemnités journalières, le temps partiel thérapeutique ou la mise en invalidité de première catégorie. D'autre part, aucune vision consolidée n'est possible avec l'action de la MSA.

¹¹⁸ L'ARS élabore et suit les plans régionaux de santé publique (plans cancer, maladies chroniques, etc.) et finance les Centres de rééducation professionnelle ainsi que le nouveau dispositif d'emploi accompagné des travailleurs handicapés (décret n° 2016-1899 du 27 décembre 2016). Elle est membre des nouveaux comités régionaux d'orientation des conditions de travail (CROCT).

¹¹⁹ Pôle emploi n'est associé à un comité de pilotage maintien en emploi que dans une région (Auvergne-Rhône-Alpes).

¹²⁰ CNAMTSTS, Bilan du service social 2016

¹²¹ 4030 répondants en 2016, soit un taux de 32,5 %.

Concernant les interventions de l'AGEFIPH, les données de suivi de l'activité des SAMETH sont relativement riches, tant sur le nombre et les caractéristiques des salariés et des employeurs accompagnés que sur la nature des moyens mobilisés et les situations en fin de prise en charge¹²².

La lacune principale en matière de suivi d'activité concerne les services de santé au travail : alors qu'ils sont en première ligne et jouent donc un rôle majeur dans la prévention de la désinsertion professionnelle des salariés confrontés à des difficultés de santé, il n'existe actuellement aucun moyen d'apprécier globalement leur contribution à cet objectif de politique publique, et encore moins d'évaluer leur efficacité en la matière. En effet, les rapports annuels¹²³ que produisent ces services ne fournissent que des données sommaires d'activité, et non des informations sur l'état de santé et les parcours professionnels des salariés des entreprises qui leur sont rattachées. Il est frappant de constater, en particulier, qu'un médecin du travail ne connaît pas, à l'instant t, le nombre et les caractéristiques des salariés bénéficiant d'un aménagement de poste, même pour les aménagements mis en place à sa demande.

Plus grave, ces rapports d'activité, dont les modèles sont depuis longtemps obsolètes¹²⁴, ne sont même plus exploités systématiquement par les services de l'Etat. Les services d'inspection médicale du travail régionaux et nationaux, qui réalisaient traditionnellement cette exploitation, estiment n'avoir plus les moyens de le faire¹²⁵, et aucun outil informatique n'a été mis en place par la direction générale du travail pour collecter et exploiter ces rapports. Seule l'activité des services de santé au travail spécifiques au secteur agricole fait l'objet d'une consolidation par la CCMSA¹²⁶.

Des études régionales sont par ailleurs régulièrement conduites sur les caractéristiques et parfois le devenir des salariés déclarés inaptes par les services de santé au travail, mais, paradoxalement, les études sur les restrictions d'aptitudes et leurs suites sont très rares, alors que l'avis d'inaptitude est le point d'aboutissement d'un processus souvent long de maintien en emploi, après la mise en œuvre de mesures d'adaptation du poste de travail ou de reclassement dans l'entreprise et souvent une succession d'arrêts de travail longs. Une étude conduite en 2014-2015 en région Centre-Val de Loire apporte toutefois un éclairage intéressant sur les interventions des SSTI vis-à-vis des salariés « aptes avec restrictions », et cherche à identifier les interventions les plus porteuses pour la réussite du maintien en emploi (cf. annexes 2 et 3) ; elle souligne la forte proportion de maintien en emploi à un an observée pour ces salariés, la forte mobilisation des SSTI et l'importance du partenariat, et l'influence déterminante de la mobilisation effective de l'entreprise pour la réussite du maintien en emploi¹²⁷.

¹²² En revanche, il n'y a pas de consolidation avec les données des entreprises relevant d'un accord OETH agréé, ni avec celles de l'association OETH qui intervient pour les organismes sanitaires et sociaux privés à but non lucratif.

¹²³ Chaque service doit produire un rapport d'activité médicale et un rapport administratif et financier.

¹²⁴ Cette question a été à nouveau soulevée par la Cour des comptes en 2012, dans les termes suivants : « *Les services ou les médecins du travail doivent annuellement des rapports administratifs et financiers et des rapports médicaux mais la matrice date de plus de 40 ans. L'inspection générale des affaires sociales (IGAS) en a souligné l'obsolescence dès 1990, sans effet.* » Selon la médecin inspecteur national du travail, un projet d'informatisation avait été conduit de 2005 à 2012 (SINTRA), mais a été interrompu après des tests dans plusieurs régions ; le modèle de rapport annuel médical n'a pas été revu depuis 1977.

¹²⁵ Les médecins inspecteur du travail sont des contractuels, dont le recrutement est de plus en plus difficile du fait de rémunérations nettement inférieures à celles des médecins du travail. A titre d'exemple, en mai 2017, la Direccte Auvergne-Rhône-Alpes dispose de sept postes de médecins inspecteurs dont quatre ne sont pas pourvus.

¹²⁶ La structuration de ces données d'activité ne permet pas toutefois d'identifier clairement les interventions relevant du maintien en emploi.

¹²⁷ Différences statistiquement significatives selon le suivi ou non des préconisations du SST par l'entreprise, ce suivi étant lui-même influencé par l'existence d'un contexte conflictuel.

2.4 Des enjeux financiers, avec une ligne de partage à préciser entre mesures spécifiques, liées au handicap, et actions de droit commun de protection sociale et d'emploi

2.4.1 Les fragilités du modèle économique de financement de l'insertion professionnelle des personnes handicapées

Le financement de l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés repose sur une logique de redistribution entre employeurs : les employeurs qui ne satisfont pas à leur obligation d'emploi (OETH¹²⁸) par l'emploi direct ou indirect versent une contribution qui finance les aides à l'insertion et au maintien en emploi des travailleurs handicapés. Ces contributions sont versées à l'AGEFIPH par les employeurs du secteur privé¹²⁹ et au FIPHFP par les employeurs publics.

Au vu des évolutions financières observées depuis 2012, le Comité interministériel du handicap (CIH) du 2 décembre 2016 a décidé l'engagement d'une réflexion sur ce modèle de financement, qui porte en germe un effet ciseau entre les dépenses et recettes dès lors que les recettes se sont stabilisées alors que l'effectif des bénéficiaires de l'obligation d'emploi continue de progresser.

Ainsi, alors qu'un appui au maintien en emploi s'avère nécessaire pour un public plus large que celui des personnes reconnues travailleur handicapé, les contraintes financières de l'AGEFIPH ne facilitent pas cette approche. De fait, le FIPHFP qui repose sur un modèle économique similaire a récemment restreint son périmètre d'intervention : alors que ses interventions pour le maintien en emploi étaient auparavant accessibles, non seulement aux bénéficiaires de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés, mais aussi aux salariés inaptes en reclassement et aux salariés aptes avec restriction, son catalogue de janvier 2017 supprime pour ces derniers le financement des prothèses et aides humaines ainsi que de bilans de compétence et formations. L'offre d'interventions du FIPHFP en matière de maintien en emploi reste néanmoins plus ouverte que celle de l'AGEFIPH¹³⁰.

Dans le plan stratégique qu'elle a publié en mai 2017, l'AGEFIPH affirme sa volonté de « mieux articuler son offre d'intervention avec le droit commun, et de renforcer sa collaboration avec les acteurs régionaux et locaux du maintien dans l'emploi (Services de santé au travail, CARSAT, cellules locales de prévention de la désinsertion professionnelle - PDP -) afin de parvenir à une détection et un soutien plus précoces des personnes handicapées en risque de désinsertion professionnelle ». Est envisagé également le lancement d'actions collectives, non limitées aux bénéficiaires de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés (BOETH), afin de prendre en compte des personnes atteintes de maladies chroniques évolutives, ou de cibler les secteurs repérés comme les plus à risques en matière de licenciements pour inaptitude.

¹²⁸ En vertu de l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés créée par la loi n° 1987-517 du 10 juillet 1987, les établissements d'au moins vingt salariés doivent employer des travailleurs handicapés à hauteur de 6 % de leurs effectifs.

¹²⁹ Sauf ceux couverts par un accord OETH agréé, autorisés à gérer eux-mêmes leur contribution.

¹³⁰ Les personnes déclarées inaptes en reclassement peuvent bénéficier de ces aides sans reconnaissance administrative du handicap, et celles qui sont aptes avec restriction continuent de bénéficier des aides pour étude ergonomique du poste de travail, aménagement de l'environnement de travail, surcoût lié au télétravail, et formation de reconversion.

2.4.2 La difficile mobilisation des instruments de droit commun des politiques de l'emploi et de la formation professionnelle

Même s'il offre statistiquement les meilleures chances de maintien en emploi (cf. annexe 3), un retour au travail sur le même poste n'est pas toujours possible ; il n'est même pas toujours souhaitable, en tout cas à moyen terme, pour certains métiers, lorsque les adaptations réalisables sont d'effet temporaire ou consistent à re-répartir les tâches pénibles sur les autres salariés, ce qui risque de n'être pas accepté dans la durée.

Ce sont alors les perspectives de reconversion professionnelle qu'il faut explorer avec le salarié, ce qui suppose de mobiliser des dispositifs d'évaluation des compétences, d'orientation et d'élaboration d'un projet professionnel, et le cas échéant de formation à un nouveau poste ou à un nouveau métier. Cette démarche doit être engagée le plus tôt possible, dès que la perspective d'une inaptitude se précise, donc sans attendre la répétition des arrêts de travail ou la fin d'un arrêt de travail long.

Face à ces besoins, un accès aisé à des dispositifs d'aide à la reconversion est nécessaire, et les dispositifs de droit commun devraient être utilisés dès lors que l'état de santé du salarié le permet. Cette priorité donnée au droit commun est d'ailleurs une orientation stratégique réaffirmée de l'AGEFIPH.

En effet, les dispositifs spécifiques de l'AGEFIPH ont un faible nombre de bénéficiaires et ne sont accessibles que par l'intermédiaire des SAMETH ou des services sociaux des CARSAT (cf. *supra* points 2.2.2 et 2.2.3). Le réseau spécialisé de centres de pré-orientation et de rééducation professionnelle, financé par l'assurance maladie et par les régions¹³¹, est aussi réservé aux personnes reconnues handicapées et est inégalement réparti sur le territoire et d'accès souvent difficile (nécessité d'une prescription par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) et délais d'attente). Il accueille en majorité des personnes sans emploi depuis plus d'un an¹³².

Or, les témoignages recueillis par la mission montrent que l'accès aux dispositifs de droit commun n'est pas systématiquement facilité et se heurte parfois à la rigidité des frontières entre les statuts de salarié, de malade et de demandeur d'emploi.

Plusieurs sources de financement sont en principe disponibles pour des actions d'orientation ou de formation :

- Avec l'accord de l'employeur, les fonds dédiés au plan de formation, soit par financement direct de l'entreprise, soit par la mobilisation des fonds mutualisés de l'organisme paritaire collecteur agréé (OPCA) dont elle relève ;
- Les fonds dédiés aux congés individuels de bilan de compétences et de formation, mobilisables à l'initiative du salarié (sans l'accord de l'employeur si les actions se déroulent hors temps de travail) avec l'accord de financement par l'organisme paritaire agréé au titre du congé individuel de formation compétent (OPACIF) ;

¹³¹ Les rémunérations des stagiaires sont prises en charge par les conseils régionaux au titre de leur compétence en matière de formation professionnelle.

¹³² Cf. annexe 5. Ce réseau comporte des centres de rééducation professionnelle (CRP), centres de pré-orientation pour les personnes handicapées (CPO) et des unités d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale (UEROS). Il a accueilli environ 13 000 personnes en 2016. Selon le bilan de la FAGERH, qui fédère 95% de ces établissements, une minorité des stagiaires était en emploi avant d'y accéder, sauf dans les UEROS.

- Les heures inscrites sur le Compte personnel de formation du salarié (CPF), également mobilisables sur l'initiative du salarié, mais selon une procédure complexe nécessitant une validation par l'OPCA dont relève son employeur ;
- Le cas échéant, des formations financées par les Conseils régionaux et ouvertes aux publics non demandeurs d'emploi¹³³.

Il est difficile pour les acteurs du maintien en emploi, de maîtriser tous ces dispositifs et les procédures d'accès. Compte tenu de leur diversité, de leur complexité, de la multiplicité des interlocuteurs potentiels (organismes paritaires agréés de branche ou interprofessionnels, conseils régionaux), du caractère évolutif des politiques d'orientation et de formation, les médecins du travail ne peuvent informer, conseiller et appuyer les salariés dans leurs démarches sans l'aide de travailleurs sociaux¹³⁴, qui sont eux-mêmes inégalement formés et outillés sur ces questions. Pour les salariés en arrêt de travail, les assistantes sociales des CARSAT peuvent apporter un appui précieux, mais ont aussi des difficultés à déterminer quel organisme solliciter et à établir et maintenir des liaisons suffisantes avec ces interlocuteurs. Pour les employeurs, notamment les dirigeants de TPE ou PME, le service proposé par les OPCA en matière de conseil en gestion des ressources humaines est très inégal.

L'orientation des salariés en risque de désinsertion professionnelle pour raisons de santé vers le conseil en évolution professionnelle paraît encore très peu pratiquée : ce nouveau service est encore peu connu par les assistantes sociales, et le réseau des FONGECIF reste prudent en matière de communication car il ne dispose encore que d'environ 300 conseillers en évolution professionnelle¹³⁵ ; de plus, ceux-ci ne sont pas formés à intégrer les problématiques de santé¹³⁶ et dispensent surtout des prestations courtes orientées vers l'ingénierie financière des projets de formation. L'accès, notamment sur le conseil des assistantes sociales des CARSAT, à des bilans de compétences financés par les FONGECIF paraît plus développé.

Cependant, selon le fonds paritaire de sécurisation des parcours professionnels (FPSPP), les besoins de reconversion pour raisons de santé sont rarement identifiés en tant que tels dans les priorités de financement des FONGECIF ; la plupart d'entre eux sont liés à l'AGEFIPH par des conventions de partenariat mais elles sont centrées sur le co-financement d'actions de formation réservées à des personnes handicapées ; il n'y a pas de partenariats formalisés avec les CARSAT ou les SSTI¹³⁷ et, dans le cadre des procédures de droit commun, les critères de priorité portent le plus souvent sur les bas niveaux de qualification. Une réflexion animée par le FPSPP a été engagée en mars 2017 en vue de formaliser un socle commun de priorités des FONGECIF.

¹³³ La loi du 5 mars 2014 relative à la formation professionnelle, à l'emploi et à la démocratie sociale a transféré aux conseils régionaux la responsabilité de la formation professionnelle et leur a confié notamment la responsabilité d'élaborer un programme régional de formation et d'accès à la qualification des personnes handicapées (article L 5211-3 du Code du travail). La DGEFP n'a pas jusqu'à présent de visibilité sur l'effectivité de ces dispositions.

¹³⁴ L'article L 4622-9 du code du travail prévoit que « *les services de santé au travail comprennent un service social du travail ou coordonnent leurs actions avec celles des services sociaux du travail prévus à l'article 4631-1* », qui pour sa part prescrit que « *un service social est organisé dans tout établissement employant habituellement au moins deux cent cinquante salariés* ».

¹³⁵ Source : FPSPP

¹³⁶ La problématique des limitations d'aptitude liées à l'état de santé ou au handicap est absente du cahier des charges relatif au conseil en évolution professionnelle (arrêté du 16 juillet 2014)

¹³⁷ Dans le cadre d'un recensement des partenariats réalisé par le FPSPP en 2017, un seul partenariat FONGECIF-CARSAT a été repéré : liant le FONGECIF de Basse Normandie et le service social de la CARSAT, il porte sur l'information des personnes en arrêt de travail, la mise en œuvre de dispositifs adaptés de bilans de compétences, la simplification des parcours visant la qualification.

En ce qui concerne les OPCA, qui sont organisés sur une base sectorielle, chaque organisme détermine aussi ses propres priorités pour l'affectation des fonds mutualisés, et des reconversions vers d'autres secteurs sont rarement financées. L'association OETH a toutefois signalé à la mission un partenariat avec UNIFAF pour faciliter la reconversion des salariés dont le handicap génère un risque d'inaptitude¹³⁸.

L'accès aux dispositifs de droit commun est aussi freiné par les cloisonnements entre les différents statuts (salarié en activité, salarié en arrêt de travail maladie ou AT-MP, demandeur d'emploi...), qui imprègne à la fois les cadres juridiques et les pratiques des différents professionnels en contact avec les personnes. Depuis 2009, le code de la sécurité sociale permet d'effectuer durant un arrêt de travail des actions d'orientation, d'évaluation ou de formation, et la possibilité d'une prise en charge par les fonds de la formation professionnelle a été confirmée dans le code du travail par la loi du 5 mars 2014¹³⁹. Cependant, cette évolution juridique n'a pas été accompagnée vis-à-vis des organismes paritaires, et son usage n'est pas mesuré dans leurs comptes rendus statistiques. Selon le rapport d'évaluation Pluricité déjà cité, à l'exception du bilan de compétences, ces nouvelles possibilités sont restées peu investies et les actions de formation professionnelle ne sont mises en place qu'une fois un licenciement pour inaptitude prononcé, sous statut demandeur d'emploi.

De plus, des incertitudes juridiques demeurent, par exemple sur les conditions de prise de relais, après les indemnités journalières, pour la rémunération d'un salarié qui démarrerait une action de formation pendant l'arrêt de travail, ou sur la possibilité de prononcer un licenciement pour inaptitude durant un congé individuel de formation.

2.4.3 La coexistence de plusieurs logiques d'intervention au sein des organismes de protection sociale

Comme exposé au point 2.1.3, les organismes de protection sociale se sont investis dans la prévention de la désinsertion professionnelle. Si l'appui apporté par les assistantes sociales aux assurés qui les sollicitent se situe directement dans un objectif de prévention de la désinsertion professionnelle ou de réduction des conséquences de la perte d'employabilité¹⁴⁰, le cadre d'intervention du service médical apparaît plus complexe.

C'est en effet le contrôle du bien-fondé des prescriptions d'arrêt de travail qui est au cœur de la mission des médecins conseils, dans un objectif de maîtrise médicalisée des dépenses d'indemnités journalières. La prévention de la désinsertion professionnelle est donc appréhendée comme un sous-produit de cet objectif et, comme le soulignait un rapport d'audit en 2012¹⁴¹, *« l'implication des médecins conseils dans la détection des dossiers de PDP reste très hétérogène d'un département à l'autre, et au sein d'un même département ; elle est souvent étroitement dépendante de la sensibilité de chaque médecin conseil aux exigences de la PDP, quelles que soient les instructions dispensées au niveau du management »*. Les situations détectées et signalées au service social concernent en outre

¹³⁸ Ce dispositif permet de mettre en place des périodes de professionnalisation pour des formations certifiantes dans le secteur santé-social (un co-financement d'OETH permet à l'employeur de ne rien payer), ou de compléter le financement de formations de reconversion vers un autre secteur, sélectionnées par OETH.

¹³⁹ L'article L 6313-14 CT précise que *« les formations destinées aux salariés en arrêt de travail .../... peuvent faire l'objet, à la demande du salarié, d'une prise en charge, par les organismes collecteurs paritaires agréés, de tout ou partie des coûts pédagogiques ainsi que, le cas échéant, des frais de transport, de garde d'enfant, de repas et d'hébergement nécessités par la formation »*.

¹⁴⁰ Informations et appui pour l'accès à une pension de retraite ou d'invalidité.

¹⁴¹ Rapport d'audit du projet de prévention de la désinsertion professionnelle réalisé par la direction de l'audit général de la CNAMTS, décembre 2012

uniquement les arrêts de travail longs, alors que les arrêts de courte durée et répétitifs, avec peu d'incidence économique, peuvent aussi révéler une situation à risque de désinsertion professionnelle.

Pour les médecins conseils, les liens entre prévention de la désinsertion professionnelle et maîtrise des IJ ne sont pas univoques et nécessitent une appréhension fine de chaque situation : de manière générale, limiter la durée des arrêts de travail participe à l'objectif de prévention de la désinsertion professionnelle en limitant le risque de perte d'employabilité, mais une reprise de travail prématurée et/ou mal préparée peut aussi générer des risques de désinsertion. Comme le souligne une récente étude de l'Observatoire de la branche sanitaire, sociale et médico-sociale, privée à but non lucratif¹⁴², certains parcours vers l'inaptitude se caractérisent par des reprises du travail avec séquelles, sans réel aménagement de poste ni possibilités de reclassement anticipé, générant des rechutes et d'autres absences, suivies de reprises encore plus difficiles et une démotivation.

D'autre part, plusieurs médecins-conseils rencontrés par la mission ont pointé l'ambiguïté des dispositions juridiques qu'ils doivent appliquer lorsqu'il leur est demandé d'autoriser un assuré à participer, pendant le versement des indemnités journalières, à des actions de bilan, d'évaluation, d'orientation ou de formation professionnelle ; cette autorisation est en effet subordonnée à la condition que « *la durée de ces actions soit compatible avec la durée prévisionnelle de l'arrêt de travail* », ce qui ne permet pas, en principe, de prolonger les IJ à ce titre, et fait l'objet, en pratique, d'interprétations plus ou moins souples selon les médecins-conseils. C'est donc sur eux que repose la difficile conciliation entre perspective de court terme (durée de versement des IJ pour un arrêt de travail donné) et perspective de moyen terme (prévention de la désinsertion), sans que l'institution n'explicite clairement les critères et limites des choix nécessaires, ni ne se soit outillée pour mesurer l'impact des choix faits en la matière.

Plus globalement, l'impact financier des dispositifs de prévention de la désinsertion professionnelle mis en œuvre par les régimes de protection sociale reste inconnu, faute de démarche d'évaluation permettant de comparer les dépenses engagées pour des cohortes d'assurés orientés ou non vers ces dispositifs. Il est alors difficile d'apprécier s'il est financièrement coûteux ou au contraire « rentable », pour la CNAMTS et la CCMSA, d'affecter des crédits spécifiques pour le maintien en emploi, en complément de l'intervention des autres acteurs et notamment de l'AGEFIPH.

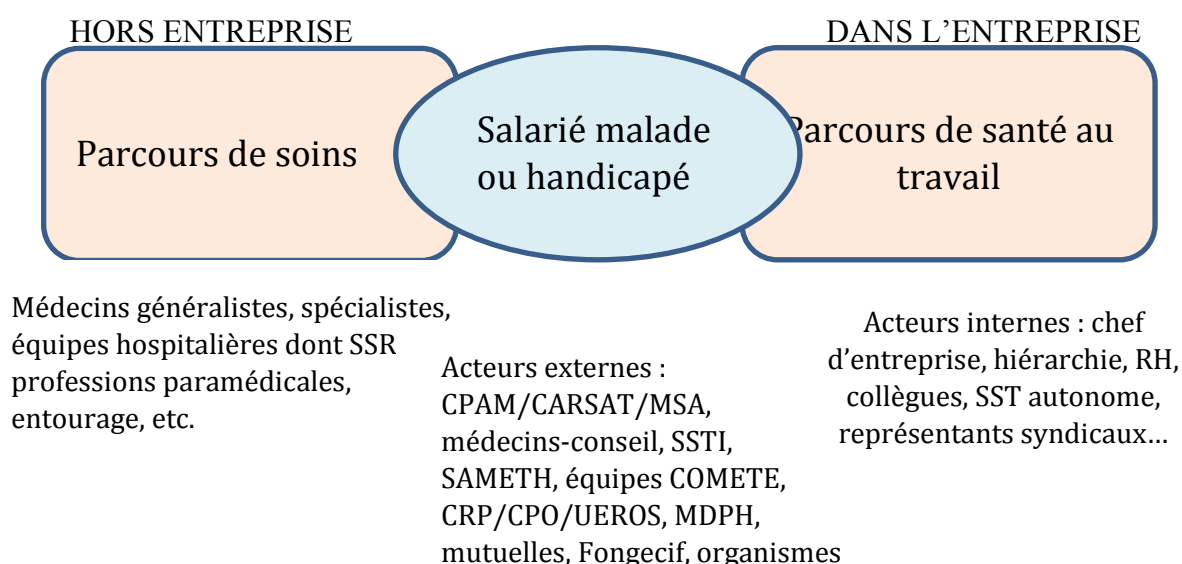
¹⁴² « L'inaptitude à travers les parcours de salariés licenciés - Gestion des alertes, maintien dans l'emploi : quelles leçons en tirer ? ». Cette étude publiée par Unifaf en février 2017 s'appuie sur six monographies associatives et sur 40 entretiens téléphoniques (juillet 2015) réalisés à partir d'un fichier de 700 personnes en invalidité transmis par la mutuelle Chorum.

3 DES PARCOURS INDIVIDUELS MARQUES PAR L'ALEA ET PAR UN ROLE DE « SESAME » TRES PRESENT DE LA RQTH

Toutes les informations exploitées par la mission –études, avis d'experts, témoignages de praticiens, analyse de 60 cas individuels- mettent en lumière l'extrême diversité des parcours des salariés menacés dans leur emploi par des problèmes de santé. Celle-ci tient à la diversité des métiers et des pathologies, mais reflète aussi, pour une large part, les conditions très aléatoires de mobilisation des dispositifs de maintien en emploi.

Le maintien en emploi nécessite une coordination entre parcours de soins et parcours de santé au travail. Dans ces deux sphères, le salarié est en relation simultanée avec de multiples interlocuteurs, dont les objectifs et les temporalités sont différents et qui communiquent peu entre eux.

Schéma 4 : Parcours de soins et parcours de santé au travail



Source : Mission IGAS, d'après un schéma de l'ARACT Normandie

3.1 Les parcours de maintien en emploi sont fortement tributaires de la précocité des interventions et de l'implication des employeurs

Les deux facteurs qui paraissent les plus déterminants pour le maintien dans l'emploi sont une détection et une prise en charge précoce des situations de fragilité, et l'intégration effective du lieu de travail dans le processus. Or ces deux conditions s'avèrent aléatoires ; la première suppose une confiance suffisante du salarié envers l'employeur et le médecin du travail, et la seconde dépend à la fois des motivations très variables de l'entreprise et du collectif de travail (cf. *supra* 2.1.1) et de la pertinence des appuis que leurs apportent les intervenants extérieurs, et au premier chef le service de santé au travail.

3.1.1 Dans l'idéal, les démarches de maintien en emploi devraient intervenir dès les premières restrictions d'aptitude, sans attendre ni l'arrêt de travail long ni l'invalidité

Les études régionales sur le devenir des salariés déclarés invalides montrent que dans neuf cas sur dix, ils ne sont pas maintenus dans leur entreprise, et l'étude conduite en 2014-2015 par l'observatoire du maintien dans l'emploi de la région Centre-Val de Loire confirme que le maintien en emploi est nettement plus fréquent en cas d'avis d'aptitude avec restrictions ou aménagement de poste¹⁴³ (cf. annexe 3) :

- 86,5 % des salariés invalides sont sortis de leur entreprise, majoritairement dans les deux mois suivant l'avis, mais 36 % d'entre eux ont ensuite retrouvé un emploi. Au total, 56 % des salariés invalides ne sont plus en emploi à un an ;
- En revanche, les sorties de l'entreprise ne concernent que 13,4 % des salariés aptes avec restriction ou aménagement de poste ; ces sorties sont plus tardives (entre six mois et un an après l'avis) et un emploi est retrouvé dans 46 % des cas. Au total, 7,3 % de ces salariés ne sont plus en emploi à un an, et 92,7 % ont été maintenus en emploi.

Même si ces différences ont des causes multiples et complexes à analyser, l'enjeu central d'une intervention précoce fait l'objet d'un large consensus. L'obligation d'aménagement en fonction des avis du médecin du travail a plus d'impact que l'obligation de reclassement une fois l'invalidité constatée, qui s'avère peu effective. L'anticipation des risques d'invalidité permet à l'employeur et au salarié d'envisager et organiser les évolutions possibles au sein de l'entreprise et/ou d'engager les réflexions et actions nécessaires pour préparer un reclassement externe.

Certaines entreprises s'organisent pour anticiper et repérer les risques d'usure professionnelle caractérisant certains postes de travail, comme le préconise l'ANACT¹⁴⁴. Les salariés occupant des postes présentant des risques particuliers feront aussi l'objet d'une surveillance renforcée dans le cadre de la loi du 8 août 2016, permettant au service de santé au travail de constater des limitations fonctionnelles et préconiser des aménagements (visites périodiques tous les deux ans)¹⁴⁵. Mais, pour les petites entreprises et les pathologies ou handicaps sans lien avec le travail, le signalement des difficultés ne peut venir que du salarié lui-même, de ses collègues ou de l'encadrement de proximité, ce qui renvoie aux aléas des relations entre salariés et entreprises autour des questions de santé (cf. *infra*). A défaut, c'est l'absentéisme qui sera le meilleur signal d'alerte. Toutefois, seuls les arrêts longs déclenchent actuellement des interventions des acteurs du maintien en emploi externes à l'entreprise¹⁴⁶, alors que des arrêts courts mais répétitifs peuvent aussi présager d'un risque de désinsertion professionnelle.

¹⁴³ ROUSSEAU S et al. Invalidités et restrictions d'aptitude : nature et efficacité des dispositifs de maintien en emploi en région Centre Val-de-Loire, APST Centre

¹⁴⁴ cf. fiche pratique « Prévenir la désinsertion professionnelle : des indicateurs à prendre en compte », ARACT Basse-Normandie, décembre 2011

¹⁴⁵ Selon l'article R 4624-23 issu du décret n°2016-1908 du 27 décembre 2016, il s'agit des postes exposant les salariés à l'amiante, au plomb au-delà d'un certain seuil, aux agents cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction, aux agents biologiques des groupes 3 et 4, aux rayonnements ionisants, au risque hyperbare, au risque de chute de hauteur lors des opérations de montage et de démontage d'échafaudages, et des postes pour lesquels le salarié doit passer un examen d'aptitude spécifique prévu par le code du travail. L'employeur peut décider d'y ajouter certains postes de l'entreprise présentant des risques particuliers.

¹⁴⁶ Examen de reprise par le SST à partir de 30 jours d'arrêt, contrôles sur pièces et le cas échéant examens au service médical de la sécurité sociale à partir de 45 jours d'IJ (en règle générale), invitation aux réunions d'information du service

3.1.2 Le maintien des liens entre le salarié et l'entreprise pendant l'arrêt de travail reste aléatoire et les visites de pré-reprise prévues par la réglementation ne sont pas encore systématiques

3.1.2.1 Les aléas des relations entre salariés et entreprises autour des questions de santé

Parler de sa santé à son entourage professionnel ne va pas de soi. La santé relève de la vie privée, et la maladie n'a pas sa place dans l'univers du travail, où chacun est tout entier dédié à la performance attendue de lui.

Cette problématique est bien illustrée dans l'étude réalisée en 2015 par l'Observatoire de la branche sanitaire, sociale et médico-sociale, privée à but non lucratif (BASS)¹⁴⁷, qui montre que les salariés licenciés pour inaptitude n'ont pas ou peu parlé de leurs problèmes de santé. Hors les cas d'accidents ou de maladies graves apparaissant brutalement (cf. cancer), les salariés évitent souvent de signaler leurs difficultés, ou ne dépassent pas le stade des discussions informelles entre collègues. C'est particulièrement le cas lorsque la pathologie –physique ou psychologique- apparaît et s'aggrave progressivement. En outre, certains salariés expriment la crainte de perdre leur emploi s'ils faisaient cette révélation. De même, pendant les arrêts de travail, peu de personnes ont eu des contacts réguliers avec leur employeur.

De fait, le maintien des relations entre le salarié et l'entreprise pendant l'arrêt de travail est une question complexe, face à laquelle les employeurs se sentent démunis. D'un point de vue juridique, le contrat de travail est suspendu et l'employeur n'a donc aucune légitimité à questionner son salarié en vue d'anticiper le moment et les conditions de sa reprise. Il est fréquent que les arrêts de travail soient prolongés plusieurs fois, l'employeur ne sait alors pas quand le salarié va revenir, et se retrouve confronté dans l'urgence, le jour même de la reprise, aux questions concrètes qui peuvent se poser.

Plusieurs témoignages recueillis par la mission montrent qu'organiser le maintien de la relation pendant l'arrêt de travail est délicat. Le silence de l'employeur peut être mal vécu, interprété comme un manque de sollicitude ; mais inversement, la prise de contact peut susciter des réactions négatives, être vue comme une intrusion dans la vie privée ou une pression pour accélérer la reprise du travail. C'est le plus souvent par l'intermédiaire de collègues de travail que l'employeur reste informé de l'évolution de la situation, modalité fortement dépendante du fonctionnement des collectifs de travail et de la qualité de l'insertion socio-professionnelle des salariés absents.

Face à ces écueils, certaines entreprises développent des outils d'information et de sensibilisation interne afin de créer un contexte rassurant pour les salariés en difficultés de santé. Comme l'ont montré des actions expérimentales conduites par certaines ARACT, une politique globale bien expliquée apparaît comme un élément facilitant et permet de dédramatiser la gestion des situations individuelles.

social de l'assurance maladie à partir de 90 jours d'IJ, examen de pré-reprise par le SST en principe à partir de 3 mois d'arrêt.

¹⁴⁷ « L'inaptitude à travers les parcours de salariés licenciés - Gestion des alertes, maintien dans l'emploi : quelles leçons en tirer ? » Etude de l'Observatoire de la branche sanitaire, sociale et médico-sociale, privée à but non lucratif, publiée par Unifaf en février 2017. Cette étude s'appuie sur six monographies associatives et sur 40 entretiens téléphoniques (juillet 2015) réalisés à partir d'un fichier de 700 personnes en invalidité transmis par la mutuelle Chorum.

Ainsi, l'association OETH conseille aux employeurs d'informer le salarié, dès l'arrêt de travail, que l'employeur reste à sa disposition pendant cette période, et de lui demander explicitement s'il est d'accord pour rester en contact. En cas de refus, elle suggère de s'appuyer sur les représentants du personnel pour faire la liaison. Les syndicats y sont généralement favorables s'il s'agit d'intervenir dans l'intérêt du salarié.

Une étude conduite par le CREDOC et l'IRES en 2008 auprès de neuf établissements de grandes entreprises dans différents secteurs économiques en France et en Allemagne¹⁴⁸ montre des différences importantes entre les deux pays sur ces questions. En Allemagne, depuis 2004, la loi oblige les entreprises à veiller à la réintégration progressive des salariés en situation de maladie prolongée (salariés cumulant plus de 42 jours d'arrêt maladie dans l'année, consécutifs ou non). Un plan de réintégration est établi avec les représentants du personnel et si besoin le médecin du travail, et, durant cette période de réintégration progressive, le salarié conserve son statut de malade et continue de toucher les indemnités maladie. L'existence systématique d'un protocole balise les procédures et institue un dialogue dans l'entreprise sur la question. En France, au contraire, la gestion à chaud de retours non anticipés est fréquente, et prise en charge dans le cadre d'un dialogue entre la personne et son responsable direct. L'implication plus large des acteurs du maintien en emploi n'intervient que dans les cas conflictuels et difficiles.

3.1.2.2 Des marges de progrès encore importantes pour l'organisation des visites de pré-reprise

Pour préparer, durant un arrêt long, la reprise de travail, ou anticiper la survenue d'une inaptitude, la seule procédure formelle organisée par la réglementation est la visite de « pré-reprise » auprès du médecin du travail, médiateur naturel entre le salarié et son employeur.

Une visite de reprise est systématiquement organisée après un congé de maternité, après une absence pour cause de maladie professionnelle et après une absence d'au moins trente jours pour cause d'accident du travail, de maladie ou d'accident non professionnel. Mais, si le salarié ne peut reprendre son poste dans les conditions antérieures, cette visite est trop tardive pour la mettre en place un aménagement du poste de travail ou rechercher une solution de reclassement interne : en effet, l'employeur est tenu de reprendre le versement du salaire à l'issue d'un délai d'un mois à compter de la date de l'examen de reprise du travail, ce qui le conduit, de fait, à engager la procédure de licenciement si un reclassement n'est pas organisé dans ce délai.

C'est pourquoi, lorsque le salarié est en arrêt de travail d'une durée de plus de trois mois, le code du travail¹⁴⁹ prévoit qu'une visite de pré-reprise « *est organisée par le médecin du travail à l'initiative du médecin traitant, du médecin conseil des organismes de sécurité sociale ou du salarié* ». Cette rédaction tend à rendre cette visite systématique mais sa portée est en réalité limitée. En effet, si le service de santé au travail doit être l'organisateur de cette visite, il n'en est pas l'initiateur, et son information sur les arrêts de travail des salariés des entreprises adhérentes n'est d'ailleurs pas prévue¹⁵⁰. Le nombre de visites de pré-reprise dépend donc des initiatives prises par le médecin traitant (mal informé souvent) ou le médecin conseil avec l'accord du salarié, ou directement par le

¹⁴⁸ Maresca B, Dujin A, avec la collaboration de l'IRES. Le maintien dans l'emploi des salariés ayant connu la longue maladie. Quelle place dans les stratégies des grandes entreprises en France et en Allemagne ? *Prat Organ Soins*. 2011 ; 42 (1) : 19-26 ; Hege A & Dufour C. Les pratiques des acteurs d'entreprise face à la longue maladie et au handicap en Allemagne, *La Revue de l'IRES*, vol.67, n°4, 2010, PP 59-93.

¹⁴⁹ Articles R 4624-29 et 30 du code du travail

¹⁵⁰ Le médecin du travail n'est informé des arrêts de travail par l'employeur qu'en cas d'accident du travail (cf. Art. R 4624-33 CT, pas toujours respecté). Pour les autres arrêts, il n'est informé qu'à l'occasion des examens de reprise du travail.

salarié. Dans leur action de maîtrise des dépenses d'indemnités journalières, les médecins conseil sont incités par la CNAMTS et la CCMSA à orienter de façon croissante les assurés vers leur médecin du travail en vue d'une visite de pré-reprise¹⁵¹.

Si tous les témoignages recueillis par la mission convergent sur le constat d'un développement des visites de pré-reprise, il n'existe aucune donnée globale permettant d'objectiver les progrès réalisés vers l'objectif de visites systématiques fixé par le législateur en 2012, ni d'évaluer l'impact de ces visites sur le devenir des salariés en difficultés de santé¹⁵². Comme pour les autres données d'activité des SST, la dernière consolidation réalisée par la DGT porte sur l'année 2012 et ne porte que sur 11 régions. Une extrapolation réalisée par la mission conduit à un ordre de grandeur de 230 000 visites de pré-reprise et 1 100 000 visites de reprise. Il est difficile de déterminer à quel ratio correspondrait l'application de la loi, car on ne connaît pas, dans les visites de reprise, la part des arrêts de travail d'au moins trois mois. Tout au plus peut-on indiquer que, si toutes les régions atteignaient le ratio d'une visite de pré-reprise pour trois visites de reprise observé pour les SSTI de Bretagne, 140 000 visites supplémentaires seraient réalisées.

3.1.3 L'action de médiation en entreprise joue un rôle essentiel pour accompagner le retour au travail après un arrêt long

Les revues de littérature internationale portant sur les processus de retour au travail après une longue absence pointent l'importance de l'implication effective de l'entreprise et du collectif de travail, et, partant, le rôle essentiel des acteurs capables d'accompagner à la fois le salarié et l'entreprise. Selon une revue de littérature publiée en 2012¹⁵³, deux facteurs facilitent significativement le retour au travail tant pour les pathologies physiques que psychiques : en premier lieu, des interventions précoces, initiées dans les six premières semaines d'arrêt, (cf. *supra*) ; en second lieu, des interventions multidisciplinaires, particulièrement lorsqu'elles intègrent des contacts avec l'employeur et le collectif de travail.

Une synthèse de revues de littérature effectuée récemment pour la direction des risques professionnels de la CNAMTS¹⁵⁴ conclut aussi que la priorité au retour au travail implique une action importante de médiation en entreprise, avec des visites sur le lieu de travail, indispensables pour analyser l'environnement du travailleur et aussi pour impliquer l'employeur et l'encadrant dans le processus de retour au travail. Pour assurer cette fonction d'accompagnement (*case manager*), les capacités relationnelles et organisationnelles paraissent plus importantes que les connaissances médicales ou sur les aspects professionnels et administratifs du retour à l'emploi.

Concernant l'impact des programmes de retour à l'emploi, une récente revue de littérature, portant uniquement sur les interventions réalisées en lien avec le milieu de travail, conclut à un niveau de preuve élevé, pour les TMS et les états douloureux, des effets sur la durée des arrêts des interventions multi-domaines (c'est-à-dire comportant au moins deux domaines parmi les trois

¹⁵¹ En 2016, 45 000 signalements ont été réalisés vers les médecins du travail, mais on ignore la part des orientations pour une visite de pré-reprise dans ce nombre ; CNAMTS, Bilan social 2016, Ibid. cit.

¹⁵² L'étude conduite par l'observatoire du maintien en emploi du Centre-Val de Loire repère, pour l'échantillon de parcours analysés, une ou plusieurs visites de pré-reprise dans 60 à 75 % des situations de reprise mais ne retrouve pas de différence significative sur la variable réussite/échec du maintien en emploi selon qu'il y a eu ou non une visite de pré-reprise.

¹⁵³ *Intervention Characteristics that Facilitate Return to Work After Sickness Absence: A Systematic Literature Review*, Nicole Hoefsmit • Inge Houkes • Frans J. N. Nijhuis, J. Occup. Rehabil. (2012), 22:462–477 DOI 10.1007/s10926-012-9359-z

¹⁵⁴ Source : *Note de synthèse – revue de littérature sur le rôle et les compétences des case managers pour le retour à l'emploi après un arrêt de travail long* – Noémie Kiefer, Hospinnomics, version 1.0 du 5 avril 2017

suivants : interventions axées sur la santé, interventions de coordination des services, interventions de modification du travail)¹⁵⁵.

Si l'on met à part le cas des grandes entreprises qui peuvent disposer d'intervenants internes (SSTA, service social, mission handicap, service RH...) trois types de services sont en capacité d'intégrer la médiation en entreprise dans l'accompagnement des reprises de travail : les SAMETH, dont c'est la vocation même, les équipes COMETE existant dans certains SSR (dont les contacts avec l'entreprise sont toutefois moins systématiques), et les services de santé au travail. Ces derniers restent toutefois inégalement organisés pour ce faire, et leur image auprès des entreprises paraît très contrastée (cf. annexe 3).

3.2 Pour permettre un véritable accompagnement des salariés, la concertation et la fluidité des relations entre acteurs est décisive

3.2.1 Les échanges entre les médecins sur les cas individuels restent trop rares

Autour du salarié et son employeur, trois médecins et leurs environnements jouent un rôle clef dans le succès ou au contraire l'échec des actions de prévention de la désinsertion professionnelle : le médecin traitant, le médecin du travail et le médecin conseil. Or les échanges concernant les situations individuelles entre ces professionnels sont rares et encore plus rarement directs : c'est le salarié qui relaie le plus souvent les informations entre eux. Il peut en outre être confronté à des opinions ou conseils contradictoires.

Cette situation découle en partie du cadre législatif et réglementaire relatif au secret médical, base de la confiance entre le patient et son médecin. Le dossier médical personnel (DMP) en cours d'expérimentation en 2017, centralise les informations de santé propres à chaque patient ; il n'est pas accessible aux services de santé au travail, même avec l'accord de la personne concernée¹⁵⁶. Le partage d'informations médicales la concernant est toutefois possible, entre professionnels ne participant pas à sa prise en charge, à la condition de son consentement explicite¹⁵⁷. De manière symétrique, le dossier médical en santé au travail (DMST) communicable au médecin inspecteur régional du travail ou à un autre médecin du travail, ne peut l'être à un autre médecin qu'à la demande de l'intéressé¹⁵⁸.

Mais quand bien même la législation serait plus ouverte, il existe d'autres facteurs freinant la communication entre professionnels.

En 2009, l'institut national de prévention et d'éducation en santé (INPES) a interrogé des médecins généralistes, dans un volet spécifique de son enquête Baromètre santé, sur leurs opinions et pratiques en matière de santé au travail¹⁵⁹. Cette enquête est la première en France d'envergure nationale à avoir exploré la perception croisée des médecins généralistes et du travail sur leurs relations : « *La majorité des médecins généralistes (57 %) déclaraient être confiants dans l'efficacité*

¹⁵⁵ *Effectiveness of Workplace Interventions in Return-to-Work for Musculoskeletal, Pain-Related and Mental Health Conditions : An Update of the Evidence and Messages for Practitioners*. Cullen K.L. et al, J Occup Rehabil. 2017 Feb 21. Pour les mêmes pathologies, cette revue conclut à niveau de preuve modéré sur l'amélioration de la productivité après reprise du travail et la réduction des coûts associés à l'inaptitude.

¹⁵⁶ Article L. 1111-18 du code de la santé publique

¹⁵⁷ Articles L. 1110-4 et L1110-12 du code de la santé publique

¹⁵⁸ Article L4624-8 du code du travail

¹⁵⁹ Colette MENARD et al, « Enquête « Médecins généralistes et santé au travail » in Médecins du travail/médecins généralistes: regards croisés », INPES, *Collection "Études santé"*, janvier 2012, 113-186.

des médecins du travail, mais doutaient en revanche de l'indépendance des médecins du travail. Du côté des médecins du travail, 48 % partageaient le sentiment que les médecins généralistes font confiance à leur efficacité et 50 % ressentent un sentiment de méfiance à leur égard concernant leur indépendance ». S'agissant du sujet du maintien en emploi, « près de six médecins sur dix (56 % des généralistes et 59 % des médecins du travail) s'accordaient sur le fait que le généraliste a un rôle à jouer pour aider à la réinsertion professionnelle des patients, une opinion davantage partagée par les médecins du travail des services autonomes (72 % vs 59 % des autres services ; $p < 0,01$) ».

Les médecins conseils pour leur part, étaient et restent considérés comme difficilement accessibles par les deux autres acteurs.

Une étude récente conduite en 2015¹⁶⁰ témoigne d'une « *absence de coordination flagrante et extrêmement pénalisante pour chacun* » : le médecin traitant est décrit comme l'interlocuteur de référence et porte l'enjeu principal (santé-guérison) ; le médecin conseil de la sécurité sociale porte l'enjeu financier (maintien d'un revenu) et est souvent perçu comme celui qui « *pousse au retour au travail* » ; le médecin du travail est présenté comme un acteur secondaire, la responsabilité du maintien dans l'emploi étant renvoyée vers l'employeur. De plus, il connaît mal l'état de santé précis du salarié, et parfois même le contexte de travail ou la teneur du poste occupé. Un médecin du travail renvoie la responsabilité des alertes tardives sur des arrêts de travail parfois très longs à l'absence d'information venant des médecins conseils : « *il est rarissime qu'ils nous alertent* ».

De ce point de vue, l'offre de service des caisses de sécurité sociale agricole qui associe dans un même espace, les praticiens conseils et le service de santé au travail, permet des échanges plus fluides : s'il existe bien des règles générales de fonctionnement qui séparent les activités et responsabilités, comme dans les autres réseaux, il existe aussi des habitudes de travail communes, dans le respect des règles déontologiques, qui facilitent les relations. Les situations peuvent être partagées en bilatéral entre professionnels qui se connaissent et disposent des adresses de messagerie ; elles sont souvent traitées en direct, sans attendre la réunion des cellules pluridisciplinaires de maintien en emploi (CPME) récemment créées pour gérer les situations les plus complexes.

Des difficultés pratiques sont aussi à souligner. En particulier, les médecins conseils et les médecins traitants n'ont pas d'outil simple permettant de savoir à quel SST est rattaché un salarié et de contacter ce service.

Il existe de nombreuses productions d'annuaires visant à fournir les coordonnées des différents acteurs, mais ces données sont rapidement obsolètes. Les versions en ligne nécessitent des temps d'accès dont les médecins traitants disposent rarement pendant une consultation. Ce travail pourrait en partie se faire, après la consultation, si des ressources administratives du cabinet ou de la maison de santé peuvent y être consacrées. L'existence des coordonnées du service de santé au travail du salarié dans son dossier serait un progrès sensible, si cette information pouvait être transmise aux caisses d'assurance, via la DSN par exemple, et rendue disponible sur les postes des médecins traitants et médecins conseils.

¹⁶⁰ Capucine BIGOTE et Diorobo TRAORE, « L'inaptitude à travers les parcours de salariés licenciés, Gestion des alertes, maintien dans l'emploi : quelles leçons en tirer ? », l'Observatoire prospectif des métiers et des qualifications de la Branche sanitaire, sociale et médico-sociale privée à but non lucratif (Branche BASS) 2016. Méthodologie : Analyse d'entretiens conduits auprès de professionnels employeurs d'une part et de personnes licenciées pour inaptitude en 2014 d'autre part, travaillant dans la Branche BASS.

Ces freins réglementaires, sociologiques et pratiques à l'échange d'information sont une source majeure de dysfonctionnement, car pour nombre de situations, une bonne connaissance réciproque des acteurs et un état d'esprit coopératif appuyé sur quelques outils facilitants pourraient suffire à trouver des solutions.

3.2.2 Les démarches concertées autour des cas complexes restent inégalement développées

3.2.2.1 Des démarches parfois anciennes de coordination : l'exemple de la région Rhône-Alpes

Les acteurs de la Région Rhône-Alpes se sont dotés très tôt d'un dispositif de maintien dans l'emploi original, décrit dans l'annexe 7. Il se caractérise notamment par une forte implication des partenaires sociaux et une déclinaison territoriale opérationnelle : comités départementaux du maintien en emploi (CDME) et cellules techniques de maintien en emploi (CTME) locales, assurant, grâce à une animation territoriale confiée à des organismes tiers (AT), la coordination entre acteurs de terrain autour des dossiers individuels. Le périmètre d'intervention est limité au secteur privé mais inclut les personnes ne demandant pas la RQTH et les salariés ayant peu ou pas d'arrêts de travail¹⁶¹.

Au niveau régional, le Comité de Pilotage composé des différents financeurs du dispositif s'est doté d'un appui technique afin de l'aider sur un plan logistique et technique à animer le dispositif et à l'outiller.

A la suite d'une évaluation, le dispositif rhônalpin a évolué en 2015, sous la contrainte notamment de la réduction de ses financements, avec le retrait du financement dédié de l'assurance maladie¹⁶². Les grandes lignes du dispositif perdurent, à l'exception de la fonction de guichet unique auparavant confiée aux coordinations locales. Les missions de l'animateur territorial sont recentrées sur l'appui aux acteurs du maintien en emploi, l'intervention sur des cas individuels étant limitée selon un principe de subsidiarité. Pour assurer la fonction de primo-information, un « numéro vert » est mis en place au plan régional.

Dans les territoires où cela est possible, la volonté est d'aller vers un portage de l'animation territoriale par un service de santé au travail. Se pose en effet la question de la disparition progressive des moyens dédiés d'animation (AT) au niveau local.

La mise en place dès 2004 dans le Morbihan d'un dispositif territorial de coordination porté par un service de santé au travail a également été signalée à la mission¹⁶³.

¹⁶¹ Une enquête conduite en 2014 montrait que 70 % avaient bénéficié d'un arrêt maladie de plus de trois mois avant d'être pris en charge par le dispositif. Parmi eux, près de la moitié (46 %) n'avait pas participé à une séance d'information collective ou eu d'entretien avec une assistante sociale de la CARSAT.

¹⁶² L'objectif alors énoncé par la CNAMTS était de faire converger le dispositif régional et le dispositif institutionnel de l'assurance maladie (cellules PDP).

¹⁶³ Sous la forme d'une équipe technique maintien en emploi interinstitutionnelle, réunie régulièrement par l'AMIEM

3.2.2.2 La diffusion plus récente d'une approche systématique de cellules de PDP au sein de l'assurance maladie, dont la composition et le rôle restent toutefois hétérogènes

Depuis 20 ans de nombreuses démarches ont visé à rapprocher les réseaux institutionnels de la CNAMTS, notamment dans le domaine de la PDP¹⁶⁴. La généralisation en 2009 de cellules régionales et locales de coordination intra et interinstitutionnelles ne constitue qu'une partie de cette construction. Il apparaît qu'elles fonctionnent toutes et ont contribué à renforcer le lien. La généralisation en 2016-2017 des cellules pluridisciplinaires de maintien en emploi (CPME) du réseau de la MSA s'inscrit dans la même dynamique.

S'agissant de ce dernier réseau, en phase de montée en puissance, il est encore trop tôt pour en tirer un bilan, comme cela a pu être fait au sein du réseau CNAMTS où les diagnostics antérieurs¹⁶⁵ restent globalement valides en 2017 :

- Malgré ces efforts déjà anciens, beaucoup d'acteurs « intra-institutionnels » de la CNAMTS ne se vivent toujours pas comme appartenant pleinement à la même institution et décrivent les autres services (sociaux, médicaux, administratifs, préventifs...) comme des « partenaires » plutôt que comme des collègues participant d'un même projet d'entreprise ;
- Par ailleurs, alors même que leur taux de participation à ces cellules va croissant, certains partenaires externes (SAMETH, services de santé au travail) s'interrogent sur la nécessité de leur assiduité pour traiter de cas complexes dont la définition reste très variable et qui ne les concernent que dans un nombre réduit de situations (cf. Annexe 4).

Enfin, et conformément au dessein de leurs concepteurs, la place de ces cellules dans le traitement d'ensemble des situations reste réduite : elles ont suivi environ 8 % des situations identifiées et traitées au sein du réseau de la CNAMTS en 2016, cette part baissant d'un point par rapport à 2015 avec l'augmentation générale de l'activité de signalement.

Ceci ne devrait pas conduire à remettre en cause le principe de l'existence de ces cellules mais à réinterroger leur intérêt pour l'institution et pour ses partenaires.

Le premier apport des cellules locales de PDP du réseau CNAMTS est, d'après les intéressés eux-mêmes et certains de leurs partenaires extérieurs, de répondre à un fort enjeu de coordination interne. L'intérêt accordé à la prévention de la désinsertion professionnelle, qui préexistait à l'existence des cellules de coordination, est conforté par leur fonctionnement.

Mais la maturation de la coordination intra-institutionnelle est variable selon les cellules et fragile, car dépendante des relations interpersonnelles et du turn-over des agents. Elle nécessite vraisemblablement un effort renouvelé de formation des nouveaux cadres et un management engagé sur la politique de PDP.

¹⁶⁴ Accord national de 2004 entre le Service Médical et le Service Social pour organiser l'orientation précoce vers le Service Social des assurés en situation de risque de désinsertion professionnelle, des circulaires ; nombreuses lettres réseau qui intègrent la PDP dans les actions de contrôle et d'accompagnement des assurés, dans le cadre de la maîtrise médicalisée des arrêts de travail, ou qui ont assuré entre 2009 et 2014 le déploiement sur l'ensemble du territoire national, de cellules de coordination locales et régionales entre les services administratif, médical, social, et prévention, pour la mise en place du dispositif de PDP avec l'offre de services attentionnés afférente.

¹⁶⁵ Audit 212 op .cit. et Audit 2013 de la COG ATMP

Par ailleurs, les cellules locales sont essentiellement structurées autour des services sociaux. Rares sont les services médicaux qui pilotent les cellules locales. Mais tous participent régulièrement aux réunions à l'exception des services de prévention des risques professionnels qui peinent à y trouver leur intérêt comme cela était déjà mentionné dans un audit de 2012¹⁶⁶.

La coopération au sein de cellules locales des différents services ne peut suffire non plus à résoudre les tensions liées à la coexistence de plusieurs logiques d'intervention (cf. *supra* 2.4.3)

Le second intérêt de l'existence des cellules locales PDP est externe : il donne de la visibilité sur l'action du réseau de l'assurance maladie aux autres institutions, dont certaines, comme en Normandie, ont demandé à y participer lorsqu'elles n'étaient pas conviées par certaines CPAM. L'ouverture aux partenaires extérieurs est prônée depuis près de dix ans mais a été inégalement réalisée et continue à croître. Il s'agissait en effet de construire une doctrine et des habitudes internes avant de pouvoir mieux s'ouvrir à l'extérieur.

La pérennité de ce partenariat est toutefois fragile. Au-delà du risque d'essoufflement à participer à des réunions régulières principalement structurées sur et pour l'institution CNAMTS, certains partenaires externes, invités de longue date, ne viennent pas ou plus.

Il existe de plus un conflit de savoir « qui est légitime à coordonner l'activité de PDP sur un territoire donné » ? La réponse n'est pas univoque : la prévention de la désinsertion professionnelle est au cœur des missions des services de santé au travail, dont l'action n'est pas limitée aux périodes d'arrêt de travail. Mais peu d'entre eux sont prêts à assumer une fonction d'animation locale, autour de l'examen de situations individuelles et, fonction probablement plus importante à terme, le partage d'informations et de procédures communes sur le sujet. Le maillage départemental des cellules PDP du réseau CNAMTS et le savoir-faire accumulé depuis plus de 15 ans sur ce sujet, le positionne comme un opérateur crédible dans un nombre élevé de territoires. Ceci est d'autant plus vrai si, comme en région parisienne, la multiplicité des services de santé au travail interdit de fait qu'ils puissent servir d'interlocuteur aux autres acteurs clefs, comme les SAMETH ou les MDPH dont l'assise est départementale comme celle des CPAM.

Se pose enfin la question de l'association de nouveaux partenaires, et notamment ceux des autres régimes d'assurance obligatoire. La mission n'a pu se rendre en Bretagne où la CPAM de Vannes a associé, avec les médecins du travail, la MSA et l'ENIM. A l'exception des salariés passant d'un régime à un autre, les dossiers individuels à gérer en commun ne peuvent donc qu'être rares et réduisent l'intérêt de cellules partagées. Par ailleurs, et selon les configurations territoriales, ce partenariat est plus ou moins aisé à mettre en place car les ressorts des réseaux des MSA ne recoupent plus toujours ceux des CPAM. Ces arguments ne réduisent pas pour autant l'intérêt de coopérations plus institutionnelles sur un territoire donné et l'échelon régional est probablement le plus approprié pour ce faire.

¹⁶⁶ La doctrine d'action principale de ces services, la prévention primaire des risques professionnels, collective, auprès des entreprises, peine à s'exercer au sein des cellules PDP, qui portent quant à elles une stratégie prévention secondaire et tertiaire des situations individuelles dites complexes. L'insuffisance persistante des SI ne permettait pas jusqu'à récemment un retour consolidé des données de prévention de la désinsertion professionnelle, par employeur ou par secteur d'activité, qui permettrait d'alimenter les programmes collectifs portés par la DRP, ce qui a contribué à ce désintérêt.

3.2.3 En cas de licenciement pour inaptitude, Pôle emploi n'est pas informé des aptitudes du salarié ni des démarches éventuellement entreprises en amont

Pour les personnes qui perdent leur emploi en raison d'une inaptitude médicale, il n'existe aucune procédure garantissant un minimum de continuité dans leur accompagnement.

Si la personne est licenciée pour inaptitude, Pôle emploi connaîtra par l'attestation employeur le motif du licenciement, mais n'aura aucune information du médecin du travail sur les activités à éviter et sur les aptitudes restantes. Or, comme l'a souligné le rapport IGAS relatif à la prise en compte de la santé dans l'accompagnement des demandeurs d'emploi, Pôle emploi ne dispose, depuis la disparition de la « médecine de main d'œuvre », d'aucun dispositif lui permettant de s'appuyer sur une expertise médicale pour préciser les aptitudes des personnes ayant des difficultés de santé.

Des transmissions mensuelles d'information sont prévues par convention avec les MDPH mais elles fonctionnent mal et se limitent généralement à la mention de l'existence d'une RQTH, sans autres informations.

Lors du premier entretien de diagnostic, entre deux et quatre semaines après l'inscription, ce sont donc les questions du conseiller sur les « freins périphériques » à une recherche d'emploi qui permettront le plus souvent de repérer ou préciser la problématique de maladie ou de handicap et d'interroger la personne sur son parcours antérieur et les démarches d'évaluation, d'orientation ou de formation éventuellement entreprises en amont.

Selon la direction générale de Pôle emploi, il existe cependant dans trois régions (Bretagne, Normandie et Pays de la Loire) des conventions avec la Carsat prévoyant un échange d'informations, à l'initiative d'un conseiller référent qui peut interroger la Carsat sur sa connaissance de la situation antérieure de la personne. Auvergne-Rhône Alpes est par ailleurs la seule région où Pôle emploi participe au un comité de pilotage régional du maintien dans l'emploi (cf. *supra* point 2.3.2).

D'autre part, Pôle emploi a expérimenté entre septembre 2015 et juin 2016, dans cinq régions¹⁶⁷, une démarche spécifique d'accompagnement de personnes licenciées pour inaptitude (action appelée LINA). Il s'agissait d'un accompagnement pendant six mois pour élaborer et mettre en œuvre un projet de reconversion, s'appuyant sur une collaboration active entre conseillers référents et psychologues du travail ainsi que sur des séquences collectives plus nombreuses avec d'autres demandeurs d'emploi. Environ 70 % des personnes sollicitées ont accepté d'adhérer à ce dispositif, dont l'évaluation par la direction des statistiques, des études et de l'évaluation de Pôle emploi¹⁶⁸ conclut à une augmentation de 17 % des chances d'accès à l'emploi au cours des neuf mois suivant l'entrée dans le dispositif, par rapport à une population témoin. Les bénéficiaires sont également plus satisfaits de leur accompagnement par Pôle emploi et ont notamment apprécié les séances en groupe avec d'autres demandeurs d'emploi licenciés pour inaptitude, qui permettent de confronter les expériences et de rompre l'isolement.

¹⁶⁷ Auvergne-Rhône-Alpes, Pays de la Loire, Hauts de France, Occitanie et Ile-de-France

¹⁶⁸ cf. « Licenciés pour inaptitude : les effets positifs de l'accompagnement par Pôle emploi », Eclairages et synthèses, mars 2017.

3.3 Sésame quasi obligatoire, la RQTH est un frein pour certains salariés

Indispensable pour l'accès à une grande partie des prestations et aides financières dédiées, le statut de travailleur handicapé est un frein pour certains salariés alors que sa procédure d'octroi, souvent longue, apporte par elle-même peu de valeur ajoutée.

3.3.1 La RQTH est un point de passage quasi-obligé pour le déploiement d'une grande partie des aides ou mesures

Comme on le précise au point 2.2.3, l'offre d'intervention de l'AGEFIPH reste subordonnée à la reconnaissance administrative d'un handicap ou, à tout le moins, au dépôt d'une demande de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé. Or, cette offre d'intervention est quasiment la seule disponible pour compenser en partie les surcoûts liés au maintien en emploi d'un salarié ayant des limitations fonctionnelles pour tenir son poste de travail. Les mesures financées par l'assurance maladie ont un autre objet (temps partiel thérapeutique, invalidité) ou sont très complexes et peu utilisées (contrat de rééducation professionnelle en entreprise).

Les nombreuses entreprises qui financent elles-mêmes des aménagements de poste ont également intérêt à inciter leurs salariés en difficultés de santé à demander le statut de travailleur handicapé, ce qui permet de diminuer leur contribution à l'AGEFIPH.

Un rôle central est ainsi attribué à ce statut pour la prévention de la désinsertion professionnelle, ce qui pose question au regard de son périmètre et de ses conditions d'obtention.

3.3.2 Ce statut constitue parfois un obstacle pour les personnes concernées et n'est pas accordé de façon homogène pour certaines situations de santé

L'article L 5213-1 du code du travail précise qu'est considéré comme travailleur handicapé toute personne « dont les possibilités d'obtenir ou conserver un emploi sont effectivement réduites par suite d'une altération d'une ou plusieurs fonctions physique, sensorielle, mentale ou psychique ».

Bien que cette définition paraisse très large, le statut de travailleur handicapé ne peut couvrir toutes les personnes en risque de désinsertion professionnelle pour raisons de santé.

D'une part, il existe souvent une phase « en amont du handicap », en particulier dans le cas des troubles de santé invalidants, durant laquelle le diagnostic et/ou le pronostic d'évolution restent incertains ; d'autre part et surtout, tous les témoignages convergent pour souligner qu'une partie des intéressés ne souhaitent pas être reconnus handicapés : les personnes atteintes d'un cancer par exemple, se considèrent malades mais ne se reconnaissent pas dans la notion de handicap, même si elles souffrent de séquelles de leurs traitements ; plus généralement, les personnes ayant un handicap non visible craignent les conséquences négatives que pourrait avoir ce statut dans leurs relations sociales et professionnelles. C'est le cas en particulier pour les personnes souffrant de pathologies psychiques.

Il s'agit au total d'une démarche psychologiquement complexe pour les salariés, nombreux à conserver des représentations négatives du handicap et à craindre des conséquences négatives de ce statut (peur d'être licencié, crainte que la confidentialité ne soit pas respectée et que cela leur porte préjudice, crainte d'être rejeté par le collectif de travail, atteinte de l'estime de soi, crainte de stigmatisation¹⁶⁹).

Par ailleurs, en ce qui concerne la procédure elle-même, il apparaît que la frontière du handicap reste objet de débats et que les décisions ne sont pas homogènes pour certaines situations de santé¹⁷⁰. Certaines situations nécessitant un aménagement de poste seront ainsi prises en compte ou non, selon la MDPH en charge du dossier : des situations d'alcoolisme, de dyslexie, d'obésité, de maux de dos, de dépression peuvent faire l'objet de refus même si elles entraînent un retentissement dans le maintien dans l'emploi, ou à tout le moins allonger la procédure par un grand nombre de demandes d'informations complémentaires. La notion de retentissement sur les possibilités de maintien dans l'emploi peut aussi faire l'objet d'interprétations diverses : certaines MDPH vont refuser la RQTH au motif que, le poste étant déjà aménagé, il n'y a plus de retentissement sur le maintien dans l'emploi ; ou parce que la personne ayant changé de poste, il n'y a plus de retentissement du handicap sur son poste actuel ; ou encore parce que le retentissement est prévisible dans un futur plus ou moins proche, mais non encore effectif (personnes en évolution de carrière, troubles évolutifs).

3.3.3 Les délais d'octroi comme le niveau élevé d'accord conduisent à interroger la place de cette procédure

Sachant que les demandes de RQTH débouchent dans 94,2 % des cas sur un accord¹⁷¹, on peut s'interroger sur la valeur ajoutée de cette procédure pour le maintien en emploi des personnes menacées dans leur emploi par des problèmes de santé.

En effet, en sus des limites soulignées au point précédent, les délais sont souvent très longs (plus d'un an dans certaines MDPH¹⁷²), ce qui peut retarder les interventions alors que, comme on l'a vu, la précocité de la prise en charge en vue du maintien en emploi est décisive. Pour y pallier, des procédures accélérées (inégalement d'ailleurs) sont parfois mises en place, notamment en cas de présentation du dossier par un des acteurs du maintien en emploi (service social CARSAT, SST, SAMETH...), et le démarrage d'une intervention du SAMETH est possible dès le dépôt de la demande (cf. *supra*).

Au total, la mission souligne que l'exigence de la reconnaissance administrative d'un handicap participe à l'aléa des parcours de maintien en emploi, en restreignant ou freinant l'accès aux aides spécifiques, en fonction de facteurs subjectifs (représentations du handicap) ou circonstanciels (pratiques et délais de la MDPH). En outre, elle mobilise les MDPH au moment où, dans le cadre de

¹⁶⁹ Cf. Mémoire de recherche « Etude des facteurs déterminants de l'entrée dans le processus de l'attribution de la RQTH », Georges Viger, avril 2017.

¹⁷⁰ Source : Etude menée par l'Agence Nouvelle des Solidarités Actives (ANSA) et financée par la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) « *Eclairer les pratiques d'attribution de la Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé (RQTH)* », Rapport final Mars 2015.

¹⁷¹ Source : Synthèse des rapports d'activité 2015 des maisons départementales des personnes handicapées, février 2016

¹⁷² La synthèse des rapports d'activité 2015 des MDPH indique que « *les délais moyens de traitement des demandes relevant de prestations, droits, orientations et avis pour les adultes sont en moyenne d'un peu moins de 4 mois et demi* » mais ne donne pas d'information spécifique sur la RQTH ; les interlocuteurs de la mission ont fait état de délais généralement très supérieurs.

la politique de « réponse accompagnée pour tous » et de déploiement du dispositif d'orientation permanent, celles-ci doivent dégager des marges de manœuvre.

3.4 Des pathologies invalidantes plus ou moins bien prises en charge par les acteurs du maintien en emploi

Les principales pathologies génératrices de désinsertion professionnelle sont connues de longue date. Ces constats anciens ont conduit au développement de plusieurs programmes d'actions spécifiques relatifs à la prévention et la prise en charge des pathologies les plus fréquentes que sont les pathologies ostéo-articulaires - dont les troubles musculo-squelettiques (TMS) – et les troubles mentaux et du comportement - dont la souffrance au travail - qui représentent 75 % des pathologies, qu'elles soient d'origine professionnelle ou non.

3.4.1 Une attention marquée portée aux troubles musculo-squelettiques dans le cadre du risque accidents du travail-maladies professionnelles

La relation entre troubles musculo-squelettiques et travail est évoquée dès le 18^{ème} siècle, mais ce n'est qu'à partir de 1972 qu'ont été créés les premiers tableaux de maladies professionnelles dédiés à ces affections¹⁷³, soit un demi-siècle après l'instauration du système de réparation¹⁷⁴. La reconnaissance professionnelle de ces affections, communément appelées TMS, a représenté 162 affections par million de salariés suivis par le régime général en 1991 et plus de 2 173 par million en 2014¹⁷⁵. Depuis 1989, les TMS constituent la catégorie la plus nombreuse des maladies professionnelles reconnues : elles en représentaient 87 % en 2016.

Parmi les TMS, les lombalgies et leurs répercussions ont été particulièrement ciblées : certains pays ont estimé les coûts directs et indirects des lombalgies entre 1 et 2 % de leur PIB¹⁷⁶. Plusieurs leviers ont été mobilisés dans les différents pays pour inciter les entreprises à s'engager dans leur réduction.

On rappellera tout d'abord pour mémoire, la politique de tarification à l'expérience qui dans les systèmes d'assurance des risques professionnels incite les entreprises à améliorer la santé au travail pour réduire leurs contributions¹⁷⁷. Ce levier est une mesure générale qui s'applique à tous les risques professionnels. Les instances nationales ont explicitement fait figurer la lutte contre les TMS dans leurs priorités, notamment à compter de 2005 dans les plans santé au travail 2005-2009, 2010- 2014 et 2016-2020. La problématique des TMS a constitué également l'une des priorités des acteurs de l'assurance, tout d'abord ATMP puis maladie, qui ont conduit des programmes spécifiques (Programme « cadre vert » de prévention des lombalgies/ Programme expérimental de *case management* avec les conseillers risques professionnels...).

¹⁷³ Décret n° 72-1010 du 02/11/1972 relatif aux hygromas du genou et Décret n° 82-783 du 15/09/1982 relatif aux affections professionnelles périarticulaires.

¹⁷⁴ N HATZFELD, TMS: un demi-siècle pour être reconnus. *Santé & Travail* n° 069 - janvier 2010

¹⁷⁵ Source : INRS. Tableau 57 du Régime général

¹⁷⁶ Source : INRS

¹⁷⁷ Pascal LENGAGNE, « Inciter les entreprises à améliorer la santé au travail », EN3S, Regards, Aout 2017, n° 51, 51 - 61

Les acteurs locaux, notamment de santé au travail, en ont fait un thème de travail récurrent : études et programmes d'action se sont développés dans toutes les régions. Les employeurs ont été fortement incités à déployer des politiques de prévention des TMS¹⁷⁸. Dans le cadre du programme national de gestion du risque 2015 relatif à la maîtrise des IJ, était également prévu le développement de la maîtrise médicalisée en entreprise en renforçant le dialogue entre les trois médecins (traitant, du travail et conseil) autour de la réinsertion professionnelle des salariés souffrant de TMS, ainsi que des travaux d'analyse du parcours de soins des patients lombalgiques. La CNAMTS relance au second semestre 2017 une nouvelle expérimentation en direction des entreprises, pour faire prendre conscience à l'employeur qu'il a financièrement intérêt à travailler sur la prévention des risques professionnels pour limiter son absentéisme¹⁷⁹.

Ces actions en matière de TMS ont contribué, avec la réduction du nombre de postes de travail exposés aux risques physiques notamment industriels, à la baisse globale des TMS en France. Après une progression ininterrompue depuis les années 1990, la situation s'est inversée en 2011 : on a dénombré 46 538 reconnaissances en maladie professionnelle au titre des TMS en 2012 contre 42 535 en 2016 (-8,6 %) ¹⁸⁰.

3.4.2 Une prise en compte croissante des pathologies cancéreuses dont les effets ne sont à ce jour pas probants sur le taux d'emploi

On diagnostique environ 146 000 nouveaux cas de cancer chaque année chez des personnes en emploi. Ceci représente cinq personnes sur mille personnes en emploi. Pathologie de l'âge adulte avec 40 % des nouveaux cas survenant avant 65 ans, les principaux cancers avant 65 ans sont par ordre décroissant : le cancer du sein (femme), de la prostate (homme), de la thyroïde, du colon rectum, de la peau (femme), du poumon (homme), du corps et du col de l'utérus et du poumon (femme) ¹⁸¹.

Les taux de survie et de guérison observés pour certains de ces cancers ont conduit à intégrer ces pathologies dans la liste des maladies chroniques évolutives et à poser la question du retour à l'emploi. Les pathologies cancéreuses ont fait l'objet d'une attention particulière avec les trois plans cancers qui se sont succédé depuis 2003¹⁸². Le second plan a mis l'attention sur la nécessaire production de connaissances et individualisé une action spécifique sur le maintien en emploi¹⁸³. Mais ce thème s'est encore renforcé dans le plan 2014-2019 avec trois actions spécifiques anticipant celles développées dans le 3^{ème} plan santé au travail 2016-2020¹⁸⁴. Ces dernières actions sont sous la responsabilité opérationnelle de la DGT et de la DGEFP.

¹⁷⁸ A l'image de celles proposées par l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS) programme « prévention des risques liés à l'activité physique » (PRAP) destiné aux secteurs industrie, BTP, commerce, secteur sanitaire et social

¹⁷⁹ Les entreprises seront retenues au sein d'un même secteur d'activité et d'une même région au regard de leur atypie dans trois familles de pathologies identifiées comme engendrant des arrêts de travail nombreux et récurrents ou de longue durée : TMS (membre supérieur), lombalgie, RPS. Source : Direction risque ATMP de la CNAMTS

¹⁸⁰ CNAMTS/DRP Rapport annuel 2016 de l'assurance maladie – risques professionnels

¹⁸¹ INVS/ Prévalence partielle à 1 an des cancers selon la classe d'âge, en 2008.

¹⁸² Plan cancer 2003-2007, 2009-2013 et 2014-2019

¹⁸³ ACTION 29.1 Étudier les moyens de lever les obstacles au maintien dans l'emploi ou à la réinsertion professionnelle des personnes atteintes de cancer et de leurs aidants naturels.

¹⁸⁴ Action 9.5 : Responsabiliser l'entreprise dans toutes ses composantes sur l'objectif de maintien dans l'emploi ou la réinsertion professionnelle./ Action 9.6 : Progresser dans la coordination territoriale des différents acteurs qui interviennent pour le maintien dans l'emploi ou son accès./ Action 9.7 : Valoriser le travail réalisé sur le maintien dans l'emploi pour le faire connaître et le développer

Localement, des programmes d'actions ont été développés par les acteurs du soin en matière de maintien en emploi, dont la prise en compte peut intervenir dès la phase d'annonce dans certains établissements de santé, comme on a pu l'observer à l'institut Bergonié à Bordeaux. Le groupe Unicancer, qui fédère les 20 centres de lutte contre le cancer français, a créé, en novembre 2011, un Observatoire des attentes des patients. Chez les personnes en activité professionnelle, la question du niveau de l'indemnisation pendant l'arrêt maladie et *in fine* du maintien en emploi est l'une des préoccupations émergentes dès la phase d'annonce de la maladie et du plan de traitement. Il existe des témoignages convergents sur la forte réticence des personnes atteintes de cancer à mobiliser les dispositifs nécessitant une RQTH, et des débats au sein des MDPH sur l'inclusion ou non de certaines pathologies cancéreuses dans les critères d'octroi¹⁸⁵.

Malgré la mobilisation des différentes parties prenantes, le maintien en emploi des personnes atteintes d'un cancer régresse d'après les dernières données disponibles¹⁸⁶ : l'Institut national du cancer (INCa) a piloté plusieurs études sur la Vie après le CANcer dites VICAN qui traitent, entre autres, de la question du maintien en emploi. Le taux d'activité à deux ans après le diagnostic a baissé de 8 points de pourcentage entre les deux enquêtes VICAN 1 et 2 de 2010 et 2012¹⁸⁷. L'objectif du troisième plan cancer est d'augmenter de 50 % les chances de retrouver un emploi par rapport aux données de VICAN 2.

3.4.3 Les problématiques spécifiques aux troubles mentaux ou psychiques ne trouvent pas aujourd'hui de réponses adaptées aux enjeux

12 % des femmes et 6 % des hommes âgés de 30 à 55 ans qui travaillent déclarent souffrir d'au moins un trouble mental¹⁸⁸ (cf. annexe 2). La place de la santé mentale dans la charge de morbidité française et la problématique spécifique du maintien en emploi justifient l'attention que lui portent de longue date les pouvoirs publics : plusieurs rapports ces dernières années dont un rapport parlementaire centré sur le handicap psychique et l'emploi en milieu ordinaire et protégé^[189,190,191] et plusieurs plans d'action nationaux ont été produits¹⁹².

Si le premier plan santé mentale 2005-2008 met l'accent sur l'emploi en secteur protégé¹⁹³, celui de 2011-2015 insiste sur la prévention des épisodes de ruptures en cours de vie et considère que le maintien dans l'emploi, quel que soit le milieu, ordinaire ou protégé, est un axe prioritaire de cette prévention. En 2017, la stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale (2017-2021) dont le premier volet est dédié aux personnes handicapées psychiques promeut la mise en œuvre du dispositif d'emploi accompagné¹⁹⁴. Il s'agit d'organiser un soutien des personnes handicapées et de leurs employeurs qui soit souple, adapté à leurs besoins, et mobilisable à tout moment du

¹⁸⁵ cf. débat au sein de la MDPH de Paris, qui a finalement donné une réponse positive pour le cancer du sein.

¹⁸⁶ Les données d'exploitation de l'enquête VICAN 5 (2015) n'étaient pas disponibles lors de la finalisation de ce rapport.

¹⁸⁷ INSERM/INCA La vie deux ans après un diagnostic de cancer, deuxième enquête, juin 2014

¹⁸⁸ Thomas BARNAY et Éric DEFEBVRE, « Troubles mentaux : quelles conséquences sur le maintien dans l'emploi ? », Études et Résultats, n°885, DREES, Juillet 2014.

¹⁸⁹ Fadéla AMARA et al. La prise en charge du handicap psychique, IGAS, 2011

¹⁹⁰ Annie LE HOUEROU et al. Rapport au Premier ministre. Dynamiser l'emploi des personnes handicapées en milieu ordinaire Aménager les postes et accompagner les personnes, septembre 2014 /

¹⁹¹ Michel LAFORCADE, Rapport relatif à la santé mentale, Octobre 2016

¹⁹² Plans santé mentale 2005-2008 et notamment 2011-2015 ; stratégie quinquennale offre médico-sociale, volet handicap psychique 2017-2021. Voir l'annexe 1 pour les contenus plus détaillés sur l'emploi

¹⁹³ Axe 1 une prise en charge décloisonnée, 1.3 mieux accompagner / 1.3.4 mobiliser les dispositifs de travail protégé.

¹⁹⁴ Fiche action n°15 relative à l'emploi en milieu ordinaire

parcours ; les expérimentations, jugées positives, ont conduit à la généralisation à compter de janvier 2017¹⁹⁵ de ce dispositif qui n'est d'ailleurs pas réservé aux seuls handicaps psychiques.

S'il est trop tôt pour juger de ce dernier dispositif, on remarquera que sa mise en œuvre est conditionnée par un statut de travailleur handicapé. Il existe pourtant, plus encore que dans d'autres domaines, une réticence forte au signalement, sans doute avec raison car ce sont les situations vis-à-vis desquelles les employeurs se disent le plus démunis.

S'agissant des autres dispositifs et actions que la mission a pu observer ou dont elle a pu prendre connaissance, il apparaît toujours courant 2017, comme le relevaient l'IGAS en 2011 et la mission parlementaire de 2014, que *« les dispositifs prévus pour le maintien dans l'emploi ne concernent qu'un nombre très réduit de personnes handicapées psychiques, qu'il s'agisse du secteur privé ou du secteur public, sachant que la distinction entre souffrance au travail, souffrance psychique ou maladie mentale n'est pas toujours identifiée et quantifiée »*.

Les prestations ponctuelles spécifiques (PPS) proposées par l'AGEFIPH ont concerné, pour la moitié des 21 660 bénéficiaires en 2016, le champ de la santé mentale, mais elles sont limitées dans leur contenu et leur durée et sont principalement mobilisées pour l'accès à l'emploi par les réseaux CAP Emploi. S'agissant du maintien en emploi, le nombre de personnes présentant un handicap psychique ou mental ayant bénéficié d'une PPS via les SAMETH n'est que de 856 personnes en 2016.

Les actions innovantes sont intéressantes mais dispersées. Il existe depuis longtemps de nombreux travaux visant à outiller opérationnellement les acteurs en ce domaine. La fondation de France en a fait un remarquable recensement début 2016¹⁹⁶. Mais ils ne sont pas ou peu diffusés.

Des échanges avec les acteurs de terrain rencontrés, il apparaît que les efforts sont concentrés sur le handicap physique. Comme cela a été entendu au sein de la branche sanitaire, sociale et médico-sociale privée à but non lucratif, *« le handicap psychique reste un tabou dans la branche »*. Ce constat peut être généralisé aux autres branches.

Au final, malgré l'intérêt des démarches d'emploi accompagné, les moyens ne semblent pas à la hauteur des enjeux.

¹⁹⁵ Loi n°2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnel et le décret du 27 décembre 2016 pris pour son application.

¹⁹⁶ Fondation de France. Pratiques de soutien vers et dans l'emploi. Etude sur les dispositifs de « job coaching ». Mars 2016.

4 SYNTHÈSE ET RECOMMANDATIONS

Alors que le nombre d'actifs dont le maintien en emploi est menacé en raison d'une maladie ou d'un handicap est important et appelé à croître, les interventions des entreprises et les actions publiques destinées à les conforter ne sont pas évaluables, faute d'une vision précise des besoins et d'un cadre clair de pilotage et d'évaluation. S'il existe aujourd'hui de nombreux acteurs et dispositifs contribuant au maintien en emploi des salariés rencontrant des problèmes de santé, ainsi que des objectifs généraux en la matière affirmés dans divers documents de programmation, cette problématique ne bénéficie pas encore réellement d'une politique publique clairement identifiée et pilotée.

Il s'avère difficile de proposer des pistes d'évolution des dispositifs existants alors que ceux-ci s'inscrivent dans des systèmes plus larges qui mériteraient des réformes de structure pour répondre aux difficultés rencontrées. La mission recommande donc, en premier lieu, de mieux définir les ambitions d'une politique de prévention de la désinsertion professionnelle et de clarifier ses liens avec la politique d'emploi des personnes handicapées.

Elle formule ensuite des recommandations plus opérationnelles, visant à renforcer l'efficacité et la cohérence des appuis apportés aux salariés et aux employeurs, en prenant en compte l'extrême diversité des situations et en facilitant l'organisation d'accompagnements dans la durée chaque fois que nécessaire. En effet, les parcours individuels apparaissent aujourd'hui fortement aléatoires, en fonction des comportements des entreprises et des autres acteurs sollicités, dans un contexte où les salariés comme les employeurs restent très mal informés, et où la coordination entre acteurs est fortement tributaire des bonnes volontés et capacités individuelles au sein des institutions compétentes (services de santé au travail, médecins traitants et services hospitaliers, MDPH, CARSAT, CPAM, MSA, SAMETH, etc.).

Pour une politique de maintien en emploi qui soit à la hauteur des enjeux, la mission recommande de miser en priorité sur les deux acteurs-clefs que sont les entreprises et les services de santé au travail, auxquels la loi attribue la mission de veiller au maintien en emploi des salariés et qui, présents sur l'ensemble du territoire, sont en première ligne pour apporter un appui de proximité à la fois au salarié et à l'employeur.

La mise en place en 2017 des comités régionaux d'orientation des conditions de travail et de leurs groupes permanents d'orientation offre l'opportunité de définir et promouvoir dans chaque région une stratégie cohérente. Toutefois, renforcer le pilotage des services de santé au travail, pour garantir un service plus homogène, paraît une condition incontournable de réussite.

Les recommandations sont regroupées en quatre objectifs :

- Mieux informer et promouvoir des interventions plus précoces ;
- Mieux prendre en compte les salariés en risque de désinsertion pour raisons de santé/handicap dans les entreprises et dans les dispositifs de droit commun de la politique de l'emploi et de la formation professionnelle ;
- Renforcer l'investissement des services de santé au travail et mieux coordonner les acteurs ;
- Améliorer certains dispositifs existants et expérimenter de nouvelles formes d'interventions.

4.1 Définir les ambitions d'une politique de prévention de la désinsertion professionnelle et clarifier ses liens avec la politique d'emploi des personnes handicapées

Relevant par nature d'interventions croisées des acteurs du travail et de l'emploi, d'une part, de la santé et de la protection sociale d'autre part, tout en couvrant un champ plus large que la politique d'emploi des personnes reconnues travailleur handicapé, la prévention de la désinsertion professionnelle ne se rattache pas facilement à un cadre de pilotage préexistant. De plus, au niveau national comme au niveau territorial, aucun des principaux acteurs ne s'impose comme un «leader» naturel, disposant à la fois de la légitimité et des moyens de coordonner les autres institutions parties prenantes.

Il est difficile, dans ce contexte, de clarifier les objectifs de cette politique au regard des enjeux humains, sociaux et économiques qui la sous-tendent (la préservation de la santé des salariés et la qualité de vie au travail, la couverture des besoins de main d'œuvre, la gestion des transitions entre activité et inactivité et des revenus de remplacement correspondants – cf. partie 1.3 *supra*), et de progresser dans la production et la consolidation de données permettant un suivi des actions conduites et une évaluation des résultats obtenus.

La question du degré de recoupement avec la politique d'emploi des personnes en situation de handicap apparaît décisive pour préciser le mode de pilotage, le financement et les outils de la politique de maintien en emploi.

4.1.1 Les ambitions souhaitables d'une politique de prévention de la désinsertion professionnelle

Une politique de prévention de la désinsertion professionnelle pourrait se voir assigner deux ambitions complémentaires :

- Réduire le plus précocement possible l'impact des problèmes de santé sur le travail,
- Accompagner les transitions professionnelles lorsque l'adaptation du poste de travail initial n'est pas ou plus possible.

Cette formulation invite à une vision globale orientée vers **la sécurisation des parcours professionnels** ; elle suppose de détecter les difficultés dès leur apparition, en faisant le lien avec la prévention de la pénibilité et de l'usure professionnelle, et d'accompagner les personnes dans la durée, sans rupture en cas de perte d'emploi.

Plusieurs orientations apparaissent nécessaires pour y répondre :

- Garantir la mobilisation des acteurs clés, par une meilleure prise en compte des questions de santé au travail dans l'entreprise et la négociation collective, et par un renforcement de l'implication des services de santé au travail compte tenu de leur positionnement central auprès de l'employeur et du salarié ;
- Garantir l'articulation optimale avec le droit commun des politiques de l'emploi et de la formation professionnelle, en renforçant l'implication des acteurs de ces politiques, (organismes financeurs de la formation professionnelle des salariés, Pôle emploi...) et en limitant les ruptures d'accompagnement liées aux changements de statut ;

- Veiller à la couverture de la diversité des besoins en organisant :
 - le soutien approprié des financeurs du champ santé et handicap (organismes de protection sociale et AGEFIPH)
 - la complémentarité et la lisibilité des offres des différents acteurs
 - la coordination efficace et efficiente de leurs actions au profit des salariés et des employeurs.

La mise en place en 2017 des comités régionaux d'orientation des conditions de travail et de leurs groupes permanents d'orientation¹⁹⁷ offre l'opportunité de définir et promouvoir dans chaque région une stratégie cohérente, répondant à ces ambitions.

4.1.2 La clarification des liens avec la politique d'emploi des personnes handicapées

Les différents documents stratégiques illustrent un tâtonnement sur le fait de savoir si la politique d'emploi des travailleurs handicapés a vocation à englober toutes les dimensions de l'impact de la santé sur l'emploi.

C'est de fait en son nom que sont reconnus les efforts des employeurs¹⁹⁸ et mobilisées la quasi-totalité des subventions dédiées à l'aménagement des postes de travail. Pourtant, moins de 4 % des personnes en emploi sont reconnues travailleurs handicapés, alors que plus de 6 % d'entre elles, sans avoir cette reconnaissance, déclarent un problème de santé durable et des difficultés dans la vie quotidienne (cf. partie 1).

A la différence du maintien en emploi des personnes handicapées, qui fait l'objet d'une priorité marquée dans le cadre de la politique en faveur de l'emploi des travailleurs handicapés, la prise en compte des risques de désinsertion professionnelle en amont ou « à côté » du handicap, bien que traitée par différents outils du monde du travail et de la protection sociale (demande d'aménagements de poste et avis d'inaptitude, obligation de reclassement, temps partiel thérapeutique ...) n'a pas fait l'objet d'une politique constituée malgré une affirmation récente de cette préoccupation dans les plans de santé (plan maladies chroniques, plan Cancer), et de façon plus globale au travers du troisième Plan santé au travail. Cette absence de vision globale, doublée d'une insuffisance d'outils amont (action spontanée des employeurs, accompagnement des services de santé au travail, dispositifs gérés par les organismes de protection sociale), induit un risque de sur-sollicitation des institutions et leviers propres au handicap.

Compte tenu de la définition extensive du handicap retenue par la loi de février 2005 et des pratiques incitatives des entreprises et des acteurs du maintien en emploi, la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé pourrait potentiellement couvrir une plus grande part des personnes malades en risque d'inaptitude ou victimes de troubles « constitutifs à terme d'un handicap » et notamment les personnes atteintes de cancer ou de maladies chroniques évolutives - pour peu que l'impact sur l'activité professionnelle soit relativement durable.

Mais on a vu qu'une partie non négligeable d'entre elles accepte difficilement ou refuse cette assignation statutaire, et que le modèle économique de financement de l'AGEFIPH (comme du FIPHFP dans le secteur public) ne laisse guère espérer de moyens supplémentaires pour

¹⁹⁷ Cf. décret n°2016-1834 du 22 décembre 2016 relatif à l'organisation, aux missions, à la composition et au fonctionnement du Conseil d'orientation des conditions de travail et des comités régionaux

¹⁹⁸ L'augmentation du nombre de salariés reconnus travailleurs handicapés permet une diminution de la contribution à l'AGEFIPH.

développer cette politique dès lors que les ressources tendent par construction à se réduire lorsque progresse le taux d'emploi des personnes handicapées. Faut-il alors, dans une logique plus globale de santé au travail, développer des interventions de maintien en emploi relevant de procédures qui ne sont pas celles prévues en matière de handicap ?

Ainsi, la question du degré de recoupement avec la politique du handicap apparaît décisive pour définir le financement et les outils de la politique de maintien en emploi.

Il pourrait être envisagé de revoir dans un sens plus restrictif la définition des publics relevant de la RQTH ; des services et prestations similaires à ceux de l'AGEFIPH pourraient alors être mis en place au titre de l'assurance maladie et de l'assurance AT-MP, pour aider au maintien en emploi de leurs assurés sociaux malades mais non handicapés. Cette approche faciliterait l'accès sans frein psychologique aux aides dédiées, mais elle ajouterait de la complexité, alors que les difficultés d'accès à l'information et de compréhension des rôles de chaque acteur sont un des principaux points faibles de la situation actuelle.

A l'autre extrême, on pourrait reconnaître automatiquement la qualité de bénéficiaire de l'OETH, ou ouvrir l'accès à tout ou partie des aides de l'AGEFIPH¹⁹⁹, sans demande spécifique, à tous les salariés pour lesquels le médecin du travail demande un aménagement durable du poste de travail ou émet un avis d'inaptitude. Cela permettrait un accès unifié et grandement facilité aux aides de l'AGEFIPH, notamment pour les personnes nécessitant un aménagement de leur poste de travail. Autre avantage, l'allègement du temps passé à constituer les dossiers et gérer la procédure, tant pour les MDPH que pour les usagers et les assistantes sociales qui les accompagnent (services sociaux des CARSAT ou MSA, des SST, des services hospitaliers ou des entreprises).

Mais, sauf à trouver de nouvelles sources de financement, la question des moyens financiers de l'AGEFIPH se poserait alors très rapidement, obligeant à contingenter fortement les dispositifs ou à redéployer les ressources au détriment de l'insertion professionnelle de personnes plus gravement handicapées.

Il n'appartient pas cependant à la présente mission de proposer une réforme structurelle de la politique d'emploi des travailleurs handicapés. C'est pourquoi la mission a conçu ses recommandations en fonction de l'architecture actuelle des dispositifs, en centrant sa réflexion sur une meilleure couverture des besoins : dans la mesure où une partie des situations n'ont pas vocation à être prises en charge par la RQTH, il conviendrait de renforcer l'implication directe des entreprises et les moyens mis en œuvre dans le cadre des politiques de l'emploi et de la formation professionnelle, d'une part, et d'amplifier l'investissement des services de santé au travail et des régimes de protection sociale, d'autre part.

4.2 Mieux informer et promouvoir des interventions plus précoces

Beaucoup d'acteurs du maintien en emploi sont peu connus ou ne sont pas sollicités à temps, voire sont eux-mêmes mal informés comme c'est le cas des médecins traitants. Seuls les salariés en arrêts de travail de longue durée font l'objet d'un repérage systématique, et celui-ci ne débouche sur une intervention de PDP que pour une minorité d'entre eux. Pour répondre aux besoins d'information et faciliter la prise en charge des difficultés dès les premières restrictions d'aptitude, une stratégie de communication beaucoup plus volontariste serait nécessaire, ainsi que l'amélioration des outils

¹⁹⁹ Comme c'était le cas pour l'accès aux aides du FIPHP, jusqu'à ce que les contraintes budgétaires conduisent à une définition plus restrictive des bénéficiaires dans le nouveau catalogue.

de repérage des situations à risque et de communication entre médecins traitants, médecins du travail et organismes de protection sociale.

4.2.1 Elaborer et mettre en œuvre un véritable plan de communication

Les différents acteurs du maintien en emploi s'efforcent de faire connaître leur rôle et leurs outils, mais les vecteurs d'information restent dispersés. Au plan national, une « cartographie » des acteurs et outils du maintien en emploi a été mise en ligne, mais, comme l'ont souligné les représentants associatifs rencontrés par la mission, c'est un outil de conception très institutionnelle, qui est très loin de répondre à l'ampleur des besoins d'information.

Compte tenu de la complexité du sujet, diffuser largement une information détaillée ne serait pas pertinent, mais il est important d'informer en amont les salariés et les employeurs qu'il existe des interlocuteurs et des aides à mobiliser dès que des difficultés apparaissent. Les services de santé au travail pourraient être chargés de cette primo-information (cf. *infra*). Les informations plus détaillées doivent ensuite être facilement accessibles en fonction des besoins, et être partagées entre les multiples acteurs en contact avec les personnes en risque de désinsertion et leurs employeurs.

Un véritable plan de communication reste ainsi à concevoir, avec des messages et supports de communication choisis en fonction des questions concrètes que peuvent se poser les personnes concernées (acteurs du système de soins, actifs en fonction de leur statut et de leur situation individuelle, employeurs, etc.). Cela suppose d'y dédier quelques moyens et d'organiser la production et la maintenance des contenus, tant au niveau national que pour la déclinaison en régions.

Recommandation n°1 : Concevoir et mettre en œuvre un plan de communication sur les dispositifs de prévention de la désinsertion professionnelle

4.2.2 Créer les conditions d'interventions plus précoces

4.2.2.1 Sensibiliser les acteurs du monde du travail et instituer des modalités adaptées de maintien des liens avec les salariés en arrêt de travail

Détection et action précoces dépendent d'abord de l'implication des entreprises, ce qui doit conduire à encourager le développement du dialogue social sur le thème du maintien en emploi (cf. *infra*) ; il serait souhaitable, en particulier, d'organiser des modalités adaptées de maintien des liens entre employeurs et salariés durant les arrêts de travail, afin de faciliter l'anticipation de la reprise.

Recommandation n°2 : Proposer au COCT de conduire une réflexion sur les modalités de maintien des liens entre employeurs et salariés durant les arrêts de travail, afin de faciliter l'anticipation de la reprise.

4.2.2.2 Valoriser le rôle des médecins traitants

On connaît la nécessité répétée de maîtriser l'évolution des dépenses d'indemnités journalières et les tensions que cela génère entre les assureurs et les prescripteurs autour des actions de contrôle. La prévention de la désinsertion professionnelle est un autre levier de maîtrise qui pourrait susciter davantage l'adhésion des médecins traitants car il rencontre l'intérêt de leurs patients. Bien actionné, il permet d'engager une prise en charge plus précoce des patients, dès que les arrêts de travail se répètent ou se prolongent.

Une des clefs de progrès repose sur l'orientation pertinente des patients en risque de désinsertion professionnelle vers le service de santé au travail, sur la base de l'article R 4624-34 Code du travail selon lequel « *le travailleur peut solliciter notamment une visite médicale, lorsqu'il anticipe un risque d'inaptitude dans l'objectif d'engager une démarche de maintien en emploi et de bénéficier d'un accompagnement personnalisé* » ou, en cas d'arrêt de travail long, pour la réalisation d'une visite de pré-reprise (cf. *infra* point 4.4.1.3)

La promotion par le médecin généraliste de ces visites devra faire l'objet d'un plan de communication basé sur des sensibilisations régulières des praticiens et sur la mobilisation du réseau des délégués de l'assurance maladie. Ce thème a fait l'objet d'une campagne en 2011 auprès d'environ 25 000 généralistes de ville, soit environ un tiers d'entre eux. Cette opération a persisté dans une partie des régions et pourrait être amplifiée et maintenue dans la durée.

Le développement de la prescription en ligne des arrêts de travail pourrait aussi être mis à profit pour prévoir des messages de rappel, lors des prolongations d'arrêts de travail ou lorsqu'ils sont amenés à se répéter. Ces rappels, sous forme par exemple de message de type « pop-up » pourraient également être implantés dans les logiciels métiers des cabinets médicaux.

Par ailleurs plusieurs options d'incitation financière sont possibles dans la perspective de la prochaine convention médicale :

- Intégrer la prévention de la désinsertion professionnelle dans le volet prévention de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) ; cette option a déjà été étudiée par la CNAMTS mais elle n'aurait concerné que peu de patients pour un médecin donné, ce qui ne serait financièrement pas très intéressant ;
- Reconnaître cette activité dans les actes de coordination des soins en créant une majoration pour le médecin traitant lors d'un adressage vers le service de santé au travail ;
- Reconnaître cette activité dans le volet n°2 du forfait structure au titre des services supplémentaires apportés aux patients.

Recommandation n°3 : Développer la promotion par les médecins traitant des examens de santé au travail pour les salariés en risque de désinsertion professionnelle et étudier les modalités d'une valorisation financière de cette activité

La prévention de la désinsertion professionnelle devrait trouver à s'implanter plus fortement dans les pratiques, dans le contexte général de regroupement des modes d'exercice, si l'on peut valoriser le rôle des médecins traitants. Il s'agit de s'appuyer sur ces nouveaux potentiels pour renforcer la communication entre les acteurs de la santé primaire, de la santé au travail et de la protection sociale.

4.2.2.3 Améliorer les procédures de repérage et signalement des organismes de protection sociale

Les médecins-conseils de la CNAMTS et de la MSA jouent déjà un rôle essentiel pour le repérage et le signalement des risques de désinsertion professionnelle, mais leur contribution à cet objectif mérite d'être améliorée par des actions de sensibilisation et formation plus systématiques, clarifiant notamment l'articulation entre l'objectif de maîtrise des indemnités journalières et l'objectif de prévention de la désinsertion professionnelle et les priorités qui leurs sont assignées à court et moyen terme.

Recommandation n°4 : Former et superviser l'ensemble des praticiens conseils sur les problématiques de prévention de la désinsertion professionnelle

En second lieu, la mission estime important de maintenir la mobilisation du service social des CARSAT et caisses de MSA, pour l'accompagnement des assurés qui s'interrogent sur les conditions de leur maintien en emploi et sont souvent très démunis face à la complexité des réglementations et des systèmes d'acteurs. Les besoins d'accompagnement social pourraient en outre s'accroître à la suite du rattachement du régime social des indépendants à la CNAMTS, car les difficultés de maintien en emploi des travailleurs indépendants touchés par la maladie ou le handicap paraissent actuellement mal prises en compte, en l'absence de couverture de ces publics par les services de santé au travail.

Recommandation n°5 : Renforcer l'action des services sociaux des CARSAT et MSA en matière de prévention de la désinsertion professionnelle et maintenir les ressources qu'ils y consacrent

Les modalités de repérage des personnes en situation de risque de désinsertion professionnelle méritent d'être améliorées, en particulier le système de requêtage à 90 jours d'IJ et l'envoi de courriers à domicile d'invitation aux réunions d'information du service social. La requête devrait être plus précoce, avant 90 jours, et enrichie par des critères plus médicaux.

Pourraient être sollicités aussi des assurés ayant des arrêts de travail plus courts mais répétitifs, au moins dans les métiers ou secteurs d'activité les plus concernés par les licenciements pour inaptitude. D'autres modalités de contact devraient aussi être expérimentées, car les taux importants de déperdition laissent supposer que les courriers administratifs ne sont pas bien compris, voire suscitent des craintes chez une partie des assurés. Une offre de service orale, par contact téléphonique, serait sans doute plus efficace.

Recommandation n°6 : Améliorer les modalités de repérage par les CARSAT des personnes en risque de désinsertion professionnelle et expérimenter d'autres modes de contact que l'envoi de courriers.

Enfin, comme le notait déjà un audit réalisé en 2012²⁰⁰, un logiciel de partage de données entre service médical, service social et services administratifs est nécessaire pour des liaisons efficaces entre les services de l'assurance maladie en matière de prévention de la désinsertion professionnelle. Le Comité de Pilotage du Système d'Information du Service Social (COPSS) a validé la réalisation d'un espace collaboratif PDP dont le déploiement est prévu en 2018²⁰¹.

²⁰⁰ Audit du projet de prévention de la désinsertion professionnelle, CNAMTS DAGRCG/DAUG, décembre 2012

²⁰¹ Source : réponse de la CNAMTS aux questions de la mission IGAS relative à la COG AT-MP, 26 juin 2017

Les signalements vers les partenaires externes (SST, SAMETH) devraient également être développés. Pour faciliter les échanges avec les SST, la mission propose d'organiser l'accès aux coordonnées du SST dont dépend chaque salarié, et de mettre en place des flux d'information des caisses vers les SST sur les arrêts de travail des salariés (cf. *infra* point 4.4.1).

4.3 Mieux prendre en compte les salariés en risque de désinsertion pour raisons de santé dans les entreprises et dans les dispositifs de droit commun de la politique de l'emploi et de la formation professionnelle

4.3.1 Développer le rôle du dialogue social, au-delà de la négociation sur l'emploi des travailleurs handicapés

Les politiques de maintien en emploi conçues et mises en œuvre au niveau de l'entreprise sont les mieux à même de faciliter la détection et le traitement précoce des situations individuelles, par la sensibilisation et l'information de l'encadrement et des salariés et la mise en place de procédures ad hoc. C'est aussi au niveau de l'entreprise que des approches plus collectives et favorables au maintien en emploi peuvent être initiées, pour réduire les facteurs de pénibilité, faciliter la vie professionnelle dans les périodes de fragilité personnelle, prévoir des parcours d'évolution pour les salariés les plus exposés à l'usure professionnelle.

La prise en compte de cette problématique dans le dialogue social, au niveau des branches et des entreprises, devrait donc être encouragée. Cela passe par le développement des accords sur l'emploi des travailleurs handicapés, mais aussi par l'inscription de la prévention de la désinsertion professionnelle dans les objectifs des négociations sur la qualité de vie et la santé au travail, sur la gestion des âges et la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences. La question du maintien en emploi des salariés malades ou handicapés pourrait aussi être prise en compte dans les démarches territoriales de GPEC, afin de répondre à la problématique spécifique des PME.

C'est pourquoi cet axe de travail mérite d'être maintenu dans le prochain contrat d'objectifs de l'ANACT.

Recommandation n°7 : Développer l'appui à la négociation sociale sur la prévention de la désinsertion professionnelle, en particulier dans le cadre des négociations sur la qualité de vie et la santé au travail, sur la gestion des âges et la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences

La DGEFP pourrait aussi proposer l'élaboration d'accords-cadres pour la mise en œuvre d'engagements de développement de l'emploi, des compétences (EDEC) aux branches les plus concernées par les licenciements pour inaptitude (secteurs : santé, services sociaux, agriculture et pêche, métallurgie, plasturgie, transports).

4.3.2 Lorsqu'un reclassement sur le même poste n'est pas possible ou pas souhaitable, faciliter l'accès rapide aux dispositifs de droit commun d'aide à la reconversion.

Lorsqu'il est nécessaire de préparer une reconversion, l'accès aux dispositifs de droit commun s'avère souvent complexe, alors que ces dispositifs devraient au contraire être utilisés en priorité dès lors que l'état de santé du salarié le permet. Les acteurs du maintien en emploi se heurtent à la complexité du système de formation professionnelle, et les besoins de formation ou reconversion pour raison de santé figurent rarement dans les priorités des organismes paritaires gestionnaires des fonds de la formation professionnelle.

Dans le cadre de la transformation du système de formation professionnelle en préparation, ces besoins méritent d'être pris en compte, afin de faciliter l'accès à la formation des personnes ayant une restriction d'aptitude ou reconnues inaptes à leur poste de travail²⁰².

La mission recommande également :

- De développer la formation et l'information des professionnels en contact avec les salariés menacés de désinsertion professionnelle²⁰³ sur les outils de droit commun mobilisables sous le statut de salarié (y compris en arrêt de travail) : modes d'accès au conseil en évolution professionnelle, conditions de financement de bilans de compétences et de formations, mobilisation du compte personnel de formation, organisation de périodes de mise en situation en milieu professionnel (PMSMP), etc.
- D'intégrer dans le cahier des charges relatif au conseil en évolution professionnelle (arrêté du 16 juillet 2014) la prise en compte des conséquences de l'état de santé ou du handicap sur le projet professionnel
- D'organiser une meilleure continuité entre les démarches initiées avant et après un licenciement pour inaptitude : associer Pôle emploi aux instances de pilotage régional de la politique de maintien en emploi, permettre à Pôle emploi de solliciter, durant les premiers mois de chômage, le médecin du travail qui a prononcé l'inaptitude (cf. *infra*).

Recommandation n°8 : Faciliter, dans le cadre de la réforme de la formation professionnelle en préparation, l'accès à la formation des personnes ayant une restriction d'aptitude ou reconnues inaptes à leur poste de travail

Recommandation n°9 : Développer la formation et l'information des professionnels en contact avec les salariés menacés de désinsertion professionnelle sur les outils de droit commun mobilisables

Recommandation n°10 : Intégrer dans le cahier des charges relatif au conseil en évolution professionnelle la prise en compte des conséquences de l'état de santé ou du handicap sur le projet professionnel

²⁰² Le principe d'un abondement du compte personnel de formation qui vient d'être décidé pour les victimes d'AT-MP va dans ce sens ; cf. nouvel article L. 432-12 du code de la sécurité sociale issu de l'ordonnance n° 2017-1389 du 22 septembre 2017 relative à la prévention et à la prise en compte des effets de l'exposition à certains facteurs de risques professionnels et au compte professionnel de prévention : « *Au titre de la reconversion professionnelle, la victime atteinte d'une incapacité permanente supérieure ou égale à un taux fixé par décret peut bénéficier d'un abondement de son compte personnel de formation prévu à l'article L. 6111-1 du code du travail selon des modalités précisées par décret en Conseil d'Etat.* »

²⁰³ En particulier les assistantes sociales des CARSAT, les équipes maintien en emploi des SST, les intervenants des SAMETH

4.4 Renforcer l'investissement des services de santé au travail et mieux coordonner les acteurs

4.4.1 Donner priorité au renforcement de l'investissement des services de santé au travail

Les revues de littérature internationale montrent l'efficacité des dispositifs d'accompagnement individuel pour le retour au travail après une longue absence, sous réserve que cette fonction soit confiée à un intervenant interne à l'entreprise ou proche d'elle.

C'est pourquoi la mission estime indispensable de mieux mobiliser les services de santé au travail, qui sont les seuls services présents sur l'ensemble du territoire, accessibles à tous les salariés et en capacité de jouer ce rôle de médiation en entreprise. Leur mission pour le maintien dans l'emploi est explicitement inscrite dans la loi depuis 2011, et la réforme du suivi médical des salariés entrée en vigueur en 2017 peut permettre un redéploiement des moyens vers les missions en milieu de travail, au titre de la prévention primaire mais aussi du maintien en emploi.

Consciente de l'hétérogénéité de ce réseau et de ses difficultés actuelles²⁰⁴, la mission souligne que les mesures qu'elle préconise, centrées sur le thème du maintien en emploi, ne pourront porter leurs fruits que si les conditions d'une rénovation plus globale du modèle français de la médecine du travail se trouvent réunies.

4.4.1.1 Une condition de réussite : renforcer le pilotage des SST

Pour garantir une qualité de service plus homogène et un alignement des stratégies individuelles des SST sur les grands objectifs des politiques publiques, une rénovation de leur pilotage paraît indispensable. Cette condition de réussite excède le champ de la présente mission et mérite une mission d'évaluation spécifique. En première analyse, un renforcement du pilotage pourrait comporter :

- La généralisation d'une démarche qualité étayée par la mise en place d'une procédure de certification, sous l'égide de la HAS²⁰⁵ ;
- La négociation avec l'Etat et l'assurance maladie de contrats d'objectifs plus précis, assortis systématiquement d'indicateurs de résultats ;
- Le déploiement dans tous les services de santé au travail d'un système d'information interopérable, permettant de consolider à la fois leurs données d'activité et les principales données (anonymisées) issues des dossiers médicaux de santé au travail, et d'assurer les échanges d'information indispensables pour le suivi des salariés intérimaires ou enchaînant des CDD courts.

Sur ce dernier point, il existe un projet porté par le CISME, mais il n'y a pas d'obligation de transmission des données au CISME, et celui-ci ne couvre pas tous les SST (en particulier les services de santé au travail autonomes ne sont pas dans son périmètre). Il paraît donc

²⁰⁴ Cf. le récent rapport de l'IGAS sur l'attractivité et la formation des professions de santé au travail (rapport IGAS 2017-023R)

²⁰⁵ cf. proposition n°5 du rapport IGAS sus cité. « Professionnaliser la procédure d'agrément en rendant obligatoire, sur le modèle des établissements de santé, la certification des SSTI sous l'égide de la HAS en associant le CISME, pour évaluer leurs capacités à répondre aux objectifs de prévention. »

incontournable que les services ministériels (DGT et DSI) s'investissent sur ce dossier, avec deux étapes :

- Une première étape à réaliser en urgence : actualiser les modèles de rapports d'activité des SST et mettre en place un extranet de saisie et consolidation de ces données ;
- Engager parallèlement la construction d'un véritable dispositif de suivi et d'évaluation de leur activité, en définissant les normes d'échanges de données avec des applications administratives et médicales répondant à la diversité des besoins et organisations des SST.

Recommandation n°11 : Diligenter une mission spécifique sur le renforcement du pilotage des SST

Recommandation n°12 : Actualiser sans délai les modèles de rapports d'activité des SST et mettre en place un extranet de saisie et consolidation de ces données

4.4.1.2 Informer systématiquement les salariés sur le rôle du service de santé au travail, notamment pour le maintien en emploi

Les salariés en difficultés de santé n'ont pas une vision claire des rôles respectifs des différents médecins et services, et perçoivent parfois la médecine du travail comme un service de l'employeur. Il paraît donc important qu'ils reçoivent systématiquement, dès leur embauche c'est à dire à l'occasion de la visite d'information et de prévention, une information claire sur les missions du service de santé au travail, sur le cadre déontologique de son intervention (secret médical), sur la possibilité que leur donne la loi de demander à tout moment une visite médicale, notamment dans l'objectif d'engager une démarche de maintien en emploi et de bénéficier d'un accompagnement personnalisé. Les visites de pré-reprise et les garanties associées devraient également être présentées.

Pour faciliter cette information, la DGT devrait élaborer et diffuser des supports nationaux, et l'obligation d'information pourrait figurer dans le référentiel de certification proposé *supra*.

Recommandation n°13 : A l'occasion de la visite d'information et de prévention, diffuser à chaque salarié une information claire sur les missions du service de santé au travail et sur le cadre déontologique de son intervention

4.4.1.3 Rendre les services de santé au travail plus proactifs pour la proposition de visites de pré-reprise

Alors qu'elle est indispensable pour anticiper l'aménagement du poste de travail ou la recherche d'une solution de reclassement interne, la proposition d'une visite de pré-reprise durant un arrêt de travail de plus de trois mois reste aléatoire, en fonction des initiatives du médecin traitant ou d'un médecin conseil de la sécurité sociale. Pour systématiser ces visites, la mission recommande de faire évoluer les SST vers une attitude plus proactive vis-à-vis des salariés en arrêt de travail, en prenant plusieurs mesures complémentaires :

- Organiser l'information des SST par les caisses d'assurance maladie sur les arrêts de travail

Depuis 2011, le code du travail²⁰⁶ prévoit que la déclaration préalable à l'embauche d'un salarié comporte le service de santé au travail dont dépend l'employeur, s'il relève du régime général de

²⁰⁶ Article R1221-1 du code du travail

sécurité sociale. Cette information transmise à l'URSSAF pourrait être mise à disposition de la CNAMTS, en vue de mettre en place un flux d'information vers le SST compétent, à partir d'un mois d'arrêt de travail d'un salarié (durée à partir de laquelle une visite de reprise est prévue par le code du travail) et, le cas échéant, à partir du constat d'arrêts répétitifs.

La capacité de connaître facilement le service de santé au travail dont dépend un salarié aiderait aussi grandement à développer les échanges entre médecins traitants, médecins conseils et médecins du travail, dont la coordination sur les cas individuels est un point faible des processus actuels d'accompagnement.

- Ajouter dans le code du travail le principe d'une initiative du service de santé au travail pour proposer au salarié un examen médical en cours d'arrêt de travail en vue d'anticiper les conditions de sa reprise. Cette proposition devrait rappeler au salarié les garanties prévues par la loi, en particulier le caractère non obligatoire de cette visite.
- En complément un changement d'appellation de ces visites est souhaitable car le terme de « pré-reprise » évoque une seule visite, juste avant une reprise dont la date est déjà connue ; le terme de « bilan médico-professionnel en cours d'arrêt de travail » pourrait être envisagé pour faciliter un usage plus souple de ces visites et lever les inquiétudes de certains salariés.

Recommandation n°14 : Mettre en place un flux d'information de la CNAMTS vers le SST compétent, à partir d'un mois d'arrêt de travail d'un salarié et, le cas échéant, à partir du constat d'arrêts répétitifs

Recommandation n°15 : Permettre aux services de santé au travail de proposer aux salariés un examen médical en cours d'arrêt de travail en vue d'anticiper les conditions de la reprise.

Recommandation n°16 : Changer l'appellation des visites de pré-reprise pour en faciliter un usage plus souple et lever les inquiétudes de certains salariés

4.4.1.4 Inciter les services de santé au travail à mettre en place des processus d'accompagnement structurés et partenariaux pour les salariés en risque de désinsertion professionnelle, sans rupture en cas d'arrêt de travail ou de licenciement

La capacité des SST à organiser un accompagnement personnalisé des situations les plus complexes est très hétérogène, dépendant à la fois de leur taille et des priorités qu'ils se donnent. Pour répondre à la diversité des situations, les médecins du travail doivent pouvoir s'appuyer sur des collaborateurs consacrant le temps nécessaire aux échanges avec le salarié mais aussi avec l'entreprise et le collectif de travail, ainsi qu'avec des partenaires externes (associations locales d'aides à la réinsertion, MDPH, SAMETH, CARSAT, CPAM, OPACIF, Pôle emploi, etc.).

C'est pourquoi la mission recommande de soutenir le développement dans les services de santé au travail d'équipes de prévention de la désinsertion professionnelle. Ces équipes devraient comporter notamment des compétences d'ergonomie et de conseil en reclassement interne et externe, ou pouvoir mobiliser très facilement ces compétences. Le service social du travail (déjà prévu par le code du travail) peut en particulier jouer un rôle décisif d'appui aux salariés en risque de désinsertion professionnelle, en particulier pour le travail sur les freins périphériques à l'emploi et pour l'appui aux démarches administratives.

Des échanges de pratiques devraient être organisés entre les services déjà dotés de telles équipes, afin rechercher et faire connaître les meilleures pratiques d'accompagnement, en particulier en ce qui concerne l'articulation entre le rôle des infirmiers(es) (notamment pour la détection des

situations dans le cadre des protocoles infirmiers), l'action propre des médecins du travail, et les interventions des équipes dédiées au maintien en emploi.

Recommandation n°17 : Soutenir, par le biais des agréments ou des contrats d'objectifs, le développement dans les services de santé au travail d'équipes pluridisciplinaires de prévention de la désinsertion professionnelle et les échanges de pratique entre elles

Il importe enfin de limiter les risques de rupture de parcours liés aux changements de statut, pour les salariés en longue maladie et ceux qui sont finalement reconnus inaptes à leur poste de travail et licenciés, ou dont le contrat à durée déterminée n'est pas renouvelé.

Dans cette optique, la mission préconise :

- de préciser que, si le salarié est d'accord, l'accompagnement par le SST peut s'enclencher ou se poursuivre pendant un arrêt maladie, en lien avec le service social et le service médical de l'assurance maladie, pour préparer la reprise du travail ou un reclassement interne ou externe.
- de prendre une disposition législative prévoyant, pour les salariés reconnus inaptes, la possibilité de solliciter le SST durant les six premiers mois d'inscription à Pôle emploi. Cela faciliterait une prise de relais organisée entre l'équipe de maintien en emploi et le conseiller référent de Pôle emploi ou de Cap emploi, et lui permettrait de solliciter, en accord avec le demandeur d'emploi, le conseil du médecin du travail pour l'élaboration d'un projet professionnel cohérent avec les capacités restantes de la personne.

Comme l'a souligné en effet le rapport IGAS relatif à la prise en compte de la santé dans l'accompagnement des demandeurs d'emploi²⁰⁷, Pôle emploi ne dispose, depuis la disparition de la « médecine de main d'œuvre », d'aucun dispositif lui permettant de s'appuyer sur une expertise médicale pour préciser les aptitudes des personnes ayant des difficultés de santé.

Recommandation n°18 : Maintenir l'accompagnement par le service de santé au travail pendant l'arrêt de travail et, en cas d'inaptitude, ouvrir la possibilité de le solliciter, en accord avec le demandeur d'emploi, durant les six mois suivant l'inscription à Pôle emploi.

4.4.2 Des pistes de développement des interventions des organismes de sécurité sociale (CNAMTS et CCMSA)

Souhaitable compte tenu de l'ampleur des besoins potentiels, un développement des interventions des organismes de sécurité sociale devrait éviter absolument de complexifier la politique de prévention de la désinsertion professionnelle, ce qui suppose de ne pas créer une nouvelle catégorie d'intervenants en relation avec les employeurs et les salariés. En outre, au regard de l'objectif de « gestion du risque » qui sous-tend nécessairement cette implication, les actions subventionnées devraient s'appuyer sur des intervenants reconnus comme « neutres » par les salariés, c'est-à-dire *a priori* non soupçonnables d'orienter leurs conseils ou actions en fonction d'un objectif d'économie pour l'assureur et non en fonction de l'objectif plus large de santé au travail.

Compte tenu de ces critères, la mission suggère plusieurs pistes de développement :

²⁰⁷ Rapport 2015-048R, Octobre 2015

4.4.2.1 Mieux informer et mobiliser les médecins traitants

Pour mémoire, cet objectif fait l'objet du point 4.2.2.2 *supra*.

4.4.2.2 Développer dans les services hospitaliers les équipes dédiées à l'accompagnement du retour au travail des patients accidentés ou malades ayant connu des arrêts de travail longs

La mission souligne la pertinence du modèle d'intervention du réseau COMETE France ou des actions mises en place par certains centres de lutte contre le cancer (CLCC) pour articuler réadaptation fonctionnelle et accompagnement du retour au travail. Des liens de confiance se créent en effet entre les équipes hospitalières et les patients qu'elles suivent, dont le maintien en emploi nécessite souvent des aménagements temporaires ou définitifs et peut être considéré, dans de nombreux cas, comme partie intégrante du processus de soins.

La mission recommande d'étudier les conditions d'un développement et d'un financement plus pérenne de cette fonction au sein des services hospitaliers, notamment pour les services de soins de suite et de réadaptation et les services de traitement du cancer ; la problématique spécifique des services psychiatriques devrait être aussi envisagée, compte tenu de la faiblesse des moyens alloués actuellement au maintien en emploi des personnes présentant des troubles psychiques.

Afin d'améliorer la couverture territoriale des besoins et la coordination des équipes COMETE avec les autres acteurs du maintien en emploi, le rôle de régulation des agences régionales de santé en lien avec les DIRECCTE devrait être renforcé²⁰⁸.

Recommandation n°19 : Développer sur l'ensemble du territoire dans les services hospitaliers les équipes dédiées à l'accompagnement du retour au travail des patients ayant connu des arrêts de travail longs

4.4.2.3 Engager une expérimentation avec des services de santé au travail pour améliorer l'accompagnement des salariés en risque de désinsertion professionnelle

Comme développé *supra* au point 4.4.1, un investissement renforcé des services de santé au travail paraît indispensable pour mieux répondre aux besoins d'appui des employeurs et des salariés menacés de désinsertion professionnelle.

Afin de soutenir cette évolution, la mission propose que la CNAMTS engage, avec des services de santé au travail, une expérimentation portant sur l'organisation de l'accompagnement pour le maintien en emploi et du partenariat avec les services de l'assurance maladie (service médical, service social et service prévention de la CARSAT). Cette expérimentation pourrait être proposée, dans le cadre de la négociation des CPOM, aux SST disposant déjà d'une équipe de maintien en emploi pluridisciplinaire. En se fondant sur les résultats de l'enquête flash conduite par le CISME et la FFB pour la mission, on peut estimer qu'entre 20 et 30 SSTI déjà dotés d'une équipe pluridisciplinaire dédiée au maintien en emploi pourraient participer à cette expérimentation.

²⁰⁸ Le dispositif de financement du réseau COMETE est actuellement très centralisé, les ARS se voyant notifier des enveloppées fléchées fixées par la DGOS.

Cette expérimentation poursuivrait essentiellement trois objectifs :

- dégager les meilleures pratiques d'organisation, tant au sein des SST que pour l'articulation entre leur action et celle des services médicaux et services sociaux de l'assurance maladie ;
- mesurer la prévalence et l'incidence des situations de risque de désinsertion professionnelle, définies sur une même base par tous les acteurs d'un même territoire, ainsi que les flux d'échanges relatifs à ces situations. Cette information n'a jamais véritablement été produite alors qu'elle est essentielle à la bonne compréhension de la problématique et du rôle de chaque acteur sur les différents segments des parcours des salariés. .
- mesurer l'impact de l'accompagnement, tant sur l'absentéisme que sur le devenir des salariés ; ces éléments d'évaluation manquent aujourd'hui cruellement pour préciser les objectifs et les moyens de la politique de maintien en emploi.

Dans le cadre du CPOM, la CNAMTS apporterait un appui financier, qui pourrait porter sur :

- La mise en œuvre d'outils adaptés pour la gestion du processus interne au SST et des échanges d'informations avec les partenaires externes, et pour une évaluation partagée destinée à mesurer la fréquence des situations de désinsertion professionnelle existantes et nouvelles repérées par les acteurs de chaque territoire, les solutions proposées et le devenir des salariés au regard du coût des accompagnements ;
- Une contribution au financement d'un certain nombre d'accompagnements à réaliser pour des cas complexes ;
- Le cas échéant, le financement d'une enveloppe dédiée à des aménagements de poste, afin que le SST puisse proposer une aide financière aux TPE et PME pour les personnes ne relevant pas de la RQTH.

Recommandation n°20 : Dans le cadre de la négociation des CPOM, proposer aux SST disposant d'une équipe de maintien en emploi pluridisciplinaire de conduire avec l'appui de la CNAMTS une expérimentation sur l'organisation de l'accompagnement pour le maintien en emploi et son évaluation

4.4.2.4 Etudier la création d'une indemnité journalière de préparation du retour à l'emploi pour faciliter l'engagement, dans le cadre d'arrêts de travail de longue durée, d'une réflexion sur le projet professionnel et le cas échéant d'une formation

Pour les personnes qui doivent, compte tenu de leur état de santé, construire un autre projet que le retour sur leur poste de travail initial, l'engagement d'actions d'orientation et d'évaluation, voire d'une formation, à l'occasion d'un arrêt de travail de longue durée apparaît très pertinent.

Cette possibilité paraît sous-employée, en raison notamment des ambiguïtés de la législation actuelle, qui exige une autorisation du médecin-conseil et la subordonne à la condition que « *la durée de ces actions soit compatible avec la durée prévisionnelle de l'arrêt de travail* ». Cette formulation ne permet pas, en principe, de prolonger l'arrêt de travail lorsque l'état de santé de l'assuré est stabilisé, même si cette prolongation paraît nécessaire dans un objectif de prévention de la désinsertion professionnelle. Or il n'est pas toujours possible de faire coïncider les dates des actions avec l'arrêt de travail, surtout pour les actions collectives, pourtant particulièrement pertinentes pour ces publics²⁰⁹.

²⁰⁹ Cf. en annexe 5, synthèse de l'évaluation conduite par Pluricité pour l'AGEFIPH.

C'est pourquoi la mission propose de créer une « indemnité journalière de préparation du retour à l'emploi » ; cette prestation spécifique pourrait être attribuée, pour une durée maximale de deux mois, par le service social de la CARSAT ou de la MSA, en relais d'une indemnité journalière d'assurance maladie ou AT-MP, dès lors que la personne a démarré ou est déjà inscrite à une action de bilan/orientation ou une action de formation courte ou une mise en situation professionnelle. Le contrat de travail resterait suspendu durant cette période.

Recommandation n°21 : Etudier la création d'une « indemnité journalière de préparation du retour à l'emploi » attribuée par le service social de la CARSAT ou de la MSA, en relais d'une indemnité journalière d'assurance maladie ou AT-MP, aux personnes ayant démarré ou déjà inscrites à une action de bilan, orientation ou formation

4.4.3 Mettre en place une approche générale mais graduée et différenciée de coordination

Comme en témoignent les parcours réussis de maintien en emploi, le succès repose souvent sur la coopération des acteurs, que ce soit, pour les situations les plus simples et les moins onéreuses, une bonne relation au sein du trio central salarié-employeur-service de santé au travail, ou, pour les situations appelant des actions plus exigeantes et coûteuses d'aménagement, comme pour celles supposant une reconversion ou un changement d'employeur, une articulation étroite entre des acteurs plus nombreux et divers (service social, médecin conseil, SAMETH, FONGECIF, centre de formation ...).

Cette coopération ne requiert pas toujours des temps institutionnalisés de coordination. Pour nombre de situations, une bonne connaissance réciproque des acteurs et un état d'esprit coopératif appuyé sur quelques outils facilitants suffisent à amorcer des solutions de maintien en emploi. Cette fluidité des relations est particulièrement nécessaire au sein du trio de médecins susceptibles d'être impliqués dans un grand nombre de cas : le médecin traitant, le médecin du travail et le médecin conseil qui doivent tout à la fois veiller à la cohérence – parfois compromise- de leurs discours et articuler leurs interventions de façon à éviter des situations d'incertitude ou de blocage. Les recommandations faites *supra* intègrent cet objectif.

Certaines situations appellent toutefois des modes de coordination plus formalisés avec des temps d'échange institutionnalisés. Il est d'usage de les qualifier de « situations complexes » sans que les contours de cette complexité ne soient totalement clairs ni consensuels. Des lieux de rencontre sont aussi nécessaires pour créer et entretenir la connaissance réciproque des acteurs, définir les procédures de liaison entre eux, organiser des actions de formation et d'information communes. Selon les territoires, ces coordinations institutionnalisées ont pris comme cela est décrit *supra* au point 3.2.2 deux formes essentiellement :

- des coordinations spécifiques à certains territoires, réunissant l'ensemble des acteurs susceptibles de contribuer à la résolution de situations complexes, soit à l'initiative d'un SSTI, soit dans un cadre plus formalisé mobilisant un appui externe (Rhône-Alpes) ;
- les cellules de prévention de la désinsertion professionnelle promues systématiquement par la CNAMTS et la CCMSA dans leur réseau, à vocation initialement interne mais le plus souvent plus ouvertes.

Il est essentiel de pouvoir mobiliser de telles instances de coordination, dans un rythme et un format à préciser sur chaque territoire.

Il pourrait être demandé aux préfets de région (DIRECCTE) d'organiser le pilotage régional de la prévention de la désinsertion professionnelle, en s'appuyant sur le Comité régional d'orientation des conditions de travail. Une instance de pilotage régional devrait être chargée de définir le cadre de coordination au niveau local, et de décliner de manière transversale les orientations du PRITH et du PRST ; elle devrait associer le pôle 3E et le pôle T de la DIRECCTE, les partenaires sociaux, et les différents organismes financeurs des dispositifs de maintien en emploi (AGEFIPH et FIPHFP, organismes de protection sociale, mais aussi FONGECIF, Pôle emploi et Conseil régional, afin de traiter les questions de continuité des parcours).

Dans les territoires où la coordination autour des cas complexes n'est pas déjà organisée, les cellules PDP de l'assurance maladie fournissent un cadre propice²¹⁰, pour autant que ces instances rassemblent, au-delà des seuls acteurs de l'assurance maladie, *a minima* les SSTI et SAMETH, et que soit organisée la restitution de leur activité à l'instance de pilotage régional. La participation active des médecins conseils est une nécessité pour l'efficacité de ces formes de coordination.

La place des cellules de coordination de la MSA apparaît particulière car cet organisme traite des salariés agricoles et possède en son sein des médecins du travail. Il apparaît difficile dans ce contexte d'associer le monde agricole à un dispositif de coordination local unique.

Chaque instance locale de coordination devrait se doter de quelques règles de fonctionnement, au premier rang desquelles la désignation explicite d'un référent de l'accompagnement, pour chaque situation complexe prise en compte.

Recommandation n°22 : Mettre en place dans le cadre des CROCT des instances de pilotage régional de la prévention de la désinsertion professionnelle, chargées de décliner de manière transversale les orientations du PRITH et du PRST

Recommandation n°23 : Définir dans chaque région des instances de coordination opérationnelle au niveau local, permettant notamment la désignation explicite d'un référent pour l'accompagnement des situations complexes

4.5 Améliorer certains dispositifs et développer de nouvelles formes d'intervention

Les recommandations qui suivent visent à améliorer la panoplie des outils mobilisables pour la prévention de la désinsertion professionnelle, pour combler des lacunes ou remédier à des freins signalés à la mission par certains de ses interlocuteurs.

²¹⁰ Elles n'intègrent toutefois pas le régime agricole, où la présence de SST intégrés aux caisses atténue cependant le besoin d'une coordination institutionnalisée avec les acteurs externes.

4.5.1 Améliorer et simplifier certains dispositifs de l'assurance maladie / AT-MP

4.5.1.1 Le contrat de rééducation professionnelle en entreprise (CRPE)

La simplification des conditions de mobilisation du CRPE est l'une des mesures annoncées lors du Comité interministériel du handicap du 2 décembre 2016. Malgré une instruction diffusée par la CNAMTS en 2014 pour le relancer, ce contrat créé en 1953 reste en effet très peu utilisé (environ 250 bénéficiaires par an) alors que son principe est pertinent pour l'adaptation à un nouveau poste dans l'entreprise d'origine ou dans une autre entreprise. Il est conclu entre l'employeur, le salarié et l'organisme d'assurance maladie, qui finance une partie de la rémunération.

Dans le cadre d'un groupe de travail piloté par la DGEFP, un questions-réponses est en préparation pour clarifier le statut juridique de ce contrat et élaborer un nouveau formulaire CERFA supprimant la signature du DIRECCTE.

La mission recommande d'aller plus loin en faisant évoluer le cadre juridique fixé par le code du travail et le code de la sécurité sociale²¹¹, afin d'éviter la rupture du contrat de travail initial lorsque le CRPE est conclu avec une autre entreprise. En effet, la conclusion d'un CRPE sous forme d'un CDD peut s'avérer très pénalisante si le salarié n'est pas ensuite embauché par l'entreprise d'accueil, notamment pour le montant et la durée de son indemnisation par l'assurance chômage ;

Il serait souhaitable aussi d'ouvrir l'accès à ce dispositif aux salariés reconnus inaptes par le médecin du travail, même s'ils ne demandent pas une reconnaissance administrative d'un handicap, de fixer une durée minimale et une durée maximale de rééducation et d'ouvrir aux CPAM la possibilité de déléguer la préconisation et la négociation de CRPE à un SAMETH ou à un SSTI.

Recommandation n°24 : Simplifier le cadre juridique du contrat de rééducation professionnelle en entreprise et l'ouvrir aux salariés reconnus inaptes même sans RQTH

4.5.1.2 L'indemnité temporaire d'invalidité

Depuis 2010 les salariés relevant du régime AT-MP peuvent percevoir une indemnité temporaire d'invalidité pendant une durée d'un mois, pour couvrir le délai qui s'écoule entre la déclaration d'invalidité, en visite de reprise, et leur reclassement ou leur licenciement²¹². Cette indemnité concernait environ 300 personnes par mois pour 14 M€ servis en 2012²¹³. Elle a progressé et représentait 16 M€ en 2016²¹⁴.

La mission propose d'étendre cette indemnité à l'assurance maladie, car cette question reste non réglée pour les salariés qui en relèvent ; la différence entre les deux régimes est, de plus, source de complexité pour l'information sur leurs droits des salariés inaptes.

Recommandation n°25 : Etudier l'extension à l'assurance maladie de l'indemnité temporaire d'invalidité du régime AT-MP

²¹¹ Articles L 5213-3, L 1242-3 et D 1242-3, 5° du code du travail et articles L 432-9 et L 323-3, 2° du code de la sécurité sociale.

²¹² Sous réserve de ne percevoir aucune rémunération pendant cette période (au titre d'un régime de prévoyance, de droits à congés, etc.)

²¹³ Laurent CAILLOT, Gilles LECOQ et Frédérique SIMON-DELAVELLE, Evaluation de la COG 2009-2012 de la branche ATMP du régime général, Rapport IGAS RM2012-128P

²¹⁴ Rapport Annuel 2016 de l'Assurance maladie ATMP

4.5.1.3 Le temps partiel thérapeutique et le travail léger

La reprise à temps partiel à l'issue d'un arrêt de travail peut être organisée sous forme de « temps partiel thérapeutique » dans le régime maladie et de « travail léger » dans le régime AT-MP. Depuis 2017, le régime AT-MP expérimente une seconde modalité d'aménagement, en termes de charge de travail et non de temps de travail. Le télétravail, qui est appelé à se développer, peut aussi être une modalité intéressante d'accompagnement de la reprise.

Pour aller vers plus de lisibilité et plus de souplesse, la mission recommande de prévoir une fusion de ces deux dispositifs. Il conviendrait de choisir une seule appellation et d'unifier les règles applicables dans les deux régimes.

Recommandation n°26 : Fusionner les dispositifs du temps partiel thérapeutique et du travail léger

4.5.1.4 Les pensions d'invalidité de première catégorie

Les pensions d'invalidité de première catégorie²¹⁵ aident des salariés atteints par un handicap ou une maladie chronique à poursuivre durablement une activité professionnelle à temps partiel, en limitant la baisse de rémunération qui en résulte. Conçues à une époque où la période d'invalidité jouait essentiellement le rôle de transition vers la retraite pour des salariés âgés, les modalités de révision périodique de ces pensions posent problème dans les cas, de plus en plus nombreux, de salariés plus jeunes, atteints de maladies chroniques évolutives et souhaitant rester en emploi le plus longtemps possible. En effet, toute augmentation du salaire (promotion, primes, etc.) entraîne une diminution de la pension, ce qui prive les employeurs et les salariés concernés d'un levier de motivation essentiel.

La mission recommande donc qu'une réflexion soit engagée par la direction de la sécurité sociale pour remédier à cette difficulté.

Recommandation n°27 : Adapter les règles de révision des pensions d'invalidité de 1^{ère} catégorie afin de ne pas pénaliser l'évolution des carrières

4.5.2 Adapter le dispositif des périodes de mise en situation en milieu professionnel pour l'utiliser au bénéfice des personnes en risque de désinsertion professionnelle

La mise en situation professionnelle est reconnue comme une étape souvent indispensable pour élaborer ou tester un nouveau projet professionnel.

Dans le cadre de la prévention de la désinsertion professionnelle, l'assurance maladie dispose à cet effet d'un outil, l'essai encadré, mais celui-ci est complexe à mettre en place et d'une durée très courte (trois jours). En outre, il ne peut être utilisé que pour les salariés en arrêt de travail.

²¹⁵ Les pensions d'invalidité de deuxième catégorie peuvent aussi y contribuer, mais marginalement ; leurs bénéficiaires sont supposés être « *absolument incapables d'exercer une profession quelconque* ». Toutefois, cette appréciation portée par la CPAM, après expertise du médecin conseil, n'empêche nullement le salarié de reprendre un travail, si le médecin du travail le juge apte, éventuellement après certains aménagements du poste.

Il existe aussi un dispositif de droit commun, la période de mise en situation en milieu professionnel (PMSMP)²¹⁶, qui paraît bien adapté pour préparer des reclassements de salariés ayant des restrictions d'aptitude ou déclarés inaptes à leur poste de travail. D'une durée pouvant aller jusqu'à un mois, cette période fait l'objet d'un tutorat dans la structure d'accueil, et d'un accompagnement par une structure externe. Le bénéficiaire conserve son statut, ce qui ouvre deux modalités dans le cadre d'un parcours de maintien en emploi :

- PMSMP durant un arrêt de travail : le bénéficiaire perçoit des indemnités journalières de l'assurance maladie ; l'organisme prescripteur verse à l'URSSAF une cotisation forfaitaire pour la couverture du risque AT-MP.
- PMSMP en cours de contrat, avec l'accord de l'employeur : le bénéficiaire continue de percevoir son salaire et d'être couvert par l'assurance AT-MP de son employeur.

Bien qu'il soit ouvert aux salariés, ce dispositif est très rarement utilisé dans le cadre de parcours de maintien en emploi : en effet, il ne peut être prescrit que par Pôle emploi, une mission locale, un organisme Cap emploi, ou une structure d'insertion par l'activité économique, c'est-à-dire des acteurs de l'insertion professionnelle qui n'ont pas de liens avec les acteurs du maintien en emploi. Ces prescripteurs de plein droit peuvent, par convention, mandater un autre organisme prescripteur.

L'élargissement au maintien en emploi des missions du réseau Cap emploi, qui sera réalisé en 2018, offre une opportunité pour développer l'usage de la PMSMP dans le cadre des prestations d'appui au maintien en emploi des travailleurs handicapés.

Pour un usage non limité aux salariés reconnus travailleurs handicapés, la mission recommande d'ouvrir aussi aux services de santé au travail interentreprises la possibilité de prescrire une PMSMP sous réserve qu'ils organisent effectivement l'accompagnement du bénéficiaire, soit par un référent interne au SSTI, soit par un partenariat avec une structure d'accompagnement. Le service de santé au travail est particulièrement bien placé pour cette prescription, qui doit tenir compte à la fois des souhaits du salarié et de ses capacités fonctionnelles actuelles et futures.

Il apparaît probable que certains employeurs accepteront de supporter le coût de la période de PMSMP, afin de contribuer au reclassement de leur salarié lorsqu'il n'y a pas de possibilités dans l'entreprise. Dans le cas des salariés en arrêt de travail, la cotisation forfaitaire AT-MP serait prise en charge par le SSTI prescripteur²¹⁷, et l'accompagnement pourrait être confié au service social de la CARSAT pour ceux déjà accompagnés par ce service au titre de la PDP.

Recommandation n°28 : Ouvrir aux services de santé au travail inter-entreprises la possibilité de prescrire une période de mise en situation en milieu professionnel (PMSMP)

4.5.3 Harmoniser l'accès à la prestation d'orientation professionnelle de l'AGEFIPH et lui donner une dimension en partie collective

L'évaluation déjà citée, conduite pour l'AGEFIPH par le cabinet Pluricité, conclut à la pertinence de l'existence d'une offre spécialisée pour l'appui à la définition d'un projet professionnel, pour la prise en compte des besoins spécifiques liés au deuil de l'ancien métier, à l'acceptation du handicap, à la prise en compte des potentialités au regard de l'état de santé. Elle souligne que l'accès à la

²¹⁶ Articles L 5135-1 et suivants du code du travail

²¹⁷ Cette cotisation s'élève à 0,04 euros par heure de travail, soit un coût d'environ 6 euros pour une PMSMP d'un mois.

prestation spéciale d'orientation professionnelle (PSOP) dans le cadre du maintien en emploi est très inégal selon les territoires, car certaines délégations régionales de l'AGEFIPH la réservent aux demandeurs d'emploi.

Elle souligne aussi que les retours sur la qualité sont inégaux selon les prestataires, et que l'intégration dans ce type de prestations de travaux de groupe est pertinente pour les salariés contraints de se reconverter pour raisons de santé. L'expérimentation par Pôle emploi d'un dispositif d'accompagnement spécifique pour les licenciés pour inaptitude a également conclu à la valeur ajoutée d'une dynamique collective, qui permet de rencontrer d'autres personnes confrontées au même type de difficultés.

Pour ces raisons, la mission recommande une rénovation du cahier des charges de la PSOP, intégrant systématiquement des séquences collectives, et une ouverture de ces prestations, dans toutes les régions, aux salariés handicapés menacés de désinsertion professionnelle.

Recommandation n°29 : Ouvrir dans toutes les régions aux salariés handicapés l'accès à la prestation d'orientation professionnelle de l'AGEFIPH

4.5.4 Envisager la création d'un contrat de sécurisation professionnelle pour les salariés licenciés pour inaptitude

Les salariés licenciés pour inaptitude ont des besoins d'accompagnement importants pendant la période qui précède et suit leur licenciement, pour faire le deuil de leur ancien poste de travail et enclencher une dynamique. Or, durant cette période, ils ont au contraire le sentiment d'être laissés à eux-mêmes et vivent une période de rupture psychologiquement difficile, avant que le suivi par un conseiller de Pôle emploi devienne effectif. La démobilisation et le découragement qui s'ensuivent réduisent leurs chances de retour à l'emploi.

C'est pourquoi la mission estime que la création, pour les licenciés pour inaptitude, d'un dispositif spécifique analogue aux contrats de sécurisation professionnelle proposés aux licenciés économiques, mériterait d'être étudiée. Cette approche permettrait d'organiser la prise de relais sans rupture pour ceux ayant bénéficié de mesures d'évaluation, orientation ou formation avant leur licenciement, ou de démarrer rapidement de telles mesures pour les autres. Elle permettrait aussi à Pôle emploi de développer des méthodes d'accompagnement tenant compte des besoins spécifiques de ces publics, en interne ou par sous-traitance, en s'appuyant sur l'expérience déjà acquise à l'occasion de l'action expérimentale LINA conduite en 2016.

A défaut, un abondement du compte personnel de formation en cas de licenciement pour inaptitude mériterait d'être envisagé.

Recommandation n°30 : Envisager la création d'un contrat de sécurisation professionnelle pour les salariés licenciés pour inaptitude

Pierre ABALLEA

Marie-Ange du MESNIL du BUISSON

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

N°	Recommandation	Niveau de priorité	Autorité responsable	Echéance
Mieux informer et promouvoir des interventions plus précoces				
1	Concevoir et mettre en œuvre un plan de communication sur les dispositifs de prévention de la désinsertion professionnelle	2	DICOM, DGT, DSS	2018
2	Proposer au COCT de conduire une réflexion sur les modalités de maintien des liens entre employeurs et salariés durant les arrêts de travail, afin de faciliter l'anticipation de la reprise.	2	DGT	2018
3	Développer la promotion par les médecins traitant des examens de santé au travail pour les salariés en risque de désinsertion professionnelle et étudier les modalités d'une valorisation financière de cette activité	1	CNAMTS	2018
4	Former et superviser l'ensemble des praticiens conseils sur les problématiques de prévention de la désinsertion professionnelle	2	CNAMTS CCMSA	2018
5	Renforcer l'action des services sociaux des CARSAT et MSA en matière de prévention de la désinsertion professionnelle et maintenir les ressources qu'ils y consacrent	1	CNAMTS CCMSA	2018
6	Améliorer les modalités de repérage par les CARSAT des personnes en risque de désinsertion professionnelle et expérimenter d'autres modes de contact que l'envoi de courriers.	2	CNAMTS	2018
Mieux prendre en compte les salariés en risque de désinsertion professionnelle dans les entreprises et dans les dispositifs de droit commun de la politique de l'emploi et de la formation professionnelle				
7	Développer l'appui à la négociation sociale sur la prévention de la désinsertion professionnelle, en particulier dans le cadre des négociations sur la qualité de vie et la santé au travail, sur la gestion des âges et la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences	2	DGT ANACT	2018
8	Faciliter, dans le cadre de la réforme de la formation professionnelle en préparation, l'accès à la formation des personnes ayant une restriction d'aptitude ou reconnues inaptes à leur poste de travail	1	DGEFP	2017
9	Développer la formation et l'information des professionnels en contact avec les salariés menacés de désinsertion professionnelle sur les outils de droit commun mobilisables	1	DGEFP, DGT, CNAMTS, AGEFIPH	2018
10	Intégrer dans le cahier des charges relatif au conseil en évolution professionnelle la prise en compte des conséquences de l'état de santé ou du handicap sur le projet professionnel	2	DGEFP CNEFOP	2018

Renforcer l'investissement des services de santé au travail et mieux coordonner les acteurs				
11	Diligenter une mission spécifique sur le renforcement du pilotage des SST	1	DGT	2018
12	Actualiser sans délai les modèles de rapports d'activité des SST et mettre en place un extranet de saisie et consolidation de ces données	1	DGT	2018
13	A l'occasion de la visite d'information et de prévention, diffuser à chaque salarié une information claire sur les missions du service de santé au travail et sur le cadre déontologique de son intervention	1	DGT	2018
14	Mettre en place un flux d'information de la CNAMTS vers le SST compétent, à partir d'un mois d'arrêt de travail d'un salarié et, le cas échéant, à partir du constat d'arrêts répétitifs	1	CNAMTS	2020
15	Permettre aux services de santé au travail de proposer aux salariés un examen médical en cours d'arrêt de travail en vue d'anticiper les conditions de la reprise.	1	DGT	2018
16	Changer l'appellation des visites de pré-reprise pour en faciliter un usage plus souple et lever les inquiétudes de certains salariés	3	DGT	2018
17	Soutenir, par le biais des agréments ou des contrats d'objectifs, le développement dans les services de santé au travail d'équipes pluridisciplinaires de prévention de la désinsertion professionnelle et les échanges de pratique entre elles	2	DGT	2018
18	Maintenir l'accompagnement par le service de santé au travail pendant l'arrêt de travail et, en cas d'inaptitude, ouvrir la possibilité de le solliciter, en accord avec le demandeur d'emploi, durant les six mois suivant l'inscription à Pôle emploi.	2	DGT	2018
19	Développer sur l'ensemble du territoire dans les services hospitaliers des équipes dédiées à l'accompagnement du retour au travail des patients ayant connu des arrêts de travail longs	2	DGOS, AGEFIPH FIPHFP	2018
20	Dans le cadre de la négociation des CPOM, proposer aux SST disposant d'une équipe de maintien en emploi pluridisciplinaire de conduire avec l'appui de la CNAMTS une expérimentation sur l'organisation de l'accompagnement pour le maintien en emploi et son évaluation	2	CNAMTS	2018
21	Etudier la création d'une «indemnité journalière de préparation du retour à l'emploi » attribuée par le service social de la CARSAT ou de la MSA, en relais d'une indemnité journalière d'assurance maladie ou AT-MP, aux personnes ayant démarré ou déjà inscrites à une action de bilan, orientation ou formation	2	DSS	2018
22	Mettre en place dans le cadre des CROCT des instances de pilotage régional de la prévention de la désinsertion professionnelle, chargées de décliner de manière transversale les orientations du PRITH et du PRST	2	DGT, DGEFP	2018
23	Définir dans chaque région des instances de coordination opérationnelle au niveau local, permettant notamment la désignation explicite d'un référent pour l'accompagnement des situations complexes	2	DGT	2018

Améliorer certains dispositifs et développer de nouvelles formes d'intervention				
24	Simplifier le cadre juridique du contrat de rééducation professionnelle en entreprise et l'ouvrir aux salariés reconnus inaptes même sans RQTH	3	DSS, DGEFP	2018
25	Etudier l'extension à l'assurance maladie de l'indemnité temporaire d'inaptitude du régime AT-MP	3	DSS	2018
26	Fusionner les dispositifs du temps partiel thérapeutique et du travail léger (mesure de simplification)	3	DSS	2018
27	Adapter les règles de révision des pensions d'invalidité de 1ère catégorie afin de ne pas pénaliser l'évolution des carrières	3	DSS	2018
28	Ouvrir aux services de santé au travail inter-entreprises la possibilité de prescrire une période de mise en situation en milieu professionnel (PMSMP)	3	DGEFP, DGT	2018
29	Ouvrir dans toutes les régions aux salariés handicapés l'accès à la prestation d'orientation professionnelle de l'AGEFIPH	2	AGEFIPH	2018
30	Envisager la création d'un contrat de sécurisation professionnelle pour les salariés licenciés pour inaptitude	2	DGEFP	2018

LETTRE DE MISSION



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ
MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI, DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE
ET DU DIALOGUE SOCIAL

Les Ministres

Paris, le 25 JAN. 2017

Note à l'attention
de Monsieur Pierre BOISSIER
Chef de l'Inspection Générale des Affaires Sociales

Objet : Mission relative aux dispositifs de maintien en emploi

Le troisième Plan santé au travail (PST 3) a réaffirmé l'importance de lutter contre la désinsertion professionnelle quelle qu'en soit l'origine (handicap, accident ou maladie d'origine non professionnelle, usure professionnelle, accident du travail ou maladie professionnelle, etc.). On estime que 95 % des déclarations d'inaptitude se soldent par un licenciement, ce qui témoigne du faible taux de reclassement dans les entreprises. Ce sujet devient un enjeu majeur avec le vieillissement de la population des travailleurs et l'allongement de la durée d'activité.

L'aménagement des postes de travail et le reclassement des travailleurs, prescrits par le médecin du travail, relèvent d'une obligation juridique incombant à l'employeur. Plusieurs dispositions des articles 101 et 102 de la loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels apportent des améliorations au dispositif du maintien dans l'emploi d'une part, en renforçant les missions du médecin du travail et des services de santé au travail en la matière et d'autre part, en consacrant législativement le maintien dans l'emploi comme une mission de Cap emploi.

Des dispositifs réglementaires existent (essai encadré, reprise en travail léger, contrat de rééducation professionnelle...) mais ils sont encore peu connus donc peu mobilisés. L'enjeu de la mobilisation des dispositifs liés au handicap doit également être analysé. De plus, leur mise en œuvre peut s'avérer difficile dans certaines entreprises, notamment dans les TPE et les PME qui présentent moins de possibilités de reclassement en interne.

Les dispositifs de maintien dans l'emploi mobilisent déjà de nombreux acteurs. Mais du fait de leur multiplicité (services de santé au travail, services sociaux des caisses de Sécurité sociale, médecins-conseils, médecins traitants, Agefiph, Fiphfp, services d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés, centres de réadaptation professionnelle, eux-mêmes en cours de réforme, etc.) et de leur difficulté à coordonner leur action, l'ensemble des dispositifs juridiques n'est pas toujours lisible et accessible à tous.

...

L'action 2.6 du PST 3 prévoit ainsi la mise en place d'actions de coordination régionale autour du maintien en emploi conçu dans un sens large, c'est-à-dire incluant le maintien sur le poste grâce à un aménagement dudit poste ou un reclassement interne, mais également le maintien en emploi grâce à un reclassement externe. Dans le même sens, les conventions d'objectifs et de gestion conclues entre l'Etat et les branches maladie et AT-MP incluent des actions visant à prévenir la désinsertion professionnelle, notamment par le renforcement du pilotage et de la coordination des acteurs concernés. Les cellules de prévention de la désinsertion professionnelle mises en place par l'Assurance Maladie et réunissant une partie de ces acteurs, sont une première réponse à cette complexité, sans l'avoir totalement résolue.

Les difficultés recensées indiquent qu'il manque une meilleure information et un chaînage plus efficace entre les acteurs, en particulier entre le salarié et l'employeur, mais également entre les dispositifs réglementaires existants, pour s'assurer que toutes les solutions ont bien été envisagées afin de favoriser le maintien ou le retour à l'emploi.

Nous souhaitons que l'Inspection générale des affaires sociales procède à une analyse et à une évaluation de l'efficacité des dispositifs actuellement mis en œuvre par les différents acteurs et de leurs financements. Nous attendons que la mission mette en évidence les forces et les faiblesses des outils existants, les difficultés de coordination concrètement observées ainsi que les marges de progrès repérées sur le terrain.

Dans un second temps, nous souhaitons que la mission propose des pistes d'évolution de ces dispositifs afin de les rendre plus performants et plus intégrés, conformément aux objectifs du 3ème plan santé au travail et de la convention d'objectifs et de gestion de la branche AT-MP. La mission pourra utilement procéder à des comparaisons européennes voire internationales pour enrichir ses propositions.

Pour ce faire, la mission pourra s'appuyer sur le concours des directions concernées, notamment la direction générale du travail, la direction de la sécurité sociale, la direction générale de la cohésion sociale et la délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle.

Nous souhaitons que l'Inspection générale des affaires sociales nous remette ce rapport dans un délai de quatre mois afin qu'il puisse alimenter les travaux de mise en œuvre du PST3 et la préparation des futures conventions d'objectifs et de gestion avec les organismes de Sécurité sociale.



Myriam EL-KHOMRI



Marisol TOURAINE

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

Cabinets du Ministère des Affaires sociales et de la santé

Juliette ROGER, conseillère finances et ATMP

Malik LAHOUCINE, conseiller personnes âgées, personnes handicapées et cohésion sociale

Hélène VANWEEL, conseillère secrétariat d'Etat aux personnes handicapées

Cabinet du Ministère du Travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social

Olivier PETIT, conseiller branches professionnelles et santé au travail

Organisations syndicales

CFTC

Pierre-Yves MONTELEON

CFDT

Hervé GARNIER secrétaire national

Olivier LECLERCQ, secrétaire confédéral, en charge du handicap

CPME

Jean-Michel POTTIER, vice-président chargé des affaires sociales et de la formation,

Dr Pierre THILLAUD, représentant de la CPME au groupe permanent d'orientation du COCT

Philippe CHOIGNARD, responsable du pôle conditions de travail

MEDEF

Nathalie BUET, directrice adjointe de la DPS,

Ghislaine RIGOREAU cheffe du département tarification et contentieux des AT/MP

CAPEB

Cécile SAUVEUR, responsable du pôle juridique et social

Elise LE GOAZIOU, chargée de mission santé/sécurité au travail

U2P

Jean Jacques CHATELAIN, administrateur et membre du COCT

Christian PINEAU, chef de service relations du travail / protection sociale

Elise Le GOAZIOU, chargée de mission santé sécurité CAPEB

Frédéric LALOUE Secrétaire général du Conseil d'orientation des conditions de travail

Et participants à la réunion du GPO du COCT du 17 novembre 2017

Administrations centrales

DGT

Laurent VILBOEUF, directeur adjoint

Florence RENON, chef du bureau politique des acteurs et de la prévention CT1

Eddy QUEVAL, chargé de mission, bureau politique des acteurs et de la prévention

David HERRARD, sous-direction des relations de travail (RT1)

Dr Patricia MALADRY, médecin inspectrice nationale du travail

Isabelle TORDJMAN, adjointe de la médecin inspectrice nationale du travail

DSS

Thomas FATOME, directeur

Benjamin VOISIN, sous-directeur de l'accès aux soins, des prestations familiales et des accidents du travail

DGEFP

Marine NEUVILLE, cheffe de la mission emploi des travailleurs handicapés, sous-direction des parcours d'accès à l'emploi

Séverine BAUDOUIN, adjointe au chef de la mission emploi des travailleurs handicapés

Martine GAUDY, chargée de mission maintien dans l'emploi

DARES

Christine LAGARENNE, sous directrice des salaires, du travail et des relations professionnelles

Thomas COUTROT chef du département conditions de travail et santé, sous-direction salaires, travail et relations professionnelles

Meriam BARHOULI, responsable des études sur insertion professionnelle des travailleurs handicapés, sous-direction emploi et marché du travail

Organismes nationaux

CNAMTS

Nicolas REVEL, directeur général

Dr François-Xavier BROUCK – directeur de la direction des assurés, direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins

Eric LE BOULAIRE, directeur délégué aux opérations

Alain CHELLOUL, directeur de l'organisation, de l'optimisation et du marketing, direction déléguée aux opérations

Dr Thierry CAZALENS, direction déléguée aux opérations

Karina ODDOUX - responsable du département accompagnement des publics fragiles, direction déléguée aux opérations

Dr Marine JEANTET – directrice de la direction des risques professionnels (DRP)

Laurent BAILLY – responsable du département service aux assurés, direction des risques professionnels

Sylvie BARTHE – département service aux assurés – projet accompagnement des accidentés au travail
« Case M », direction des risques professionnels

Dr Philippe PETIT - département Service aux assurés – projet accompagnement des accidentés au travail
« Case M », direction des risques professionnels

Mme Karina ODDOUX - directrice de cabinet du directeur délégué aux opérations

CCMSA

Ghislaine ROSAY, responsable du cabinet et de la coordination des missions de contrôle

Dr Patrice HEURTAUT, Directeur de la Santé - Sécurité au Travail (DSST), médecin national adjoint

Hanane MOUFTADI, département expertise, pilotage et suivi budgétaire (DSST)

Dr Marc RONDEAU, médecin conseil national adjoint, chargé de l'expertise individuelle, direction du contrôle médical et de l'organisation des soins (DCMOS).

Penda SALL N'DIAYE, responsable du département accompagnement du développement social (DADS)

AGEFIPH

Didier EYSSARTIER, directeur général

Hugues DEFOY, directeur du pôle métier

Anne TOURLIERE directrice des interventions, pôle métier

Sylvie SERUN, chargée de mission maintien en emploi, direction des interventions

Institut national du cancer

Thierry Breton, directeur général

Marie Sophie GANNAC, responsable de la mission démocratie sanitaire

Centre Interservices de Santé et de Médecine du travail en Entreprise (CISME)

Martial BRUN, directeur général

Docteur Corinne LETHEUX, médecin-conseil

Conseil national handicap et emploi des organismes de placement spécialisés (CHEOPS)

Gilles LENICE, délégué général

Dominique SILVANI, directrice CAP Emploi – SAMETH Corse du Sud, animatrice de la commission prévention de la désinsertion professionnelle / maintien dans l'emploi

ANACT

Olivier LIAROUTZOS, responsable du département expérimentation

Agathe DODIN, doctorante

Patricia THERY, documentaliste

Isabelle BURENS, chargée de mission

CNSA

Stéphane CORBIN, directeur de la compensation de la perte d'autonomie

Laurence MARIN, en charge des questions de scolarisation et insertion professionnelle

Pôle emploi

Karine MEININGER, directrice des services aux demandeurs d'emploi

Sigrid BERGER, adjointe de la directrice des services aux demandeurs d'emploi

Nicole BREJOU, responsable du département partenariat

Christophe MAINDRON, adjoint au responsable du marché du travail, direction des statistiques

Monika MINSKOLCZY chargée de mission au cabinet du directeur général

Paul BAZIN, chargé de mission auprès de la directrice générale adjointe en charge de l'offre de service

Fond paritaire de sécurisation des parcours professionnels (FPSPP)

Philippe DOLE, directeur général

Marine GRIMOLDI, adjointe au responsable du service partenariat et projets

Emilia MOLDOVAN, coordonnatrice générale

Vincent CAPUTO, responsable du service coordination et relations au réseau

IRDES

Denis RAYNAUD, directeur

Pascale LENGAGNE, maître de recherches

Camille REGAERT, chargée de recherches

Association OETH

Olivier LEGENDRE, directeur

Marie MAAS, responsable des projets

Association COMmunication, Environnement-Tremplin pour l'Emploi (COMETE) France

Pr Françoise BEURET-BLANQUART, Présidente

Anna PICARD, Directrice générale

Dr Anne Claire D'APOLITO, membre du bureau, médecin coordonnatrice au SSR de Garches et médecin du travail

UNAS (ex-CISS)

Arnaud DE BROCA, administrateur de l'UNAS et secrétaire général de la FNATH, administrateur Agefiph

Mariannick LAMBERT, administratrice de l'UNAS, association des familles rurales

Stéphane GOBEL, coordonnateur de la ligne santé-info-droits

Commission travail, emploi, formation du CNCPH

Véronique BUSTREEL, association des paralysés de France, rapporteure de la commission

Olivier LECLERCQ, secrétaire confédéral CFDT, animateur de la commission

Annie ECKERLIN - Trisomie 21 France

Anna PICARD, directrice Comète France

Mr PERRET, directeur ÊTRE

Catherine GIRAUD, directrice générale AUSEA

Patrick ABOAF – représentant du Medef

Luc BRISSET, CFE-CGC

Gérard LEFRANC, THALES

Jean-Pierre PARAY, sociologue, ALJP Conseil

Frédéric KARINTHI, administrateur NEXEM

EuroGIP

Raphael HAEFLINGER, directeur

Catherine LECOANET, en charge du dossier prévention de la désinsertion professionnelle

Médéric-Malakoff

Hugues DU JEU, directeur général délégué, responsable des partenariats

Alexandrine de VALLOIS, directrice du marketing stratégique

Pascal ANDRIEUX, directeur des engagements sociaux et sociétaux du groupe

Dr Philippe DEJARDIN, directeur adjoint chargé des projets santé

Randstad

Aline CREPIN directrice du pôle public, insertion et RSE

Hervé BOUCHARD, responsable de la mission handicap

Personnalités qualifiées

Pr Sophie FANTONI, professeur de santé publique, CHRU de Lille

Dr Alain JABES, ALJP Conseil et Formation

Dr Martine ROUSSEAU, médecin généraliste

Mme Le CLAINCHE, économiste de la santé

Dr Jean-Baptiste FASSIER, praticien hospitalier et médecin du travail du personnel des HCL

Hauts de France

DIRECCTE

Dr Brigitte SOBCZAK médecin inspectrice régionale du travail

Véronique THIBAUT, responsable du service Insertion professionnelle (SIP)

Cécile DELEMOTTE, responsable du service santé sécurité

ISTNF

Dr Alain MONIEZ, médecin référent maintien dans l'emploi Pôle santé Travail (SIEST)

CARSAT

Francis DE BLOCK, directeur général

Olivier SUZANNE, directeur adjoint

Christel AUBERT, responsable adjointe du service social

Sylvie GILLET, responsable du service social, mission prévention de la désinsertion professionnelle

Véronique de BISCHOOOP, responsable du service social

Myriam BERROYER, en charge des partenariats de la branche AT-MP

CPAM

M. DUBOUCHET, responsable de la maîtrise d'ouvrage du programme accompagnement, coordonnateur national des CRP

DRSM

Dr Claude GADY-CHERRIER, directrice du service médical régional

Dr Eric BURLOT

Delphine MOURAT, coordinatrice prévention de la désinsertion professionnelle

Dr Thierry WARTEL, responsable du service médical de Douai

ASTAV Lille

Dr CALLEJA, médecin du travail

Dr KLONARIS, médecin du travail

Delphine BARRAS, responsable du SAMETH au sein de l'ASTAV

Myriam ROUSSEL, juriste

STME

Dr Véronique BUEWAERT, médecin du travail, coordonnatrice du réseau régional STME

Mirelle SURQUIN, responsable des projets et animatrice du réseau STME

Association Emploi & Handicap Grand Lille

Isabelle LECERF directrice

Jérémy CATUSSEAU, Responsable du Pôle Maintien dans l'emploi & ergonomie

Ile de France

CPAM 78

Guillaume LACROIX, Directeur adjoint

Dr Thanh-Nga PHAN, médecin conseil

Arnaud BAKAN, responsable du service risque professionnels

Maggy THEIL, conseillère risques professionnels

Medhi OUARABAH, conseiller risques professionnels

DRSM et ELSM 92

Dr Anne-Marie MERCIER directrice régionale du service médical

Dr Claire CHONOWSKI, médecin chef de l'échelon local du service médical 92

Oumou SY, conseillère du service assurance maladie (site de Montrouge)

Julien RENE-CORAIL, responsable de la gestion de la relation client et manager de la plateforme téléphonique pour l'Ile de France

MDPH 75

Fabrice MASI, directeur

Aurélie BERNIER-TOREAU, responsable du pôle évaluation

Dr Nelly DELSAUD, médecin coordinatrice, pôle évaluation

MSA Ile de France

Dr Jean HOUSSINOT, médecin coordonnateur régional, chef de service du contrôle médical d'IDF

Raphaëlle TRISTAN, responsable de l'action sanitaire et sociale pour la MSA IDF

Dr Véronique AZEMAR, chef du service santé et sécurité au travail IDF

Fédération SIST Ile de France

Jackie DEPIERRE, président, directeur du service de santé au travail SIST VO (95)

Céline ROUX, déléguée permanente

François BOURDEAUX, directeur d'un service de santé au travail

Jeanne BONAMI, ergonome, service de santé au travail AMETIF
Dr Bernard KRIEGEL, médecin du travail, directeur médical du service IPAL
Dr Isabel RUEDAS TRAN, médecin du travail CIAMT
Isabelle METAIREAU, conseillère cellule maintien en emploi IPAL
Dr Ange MEZZADRI, médecin du travail et directrice du SAMETH 75
Nadia MELLITI, service de santé au travail OSTR

AMI (SSTI)

Dr Pierre THILLAUD, directeur
Dr Béatrice TROUVET, médecin du travail, directrice de la cellule de coordination des actions de pluridisciplinarité
Marie-Nelly ANETTE, conseillère à l'emploi chargée de la prévention de la désinsertion professionnelle

Normandie

Directe

Jean François DUTERTRE, Directeur régional
Dr Rosa COURTOIS, médecin inspectrice régionale du travail
Sylvie MACE, responsable du service relations du travail
David DELASALLE, responsable du service santé sécurité pôle T, référent PRST3
Dr Muriel RAOULT-MONESTEL et Martine BOUCHER, responsables des politiques handicap et insertion par l'économie
Delphine BRIAND, responsable service gestion insertion, pole 3E.

ARACT

Joel MALINE, Directeur
Eric PELTIER, chargé de mission

CMAIC (SSTI)

Hubert RENOUARD, Directeur
Alain SABRIE, Conseiller Maintien dans l'Emploi

Santé BTP (SSTI)

M Pascal DUPUIS, directeur
Docteur Antoine KUNTZ, médecin du travail
Madame Audrey BALE, psychologue du travail
Madame Mélissa DROUET, conseillère sociale du travail

AMSN (SSTI)

Mme EMO, directrice
Carole OUVRY, responsable communication
Dr Sylvie VAUGEOIS, médecin du travail
Dr Claudie BELLOIR, médecin du travail
Frédéric LESEUR, directeur du SAMETH
Marie FOURMOND consultante du SAMETH

Service médical de l'assurance maladie

Dr Pascal NICOLLE, directeur régional du service médical, coordonnateur de la gestion du risque
Carine OUDOT-BARDE, responsable administrative, en charge de la prévention de la désinsertion professionnelle
Dr Yvan MARTIGNY, responsable du pôle CPR2A, contrôle des prestations et des relations aux assurés
Dr Annick PIALOT, directrice régionale adjointe
Dr Martine MORVAN, médecin chef ELSM

Mme Clémentine SOLIVERES, conseillère relation client, FF de facilitateur à l'ELSM de Seine Maritime, Rouen Elbeuf Dieppe (RED)

CPAM

Christian DELGAS, sous-directeur CPAM Rouen Elbeuf Dieppe, et CPAM du Havre

CARSAT

Jean-Yves YVENAT, directeur

Véronique FAUVEL, responsable régionale du service social de la CARSAT

Thierry GANTOIS, ingénieur conseil au département des risques professionnels

Manuela BOSQUAIN

Cellule locale de prévention de la désinsertion professionnelle

Armelle PAULET, responsable service social, coordinatrice de la cellule locale de prévention de la désinsertion professionnelle

Julie DELACOURT, gestionnaire du service action sanitaire et sociale RED.

Laure de RIVAUX TIROLIEN, responsable du département gestion des bénéficiaires

Pauline CHRISTEN, responsable administrative au service médical (ELSM RED)

Marie-Daisie CLAIN responsable administrative adjointe (ELSM RED)

Entreprise Alliance Elaborées

Hubert PARY, directeur général

Line JACOBS, directrice des ressources humaines

IMPR du Bois de Lébisey

Corinne LARMOIRE,

Jean François TOUDIC, ergonome et ergothérapeute, référent handicap

Augustine LONGOBARDI, interne en médecine du travail

Isabelle MARCHALOT, cadre de santé ergothérapeute

Thierry HUREL, directeur adjoint RAQ et gestionnaire des risques

Chloé DUPOND, stagiaire IAE

Dr Patrick HOVANTRUC, médecin chef SSR

Nouvelle Aquitaine

Direccte

Dr Catherine DALM, médecin inspectrice régionale du travail

Marie-Jo PAILLEAU, pôle 3E

ARACT

Michael GOETZ, délégué régional de l'ANACT, directeur de l'ARACT Nouvelle Aquitaine

Dominique BARADAT, chargée de mission de l'ARACT Nouvelle Aquitaine

ARS

Joséphine TAMARIT, chef de projet prévention et parcours de santé, direction de la santé publique

Emeline VEYRET, responsable du pôle animation politique régionale de l'offre, direction de l'offre de soins et de l'autonomie

Marion ELISSALDE, chargée de mission pôle prévention et santé publique, direction de la santé publique

CARSAT

Pierrick CHAUSSEE directeur adjoint de la CARSAT

Roselyne POIRER-LESSIEUX responsable régionale du service social, coordinatrice régionale PDP

CPAM de Gironde

Jérôme PASCAUD, Directeur délégué / Direction Santé et Centres de santé dentaire, CPAM de Gironde

Cellule locale de prévention de la désinsertion professionnelle

Dr Valérie ROGER-GOUHIZOUN, médecin conseil, pilote de la cellule prévention de la désinsertion professionnelle et référente DRSM régionale

Dr Chantal COINDRE, service de santé au travail, SSTI33

Dr Aurélia MALLET, médecin référente du SSTI AAHI 33

Laurence CHAUPARD, technicienne au service médical, référente de la cellule prévention de la désinsertion professionnelle pour les deux centres Trégier et Pelleport

Sandrine DAYROSE, technicienne au service médical, référente de la cellule prévention de la désinsertion professionnelle pour le centre Latour

Elise TARIE, responsable du SAMETH 33.

Dominique De LUCIA, adjointe du directeur prestations de Gironde

Kévin RAVAUD, responsable du service social, unité centre Gironde

Carole DUROSSET, assistante sociale de la CARSAT unité Est, référente prévention de la désinsertion professionnelle

Mélanie GAUVIN, assistante sociale, référente prévention de la désinsertion professionnelle unité Ouest

Caisse de MSA de Gironde

Dr Cécile DUVAL, médecin conseil

Brigitte SOW, assistante sociale spécialisée

Aurélie NUEL, assistante sociale spécialisée

SSTI de Libourne

Mme GABRIEL, directrice

M. ROYON, ingénieur de prévention

Institut BERGONIE (CLCC)

Dr Odile DUGUEY-CACHET, médecin coordonnateur 3C

Véronique GERAT-MULLER, psychologue-neuropsychologue

G WILKINS, cadre de service social

Pr. Ivan KRAKOWSKI, coordonnateur du département DISSPO-CARE

V. de CHABALIER, cadre du département DISSPO-CARE

Délégation régionale de l'Agefiph

Antoine MALEZIEUX délégué régional AGEFIPH Nouvelle Aquitaine

Jean François SATURNIN, délégué régional adjoint

Prestataires de l'Agefiph

Elise MARIE, SAMETH 33

Raphael LLAMAS, société ERGONOVA (EPAST)

Pascale ARROYO, association GIHP (PPS)

Entreprise Maïs ADOUR

Valérie LAMOTHE, directrice des ressources humaines des fermiers du Sud-Ouest (groupe Maïs ADOUR)

Entreprise C –Discount

Annie de MOULIN, responsable des ressources humaines.

Sabrina RIBEIRO, chef d'activité de la mission diversité et handicap

Auvergne-Rhône-Alpes

Directe

Marc-Henri LAZAR, chef du pôle Travail
Catherine CHARUEL, MIRT

CARSAT Rhône-Alpes

Marie-Claire MINOLA, attachée de direction auprès du directeur général
Pascale FABRE, responsable du service social
Sylvie DEYZIEUX, service social, coordinatrice prévention de la désinsertion professionnelle
Laurence NAL, responsable adjointe du service social dans le département de la Drôme et référente de la cellule PDP de la Drôme

Service médical

Laurence COUCHARD, médecin conseil chef de secteur Rhône, adjointe du responsable de l'échelon régional

Délégation régionale de l'Agefiph

Daniel DIAS, délégué régional
Mireille DEREURE, déléguée régionale adjointe
Valérie FRANCOIS, chargée d'études et de développement
Dominique ALLANET, chargé d'études et de développement

SSTI de Voiron

Docteur Patrick ALLEX, médecin du travail

SST Grand Lyon

Docteur Marc POUGET, médecin du travail et chargé de mission du pôle maintien en emploi
Jean-Charles BEYSSIER, responsable du pôle prévention et du pôle maintien en emploi

JLO Emploi

Jean Luc ODEYER, président de JLO emploi et président de l'association Prometh
Emilie MANEVAL, consultante au Sameth de l'Ain
Marie Claire FAVEREL, consultante au Sameth de Savoie et Haute-Savoie

Cabinet Amnyos

Julie PLASSAT, directrice du pôle Inclusion handicap

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : La prévention de la désinsertion professionnelle dans la réglementation et les documents de programmation

Annexe 2 : Les populations concernées

Annexe 3 : La contribution des services de santé au travail

Annexe 4 : La contribution des caisses de protection sociale

Annexe 5 : La contribution du système de soins et médico-social

Annexe 6 : La contribution de l'AGEFIPH

Annexe 7 : Les dispositifs de coordination : l'exemple de trois régions

SIGLES UTILISES

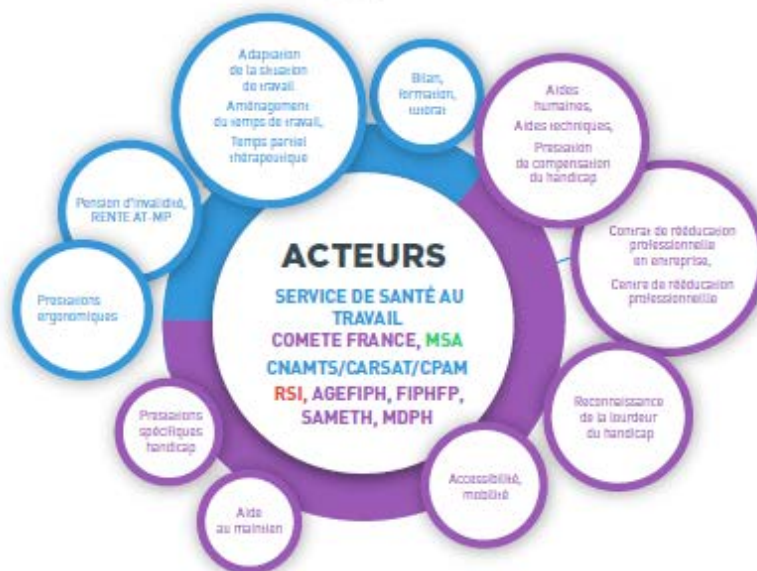
AETH	Aide à l'emploi des travailleurs handicapés
AGEFIPH	Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées
ANACT	Agence nationale d'amélioration des conditions de travail
ANSA :	Agence Nouvelle des Solidarités Actives
APF	Association des paralysés de France
ARACT	associations régionales d'amélioration des conditions de travail
ARF	Association des régions de France
ARS	Agence régionale de santé
ATIH	Agence Technique de l'information sur l'hospitalisation
AT-MP	Accident du travail - Maladie professionnelle
BASS	Branche sanitaire, sociale et médico-sociale, privée à but non lucratif
BOETH	Bénéficiaire de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés
BTP	Bâtiment Travaux Publics
CARSAT	Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail
CCMSA	Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole
CCPP	Centre de consultations de pathologie professionnelle
CDAPH	Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées
CHSCT	Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CIH	Comité interministériel du handicap
CISME	Centre Interservices Santé et Médecine Travail Entreprise
CLCC	Centre de lutte contre le cancer
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
COCT	Conseil d'orientation des conditions de travail
COG	Convention d'objectifs et de gestion
COMETE	Réseau COMmunication, Environnement-Tremplin pour l'Emploi
COPSS	Comité de Pilotage du Système d'Information du Service Social
COTOREP	Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPME	Cellules pluridisciplinaires de maintien en emploi
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CREDOC	Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie
CREFOP	Comité régional de l'emploi, de la formation et de l'orientation professionnelles
CRP	Conseiller en risques professionnels
CRP	Centre de rééducation professionnelle
CRPE	Contrat de rééducation professionnelle en entreprise
DARES	Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
DGEFP	Délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle
DGT	Direction générale du travail
DIRECCTE	Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi
DMST	Dossier médical en santé au travail
DPAE	Déclaration préalable à l'embauche
DRH	Direction des ressources humaines
DRP	Direction des risques professionnels
DRSM	Direction régionale du service médical de l'assurance maladie
DSI	Direction des systèmes d'information

DSN	Déclaration sociale nominative
DSS	Direction de la sécurité sociale
EDEC	Engagements de développement de l'emploi et des compétences
ELSM	Echelon local du service médical de l'assurance maladie
EPAAST	Etude préalable à l'aménagement et à l'adaptation de situations de travail
ETP	Equivalent Temps Plein
FIPHP	Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction publique
FONGECIF	Fonds de Gestion des Congés Individuels de Formation
FPSPP	Fonds paritaire de sécurisation des parcours professionnels
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IJ	Indemnités journalières
INCa	Institut national du cancer
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
ISTNF	Institut de Santé au Travail du Nord de la France
ITI	Indemnité temporaire d'incapacité
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MSA	Mutualité sociale agricole
OETH	Obligation d'emploi des travailleurs handicapés
OPACIF	Organisme Paritaire Agréé au titre du Congé Individuel de Formation
OPCA	Organisme paritaire collecteur agréé
PDP	Prévention de la désinsertion professionnelle
PME	Petites et moyennes entreprises
PMSMP	Période de mise en situation en milieu professionnel
PRITH	Plan régional d'insertion des travailleurs handicapés
PRST	Programme régional de santé au travail
PSOP	Prestation spécifique d'orientation professionnelle
PST	Plan santé au travail
QVT	Qualité de vie au travail
ROSP	Rémunération sur objectifs de santé publique
RQTH	Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé
SAMETH	Service d'Appui au Maintien dans l'Emploi des Travailleurs Handicapés
SIP	Santé et itinéraires professionnels (Enquête)
SSR	Services de soins de suite et de rééducation fonctionnelle
SST	Service de santé au travail
SSTI	Service de santé au travail Interentreprises
TMS	Troubles musculo-squelettiques
TPE	Très petites entreprises
UEROS	Unités d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale pour les personnes
cérébro-lésées	
UNIFAF	Fonds d'assurance formation de la branche sanitaire, sociale et médico-sociale.
URSSAF	Union de Recouvrement pour la Sécurité Sociale et les Allocations Familiales
VICAN	La vie deux ans après le cancer (Enquête)

PIECE JOINTE : SCHEMA DES PARCOURS DE MAINTIEN EN EMPLOI ACCESSIBLE SUR INTERNET



RECHERCHE ET MISE EN OEUVRE DE SOLUTIONS



SITUATION A L'ISSUE DU PARCOURS





Inspection générale
des affaires sociales

La prévention de la désinsertion professionnelle des salariés malades ou handicapés

ANNEXES TOME II

Établi par

Pierre ABALLEA

Marie-Ange du MESNIL du BUISSON

Avec la participation d'Anne BURSTIN

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

- Décembre 2017 –

- N°2017-025R -

SOMMAIRE

ANNEXE 1 LA PREVENTION DE LA DESINSERTION PROFESSIONNELLE DANS LA REGLEMENTATION ET LES DOCUMENTS DE PROGRAMMATION	7
1 PIECE JOINTE N°1 APPARITION DES EXPRESSIONS SEMANTIQUES DANS LES CODES.....	9
1.1 Méthode	9
1.2 Résultats	9
2 PIECE JOINTE N°2 LE MAINTIEN DANS L'EMPLOI DANS LES COG ET LES PLANS GOUVERNEMENTAUX DE SANTE DEPUIS L'AN 2000	10
ANNEXE 2 LES POPULATIONS CONCERNEES.....	17
1 UNE DEFINITION EXTENSIVE DES POPULATIONS CONCERNEES PAR LE MAINTIEN EN EMPLOI	17
1.1 Du reclassement professionnel des personnes victimes d'accidents du travail et personnes handicapées à la prévention de la désinsertion professionnelle pour tous les actifs.....	17
1.2 Une définition de plus en plus large du handicap	19
2 LES POPULATIONS A RISQUE DE DESINSERTION PROFESSIONNELLE POUR RAISONS DE SANTE : PRINCIPAUX ORDRES DE GRANDEUR CHEZ LES ACTIFS OCCUPES	21
2.1 La population des actifs occupés salariés	22
2.2 Approche par les risques professionnels : une forte concentration du risque sur les métiers ouvriers du BTP et de l'industrie, et les professions du soin et des services aux particuliers.....	25
2.2.1 Les accidents du travail par secteur d'activité professionnelle.....	25
2.2.2 Les maladies professionnelles par secteur d'activité professionnelle et focus sur les TMS...	26
2.2.3 Les interruptions de tâche pour préserver sa santé ou sa sécurité.....	28
2.3 Approche par les risques liés à l'âge, au handicap et à l'état de santé.....	29
2.3.1 Les actifs occupés de plus de 50 ans.....	30
2.3.2 Les situations de handicap chez les actifs occupés.....	31
2.3.3 Les personnes présentant une maladie chronique évolutive.....	33
2.3.4 Focus sur le cancer, troubles mentaux et obésité	34
2.4 Approche par les prestations médico-administratives.....	37
2.4.1 Les salariés en arrêt de travail	37
2.4.2 Les bénéficiaires d'une revenu de remplacement au titre d'une incapacité ou une invalidité	39
2.5 Approche par l'inaptitude et les restrictions d'aptitude	42

2.5.1	Les salariés identifiés par leur employeur ou par les services de santé au travail comme présentant un risque de désinsertion professionnelle.....	42
2.5.2	Les salariés perdant leur emploi pour raison de santé.....	51
2.6	Synthèse des principaux ordres de grandeurs observés.....	52
ANNEXE 3 LA CONTRIBUTION DES SERVICES DE SANTE AU TRAVAIL.....		55
1	LE MAINTIEN EN EMPLOI DES SALARIES CONFRONTES A UN PROBLEME DE SANTE FAIT PARTIE DU CŒUR DE MISSION DES SERVICES DE SANTE AU TRAVAIL, ET LES REFORMES RECENTES LES INCITENT A DEVELOPPER LEUR IMPLICATION DANS CE DOMAINE	55
1.1	Les services de santé au travail.....	55
1.2	Une mission d'appui au maintien en emploi que les réformes récentes ont entendu développer	57
2	EN L'ABSENCE D'OUTILS DE SUIVI ET D'EVALUATION LA CONTRIBUTION DE CES SERVICES, BIEN QUE DECISIVE, EST IMPOSSIBLE A APPRECIER	59
2.1	Un manque de recul sur l'impact des réformes récentes et une absence totale d'outils de suivi et d'évaluation de l'efficacité des services de santé au travail	59
2.2	Des moyens de pilotage insuffisants.....	65
3	UNE FORTE HETEROGENEITE DES ORGANISATIONS ET MODES D'ACTION EN MATIERE DE MAINTIEN EN EMPLOI	66
ANNEXE 4 LA CONTRIBUTION DES SERVICES DE PROTECTION SOCIALE		73
1	LE RESEAU DE LA CNAMTS	73
1.1	Présentation générale du réseau de la CNAMTS et du cadre de pilotage national de la PDP ...	73
1.2	Présentation des acteurs locaux du réseau CNAMTS les plus impliqués dans la PDP	75
1.2.1	Le service social de la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (CARSAT)	75
1.2.2	Les services médicaux	76
1.3	Les activités de prévention de la désinsertion professionnelle de la CNAMTS	77
1.3.1	La détection et le signalement des salariés fragiles et à risque de désinsertion professionnelle.....	77
1.3.2	Les interventions faites après les signalements au titre de la PDP	81
1.3.3	L'activation des mesures d'accompagnement des bénéficiaires	84
1.4	La coordination interne des services de la CNAMTS et le développement des cellules de PDP	88
1.4.1	La nécessité de renforcer la coordination des services de la CNAMTS	88
1.4.2	La gestion des situations urgentes et/ou complexes.....	91
1.4.3	Focus sur les dispositifs expérimentaux.....	94
2	LE RESEAU DE LA MUTUALITE SOCIALE AGRICOLE	95
2.1	Présentation générale du réseau CCMSA.....	95

2.2	Les activités de prévention de la désinsertion professionnelle de la MSA	97
2.2.1	L'état des pratiques au sein du réseau en 2014.....	97
2.2.2	La généralisation des cellules entre 2015 et 2017 et leur outillage.....	98
2.2.3	Une absence de données sur l'activité de base en matière de prévention de la désinsertion professionnelle et sur le fonctionnement des CPME.....	100
3	LES PRINCIPAUX OUTILS ET FINANCEMENTS MOBILISES PAR LES ACTEURS DE LA PROTECTION SOCIALE	101
3.1	Les revenus de remplacement.....	102
3.1.1	Les arrêts de travail et les indemnités journalières	102
3.1.2	Le temps partiel thérapeutique (TPT)	104
3.1.3	La reprise de travail léger (RTL)	105
3.1.4	La pension d'invalidité (PI)	106
3.1.5	L'Indemnité temporaire d'incapacité (ITI).....	107
3.2	Les mesures de remobilisation et d'accompagnement du retour à l'emploi mis en place par les caisses de protection sociale	107
3.2.1	Les actions de remobilisation collective	107
3.2.2	Les outils de remobilisation individuels.....	108
	ANNEXE 5 LA CONTRIBUTION DU SYSTEME DE SOINS ET MEDICO-SOCIAL	113
1	LE RESEAU DE SOINS PRIMAIRES	113
1.1	Une offre de soins primaires en forte réorganisation qui pourrait offrir une opportunité pour renforcer la prévention de la désinsertion professionnelle	113
1.2	Un rôle et des pratiques des médecins généralistes peu étudiés s'agissant des problématiques de santé au travail, des freins persistants dans la collaboration des acteurs clefs.....	115
2	LE RESEAU HOSPITALIER DE COURT ET MOYEN SEJOUR	119
2.1	L'action des services de court séjour hospitalier est mal appréhendée et ne bénéficie pas de financements spécifiques pour les services concernés.....	119
2.2	Les consultations spécialisées de pathologie professionnelle.....	120
2.3	Les services de soins de suite et de réadaptation ont une mission générale de réinsertion professionnelle dont le développement apparaît nécessaire	122
2.3.1	Le dispositif de soins de suite « généraliste »	122
2.3.2	Les services de soins de suite et de réadaptation du réseau COMETE.....	124
3	LES SERVICES MEDICO-SOCIAUX EN CHARGE DE LA REEDUCATION PROFESSIONNELLE	127
3.1	Missions, évolution et répartition des structures de rééducation professionnelle (CRP, CPO et UEROS)	127
3.2	Population accueillie et principaux résultats en matière d'insertion professionnelle	129

ANNEXE 6 DONNEES SYNTHETIQUES SUR L’ACTION DE L’AGEFIPH EN FAVEUR DU MAINTIEN EN EMPLOI.....	131
1 LES DIFFERENTES CATEGORIES D’INTERVENTIONS.....	131
2 L’ACTIVITE DES SAMETH.....	133
3 QUELQUES ENSEIGNEMENTS DE L’EVALUATION DE L’OFFRE D’INTERVENTIONS 2012-2015 DE L’AGEFIPH	137
4 PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS DE L’EVALUATION DES ACTIONS DE REMOBILISATION, BILAN ET FORMATIONS SPECIFIQUES PROPOSEES POUR LES PERSONNES EN ARRET DE TRAVAIL	139
PIECES JOINTES :	141
TABLEAU DES AIDES, PRESTATIONS ET SERVICES A FINALITE MAINTIEN DANS L’EMPLOI	141
TABLEAU DES CREDITS CONSACRES AUX ACTIONS A FINALITE MAINTIEN DANS L’EMPLOI DE 2006 A 2016	141
ANNEXE 7 LES CHARTES REGIONALES DE MAINTIEN DANS L’EMPLOI : L’EXEMPLE DE TROIS REGIONS.....	145
1 RHONE-ALPES.....	146
1.1 Avant 2015, une dynamique forte et ancienne.....	146
1.2 La charte régionale 2015-2020.....	149
2 AQUITAINE	150
2.1 L’accord-cadre portant sur la Politique Régionale Concertée pour l’Emploi et la Formation des Personnes Handicapées 2015-2018.....	150
2.2 Le rôle des cellules PDP du régime général d’assurance maladie	152
3 HAUTS DE FRANCE	153
3.1 La Charte Nord Pas de Calais 2014-2018 pour le maintien dans l’emploi des personnes handicapées.....	153
3.2 Le PRITH Hauts de France et son articulation avec le PRST.....	154

ANNEXE 1

LA PREVENTION DE LA DESINSERTION PROFESSIONNELLE DANS LA REGLEMENTATION ET LES DOCUMENTS DE PROGRAMMATION

La présente annexe vise à identifier comment la « désinsertion professionnelle » est apparue progressivement dans les politiques publiques et leur mise en œuvre opérationnelle (réglementation), plans de santé et contrats d'objectifs des principaux opérateurs).

Plusieurs notions relatives au maintien en emploi ont été mobilisées ces quarante dernières années au sein de la production législative et réglementaire et, ces vingt dernières années, dans sa déclinaison en gestion, dans les contrats d'objectifs et de gestion (COG) des organismes de protection sociale d'une part et les plans de santé publique et de santé au travail d'autre part. Les notions invoquées portent sur le reclassement professionnel, le maintien dans l'emploi, la désinsertion professionnelle, le maintien en emploi et la prévention de la désinsertion professionnelle. L'évolution de cette terminologie est détaillée dans les pièces jointes 1 et 2.

Le terme de reclassement est consubstantiel aux politiques de protection des salariés exposés à un risque professionnel depuis les lois de 1898 et 1919, mais l'obligation de reclassement ne devient une obligation légale qu'en 1981 pour les inaptitudes d'origine professionnelle¹, et depuis 1992 pour les inaptitudes d'origine non professionnelle².

Le terme de « reclassement professionnel » apparaît dans la loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des travailleurs handicapés. Celle-ci pose que « l'emploi et le reclassement des personnes handicapées constituent un élément de la politique de l'emploi... » et crée la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP)³.

L'expression « reclassement professionnel » est reprise dans les autres codes, notamment lorsqu'il y est fait mention de la COTOREP. C'est par le handicap que le terme « reclassement professionnel » entre dans les codes du travail, de la santé, de la sécurité sociale et de l'action sociale et des familles.

Le terme cohabite puis laisse progressivement place à deux autres formulations proches à compter des années 1990-2000 : le maintien dans l'emploi puis le maintien en emploi. Au début des années 1990, ce terme ne concerne pas les problématiques sanitaires ou médico-sociales (cf. infra). Le maintien dans l'emploi apparaît dans le champ du handicap dans le protocole national de collaboration institutionnelle pour le maintien dans l'emploi des personnes handicapées (2006) puis dans la convention nationale pluriannuelle multipartite d'objectifs et de moyens pour l'emploi des travailleurs handicapés (2013).

¹ Loi n° 81-3 du 7 janvier 1981

² Loi n° 92-1446 du 31 déc. 1992

³ Décret n°78-392 du 17 mars 1978

Ces expressions vont déborder le domaine du handicap et apparaître dans les codes et les différents plans de santé publique puis les contrats d'objectifs et de gestion (COG) de l'assurance maladie. Simple mention au début des années 2000 comme dans le plan santé mentale 2001-2004 ou le plan cancer 2003-2007, la préoccupation du maintien dans l'emploi s'inscrit durablement et de manière de plus en plus visible dans les plans de santé publique⁴.

Les trois plans Santé au travail couvrant la période 2005-2020 inscrivent également, de manière de plus en plus forte, cette nécessité⁵. Enfin, le terme maintien en emploi apparaît également dans les COG de la CNAMTS : tout d'abord dans celle de la branche AT-MP dès 2004-2006, puis dans celle de la branche maladie 2010-2013 et, comme pour les plans de santé publique ou de santé au travail, la place conférée à ce thème va se renforcer⁶.

L'expression « maintien dans l'emploi » qui apparaît dans le code du travail en 1993⁷ porte un objectif d'accompagnement social des personnes rencontrant des difficultés particulières d'insertion professionnelle. Cette notion figure également dans le code de la sécurité sociale depuis 2009 où elle est introduite par le décret relatif à l'emploi des seniors⁸. L'expression « maintien en emploi » apparaît quant à elle dans le code du travail en 2013 avec le décret relatif aux contrats de génération⁹ ; cet usage qui n'emporte pas de mise en relation spécifique avec des problèmes de santé ou de handicap, ne figure pas dans les deux autres codes.

On relève que les programmes budgétaires d'action de l'Etat ne comportent pas d'objectifs spécifiques sur le maintien en emploi liés aux questions de santé ou de handicap. Leurs objectifs sont centrés sur les personnes sans emploi. Le programme 102 « accès et retour à l'emploi » de la mission « Travail Emploi » présente un objectif depuis 2006 visant à favoriser l'accès et le retour à l'emploi¹⁰. L'un de ses indicateurs porte sur les travailleurs handicapés au chômage « Taux de retour à l'emploi durable des travailleurs handicapés suivis par le service public de l'emploi ». Le programme 157 « handicap et dépendance » de la mission « Santé » comporte deux objectifs relatifs à l'insertion dans les ESAT des travailleurs handicapés et au retour à l'emploi des bénéficiaires de l'AAH en milieu protégé ou ordinaire¹¹.

C'est avec la loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail, que le terme prévention est associé explicitement à celui de désinsertion professionnelle et entre dans le code du travail. L'alinéa 2 de son article 1 stipule que les services de santé au travail « conseillent les employeurs, les travailleurs et leurs représentants sur les dispositions et mesures nécessaires afin d'éviter ou de diminuer les risques professionnels, d'améliorer les conditions de travail, de prévenir la consommation d'alcool et de drogue sur le lieu de travail, de prévenir ou de réduire la pénibilité au travail et la désinsertion professionnelle et de contribuer au maintien dans l'emploi des travailleurs ; » Cette notion ne figure pas dans les deux autres codes. Elle ne figure pas

⁴ Plans santé mentale 2005-2008 et surtout 2011-2015 ; plan maladies chroniques 2007-2011, plans cancer 2009-2013 et surtout 2014-2019 ; plan maladies neurodégénératives 2008-2012 et surtout 2014-2019 ; plans maladies chroniques 2007-2011 ; stratégie quinquennale offre médico-sociale, volet handicap psychique 2017-2021

⁵ Plans santé au travail 2005-2009, 2010-2014 et surtout 2016-2020.

⁶ COG branche AT-MP 2009-2012 et surtout 2014-2017 ; COG Assurance maladie 2014-2017.

⁷ Loi 93-1313 1993-12-20. Article codifié en 2007 (Article L5131-1).

⁸ Décret n°2009-560 du 20 mai 2009 - art. 1

⁹ Décret n°2013-222 du 15 mars 2013 - art. 1 relatif aux montants des aides prévues dans le cadre des contrats de génération

¹⁰ Objectif 3 « Mobiliser au mieux les outils d'insertion professionnelle au bénéfice des personnes les plus éloignées du marché du travail ». Programme 102 « Accès et retour à l'emploi ». Projet annuel de performance 2017.

¹¹ Objectif 2 Développer l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés - usagers des ESAT et Objectif 3 Accompagner le retour vers l'emploi pour développer la part du revenu du travail dans les ressources des allocataires de l'allocation adultes handicapés (AAH)

non plus dans les plans de santé publique, par contre elle apparaît explicitement dans la dernière COG Etat - Assurance maladie 2014-2017.

1 **PIECE JOINTE N°1 APPARITION DES EXPRESSIONS SEMANTIQUES DANS LES CODES**

1.1 **Méthode**

Recherche sur base Légifrance du 30 juillet 2017 des expressions exactes «reclassement professionnel» / « maintien dans l'emploi»/ « maintien en emploi»/ « désinsertion professionnelle » / « prévention de la désinsertion professionnelle » dans les codes de la sécurité sociale, du travail et de l'action sociale et des familles. Recherche sur tous les articles modifiés, en vigueur, abrogés, périmés, transférés, ou « modifiés mort-nés ».

1.2 **Résultats**

Expression citée dans	Code de la sécurité sociale	Code du travail	Code de l'action sociale et des familles
Reclassement Professionnel	133 articles (1973 – 2017)	223 articles (1973 – 2017)	27 articles (2000-2017)
Maintien Dans L'emploi	Trois articles (2009- 2017)	102 articles (1993 – 2017)	Aucun article
Maintien En Emploi	Aucun article	Cinq articles (2013-2017)	Aucun article
Désinsertion professionnelle	Aucun article	Cinq articles (2011-2017)	Aucun article
Prévention de la désinsertion Professionnelle	Aucun article	Un article (2011)	Aucun article

Source : IGAS

2 PIÈCE JOINTE N°2 LE MAINTIEN DANS L'EMPLOI DANS LES COG ET LES PLANS GOUVERNEMENTAUX DE SANTÉ DEPUIS L'AN 2000

	Observations
COG Assurance maladie 2000-2003	29 pages. Sujets prédominants : la modernisation du management des activités des caisses d'assurance maladie, le déploiement des systèmes de contrôle de l'information, de performance financière et de la santé publique. Sujet maintien dans l'emploi pas abordé dans cette COG
Plan santé mentale : 2001-2004 Axe 6 Insertion sociale et professionnelle « <i>Les personnes qui se trouvent en situation de handicap du fait de troubles psychiques graves et durables ne trouvent pas actuellement dans notre pays l'aide qui leur serait nécessaire pour une insertion sociale et professionnelle de qualité, en complément des soins qui leur sont prodigués et en bonne articulation avec ceux-ci.</i> » Objectif « <i>Mieux comprendre et mesurer les besoins d'aide des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques et valoriser les expériences existantes, de façon à promouvoir et développer, dans le cadre commun de la politique en direction des personnes handicapées, toutes formes d'aide, d'accompagnement et d'accueil pertinentes et nécessaires.</i> »	44 pages. Une page sur le maintien en emploi, le sujet prédominant est la réforme de l'offre des soins psychiatriques. Le sujet de maintien dans l'emploi est présenté comme un enjeu important dans le cadre de la réforme du handicap à venir ¹² .
Plan cancer 2003-2007 Améliorer les dispositifs de maintien dans l'emploi, de retour à l'emploi, et de prise de congés pour accompagner un proche, de cette façon : « <i>Prolonger, lorsqu'ils existent, les délais d'intégration dans l'emploi (en particulier l'emploi public), en cas d'arrêt pour longue maladie, à l'image de ce qui existe pour les congés maternité.</i> <i>Améliorer et assouplir les conditions d'arrêt maladie en cas d'affection de longue durée comme le cancer, en permettant la reconstitution d'un nouveau délai d'indemnisation de trois ans si pendant les trois précédentes années le patient a</i>	75 pages dont 2 pages consacrées au thème « Maintien dans l'emploi », troisième sujet plus détaillé. Sujets prédominants : l'offre des soins et le dépistage de cancer.

¹² Loi n°2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

<i>travaillé au moins douze mois continus ou discontinus. Développer l'information sur les dispositifs de maintien dans l'emploi financés par l'AGEFIPH ... »</i>	
Plan Alzheimer 2004-2007	Sujet maintien dans l'emploi non abordé
COG AT-MP 2004-2006 Le maintien dans l'emploi est abordé dans le cadre de l'objectif d'élargissement de la gamme des services, notamment pour les procédures d'accompagnement médical et administratif des victimes des accidents¹³ du travail. La branche prend des mesures destinées à faciliter les démarches des employeurs et l'accès des victimes à leurs droits. L'Etat et la CNAMTS se fixent comme objectif prioritaire de prévenir la désinsertion et d'améliorer la réinsertion des victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles. La CNAMTS procèdera avant fin 2005 à une évaluation qualitative et quantitative des dispositifs existants pour ensuite simplifier et coordonner au plan national, les actions menées afin de promouvoir une politique de maintien du handicap dans la vie professionnelle. »	Sujet maintien en emploi occupe 1/2 page sur 38. La branche va procéder à des expérimentations tendant à prévenir la désinsertion professionnelle de la victime en améliorant son information notamment sur ses droits à indemnisation et aides financières diverses et en favorisant les contacts médecins du travail, médecins conseils, médecins traitants et services sociaux. Par ailleurs, la branche AT/MP via son réseau va participer aux dispositifs d'insertion et de maintien dans l'emploi des salariés handicapés tels qu'ils seront définis notamment par la réforme de la loi Handicap de juin 1975.
Plan santé mentale 2005-2008 axe 1 une prise en charge décloisonnée 1.3 mieux accompagner / 1.3.4 mobiliser les dispositifs de travail protégé.	90 pages. 1 page est consacrée au thème du maintien dans l'emploi, principalement centré sur l'accès aux dispositifs de travail protégé
Plan santé au travail 2005-2009 Le plan comporte 4 objectifs et 23 actions. Objectif 4 : « <i>repenser l'aptitude et le maintien dans l'emploi. Notamment en ce qui concerne le maintien dans l'emploi, le but est identifier un dispositif qui dans ses dimensions sociales et éthiques, comme du point de vue de sa sécurité juridique, puisse s'articuler, tout au long de l'activité professionnelle</i> »	3 pages sur 87 concernent le maintien dans l'emploi qui figure dans la partie la plus importante du plan : encourager les entreprises à être acteur de la santé au travail. Introduction de la notion d'accompagnement tout au long de la vie professionnelle

¹³ On peut penser que le maintien dans l'emploi est une réponse pour maîtriser l'impact des accidents de travail chez les victimes. Le maintien dans l'emploi prend ici la forme d'une modalité d'accompagnement administratif.

Protocole national de collaboration institutionnelle pour le maintien dans l'emploi des personnes handicapées, 2006	17 pages. Ce protocole souligne l'intérêt de la détection précoce du risque de désinsertion professionnelle des travailleurs handicapés et la nécessité de recherche de solutions interinstitutionnelles. Il prévoit une déclinaison régionale dans des chartes régionales de maintien en 'emploi des travailleurs handicapés.
Plan Maladie Chronique, 2007-2011 AXE 3 Faciliter la vie quotidienne des malades ; <i>« expérimenter des « correspondants handicap ou correspondants santé » avec des missions élargies aux pathologies chroniques évolutives. Le correspondant issu du collège salarié a pour rôle de faciliter l'insertion dans l'entreprise et le maintien dans l'emploi des salariés qui rencontreraient des difficultés à concilier maladie et activité professionnelle dans leur entreprise. »</i>	32 pages. Le sujet prédominant est la qualité de l'offre de soins pour les maladies chroniques. Le maintien dans l'emploi est un sujet moins prioritaire qui est abordé dans le cadre de l'amélioration la vie quotidienne des malades. Introduction de la notion de correspondant santé dans les entreprises
Plan Maladies Neurodégénératives : Alzheimer, 2008-2012	84 pages. Le sujet soulevé en matière d'emploi concerne les aidants.
Plan cancer 2009-2013 OBJECTIF de la mesure 29 <i>« Lever les obstacles à l'insertion ou à la réinsertion sociale et professionnelle des patients atteints de cancer et en phase de rémission ou de guérison. »</i> ACTIONS 29.1 <i>« Étudier les moyens de lever les obstacles au maintien dans l'emploi ou à la réinsertion professionnelle des personnes atteintes de cancer et de leurs aidants naturels. »</i>	Le sujet prédominant du plan est la recherche et le développement de la connaissance. Sur 141 Pages, 2 pages sont consacrées au sujet de maintien dans l'emploi. Elles concernent les patients et les aidants.
COG AT-MP, 2009-2012 <i>« Sur la période couverte par la présente convention, il s'agira prioritairement de développer les actions visant à prévenir les risques de désinsertion professionnelle en renforçant la détection et le signalement des personnes concernées et en coordonnant mieux les actions en direction de ces personnes au sein du réseau de l'assurance maladie et avec les partenaires extérieurs dans le but d'assurer en priorité le maintien dans l'emploi ou, à défaut, une réinsertion professionnelle rapide. »</i>	84 pages. Le sujet prédominant est la réduction du risque et de la sinistralité notamment pour les secteurs d'activité dont la sinistralité est particulièrement élevée. Le Maintien dans l'emploi est un sujet annexe du troisième thème : la santé au travail.

COG Assurance maladie : 2010- 2013 <i>« L'hétérogénéité des besoins des entreprises liés notamment à leur taille ou à leur secteur d'activité doit être mieux prise en compte par l'Assurance Maladie pour adapter les services offerts aux entreprises par un réseau unique, qui couvre les risques maladie et accidents du travail / maladies professionnelles. Le développement de ces services s'appuiera sur les interfaces porteuses d'efficience collective (EDI to EDI, acquisition de données à la source) mais aussi sur l'émergence d'actions d'accompagnement spécifiques, qu'il s'agisse du maintien dans l'emploi, de la santé au travail ou des conditions d'emploi qui exigent une intervention intégrée sur l'ensemble des risques couverts par le réseau de l'Assurance Maladie. »</i>	116 pages, Le sujet prédominant du plan est l'accès aux droits des usagers et la qualité des soins. 1 paragraphe est consacré au sujet du maintien dans l'emploi.
Plan 2 Santé au Travail : 2010- 2014 Axe 2 poursuivre une politique active de prévention des risques professionnels. objectif 4 : renforcer la prévention en direction de certains risques, secteurs et publics prioritaires. Action 19. <i>« L'objectif d'une augmentation du taux d'emploi des seniors doit s'accompagner d'une meilleure prise en compte de leurs conditions de travail en vue de favoriser leur maintien dans l'emploi »</i>. Les actions proposées complètent celles prévues dans le Plan national d'action concerté pour l'emploi des seniors et le programme 6 de la COG « Prévention de la désinsertion professionnelle », en intégrant l'approche spécifique et les inflexions éventuelles qu'appellent la prise en compte du vieillissement des salariés et la prévention de l'usure au travail.	49 pages. Le sujet prédominant est la prévention ciblée sur certains risques, Secteurs et publics prioritaires ; le sujet maintien dans l'emploi est abordé principalement pour les seniors, public prioritaire en raison du vieillissement des salariés avec le recul programmé de l'âge de départ en retraite.
Convention multipartite d'objectifs et de moyens pour l'emploi des travailleurs handicapés 2013-2016 La mise en synergie des principaux acteurs de l'insertion professionnelle des personnes atteintes de handicap constitue l'objectif de la convention multipartite du 29 novembre 2013 signée par le ministre du Travail, Pôle-emploi, l'Agefiph, le FIPHFP, la CNSA, l'ARF, la CNAM TS et la CCMSA.	25 pages. La section 4 de la convention prévoit de « Mieux définir et mettre en œuvre des actions ciblées de maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés » et notamment la généralisation de la démarche de prévention de la désinsertion professionnelle à l'ensemble du territoire.
Plan santé- mentale 2011-2015 <i>« L'accès et le maintien dans l'emploi participent fortement de la citoyenneté, de l'autonomie et contribuent à l'intégration sociale, la scolarisation, la formation, l'accès à l'emploi. Ainsi, quelles que soient les modalités d'activité (secteur protégé,</i>	42 pages, sujet prédominant : la prévention des épisodes de ruptures en cours de vie. Le maintien dans l'emploi est un thème prioritaire de cette prévention.

<i>adapté, bénévolat, milieu ordinaire de travail...) ou le niveau d'employabilité, il s'agit de promouvoir des programmes facilitant le retour à l'emploi et le maintien dans l'emploi des personnes vivant avec des troubles psychiques. »</i>	
COG Assurance maladie 2014-2017 <i>Lutter contre les inégalités de santé. Mobiliser les aides extra-légales « La politique d'action sanitaire et sociale de l'Assurance Maladie, au travers de la délivrance de prestations extralégales, contribue significativement à faciliter l'accès aux soins des populations les plus fragiles et à réduire, par conséquent, les inégalités sociales de santé..... la prévention de la désinsertion professionnelle pour les assurés en arrêt de travail, en situation de handicap, de passage en invalidité ou susceptibles d'être exposés à un problème d'emploi. La création d'une enveloppe dédiée permettra de généraliser et d'harmoniser cette démarche sur l'ensemble du territoire et favorisera la lisibilité des interventions : prestations supplémentaires, primes de fin de rééducation, dispositifs de remobilisation et d'orientation professionnelle... »</i>	235 pages. Le sujet prédominant est la simplification administrative de l'accès aux droits des populations les plus fragiles, notamment la lutte contre le non-recours. Un paragraphe est consacré à la prévention de la désinsertion professionnelle (Première apparition de ce terme dans une COG)
COG AT-MP 2014-2017 <i>Action 1.1 Réduire les risques sur des cibles prioritaires, Prévenir la sinistralité et la pénibilité au travail des seniors. Proposer «une offre de service globale visant notamment à permettre un diagnostic approfondi des postes de travail, une sensibilisation des DRH aux enjeux du maintien dans l'emploi, l'attribution en tant que de besoin d'aides financières à la prévention ; Informer les entreprises de la cible de leurs caractéristiques et leur présenter l'offre de service »</i>	66 pages. Le Maintien dans l'emploi est un sujet prioritaire pour la population cible de la politique de prévention de la COG : les seniors dans une optique de prévention de la sinistralité et la pénibilité au travail
Plan Maladies Neurodégénératives 2014-2019 Axe II : Favoriser l'adaptation de la société aux enjeux des maladies neurodégénératives et atténuer les conséquences personnelles et sociales sur la vie quotidienne. enjeu 8 : Atténuer les conséquences économiques de la maladie et aider au maintien d'un parcours professionnel pour les malades jeunes. Mesure 52 : Accorder une priorité au maintien dans l'emploi (avec adaptation du projet professionnel, du poste de travail, des conditions de travail, etc.).	118 pages. Sujet prédominant : développer la connaissance. Le sujet maintien dans l'emploi est prioritaire et très aligné sur celui du plan cancer.

Plan Cancer 2014-2019 Action 9.5 : Responsabiliser l'entreprise dans toutes ses composantes sur l'objectif de maintien dans l'emploi ou la réinsertion professionnelle. Action 9.6 : Progresser dans la coordination territoriale des différents acteurs qui interviennent pour le maintien dans l'emploi ou son accès. Action 9.7 : Valoriser le travail réalisé sur le maintien dans l'emploi pour le faire connaître et le développer.	220 pages. Le sujet prédominant est la prévention et le dépistage, l'adaptation du système de santé, de la recherche et de l'offre de formation. Le maintien en emploi fait l'objet de 3 fiches actions qui font écho à celles que reprendra le PST 3 dont l'élaboration est mentionnée.
Plan 3 Santé au travail 2016-2020 Axe stratégique 2 • améliorer la qualité de vie au travail, levier de santé, de maintien en emploi des travailleurs et de performance économique et sociale de l'entreprise/ objectif opérationnel 5 • maintien en emploi II • Prévenir la désinsertion professionnelle et maintenir en emploi Le maintien en emploi est conçu ici dans un sens large, incluant le maintien dans l'emploi (maintien sur le poste, grâce à des aménagements ou sur un autre poste dans l'entreprise, par reclassement interne) et le maintien en emploi proprement dit (grâce à un reclassement externe). Il peut également mobiliser les leviers de la prévention de l'usure professionnelle et les dispositifs d'action sur les parcours professionnels relevant de la politique de l'emploi, de la fonction ressources humaines (RH) et de la gestion des compétences. Action 2.5 Améliorer la lisibilité et l'accessibilité aux droits pour les travailleurs en risque de désinsertion professionnelle Action 2.6 Mettre en place une offre régionale coordonnée d'accompagnement des travailleurs et des entreprises Action 2.7 Élaborer des solutions permettant le maintien en emploi des travailleurs atteints de maladies chroniques évolutives Action 2.8 Développer, mobiliser et diffuser les connaissances et les outils concourant au maintien en emploi	111 pages. Sujet prédominant : la prévention des risques prioritaires. Le sujet de maintien dans l'emploi fait partie de la qualité de vie au travail, le deuxième thème principal du plan. Les actions proposées s'inscrivent dans la continuité du plan cancer 2014-2019. en l'élargissant aux autres pathologies. Distinction faite entre reclassement interne et externe, i.e. maintien dans l'emploi et maintien en emploi, qui conduit à associer la nécessaire mobilisation des acteurs de l'entreprise à celle des acteurs de l'insertion.
COG CCMSA 2016-2020 Ambition 1 « Développer des services aux adhérents et aux entreprises, dans une logique de mise en œuvre des politiques publiques » Axe 3 Contribuer à l'égal accès aux services sur tous les territoires. Fiche 8 : Action sanitaire et sociale	158 pages. Engagement 22. Action 22.1 La MSA s'engage pour cela à mettre en place au sein des caisses des cellules pluridisciplinaires de repérage et d'accompagnement des actifs agricoles en risque de désinsertion professionnelle du fait de leur situation de santé ou d'un risque de handicap. La MSA s'engage à créer et déployer dans ces cellules un " pack "d'orientations et de prescriptions en lien

	avec les partenaires du maintien dans l'emploi. Favoriser, grâce au guichet unique de protection sociale, l'inclusion dans l'emploi des actifs agricoles en risque de désinsertion professionnelle du fait de leur situation de santé ou d'un risque de handicap
Stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale volet handicap psychique 2017-2021 Afin de faire évoluer l'accompagnement des personnes atteintes d'un handicap psychique ou d'un polyhandicap, le gouvernement a mis en place une stratégie quinquennale d'évolution de l'offre médico-sociale, dotée de 180 millions d'euros pour la période 2017-2021. Son premier volet est dédié aux personnes handicapées psychiques.	72 pages. Une des 29 fiches action porte sur l'accès et le maintien dans l'emploi. S'agissant de l'emploi en milieu ordinaire, la fiche action n°15 promeut la mise en œuvre du dispositif d'emploi accompagné, introduit dans le code du travail par la loi n°2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnel. Ce dispositif doit permettre de « <i>sécuriser et de fluidifier le parcours professionnel des personnes en situation de handicap psychique vers et dans le milieu ordinaire de travail en leur garantissant, ainsi qu'à leur employeur, à tout moment du parcours professionnel, un accompagnement sur le long terme</i> ».
Convention nationale pluriannuelle multipartite de mobilisation pour l'emploi des personnes en situation de handicap 2017-2020 Section 3 : Amplifier l'action cordonnée en faveur du maintien en emploi, pour tous (salariés, non-salariés et employeurs) Article 5 : a) favoriser la généralisation sur l'ensemble des territoires des cellules de coordination PDP b) proposer un cadre commun de référence permettant de consolider les coordinations interinstitutionnelles, en particulier entre ces cellules, les services de santé au travail dont la mission est à cet égard renforcée à l'issue de leur récente réforme, les opérateurs spécialisés en s'appuyant sur l'implication des DIRECCTE (dans le cadre des PRITH et des PRST) et d'autres professionnels de santé ; c) Poursuivre l'examen au niveau national des freins législatifs et réglementaires et renforcer la lisibilité de l'offre d'accompagnement avec l'ensemble des acteurs concernés.	16 pages. L'objectif relatif au maintien en emploi est un des cinq grands objectifs de la convention. L'articulation avec le plan santé au travail est explicitement mentionnée.

ANNEXE 2

LES POPULATIONS CONCERNÉES

La mission porte sur l'efficacité des dispositifs et des financements mis en place pour lutter contre la désinsertion professionnelle susceptible d'être engendrée par un problème de santé ou de handicap, quelle qu'en soit l'origine (handicap, maladie professionnelle ou accident du travail, maladie ou accident non professionnels, usure professionnelle...).

La présente annexe vise à définir quels sont les contours du risque « désinsertion professionnelle » et, partant de ces définitions, quelles sont les principales catégories de salariés qui y sont exposés.

1 UNE DEFINITION EXTENSIVE DES POPULATIONS CONCERNEES PAR LE MAINTIEN EN EMPLOI

La terminologie du risque de perte d'emploi en raison de problèmes de santé a évolué ces dernières années. Au terme de reclassement professionnel, tend à se substituer ceux de maintien dans et en emploi et, plus récemment encore, celui de prévention de la désinsertion professionnelle¹⁴. Que recouvrent ces évolutions ? Quelles conséquences cela entraîne-t-il s'agissant de définir les populations concernées par le risque ?

1.1 Du reclassement professionnel des personnes victimes d'accidents du travail et personnes handicapées à la prévention de la désinsertion professionnelle pour tous les actifs

Les actions de maintien dans l'emploi ou en emploi ont pour objectif de permettre à des personnes dont le handicap ou les problèmes de santé restreignent l'aptitude professionnelle de rester en activité, ou de la reprendre dès consolidation, soit par aménagement de leur emploi, soit par changement d'activité ou d'emploi. Le maintien dans l'emploi recouvre le maintien sur le poste, grâce à des aménagements, ou dans l'entreprise, grâce à un reclassement ; le maintien en emploi élargit le champ au reclassement dans une autre entreprise, voire à la réorientation professionnelle, avec une logique de sécurisation du parcours professionnel.

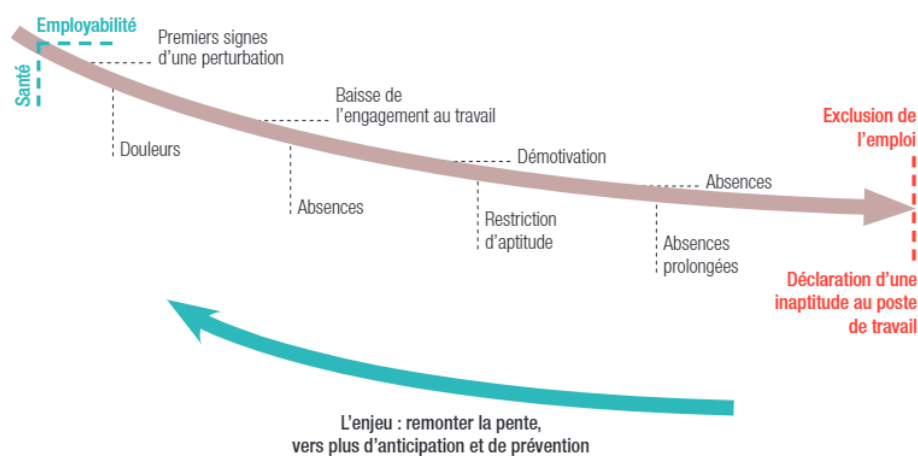
Le terme de **prévention de la désinsertion professionnelle** est utilisé tant dans l'univers travail – emploi que dans celui de la protection sociale. Il apparaît très proche de celui de maintien en emploi dans l'usage qui en est fait par les acteurs rencontrés par la mission. Il introduit cependant explicitement la notion de « prévention » tant dans les missions des services de santé au travail que dans celles des acteurs de la sécurité sociale. Ceci renvoie à l'idée d'une politique publique intervenant tout au long de la vie professionnelle, avec un séquençage dans le temps, dans une logique de prévention primaire, avant la survenue d'un ou plusieurs problèmes de santé, puis secondaire lorsque ceux-ci sont avérés pour les traiter le plus précocement possible, et enfin tertiaire, pour réduire les effets sur l'emploi des complications.

¹⁴ Une seconde annexe détaille comment la prise en compte des préoccupations de reclassement a évolué dans les politiques publiques (ANNEXE1).

Le séquençage dans le temps ouvre aussi à l'idée de parcours : parcours professionnel tout d'abord où il s'agit de suivre un salarié tout au long de sa vie professionnelle et quels que soient les statuts professionnels, la nature des contrats et leurs éventuelles ruptures ; mais aussi parcours personnel couvrant plus de 45 ans de vie à l'âge adulte, parcours potentiellement émaillé d'événements de santé, pathologies chroniques et survenue de handicaps, liés ou pas au travail, qui menacent l'insertion professionnelle. La notion de parcours professionnel et personnel figure dans la première convention nationale tripartite 2008-2010 pour l'emploi des travailleurs handicapés et est réaffirmée lors de la convention suivante 2013-2016 dont l'article 24 propose de « *généraliser la prévention de la désinsertion professionnelle... déterminant majeur de la sécurisation des parcours professionnels* ».

Le séquençage dans le temps débouche enfin sur la notion d'un repérage du risque qui peut intervenir « tout au long de la vie », très précocement, lors des premières alertes comme des arrêts de travail courts mais répétés, par le médecin traitant, et/ou l'employeur lui-même. Le risque peut aussi être identifié dès la phase d'embauche, par les services de santé au travail, sans que cela emporte au départ la production d'un avis de restriction ou d'aménagement de poste. Il existe sur certains métiers (BTP, services à la personne, ...) exposés à des facteurs de pénibilité¹⁵ des risques d'usure professionnelle connus qui vont conduire à des signaux d'alerte pour les salariés (plaintes pour douleurs, absentéisme) ou pour l'entreprise (faible attractivité, turn-over et difficultés à recruter). Une insuffisante prise en compte de ces indicateurs conduira à un taux élevé d'inaptitude.

Schéma 1 : De la pénibilité à l'usure professionnelle et à l'inaptitude



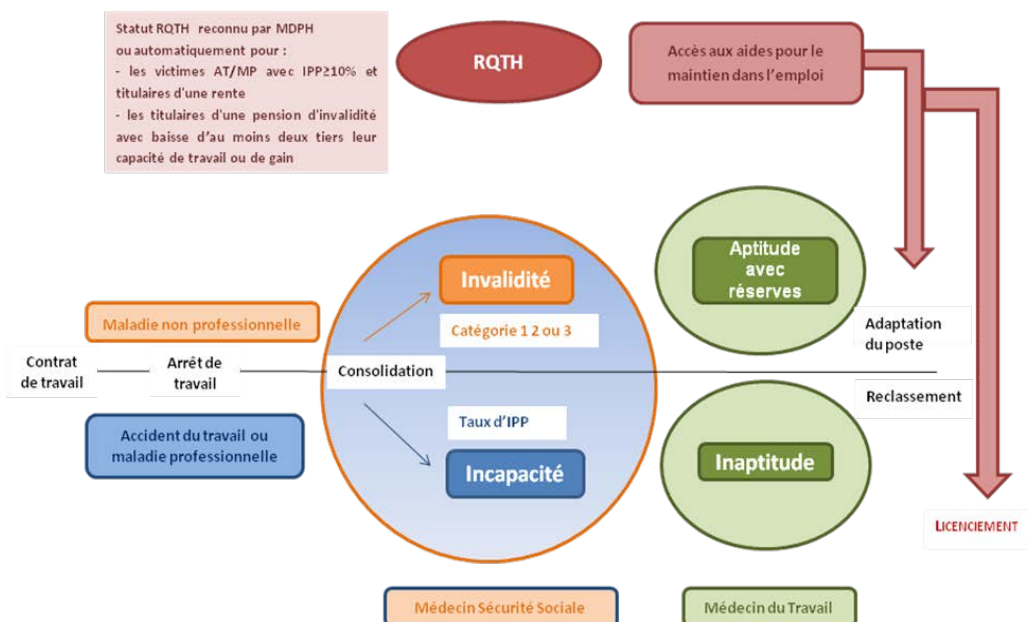
Source : Guide pré up Prévenir l'usure professionnelle guide pour l'action, ARAVI Innovation sociale en Rhône Alpes, Réseau ANACT, Octobre 2014

Bien évidemment, le risque de désinsertion professionnelle pourra être repéré plus tardivement, par ces mêmes acteurs, mais aussi par ceux de l'assurance maladie, lorsque les arrêts de travail vont se prolonger, notamment au-delà de trois mois, et que la ou les pathologies seront installées durablement.

Le schéma suivant détaille les principaux dispositifs auxquels le salarié pourra être confronté après un ou plusieurs arrêts de travail prolongés.

¹⁵ Travail de nuit, travail posté, travail répétitif, travail exigeant physiquement, bruit, situation conflictuelle avec le public...

Schéma 2 : Parcours d'un salarié confronté à un évènement de santé générant un arrêt de travail prolongé



Source : DIRECCTE Auvergne-Rhône-Alpes Service Etudes, Statistique, Evaluation

1.2 Une définition de plus en plus large du handicap

La loi 2005-102 « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » du 11 février 2005 dispose dans son article 2 que « *constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* ».

Pour le code du travail, « est considérée comme travailleur handicapé toute personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite de l'altération d'une ou plusieurs fonctions physique, sensorielle, mentale ou psychique¹⁶ ».

Ces formulations sont très larges et peuvent conduire à inclure une grande partie des personnes présentant une maladie chronique évolutive dès lors qu'apparaissent des limitations d'activité dans l'environnement de travail, et que ces limitations ne seraient pas ou insuffisamment compensées.

Cette définition englobante découle des travaux de Philippe WOOD qui au sein de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), dès les années 1980, associe à une maladie, une ou des déficiences, des incapacités et enfin des désavantages. Pour prendre un exemple, une fracture de l'extrémité inférieure du fémur (accident) peut conduire à une raideur du genou (déficiency) ; celle-ci peut conduire à l'incapacité de s'accroupir (incapacité) qui peut enfin conduire à l'impossibilité d'exercer la profession de carreur (désavantage pouvant conduire à des restrictions d'aptitude voire une inaptitude professionnelle)¹⁷.

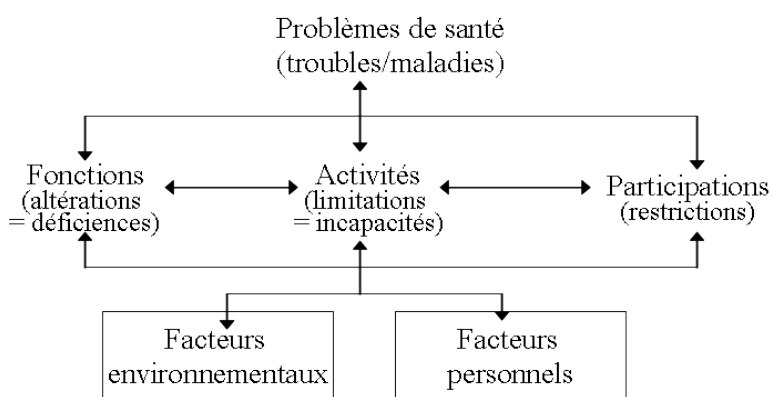
¹⁶ Article L 5213-1 du code du travail

¹⁷ Exemple tiré de la formation au guide barème effectuée par la DGCS (2004 actualisé 2010)

Cette évolution nosologique a conduit à l'actuelle classification « International Classification of Functioning, Disability and Health » (CIF)¹⁸ qui :

- conforte le point d'entrée biomédical présidant aux déficiences/incapacités de la classification de WOOD ;
- substitue les « fonctions et structures/ activités/participation » (dont participation à la vie professionnelle) en lieu et place des déficiences/incapacités/désavantage ;
- diversifie les chemins entre les trois notions au lieu de se limiter à un jeu de cause à effet univoque ;
- intègre les facteurs personnels et environnementaux comme influençant les trois facteurs de base.

Schéma 3 : Le modèle conceptuel de la CIF



Source : OMS, *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé*, 2001

Ces évolutions vont fortement influencer la scène internationale.

La convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées du 13 décembre 2006 dispose : « par personne handicapée, on entend des personnes qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres »

La notion de handicap a évolué de manière substantielle ces dernières années dans la jurisprudence de la Cour de Justice de l'Union européenne (CJUE)¹⁹. Dans l'Union européenne, les fondements juridiques de l'intégration des personnes handicapées reposent sur les dispositions de l'article 26 de la Charte des droits fondamentaux : « L'Union reconnaît et respecte le droit des personnes handicapées à bénéficier de mesures visant à assurer leur autonomie, leur intégration sociale et professionnelle et leur participation à la vie de la communauté »²⁰. Mais cette reconnaissance n'est assortie d'aucune définition du handicap ou de la personne handicapée ce qui a conduit la CJUE à en préciser progressivement les contours.

¹⁸ Acronyme français CIF pour classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé

¹⁹ Cf. Oana Andreea MACOVEI, L'intégration des personnes handicapées dans l'Union européenne, quel bilan ?, Revue de l'Union européenne 2016 p.37

²⁰ Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, 2000/C 364/01

Dans ses premiers arrêts, la Cour a relevé qu'en « utilisant la notion de "handicap" [...], le législateur a délibérément choisi un terme qui diffère de celui de "maladie". Une assimilation pure et simple des deux notions est donc exclue »²¹. Cependant cette position a évolué après que l'Union a ratifié en 2009 la convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées. En 2013, la Cour a considéré qu'une maladie curable ou incurable entraînant une limitation physique, mentale ou psychique peut être assimilée à un handicap lorsqu'elle est durable²². Cette appréciation a été confirmée en 2014, dans un nouvel arrêt qui considère que l'obésité peut constituer un handicap au sens de la directive relative à l'égalité de traitement devant l'emploi²³. Toutefois, en 2015, un nouvel arrêt a limité cet élargissement de la définition du handicap aux politiques d'intégration professionnelle et en a exclu celles relative aux politiques sociales²⁴. Ce faisant, la Cour a souhaité dissocier clairement les droits à prestation sociale du fait du handicap de ceux relatifs à la maladie.

L'évolution jurisprudentielle de la relation entre handicap et maladie n'est pas achevée. L'un des critères historiques principaux qui permettait de distinguer la sphère de la maladie de celle du handicap est le caractère durable de l'incapacité qui s'est imposé pour relier les deux concepts. Avec la transition épidémiologique en cours, où les maladies dites chroniques sont devenues le principal facteur de la charge de morbidité en France comme en Europe, cette évolution peut conduire à inclure un nombre croissant de personnes malades dans le périmètre des politiques du handicap.

2 LES POPULATIONS A RISQUE DE DESINSERTION PROFESSIONNELLE POUR RAISONS DE SANTE : PRINCIPAUX ORDRES DE GRANDEUR CHEZ LES ACTIFS OCCUPES

Toute tentative d'estimation des populations concernées par un risque de désinsertion professionnelle va donc s'inscrire dans les choix de définition du risque exposés ci-dessus : quelle borne temporelle choisir à la prévention ? Quelle limitation professionnelle retenir en regard d'une maladie et/ou d'un handicap dans un poste donné chez un adulte actif professionnellement ?

Il n'existe pas à ce jour d'estimation fiable des populations concernées par un risque de désinsertion professionnelle en France, qui combinerait mesure de prévalence d'une ou plusieurs limitations liées à un état de santé et analyse du poste de travail. Il existe par contre des données partielles et disjointes portant sur ces éléments, notamment sur la prévalence de certains états de santé (pathologies) ou handicaps (déclarés ou reconnus) chez les actifs. Il existe également des informations produites par les différentes institutions, couvrant tout ou partie des populations actives et en charge de traiter des événements de santé (soins, restrictions d'aptitudes professionnelles) ou de leurs conséquences administratives (reconnaissance du handicap, versement d'un revenu de compensation temporaire ou définitif) ou médico-professionnelles (accompagnements, mobilisation d'aides et outils spécifiques).

²¹ CJUE, Arrêt dans affaire C-13/05, Sonia Chacón Navas c/ Eurest Colectividades SA, D. 2006. 2209. Juillet. 2006

²² CJUE Arrêt sur renvoi préjudiciel dans les affaires jointes C-335/11 et C-337/11 Ring et Skouboe Werge, Avril 2013

²³ CJUE Arrêt sur renvoi préjudiciel dans l'affaire C-354/13 Fag og Arbejde (FOA), agissant pour Karsten Kaltoft / Kommunernes Landsforening (KL), agissant pour la Billund Kommune. Décembre 2014

²⁴ CJUE, Arrêt sur recours en manquement dans les affaires C-361/13 et C-433/13 Commission / Slovaquie, septembre 2015

Ces angles d'observation parcellaires se recoupent en partie. Les segments de connaissance présentés ci-dessous doivent être conçus comme autant de fenêtres de compréhension d'une réalité aujourd'hui mal cernée.

2.1 La population des actifs occupés salariés

En 2016 en France la population active représentait 29,6 millions de personnes, dont **26,6 millions (90 %) ayant un emploi dits « actifs occupés »** et 2,9 M (10 %) étaient au chômage²⁵.

La structure de l'emploi s'est fortement transformée ces 30 dernières années comme le souligne une récente note d'analyse du Conseil d'analyse stratégique²⁶ : « *Les situations de travail atypiques ont progressé plus vite que l'emploi permanent (CDI et fonctionnaire) qui reste largement majoritaire dans l'emploi (75 % en 2016, contre 77 % en 1984). La stabilité apparente du CDI masque deux mouvements contraires : l'augmentation des contrats à durée limitée et la hausse du salariat en CDI chez les indépendants traditionnels. La pratique du CDD et de l'intérim a connu l'expansion la plus forte (passant de 5 % de l'emploi en 1984 à 13 % en 2016) et la plus transversale : en 1984, les dix métiers qui avaient le plus recours aux contrats à durée limitée (CDL) concentraient 55 % de ces contrats ; en 2014, ils n'en concentrent plus que 39 %. L'usage des CDL, de plus en plus courts, n'est plus réservé aux professions à forte saisonnalité ou très sensibles aux cycles conjoncturels. Il est devenu un mode prioritaire d'embauche, voire de réembauche, y compris dans des métiers à faible volatilité d'activité. La diffusion du non-salariat dans les métiers est moins sensible et surtout plus récente. Après vingt ans de déclin, lié à la chute de l'emploi agricole, le travail indépendant regagne du terrain (passant de 18 % de l'emploi en 1984 à 11 % en 2004 puis remontant à 12 % en 2016). Depuis dix ans, l'emploi non-salarié progresse plus vite que l'emploi total, en particulier dans les métiers tertiaires. Dans plus d'un métier sur deux toutefois, les actifs en emploi sont tous salariés, proportion qui reste stable depuis le milieu des années 1980* ». Le tableau et le schéma ci-après détaillent la répartition actuelle des emplois.

Tableau 1 : Répartition des classes de métiers selon statut et type de contrat

Classes de métiers	Non-salariés		CDI		CDL*		Total (milliers)
	Effectifs (milliers)	Part de non-salariés	Effectifs (milliers)	Part de CDI	Effectifs (milliers)	Part de CDL*	
Les indépendants traditionnels	1 590	48 %	1 420	43 %	270	8 %	3 280
Les free lances et néo-artisans	820	27 %	1 870	61 %	380	12 %	3 070
Les intermittents	90	1 %	5 480	77 %	1 560	22 %	7 130
Les permanents	310	3 %	10 810	90 %	940	8 %	12 060
Total	2 810	11 %	19 580	77 %	3 150	12 %	25 540

*CDL : intérim, CDD (y compris apprentis, stagiaires et contrats aidés).

Note : données en moyenne annuelle sur trois ans pour 84 métiers.

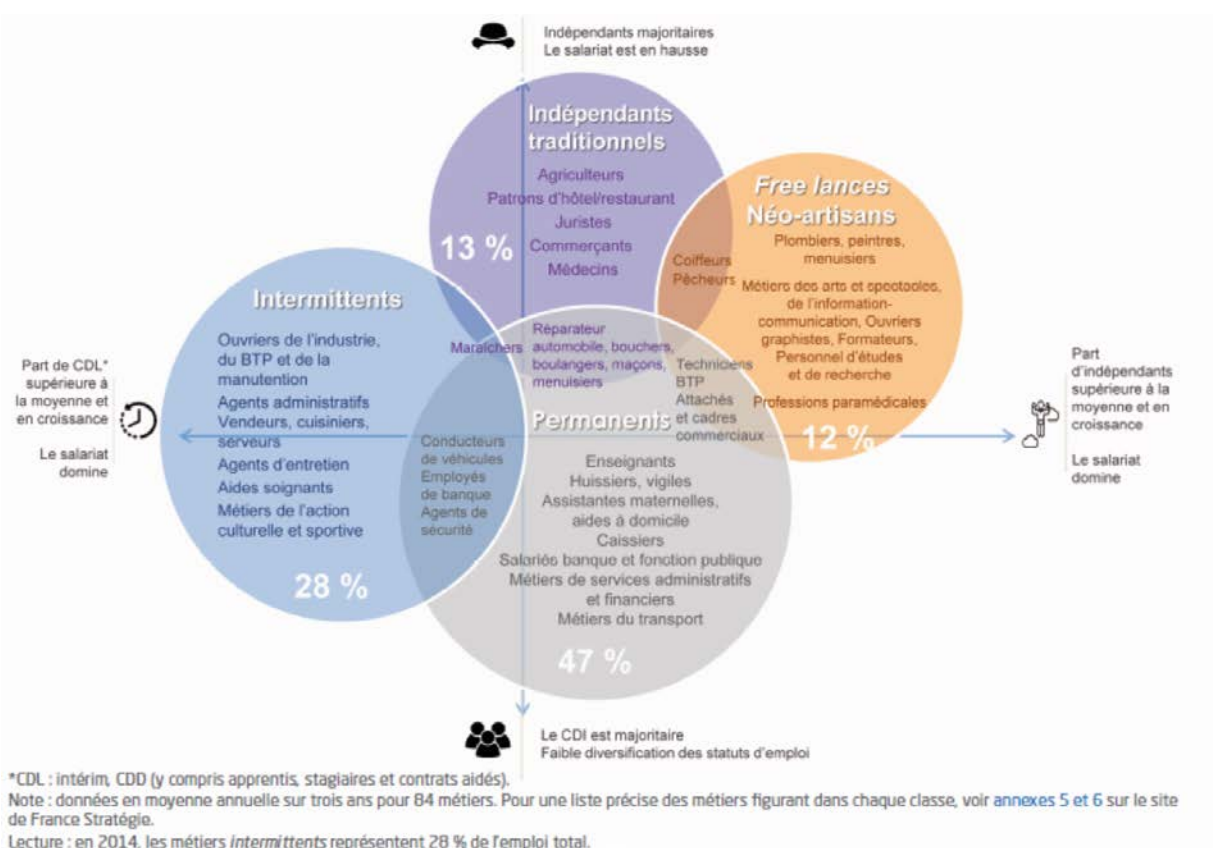
Lecture : en 2012-2014, au sein des métiers *intermittents* la part de CDL s'élève à 22 % contre 12 % dans l'emploi total.

Source : France Stratégie, à partir des Enquêtes Emploi 1982-2014 (DARES-INSEE)

²⁵ Source : INSEE, résultats de l'enquête emploi 2016

²⁶ C JOLLY & J FLAMAND, Salariés ou indépendants une question de métier ? Note d'analyse n°30, France Stratégie, septembre 2017

Schéma 4 : Typologie des métiers selon les statuts d'emploi



Source : France Stratégie, à partir des Enquêtes Emploi 1982-2014 (DARES-INSEE)

Les non-salariés ne bénéficient pas sauf exception d'un service de prévention au travail, et leur maintien en emploi comporte des aspects spécifiques liés à la vie même de l'entreprise, qui peut être menacée par la maladie ou le handicap du chef d'entreprise ; ils représentent en 2016 3,1 millions de personnes soit 10,5 % des actifs.

Les salariés sont au nombre de 23,4 millions. Ils bénéficient tous en principe d'un suivi au titre de la santé au travail, mais un statut permanent, tel que celui conféré par un CDI, est le plus stable pour bénéficier pleinement de ce service.

L'obligation d'emploi de travailleurs handicapés (OETH) implique que tout employeur (public ou privé) occupant au moins 20 salariés ou agents doit employer des personnes en situation de handicap dans une proportion de 6 % de son effectif²⁷. En 2013, les entreprises du secteur concurrentiel soumises à l'OETH²⁸ employaient 386 700 personnes en relevant (soit 3,3 % de leurs

²⁷ Sont bénéficiaires de l'obligation d'emploi les travailleurs reconnus handicapés par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) ; les accidentés du travail ou victimes de maladies professionnelles si leur incapacité permanente est au moins égale à 10 % et les titulaires d'une rente ; les titulaires d'une pension d'invalidité à condition que leur invalidité réduise au moins des 2/3 leur capacité de travail ou de gain ; les pensionnés de guerre ou assimilés (les veufs ou orphelins de guerre peuvent, sous certaines conditions, être assimilés aux travailleurs handicapés) ; les sapeurs-pompiers volontaires titulaires d'une allocation ou d'une rente d'invalidité attribuée en raison d'un accident survenu ou d'une maladie contractée en service ; les titulaires de la carte mobilité inclusion (CMI) portant la mention « invalidité » ; les titulaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH)

²⁸ Entreprises privées et Etablissements publics industriels et commerciaux (EPIC)

effectifs). Les trois fonctions publiques et assimilées²⁹ en employaient 209 000 cette même année (soit 4,6 % des emplois directs et 4,9 % des emplois directs et indirects³⁰)³¹.

L'enquête emploi permet de distinguer les employeurs publics, dont les 5,4 millions de salariés (fonctionnaires et contractuels de droit public) qui relèvent d'un corpus législatif particulier et d'acteurs et de mécanismes de coordination spécifiques, et les employeurs privés, dont relèvent 18 millions de salariés.

La présente mission s'est intéressée principalement aux dispositifs de maintien en emploi de ces salariés, qui représentent 77 % des salariés et 67 % des actifs occupés. Parmi eux, les salariés agricoles, au nombre de 1,7 millions, sont suivis par un service de santé au travail spécifique intégré à la mutualité sociale agricole (MSA).

Les grandes entreprises et les entreprises de taille intermédiaire offrent une diversité de postes, ce qui peut faciliter le maintien dans l'emploi de leurs salariés. Mais le tissu industriel et commercial français se caractérise en 2014 par une proportion élevée de microentreprises (96 % des entreprises ont moins de 10 salariés) et de petites et moyennes entreprises (3,4 % des entreprises de 10 à 250) qui représentent 99 % des 4 millions d'entreprises françaises³² et emploient 47 % des salariés du secteur concurrentiel.

Tableau 2 : Répartition de l'emploi salarié selon la structure des entreprises concurrentielles en France en 2014³³

En proportion, au 31/12/2014	Grandes entreprises (GE) > 50 000 salariés	Entreprises taille intermédiaire (ETI) 250-4999 salariés	Petites et moyennes entreprises (PME) 10-249 salariés	Microentreprises (MIC) < 10 salariés	Ensemble
Part des entreprises	0,01 %	0,13 %	3,41 %	96,45 %	100,00 %
Part des effectifs salariés	29 %	23 %	28 %	19 %	100 %
Part des effectifs salariés en EQTP	30 %	24 %	28 %	19 %	100 %

Source : INSEE/ Chiffres clés/ Caractéristiques des entreprises par catégorie en 2014

Toutefois, les effectifs salariés des PME - qui comprennent entre 10 et 249 salariés - sont principalement employés au sein d'entreprises de plus de 20 salariés (77 % des effectifs salariés des PME)³⁴.

²⁹ Etat et Collectivités territoriales, et leurs établissements publics autres que les EPIC ; établissements publics de la FPH ; organismes consulaires ; EPA nationaux de la sécurité sociale

³⁰ Emplois directs (bénéficiaires de l'obligation d'emploi (article L.323-4-1 du code du travail) ; Emplois indirects i.e. les équivalents bénéficiaires calculés sur la base des dépenses déductibles (article L.323-8-6-1 du code du travail)

³¹ Cf. BARHOUMI L & CHABANON L, Emploi et chômage des personnes handicapées, DARES synthèse stat n°17, novembre 2015

³² On rappelle que l'INSEE distingue les *microentreprises* de moins de 10 salariés (également appelées très petites entreprises (TPE)), les *petites et les moyennes entreprises (PME)* de 10 à 249 salariés, les *entreprises de taille intermédiaire (ETI)* qui en comptent entre 250 et 4 999, et les *grandes entreprises (GE)* dont l'effectif est supérieur ou égal à 5 000. Source : Décret n° 2008-1354 du 18 décembre 2008 relatif aux critères permettant de déterminer la catégorie d'appartenance d'une entreprise pour les besoins de l'analyse statistique et économique

³³ Entreprises de l'ensemble de l'économie hors agriculture et emplois publics dans les secteurs non marchands (administration, éducation, santé et action sociale)

2.2 Approche par les risques professionnels : une forte concentration du risque sur les métiers ouvriers du BTP et de l'industrie, et les professions du soin et des services aux particuliers

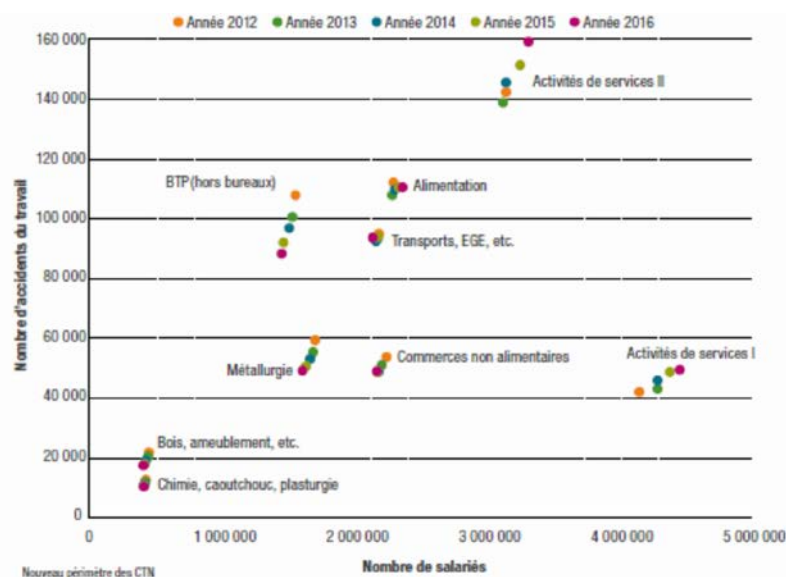
Le dernier rapport annuel de la branche AT-MP fait état pour 2016 d'une sinistralité maintenue à un niveau bas grâce à une baisse de 0,3 % de la fréquence des accidents du travail et de 4,3 % du nombre des nouvelles maladies professionnelles³⁵.

2.2.1 Les accidents du travail par secteur d'activité professionnelle

La sinistralité des accidents du travail a fortement baissé et atteint un niveau historiquement bas : elle était en moyenne de 33,8 accidents pour 1 000 salariés en 2016, contre 120 accidents pour 1 000 salariés lors de la création de la branche, en 1946. Le nombre de décès imputable aux accidents du travail est également en baisse de 5,7 %, soit 514 décès en 2016.

La manutention (53 %) et les chutes de hauteur (13 %) ou de plain-pied (12 %) constituent avec l'outillage à main (9 %) les principales circonstances d'accidents du travail³⁶. Une concentration des risques et des sinistres est relevée dans certaines branches ou secteurs d'activité professionnelle comme le secteur du BTP (en baisse) et les activités de services (intérim, santé, nettoyage...) en hausse.

Graphique 1 : Sinistralité AT 2012 à 2016 selon les secteurs d'activité



Source : CNAM/DRP Rapport annuel 2016 de l'assurance maladie – risques professionnels

La sinistralité AT du secteur de l'aide et des services à la personne, avec une moyenne de 94,6 AT pour 1 000 salariés, est presque trois fois supérieure à la moyenne, en augmentation de 2 %. Le secteur de l'intérim est également en hausse, de 7,8 % en 2016.

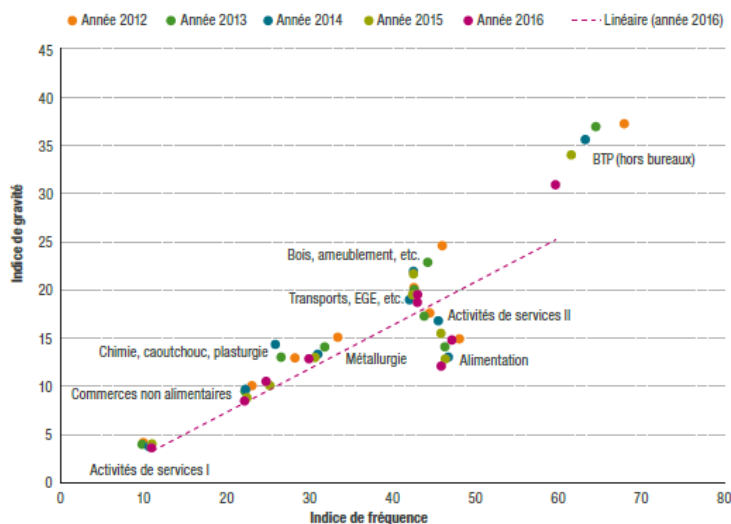
³⁴ Source : Insee, DADS ; calculs DARES et IGAS.

³⁵ CNAM/DRP Rapport annuel 2016 de l'assurance maladie – risques professionnels

³⁶ Statistiques pour les AT 2016 en 1er règlement avec au moins 4 jours d'arrêt dans l'année par risque à l'origine de l'accident

La dangerosité d'un secteur professionnel peut être appréciée en croisant fréquence et gravité des AT : le secteur du BTP reste de ce point de vue le plus exposé, avant celui des industries du bois [...³⁷] et des transports [...³⁸] enfin celui des activités de services II [intérim, santé, nettoyage,...]

Graphique 2 : Croisement fréquence vs gravité des AT de 2012 à 2016 par secteur d'activité



Source : CNAM/DRP Rapport annuel 2016 de l'assurance maladie – risques professionnels par comité technique national (CTN)

2.2.2 Les maladies professionnelles par secteur d'activité professionnelle et focus sur les TMS

Le nombre des maladies professionnelles (MP) prises en charge poursuit sa diminution, avec une baisse de 4,3 % en 2016 (48 762 contre 50 960 en 2015). Les troubles musculo-squelettiques constituent toujours la grande majorité des MP (87 %), mais connaissent une baisse importante (-4,1 %). Les maladies liées à l'amiante qui représentent un peu moins de 7 % du total de MP, sont quant à elles en baisse de 9,5 %. On dénombre 382 décès imputés aux MP en 2016 ; ce nombre est stable par rapport à 2015.

Ces pathologies sont également concentrées sur certains secteurs d'activité. Ainsi, les troubles musculo-squelettiques (TMS) sont plus fréquents dans le secteur du « Bois, ameublement, papier-carton, textile, cuirs et peaux, etc. » (Indice de Fréquence = 5,3).

³⁷ de l'ameublement, du papier-carton, du textile, du vêtement, des cuirs et des peaux et des pierres et terres à feu

³⁸ de l'eau, du gaz, de l'électricité, du livre et de la communication

Tableau 3 : Evolution du nombre des maladies professionnelles en France 2012-2016 par grande catégorie (en italique, taux d'évolution annuelle)

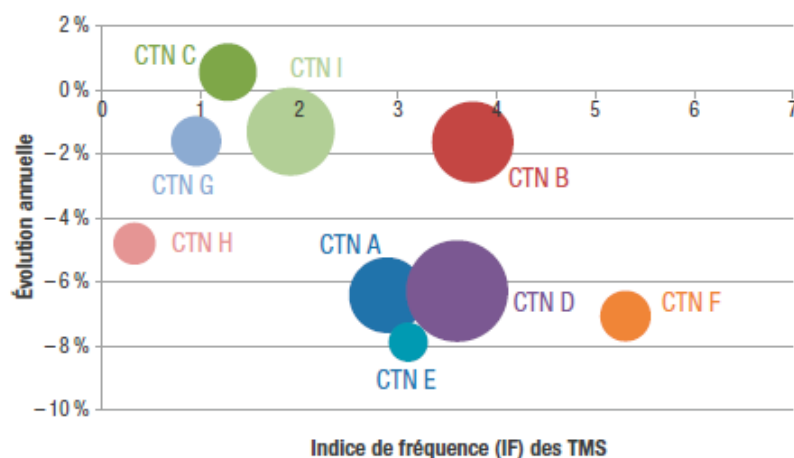
	2012	2013	2014	2015	2016
Troubles musculo-squelettiques (TMS)	46 538 -1,9%	44 680 -4,0%	45 079 0,9%	44 349 -1,6%	42 535 -4,1%
Cancers liés à l'amiante y compris mésothéliomes	1 579 2,9%	1 415 -10,4%	1 363 -3,7%	1 469 7,8%	1 409 -4,1%
Amiante (toutes pathologies)	4 532 -7,1%	4 065 -10,3%	3 673 -9,6%	3 696 0,6%	3 345 -9,5%
Autres tableaux fortement représentés hors cancers (surdités, allergies, asthmes, eczémas, silice...)	1 937 7,9%	1 653 -14,7%	1 664 0,7%	1 598 -4,0%	1 448 -9,4%
Cancers hors amiante	323 62,3%	292 -9,6%	322 10,3%	335 4,0%	369 10,1%
Autres tableaux de MP	471 -19,6%	415 -11,9%	444 7,0%	396 -10,8%	347 -12,4%
MP hors tableaux (y compris cancers)	214 34,6%	347 62,1%	449 29,4%	586 30,5%	718 22,5%
Total MP	54 015 -1,9%	51 452 -4,7%	51 631 0,3%	50 960 -1,3%	48 762 -4,3%

Données nationales AT/MP issues des bases annuelles SGE TAPRI sur les neuf CTN, compte spécial, bureaux et sièges sociaux, et catégories professionnelles particulières

Source : CNAM/DRP Rapport annuel 2016 de l'assurance maladie – risques professionnels

Tous les secteurs connaissent une diminution de l'indice de fréquence hormis le secteur du CTN C³⁹, qui augmente de 0,6 %. Le graphique suivant détaille ces évolutions et l'importance du secteur d'activité⁴⁰.

Graphique 3 : Evolution de la fréquence des TMS par secteur d'activité de 2012 à 2016⁴¹



Source : CNAM/DRP Rapport annuel 2016 de l'assurance maladie – risques professionnels

³⁹ Industries des transports, de l'eau, du gaz, de l'électricité, du livre et de la communication

⁴⁰ Chaque bulle représente un comité technique national (hors bureaux et sièges + compte spécial) et le diamètre de la bulle rend compte du nombre de victimes TMS ;

⁴¹ Les neuf CTN correspondent aux secteurs d'activité suivants : CTN A : industries de la métallurgie ; CTN B : industries du bâtiment et des travaux publics ; CTN C : industries des transports, de l'eau, du gaz, de l'électricité, du livre et de la communication ; CTN D : services, commerces et industries de l'alimentation ; CTN E : industries de la chimie, du caoutchouc, de la plasturgie ; CTN F : industries du bois, de l'ameublement, du papier-carton, du textile, du vêtement, des cuirs et des peaux et des pierres et terres à feu ; CTN G : commerce non alimentaire ; CTN H : activités de services I (banques, assurances, administrations...) ; CTN I : activités de services II (intérim, santé, nettoyage,...)

Ces évolutions à la baisse de la sinistralité ATMP permettent à la branche d'afficher un solde positif depuis plusieurs années.

2.2.3 Les interruptions de tâche pour préserver sa santé ou sa sécurité

L'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS) a exploité en 2013 la question posée directement à un échantillon de salariés sur leur utilisation du droit de retrait. Ce droit créé par la loi Auroux du 23 décembre 1982⁴² prévoit que « *Le travailleur alerte immédiatement l'employeur de toute situation de travail dont il a un motif raisonnable de penser qu'elle présente un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé ainsi que de toute défectuosité qu'il constate dans les systèmes de protection. Il peut se retirer d'une telle situation.* ».

En 2010, 12 % des salariés interrogés dans l'enquête SUMER ont fait état de l'application de ce droit au cours des 12 derniers mois. Ce taux varie selon les secteurs d'activité.

Graphique 4 : Proportion de salariés déclarant une interruption ou un refus de tâche selon le secteur d'activité (en %)



Source : DARES-DGT-DGAFF, Enquête SUMER 2010

Les ouvriers, qualifiés ou non, sont surreprésentés parmi les salariés ayant déclaré avoir exercé leur droit de retrait : ils constituent 38 % des répondants alors qu'ils ne constituent que 29 % de la population des salariés.

⁴² Article L 4131-1 du Code du travail

Tableau 4 : Statut et CSP des salariés déclarant une interruption ou un refus de tâche

	Salariés déclarant une interruption ou un refus de tâche							Ensemble des salariés
	Isolés	Harcelés	Agressés	Ouvriers de métier	Ouvriers non qualifiés fragilisés	Stressés	Peu exposés	
Proportion de femmes	57	44	57	6	28	43	56	45
Proportion de moins de 30 ans	15	20	31	36	33	16	24	23
Proportion de 50 ans ou plus	28	21	17	11	17	19	23	23
STATUT DANS L'EMPLOI								
Apprentis et stagiaires	0	1	1	5	2	1	2	2
Intérimaires	1	1	1	3	7	1	4	2
CDD	8	7	7	7	5	4	11	8
CDI	71	76	50	77	76	74	63	71
Fonctionnaires	19	13	36	7	6	18	20	16
Agents à statut	0	3	5	2	4	3	2	2
GROUPE SOCIOPROFESSIONNEL								
Cadres et professions intellectuelles sup.	2	8	2	3	1	42	7	15
Professions intermédiaires	8	24	30	15	13	36	22	23
Employés	59	32	52	7	18	15	45	33
Ouvriers	31	36	16	76	68	8	26	29

Source : DARES-DGT-DGAFF, Enquête SUMER 2010

La probabilité de faire une telle déclaration est corrélée à l'état de santé : plus celui-ci est perçu comme mauvais, plus le salarié sera enclin à refuser ou interrompre son activité.

Les risques professionnels se recoupent alors avec les risques liés à l'état de santé, qui sont abordés ci-après.

2.3 Approche par les risques liés à l'âge, au handicap et à l'état de santé

Une santé altérée est défavorable au maintien en emploi :

- Dans l'enquête emploi, en 2014/2015, 8 % des inactifs et des chômeurs (soit 700 000 des 8 millions de personnes qui parmi eux ont déjà travaillé) déclarent que la survenue d'une maladie ou d'une invalidité est la circonstance principale de la rupture de leur contrat antérieur et du chômage ;
- Chez les salariés licenciés pour inaptitude, la persistance des problèmes de santé réduit les chances de se réinsérer de 7 à 15 points selon l'intensité du problème, par rapport à un chômeur témoin licencié pour un autre motif que l'inaptitude⁴³.

L'enquête longitudinale 2006-2010 Santé et itinéraires professionnels (SIP)⁴⁴ permet d'estimer l'impact qu'un mauvais état de santé fait peser sur le risque de perte d'emploi : **l'écart est d'environ 15 points de taux d'emploi avec les personnes déclarant une santé non altérée**. Ce chiffre est un minorant car, par ailleurs, les personnes à la santé fragile étaient plus nombreuses à prendre leur retraite entre 2006 et 2010. Les problèmes de santé mentale augmentent davantage ce risque de sortie de l'emploi que les incapacités physiques, notamment chez les hommes.

⁴³ BLACHE G & MABROUKI A. Licenciés pour inaptitude : les effets positifs de l'accompagnement par Pôle Emploi. Eclairage et synthèse, n°31, mars 2017

⁴⁴ METTE Corinne, « Le devenir professionnel des actifs en mauvaise santé. Un maintien en emploi plus difficile ». DARES, Analyses, n°68, septembre 2015. Enquête sur période 2006-2010.

L'enquête « La vie deux ans après le cancer » (VICAN 2)⁴⁵ montre que, parmi dix personnes en activité au moment du diagnostic de cancer, trois auront perdu ou quitté leur activité deux ans après. Le taux d'activité deux ans après le diagnostic a baissé de 8 points entre les deux enquêtes VICAN 1 et 2 de 2010 et 2012.

Les événements de santé sont plus fréquents et ont davantage d'impact en termes de maintien en emploi chez les bénéficiaires de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés (BOETH). La DARES a produit en 2011 une étude sur les parcours professionnels des personnes ayant une reconnaissance administrative de leur handicap⁴⁶. Tous ont connu un problème de santé ; il a impacté la vie professionnelle de 60 % d'entre eux. Alors que seulement une personne sur deux sans RQTH a connu un problème de santé et il n'a impacté la vie professionnelle que pour 20 % d'entre eux.

2.3.1 Les actifs occupés de plus de 50 ans

Le risque de survenue d'un problème de santé augmente avec l'âge. Dans une première approche, on pourrait considérer que les plus de 50 ans concentrent la probabilité de survenue d'un ou plusieurs événements de santé. Ainsi, dans les études régionales ou localisées de certains services de santé au travail, près des 3/4 des salariés repérés comme présentant « une inadéquation santé et travail » ont plus de 50 ans⁴⁷.

La catégorie des 50 ans et plus est en forte croissance. Elle représentait 26 % de la population active (au sens du BIT) en 1975 et 33 % (9,3 millions de personnes) en 2015, soit une progression de 58 % en 40 ans.

Tableau 5 : Evolution de la population active entre 1975 et 2015 en France métropolitaine et part des 50 ans et plus

Effectifs en milliers	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2015	Evol. 1975 - 2015
Effectifs 15 ans et +	22630	23864	24366	24840	25323	26195	27305	28236	28726	27 %
Effectifs des 50 ans et +	5911	5502	5141	4763	4433	5356	6614	7763	9345	58 %
Part des plus de 50 ans	26 %	23 %	21 %	19 %	18 %	20 %	24 %	27 %	33 %	25 %

Source : INSEE/ enquêtes Emploi / France métropolitaine, population des ménages, 15 ans et plus

Le recul de l'âge de la retraite conduit à une remontée très importante des 60 ans et + dans la population active : les effectifs de cette tranche d'âge, après avoir beaucoup baissé entre 1975 et 2000, retrouvent en 2015 pratiquement leur niveau de 1975.

⁴⁵ INSERM/INCA La vie deux ans après un diagnostic de cancer, deuxième enquête, juin 2014,

⁴⁶ Les parcours professionnels des personnes ayant une reconnaissance administrative de leur handicap, DARES Analyse, n°41, juin 2011

⁴⁷ Cf. Etude prévention de la désinsertion professionnelle du SIST VO IDF sur les salariés en inadéquation santé et travail en 2016.

Tableau 6 : Evolution des 60 ans et plus dans la population active entre 1975 et 2015

Effectifs en milliers	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2015	Evol. 1975 - 2015
60 ans et +	1 568	855	785	621	460	405	501	875	1 463	-7 %
Part des 60 ans et +	7 %	4 %	3 %	3 %	2 %	2 %	2 %	3 %	5 %	-26 %

Source : INSEE/ enquêtes Emploi / France métropolitaine, population des ménages, 15 ans et plus

La « seniorisation » de l'emploi devrait se poursuivre. Dans sa dernière publication relative à l'évolution de la structure de l'emploi en France, l'INSEE relève que « la participation croissante des seniors au marché du travail, ininterrompue malgré la crise de 2008, est liée aux réformes des retraites de la dernière décennie. Ainsi, l'âge légal de départ en retraite a reculé progressivement et la durée de cotisation pour partir en retraite à taux plein s'est allongée. La progression de l'activité des seniors se poursuit en 2015 (+ 1,1 point, après + 1,4 point en 2014), mais à un rythme moindre qu'en 2012 (+ 3,0 points). Ce ralentissement fait suite à l'assouplissement des conditions de départ en retraite anticipée pour carrière longue à partir de novembre 2012 et au rythme de relèvement de l'âge légal de départ en retraite »⁴⁸.

Une récente étude de la Dares⁴⁹ sur le temps partiel confirme l'impact de cette évolution sur la problématique de santé au travail : 23 % des salariés de 55 à 64 ans travaillent à temps partiel, contre 18 % des 30-54 ans. Alors que ces derniers invoquent plutôt des raisons familiales, les seniors y recourent plus souvent pour des raisons de santé, avec de fortes inégalités puisque les ouvriers ont 5,6 fois plus de chances que les cadres de déclarer être à temps partiel pour des raisons de santé.

2.3.2 Les situations de handicap chez les actifs occupés

On dispose depuis 2013, de données sur l'état de santé de l'INSEE et de la DARES basées sur les déclarations des actifs occupés, i.e. les actifs en emploi, salariés ou indépendants, soit les 25,5 M de personnes décrites supra⁵⁰.

Encadré 1 : Les questions du module H de l'enquête Emploi de l'INSEE

Un module de quatre questions sur la santé a été intégré à l'enquête Emploi depuis 2013. Les trois premières questions, qui interrogent sur la santé et le handicap perçus, correspondent au mini-module européen préconisé par Eurostat pour l'ensemble des enquêtes ménages. La première question vise à mesurer l'état de santé général des personnes. La deuxième évalue l'existence de problèmes de santé de longue durée ou chroniques. La troisième cherche à capter les limitations dans les activités quotidiennes (celles « que les gens font habituellement »). La quatrième porte sur la reconnaissance administrative du handicap, et permet de cerner plus spécifiquement la population ayant obtenu une telle reconnaissance administrative.

Source : DARES⁵¹.

⁴⁸ INSEE Première, n°1602, juin 2016. Ibid.

⁴⁹ DARES Analyses n°050, août 2017

⁵⁰ Un module Santé a été introduit dans l'Enquête emploi en continu à partir de l'année 2013. L'exploitation des données portant sur la France entière n'est possible qu'à partir de l'année 2014. L'exploitation en tendance porte donc sur le champ de la France métropolitaine pour permettre la comparaison à champ constant de 2013 à 2015.

⁵¹ Travailleurs handicapés : quel accès à l'emploi en 2015 ? DARES Analyse, mai 2017, n°32

Les données relatives à l'impact du handicap sur l'emploi sont significatives. **Près de 20 % des actifs déclarent un problème de santé chronique** ou une maladie soit 5 millions de personnes. Les actifs occupés bénéficiant d'une **reconnaissance administrative du handicap**⁵² **représentent un million de personnes, soit environ 4 % des actifs occupés.**

Tableau 7 : Estimation des effectifs des actifs occupés déclarant un état de santé altéré et/ou une reconnaissance du handicap en 2015 en France métropolitaine

Catégorie	Effectifs 2015 (%)	Tendance 2013-2015	
H1 Etat de santé mauvais ou très mauvais	0,74 M (3 %)	Baisse	5.5 %
H2 Maladie ou problème de santé chronique	5 M (19.6 %)	Baisse	3.4 %
H3 Fortement limité dans vie quotidienne	0,68 M (2.6 %)	Baisse	11.6 %
H4 Reconnaissance administrative handicap ou perte autonomie	1,08 M (4 %)	Hausse	4.7 %

Source : INSEE-DARES/Enquêtes Emploi- Réponses aux questions du module H. France métropolitaine

On note que la catégorie des actifs occupés avec reconnaissance administrative du handicap est la seule qui ait progressé entre 2013 et 2015.

Les questions relatives au module santé de l'enquête emploi rapportées dans le tableau *supra* sont indépendantes entre elles. La dernière isole les personnes ayant une reconnaissance administrative. Cette définition est restrictive. En effet, beaucoup d'actifs occupés, bien que fortement limités dans leur vie quotidienne et/ou déclarant un mauvais état de santé, n'ont pas demandé cette reconnaissance. Dans une approche s'inspirant de la définition large de la loi de 2005 qui tient compte de l'interaction entre l'individu et son environnement, la DARES a ajouté aux personnes déclarant être reconnues administrativement (personnes répondant OUI à la question H4), celles dont le handicap n'est pas reconnu administrativement mais qui déclarent un problème de santé durable (H2) accompagné de difficultés dans les tâches quotidiennes (H3). **Le nombre total de cette population considérée par la DARES comme « en situation de handicap au sens large » peut être estimé à 2,57 millions soit 10 % des actifs occupés.**

Tableau 8 : Estimation de la population 2015 déclarant une reconnaissance administrative du handicap ou considérées comme présentant un handicap « au sens large » de la loi de 2005

Effectifs 2015 en milliers	Total	actifs occupés	Chômeurs	Inactifs
population 15-64 ans	39,7	25,4	3,18	11,12
Déclaration d'une reconnaissance administrative d'un handicap ou d'une perte d'autonomie	2,67	0,93	0,21	1,52
Situation de handicap "au sens large" DARES	5,70	2,57	0,46	2,68

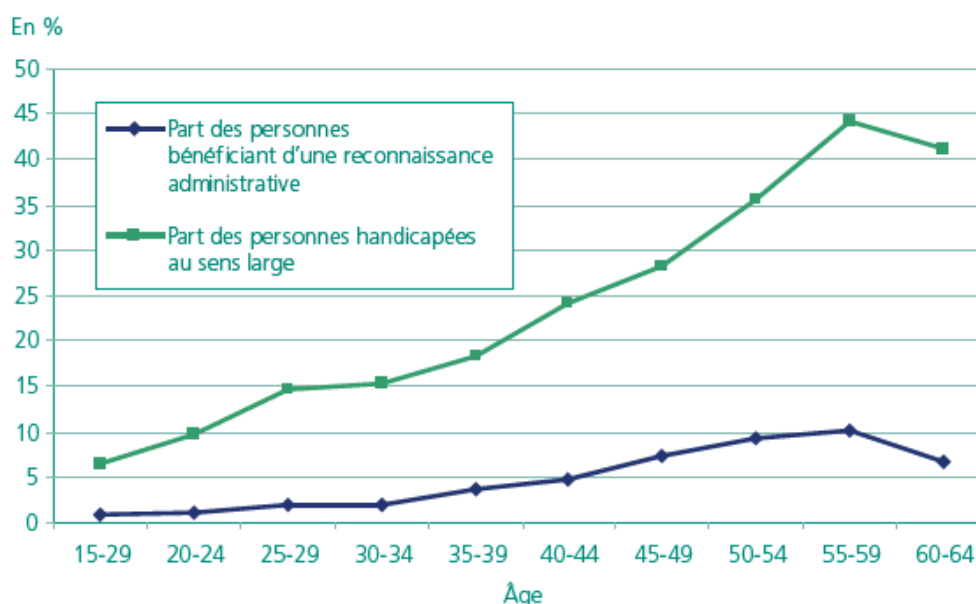
Source : INSEE/ DARES Enquête Emploi 2015, France métropolitaine/ Traitement IGAS

⁵² En 2011, 5 % de la population de 15 – 64 ans en emploi ou non déclarait bénéficier d'une reconnaissance administrative du handicap; les principales modalités de cette reconnaissance ouvrant droit à l'OETH étaient la RQTH (59%), la pension d'invalidité (39 %), la carte d'invalidité (39 %) et l'AAH (35%). 60 % des répondants disposent de plus d'une modalité de cette reconnaissance. Source : DARES Analyse, n°66, octobre 2013

En se basant sur leurs déclarations, chez les personnes en situation de handicap au sens administratif ou au contraire «au sens large», la prévalence de la population active occupée potentiellement concernée par un risque de désinsertion professionnelle peut donc être estimée respectivement entre 1 et 2,5 millions de personnes (soit entre 4 et 10 %). Appliqué aux seuls salariés, toujours sous hypothèse d'équivalence entre salariés et non-salariés, on obtient une fourchette entre 0,9 et 2,3 millions de salariés, dont 0,7 à 1,7 millions pour le secteur concurrentiel.

Il existe logiquement, comme pour la survenue des problèmes de santé, une relation étroite entre âge et fréquence du handicap.

Tableau 9 : Proportion des personnes handicapées par classe d'âge⁵³



Source : INSEE, Enquête complémentaire à l'enquête emploi de 2011, Traitement DARES

2.3.3 Les personnes présentant une maladie chronique évolutive

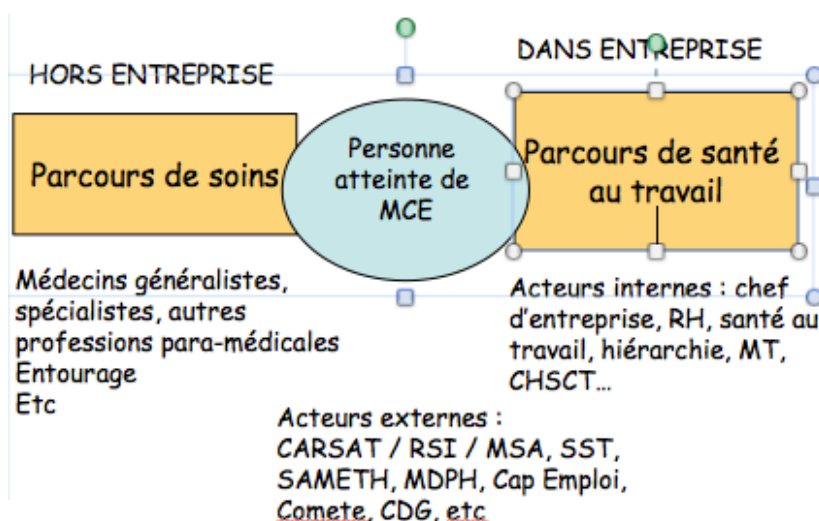
Le plan Maladies chroniques 2007-2011⁵⁴ définit les maladies chroniques évolutives (MCE) par la présence d'une cause organique, psychologique ou cognitive, une ancienneté de plusieurs mois et un retentissement de la maladie sur la vie quotidienne. Il y est fait état de 15 millions d'habitants présentant en 2007 une maladie chronique évolutive (22 % de la population).

Plusieurs caractéristiques rendent particulier l'accompagnement des salariés qui présentent une MCE : la chronicité, par définition, l'invisibilité de certaines de ces maladies (ex diabète), l'évolutivité et enfin l'imprévisibilité des évolutions, avec alternance entre phase aiguë et phase chronique. Ces caractéristiques nécessitent, pour la personne atteinte de maladie chronique évolutive, d'articuler deux parcours parallèles : dans le système de soins et dans le système professionnel, comme décrit dans le schéma suivant.

⁵³ Accès à l'emploi des personnes handicapées en 2011, DARES Analyse, n°066, Octobre 2013

⁵⁴ CNAMTS. Présentation La PDP : Une priorité inscrite dans les plans nationaux, Journée nationale du réseau - 4 juin 2015 « Agir ensemble pour le retour à l'emploi »

Schéma 5 : Parcours santé et travail des patients atteints de maladie chronique évolutive



Source : « Guide du maintien dans l'emploi dans le secteur privé » DIRECCTE Région Centre Val de Loire, février 2014.

La part des porteurs d'une maladie chronique évolutive en emploi n'est pas connue. On sait qu'un peu moins de la moitié de la population en affection de longue durée (ALD) du régime général est âgée de 20 à 64 ans (44 %) soit 4,4 millions de personnes, mais la part des salariés actifs occupés en ALD n'est pas connue. Dans le plan maladies chroniques il est estimé que 15 % des travailleurs français seraient concernés.

Les trois affections de longue durée les plus fréquentes sont, pour les salariés du régime général, le diabète (2,4 millions de personnes, 25 % des exonérations pour affection sur liste), les tumeurs malignes (2 millions, 21 %) et les affections psychiatriques de longue durée (1,2 million, 13 %). Parmi les personnes de 15 – 64 ans en âge de travailler, on relève la part prépondérante de l'ALD « affections psychiatriques » dont plus de la moitié des bénéficiaires a moins de 50 ans. La croissance des effectifs de bénéficiaires du dispositif des affections sur liste est estimée à +4,9 % par an entre 2005 et 2012, puis +2,7 % par an entre 2012 et 2014⁵⁵.

2.3.4 Focus sur le cancer, troubles mentaux et obésité

2.3.4.1 Les personnes présentant un cancer

Les pathologies cancéreuses ont fait l'objet d'une attention particulière avec les trois plans cancers qui se sont succédé de 2003 à ce jour⁵⁶. Le second plan a mis l'attention sur la nécessaire production de connaissances et individualisé une action spécifique sur le maintien en emploi⁵⁷.

⁵⁵ Les bénéficiaires du dispositif des affections de longue durée en 2014 et les évolutions depuis 2005, CNAMTS, points de Repères n°46, CNAMTS, juin 2016

⁵⁶ Plan cancer 2003-2007, 2009-2013 et 2014-2019

⁵⁷ ACTION 29.1 Étudier les moyens de lever les obstacles au maintien dans l'emploi ou à la réinsertion professionnelle des personnes atteintes de cancer et de leurs aidants naturels.

Mais ce thème s'est encore renforcé dans le plan 2014-2019 avec trois actions spécifiques anticipant celles développées dans le 3^{ème} plan santé au travail 2016-2020⁵⁸.

Le cancer est une pathologie de l'âge adulte avec 40 % des nouveaux cas survenant avant 65 ans. L'âge médian au diagnostic est de 68 ans chez les hommes et 67 ans chez les femmes. Les principaux cancers qui représentaient en 2008 les 2/3 des cancers survenant avant 65 ans étaient par ordre décroissant : le cancer du sein (femme), de la prostate (homme), de la thyroïde, du colon rectum, de la peau (femme), du poumon (homme), du corps et du col de l'utérus et du poumon (femme)⁵⁹ ; les taux de mortalité sont en baisse chez les hommes (-2,9 %) et les femmes (-1,4 %).

En 2015, on estime que 146 000 nouveaux cas de cancer sont survenus chez les personnes en emploi soit cinq nouveaux cas pour mille.

Tableau 10 : Incidence et prévalence des pathologies cancéreuses en France

	Prévalence	Incidence
Cancers toute population > 15 ans	* Prévalence totale de la population ayant eu un cancer au cours de sa vie ⁶⁰ : 3 millions soit 6,4 % de la population masculine de 15 ans et plus et 5,3 % de la population féminine * Prévalence partielle à 3 ans : 720 000 ⁶¹	385 000 nouveaux K/an (2015) dont 150 000 chez moins de 65 ans (40 %)
Dont en emploi lors du diagnostic de K	nd.	146 000 nouveaux cas/an soit 5 personnes pour mille personnes en emploi

Source : INVS- INCA/ INSERM/ Enquête VIKAN ²⁶²

2.3.4.2 Focus sur les troubles mentaux

On distingue traditionnellement le handicap psychique dont il sera ici question du handicap mental⁶³. Cinq des dix pathologies les plus préoccupantes de notre 21^{ème} siècle sont, selon l'OMS, des maladies mentales : schizophrénie, troubles bipolaires, addictions, dépression et troubles obsessionnels compulsifs. Ces troubles affecteront au moins une personne sur quatre dans sa vie, dont une part importante à l'âge adulte, chez des personnes en emploi ou en âge de travailler.

⁵⁸ Action 9.5 : Responsabiliser l'entreprise dans toutes ses composantes sur l'objectif de maintien dans l'emploi ou la réinsertion professionnelle / Action 9.6 : Progresser dans la coordination territoriale des différents acteurs qui interviennent pour le maintien dans l'emploi ou son accès./ Action 9.7 : Valoriser le travail réalisé sur le maintien dans l'emploi pour le faire connaître et le développer

⁵⁹ INVS/ Prévalence partielle à 1 an des cancers selon la classe d'âge, en 2008.

⁶⁰ Prévalence totale estime le nombre de personnes atteintes ou ayant été atteintes de cancer et vivantes à une date donnée, quelle que soit l'antériorité du diagnostic Source : INVS

⁶¹ La prévalence partielle estime le nombre de personnes atteintes ou ayant été atteintes d'une pathologie cancéreuse et vivantes à une date donnée dont le diagnostic a été réalisé au cours d'une période de temps limitée. Source : INVS/

⁶² INSERM/INCA La vie après le cancer. De l'annonce à 2 ans à l'après-cancer. Juin 2014

⁶³ Le premier est la conséquence de troubles psychiques limitant l'activité et la participation sociale et professionnelle. Il peut être associé à des troubles cognitifs, mais il n'implique pas de déficience intellectuelle. Le second est la conséquence d'une déficience intellectuelle, que l'OMS définit comme « un arrêt du développement mental ou un développement mental incomplet ».

En France, la prise en charge des pathologies psychiatriques⁶⁴ et des médicaments psychotropes⁶⁵ a représenté le premier poste de dépenses par pathologie du régime général en 2014 (22,6 milliards d'euros, soit 15 % des dépenses totales)⁶⁶. Cette même année, le principal poste de dépenses d'IJ maladie ou ATMP concernait la santé mentale⁶⁷. Ces pathologies sont de plus la première cause d'arrêts de travail de longue durée, dont on sait qu'ils contribuent fortement à la désinsertion professionnelle.

12 % des femmes et 6 % des hommes âgés de 30 à 55 ans qui travaillent déclarent souffrir d'au moins un trouble mental⁶⁸. Dans l'enquête longitudinale 2006-2010 Santé et itinéraires professionnels (SIP), 86 % des femmes et 82 % des hommes porteurs de ces troubles en 2006 avaient conservé une activité professionnelle en 2010, contre respectivement 92 % et 93 % des personnes n'en déclarant pas, soit un écart de respectivement six et neuf points de pourcentage. Pour les hommes, le fait de déclarer souffrir d'un trouble mental en 2006 a été spécifiquement associé à une diminution du maintien en emploi quatre ans plus tard ; concernant les femmes, aucune relation statistique significative de ce type n'a été identifiée, après prise en compte de leur santé générale⁶⁹.

2.3.4.3 Les personnes obèses

L'arrêt de la cour de Justice européenne conduit à ouvrir la reconnaissance du handicap à davantage de situations d'obésité. L'état d'obésité est défini par l'OMS par un indice de masse corporelle supérieur à 30kg/m². Cette situation varie en France, d'après les dernières évaluations dans la population adulte de 30 à 59 ans, de 10 % (tranche des 30-39 ans) à 19,2 % (tranche des 50-59ans) de la population en 2013⁷⁰.

Il existe de nombreuses études relatives à l'impact de l'obésité sur le statut professionnel, tant françaises qu'étrangères. Une récente publication française sur ce sujet exploite les données des deux vagues de l'enquête Santé et itinéraire professionnel, qui ont eu lieu en 2006-2007 et en 2010⁷¹. Sur l'échantillon d'étude, 12,4 % des femmes de 24 à 59 ans en 2010 sont obèses pour 11,1 % des hommes. L'étude confirme que l'obésité est un frein pour l'accès à l'emploi chez les femmes : en moyenne, les hommes obèses ont aussi souvent un emploi que les hommes non obèses ; en revanche, **les femmes obèses ont un taux d'emploi de près de 10 points inférieur à celui des femmes non obèses** (71 % contre 81 % en 2010). Enfin, les salariés obèses reçoivent en moyenne un salaire horaire de 6 à 9 % inférieur à celui des salariés non obèses.

⁶⁴ Groupe comprenant les troubles psychotiques (dont la schizophrénie), les troubles névrotiques et de l'humeur (dont les troubles bipolaires et la dépression), la déficience mentale, les troubles addictifs, les troubles psychiatriques débutant dans l'enfance et l'ensemble des autres troubles psychiatriques (de la personnalité ou du comportement).

⁶⁵ Personnes prenant régulièrement des traitements antidépresseurs et régulateurs de l'humeur, des neuroleptiques, des anxiolytiques et ou hypnotiques (hors patients ayant déjà une pathologie psychiatrique décrits *supra*)

⁶⁶ CNAM. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses 7 juillet 2016 Propositions de l'Assurance Maladie pour 2017. Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie au titre de 2017 (loi du 13 août 2004). 02/07/2016

⁶⁷ Thierry BERT, Carole LEPINE, David KNECHT et Camille FREPPEL. Revue de dépenses. Les dépenses d'indemnités journalières. IGAS 2017-006R /IGF 2017-M-009, juillet 2017 ; Annexe 4.

⁶⁸ Thomas BARNAY et Éric DEFEBVRE, « Troubles mentaux : quelles conséquences sur le maintien dans l'emploi ? », Études et Résultats, n°885, DREES, Juillet 2014.

⁶⁹ Thomas BARNAY et Éric DEFEBVRE, L'influence de la santé mentale déclarée sur le maintien en emploi, ÉCONOMIE ET STATISTIQUE N° 486-487, 2016 45

⁷⁰ Joane Matta et al. Prévalence du surpoids, de l'obésité et des facteurs de risque cardio-métaboliques dans la cohorte Constances, BEH, 35-36, 25 octobre 2016, 640-645

⁷¹ Élise COUDIN et Arthur SOULETIE, Obésité et marché du travail : les impacts de la corpulence sur l'emploi et le salaire, INSEE, Économie et Statistique n° 486-487, juillet 2016

2.4 Approche par les prestations médico-administratives

2.4.1 Les salariés en arrêt de travail

On dispose de sources de données sur l'absentéisme des salariés pour raison de santé et sur les arrêts de travail longs, de plus de 90 jours.

2.4.1.1 L'absentéisme pour raison de santé

On peut s'intéresser, comme le font les sociétés de conseil en matière de GRH ou les assureurs complémentaires, aux évolutions et aux motifs des arrêts de travail pour maladie.

La société Rehalto associée à l'institut de sondage BVA réalise depuis 2014 une enquête annuelle sur les arrêts de travail en France dans les entreprises de plus de 50 salariés : **« En 2016, 40 % des salariés ont été arrêtés au moins une fois dans l'année, sur 14,2 jours en moyenne. Le taux moyen d'absentéisme de 3,9 % masque des fortes divergences : les taux d'absentéisme des salariés seniors (5,7 %), des ouvriers (5,8 %) et des salariés travaillant dans le secteur des transports (6,3 %) sont les plus élevés. A l'inverse les taux d'absentéisme des moins de 30 ans (2,7 %) et des cadres (1,6 %) sont les plus faibles. Les arrêts sont principalement courts : 39 % d'arrêts de 1 à 3 jours et 25 % d'arrêts de 4 jours à 1 semaine. A l'inverse 29 % des arrêts ont une durée d'une semaine à 3 mois et 7 % sont des arrêts longs (supérieur à 3 mois). ...Cette étude met également en évidence une pratique qui va à l'inverse des idées reçues : face à une difficulté nécessitant un arrêt maladie, 41 % des salariés ne posent pas d'arrêts : 31 % se rendent à leur travail et 10 % préfèrent poser un congé (CP ou RTT)....Seuls 43 % des DRH indiquent que leur entreprise a mis en place des actions de prévention pour faire face aux arrêts de travail, actions qui restent essentiellement d'ordre réglementaire »**⁷².

Ces résultats rejoignent ceux de l'enquête annuelle conduite également depuis 2011 par le groupe Mederic-Malakoff auprès de 44 500 entreprises qu'il assure, représentant 3 millions de salariés⁷³ :

- **32,6 % des salariés sont absents au moins une fois dans l'année** pour une durée de 35 jours en moyenne par salarié absent. Chaque salarié s'arrête 0,63 fois par an, chiffre stable depuis 4 ans et pour une durée de 11,4 jours ;
- Les durées d'arrêt sont courtes, comprises entre 1 et 3 jours pour 41 % des arrêts, 27 % entre 4 et 9 jours, 19 % entre 10 et 30 jours et 13 % supérieures à 30 jours ;
- Il existe des disparités sur ces durées liées au genre (les femmes sont plus concernées que les hommes), à l'âge (28,2 jours pour les salariés de plus de 50 ans vs 11 jours pour les moins de 30 ans) et au secteur professionnel (**le secteur de la santé est le plus concerné avec 37,2 % de salariés absents dans l'année**).

De nombreux déterminants de la durée et fréquence des arrêts sont avancés :

- **L'état de santé** : (Les salariés qui souffrent d'un handicap ou déclarent une maladie chronique sont 50 % plus nombreux à être absents que la moyenne des salariés) et l'hygiène de vie (la mauvaise qualité du sommeil augmente de 30 % le taux d'absentéisme) ;

⁷² 3ème enquête BVA-REHALTO sur les arrêts de travail, 15 juin 2017

⁷³ L'absentéisme maladie des salariés du secteur privé. Etude Malakoff Médéric 2015. 4ème édition. Données DADS 2014.

- La **situation d'aidant familial notamment pour les arrêts courts** : Le taux d'absences non prévues de cette population est 40 % supérieur à celui des salariés n'ayant pas de personne à charge ; les aidants familiaux représentent près de 24 % des arrêts non prévus de courte durée (de 3 à 5 jours).
- **Les conditions de travail** : un salarié ayant connu une restructuration ou une réorganisation de son service ou métier dans l'année est davantage absent qu'un salarié qui n'a connu aucun de ces événements (+20 %) ; un salarié reconnu par sa hiérarchie, qui bénéficie d'autonomie dans son travail et qui peut développer ses compétences professionnelles sera moins arrêté au cours de l'année (taux inférieur de 10 %).

« Outre les conséquences humaines, d'organisation, de qualité de service, de relation clients, d'image ou de climat social, **l'impact financier** des arrêts de travail est important pour les entreprises : **en 2014, ils représentaient l'équivalent de 42 emplois à temps plein (ETP) dans une entreprise de 1 000 salariés** ».

2.4.1.2 Les arrêts de travail de plus de 90 jours

En 2016, le régime général a indemnisé 4,8 millions de salariés pour des durées qui, pour **15 % des bénéficiaires, ont été supérieurs à 90 jours**. Ces indemnisations couvrent, d'une part, les arrêts de travail pour maladie ou ATMP, et d'autre part, les temps partiels thérapeutiques, dont la charge est partagée entre l'employeur et le régime d'assurance maladie.

Tableau 11 : Répartition par tranche mensuelle des salariés ayant perçu des indemnités journalières en 2016

Nombre de jours indemnisés 2016	Effectifs bénéficiaires	%
1 à 30 jours	3 242 996	67 %
31 à 60	613 149	13 %
61 à 90	286 740	6 %
91 à 120	181 104	4 %
121 à 150	113 421	2 %
151 à 180	82 240	2 %
181 à 210	60 726	1 %
211 à 240	45 400	1 %
241 à 270	41 446	1 %
271 à 300	34 620	1 %
301 à 330	31 385	1 %
331 à 366	134 363	3 %
Ensemble	4 867 590	100 %

Source : CNAM, Champ : régime général - France entière ; bénéficiaires d'arrêt maladie ayant eu au moins un jour indemnisé.

2.4.2 Les bénéficiaires d'un revenu de remplacement au titre d'une incapacité ou une invalidité

Il existe plusieurs grands dispositifs fournissant des revenus de remplacement ou d'indemnisation d'une incapacité, professionnelle ou pas. L'annexe du programme qualité efficience « Dépendance » du PLFSS 2017 en détaille les principaux effectifs :

- « *L'allocation aux adultes handicapés (AAH) est une aide financière qui, sous conditions de ressources, permet d'assurer un revenu minimum aux adultes de 20 ans et plus présentant un taux d'incapacité d'au moins 50 %. En 2015, plus d'un million d'allocataires de l'AAH ont été dénombrés.*
- *Lorsque, suite à accident ou une maladie d'origine non professionnelle, la capacité de travail est réduite d'au moins deux tiers, les adultes de 20 ans et plus qui ont déjà cotisé à la sécurité sociale, peuvent bénéficier d'une **pension d'invalidité** dont le montant dépend du salaire antérieur, du degré d'incapacité et de la possibilité de retrouver un emploi équivalent. Si l'invalidité est d'origine professionnelle, les individus peuvent se voir octroyer une **rente d'indemnisation** en cas d'incapacité permanente. En 2015, près de 950 000 personnes ont reçu une pension d'invalidité et près de 1,3 million une rente AT-MP.*
- *Au moment du passage à la retraite, les invalides, les bénéficiaires d'une rente AT-MP ou de l'AAH, voient leur allocation convertie en **pension à destination des ex-invalides ou en pension d'invalidité**. Ils ont ainsi représenté respectivement près de 1,5 million et 800 000 bénéficiaires en tous régimes en 2015. Près de 18 000 personnes ont en outre bénéficié du dispositif dérogatoire de retraite anticipée pour les personnes handicapées (RATH) en 2015. »⁷⁴*

Tableau 12 : Effectifs des bénéficiaires des différents types d'aide en matière d'invalidité/dépendance

Allocation aux adultes handicapés (AAH)	1 062 000
Pensionnés d'invalidité (<60 ans)	952 000
Rente d'indemnisation d'incapacité permanente (rente AT-MP)	1 286 000
Pensions des ex-invalides	1 471 000
Pensions au titre de l'invalidité	802 000
Retraite anticipée des assurés handicapés	18 000

Source : Extrait du programme qualité efficience « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA » du PLFSS 2017. Sources : CNAF pour l'AAH ; CNAMTS pour les rentes d'incapacité permanente ; CNAV et autres régimes de retraites pour les pensions des ex-invalides et les pensions d'invalidité et la retraite anticipée ; estimation à partir des données DREES pour les pensions d'invalidité.

Ces données concernent toute la population, active ou pas. On ne dispose pas sauf via des enquêtes ponctuelles de données de prévalence consolidées concernant les populations en âge de travailler, et en emploi, bénéficiant d'une ou plusieurs de ces aides financières, détaillant les principaux facteurs de risque de désinsertion professionnelle. Il existe par contre des données distinctes, par type d'aide, dont les principaux éléments figurent ci-dessous.

⁷⁴ Programme qualité efficience « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA » du PLFSS 2017

2.4.2.1 Les bénéficiaires d'une rente au titre des ATMP

L'immense majorité des accidents de travail ou de trajet ne donne lieu à aucune notification d'incapacité permanente. Par contre, c'est le cas d'une maladie professionnelle sur deux.

Tableau 13 : Proportion d'incapacités permanentes notifiées sur le nombre d'ATMP du régime général en 2016

	Accidents de travail	Accidents de trajet	Maladies professionnelles*
Part des IP notifiées	5,8 %	8,1 %	50,1 %

Source : CNAMTS (statistiques nationales technologiques AT-MP) – 2016, traitement IGAS

Les incapacités permanentes de plus de 10 % donnent lieu au versement d'une rente viagère, celles de moins de 10 % à une indemnisation en capital. S'agissant des premières, les plus sévères, la distribution selon le seuil de l'IP est détaillée dans le tableau suivant :

Tableau 14 : Distribution des IP de plus de 10 % selon le sinistre dans le régime ATMP en 2015

Taux d'IP (%)	Accidents du travail	Accidents de trajet	Maladies professionnelles
10 à 19 %	71 %	63 %	64 %
20 à 49 %	26 %	29 %	21 %
50 à 66 %	1 %	3 %	1 %
sup. à 66 %	2 %	4 %	14 %
Total	100 %	100 %	100 %

Source : CNAMTS (statistiques nationales technologiques AT-MP) - 2016. bases nationales SGE TAPR - extraction des IP en attribution initiale. 9 comités techniques nationaux pour le risque AT / tous secteurs confondus risques accident de trajet et maladie professionnelle

Les bases de données de la branche ATMP ne comportent pas d'information sur le statut en emploi des titulaires d'une rente. On dispose toutefois des données déclaratives du volet *ad hoc* de l'enquête emploi 2011, dans lequel 370 000 personnes déclaraient une reconnaissance administrative pour accident du travail ou maladie professionnelle, dont **47 % se déclaraient en emploi (174 000 salariés)**, 9 % au chômage et 44 % inactives.

2.4.2.2 Les bénéficiaires d'une pension d'invalidité

Les personnes victimes d'un accident ou d'une maladie non professionnelle entrent, sous certaines conditions, dans le champ du handicap reconnu administrativement lorsque leur capacité de travail est réduite d'au moins deux tiers. Selon les conséquences du handicap sur les activités professionnelles et sociales de la personne, une catégorie de pension d'invalidité est attribuée :

- catégorie 1 : si la personne est capable d'exercer une activité professionnelle rémunérée ;
- catégorie 2 : si la personne est dans l'incapacité d'exercer une activité professionnelle ; malgré cette définition, le salarié peut éventuellement travailler de façon réduite (cf. *infra*) ;
- catégorie 3 : si la personne est dans l'incapacité d'exercer une activité professionnelle et a recours à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes de la vie courante.

Tableau 15 : Evolution des effectifs de bénéficiaires de pensions d'invalidité, sur la période 2005-2015

	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	TCAM	2005-2015
MSA	40 502	36 824	38 115	39 345	39 566	39 455	40 590	0,0 %	0,2 %
Fonctionnaires	264 088	281 220	282 689	279 195	275 319	274 639	274 256	0,4 %	3,9 %
Autres*	9 270	8 572	8 592	8 531	12 206	12 413	12 155	2,7 %	31,1 %
Régime général	502 651	541 266	549 300	580 134	586 000	605 400	625 442	2,2 %	24,4 %
Tous régimes	816 511	867 882	878 696	907 205	913 091	931 907	952 443	1,6 %	16,6 %

Source : CCSS septembre 2016, CNAMTS, DREES (estimation DSS)

Près d'un million de pensions d'invalidité ont été servies en 2015. Ce nombre est croissant : il a augmenté de 16,6 % sur la période 2005-2015 et de 1,6 % en moyenne annuelle tous régimes confondus.

En 2014, environ 605 400 pensions d'invalidité étaient en cours dans le régime général. Les pensions de catégorie 2 représentaient 73 % des pensions en cours, contre 24 % pour les catégories 1 et 2 % pour les catégories 3⁷⁵. On ne peut pas déduire directement la proportion de titulaires d'une pension d'invalidité actifs (en emploi ou en recherche d'emploi). La zone grise est en effet celle des titulaires d'une pension de catégorie 2, les plus nombreux, qui peuvent conserver une activité. On rappelle que les titulaires d'une pension d'invalidité cessent d'en bénéficier lorsqu'ils demandent la liquidation de leur retraite ou lorsqu'ils atteignent 67 ans, soit l'âge où ils obtiennent une retraite à taux plein. Avant cette échéance, les titulaires peuvent cumuler pension d'invalidité et revenus d'activité professionnelle.

On dispose, ici aussi, des données déclaratives du volet *ad hoc* de l'enquête emploi 2011 dans lequel, sur les 770 000 personnes qui y déclaraient une reconnaissance administrative pour pension d'invalidité, **27 % se déclaraient en emploi (100 000 salariés)**, 7 % au chômage (soit un taux de chômage de 20 %) et 66 % inactives⁷⁶.

2.4.2.3 Les bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé (AAH)

En 2015, 1 062 000 personnes percevaient une AAH. Dans 40 % des situations il s'agissait de l'AAH 1, soit avec un taux de reconnaissance du handicap compris entre 50 et 79 %, et dans 60 % des situations, d'une AAH 2 correspondant à un taux supérieur à 80 %⁷⁷.

Il est possible sous certaines conditions, de cumuler revenus professionnels et AAH. On rappelle que l'AAH est un minima social versé au titre de la solidarité. Le droit à l'allocation n'est ouvert que lorsque la personne handicapée ne peut prétendre à un avantage de vieillesse, d'invalidité ou une rente d'accident du travail d'un montant au moins égal à celui de l'AAH. Elle est versée principalement aux personnes de 20 ans ou plus jusqu'à l'âge légal de la retraite⁷⁸.

⁷⁵ DARES, Synthèse Stat n°17, novembre 2015 *op.cit.*

⁷⁶ DARES, L'accès à l'emploi des personnes handicapées en 2011, DARES analyse n°2013- 66, octobre 2013 ; champ des 15-64 ans vivant en ménages ordinaires en France métropolitaine, en 2011

⁷⁷ Minima sociaux et prestations sociales, Fiche n°15, DREES, édition 2016

⁷⁸ En cas d'incapacité d'au moins 80 %, le bénéficiaire peut percevoir l'AAH au-delà de l'âge minimum légal de départ à la retraite en complément d'un avantage vieillesse.

Une partie de la population bénéficiaire de l'AAH, bien que faible, est donc en emploi. En 2012, **20 % des allocataires de l'AAH étaient des actifs en activité professionnelle**, 7 % des actifs au chômage et 73 % des inactifs. Le taux d'inactivité est particulièrement élevé pour les 50 – 64 ans⁷⁹.

2.5 Approche par l'inaptitude et les restrictions d'aptitude

2.5.1 Les salariés identifiés par leur employeur ou par les services de santé au travail comme présentant un risque de désinsertion professionnelle

2.5.1.1 Les estimations des employeurs

Par construction, on ne dispose que de données partielles sur ce sujet, mais celles-ci témoignent de l'attention portée par certaines entreprises à ces sujets.

La Ville de Paris, dans le cadre d'un plan d'action relatif à la reconversion pour raisons de santé a rappelé les principaux ordres de grandeur en juin 2017.

Tableau 16 : Prévalence pour les agents gérés par la DRH de la Ville de Paris des situations de risque de désinsertion professionnelle en 2016

Collectivité	Prévalence des agents avec aménagement de poste en 2016	Incidence agents déclarés inaptes en 2016	Effectifs au 31/12/2016
Ville de Paris	12,7 %	0,9 %	55000
Direction de la famille et de la petite enfance	10,5 %	1,9 %	8000
Agents de sécurité publique	10,0 %	4,3 %	2000

Source : DRH Ville de Paris/Présentation devant le CHSCT du 13 juin 2017 ; Traitement IGAS.

Lors de ses déplacements, la mission a pu disposer d'ordre de grandeur établis par certains employeurs.

- Dans une entreprise normande de production de produits alimentaires transformés, l'essentiel des salariés travaillent sur des chaînes de production, postes tenus à 80 % par des femmes. Le risque professionnel est concentré : après 45 ans, sur le travail de nuit et sur les postes d'assemblage avec des gestes répétitifs, avec un fort potentiel d'arrêts de travail plus ou moins longs pour des interventions (type syndrome du canal carpien) ou des TMS de l'épaule (type pathologie de la coiffe des rotateurs) : **10 % des 430 salariés, bénéficient d'aménagements de poste** ; 2 % des salariés sont considérés comme à risque de désinsertion professionnelle. Ex : un salarié porteur d'un parkinson actuellement en arrêt de travail dont on sait qu'il faudra faire évoluer le poste. Sujet non encore discuté avec le médecin du travail ni « connu administrativement » hors de l'entreprise. L'incidence annuelle de ce risque est de l'ordre de 1,5 % des salariés.
- Dans un des cinq sites d'une entreprise de Nouvelle Aquitaine de transformation alimentaire de 850 salariés, 20 % des salariés présentent une maladie chronique⁸⁰ et 10 à 15 % sont repérés par l'entreprise comme à risque de désinsertion professionnelle d'après sa DRH.

⁷⁹ La situation professionnelle des bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés, DARES Analyses, n°36, mai 2015

⁸⁰ ANACT/ARACT Travail & changement N° 360 • juillet/août/septembre 2015

2.5.1.2 Le risque de désinsertion professionnelle en cas de déclaration d'inaptitude

Les services de santé au travail et leurs associations professionnelles conduisent de manière régulière des études sur l'état de santé des salariés et l'activité de leurs services. Parmi celles-ci, de nombreuses études régionales sur le processus conduisant à un avis d'inaptitude et le devenir des salariés ont été réalisées. Ces travaux sur l'inaptitude ont été repris dans plusieurs rapports et notamment celui du groupe de travail « Aptitude et médecine du travail »⁸¹. On rappellera ici une synthèse de ces études publiées dans ce rapport.

Tableau 17 : Tableau récapitulatif des enquêtes relatives aux inaptitudes avec les dénominateurs communs des indicateurs recensés.

	Etude Auvergne n= 1272	Etude NPDC n= 3112 avis	Haute Normandie n= 369 suivis	Bretagne n= 817 avis	AMETRA Montpellier N=259	CMIE n= 495	YST N=464	CIAMT N= 510
Origine des avis d'inaptitude = TMS/RPS	90 %	74 %	88 %	70 %	84,2 %	65 %	68 %	73 %
Origine professionnelle des inaptitudes	31 %	30 %	NR	75 %	21 %	26 %	NR	28 %
Niveau de qualification des salariés inaptes	80 % < Bac	75 % < Bac	90 % < Bac	90 % < Bac	60 % < Bac	NR	NR	NR
Avis d'inaptitude après arrêt de travail	86,6 %	95 %	NR	« Le plus souvent »	82 % VPR	NR	NR	NR
Action de maintien en emploi en amont de l'inaptitude	57 %	22 %	NR	38 %	82 % VPR	NR	36 %	NR
RQTH AVANT/au moment de l'avis d'inaptitude	31 %	51 %	44 %	27 %	44 %	NR	NR	NR
Invalidité au moment de l'avis	40 %	30 % inval 2	NR	27 % en inval 2 (6 % en inval 1)	26 %	NR	NR	NR
Retraite au moment de l'inaptitude	NR	3 %	NC	NC	NC	6,3 %	3,6 %	4,5 %
Maintien en entreprise du salarié au moment de l'inaptitude (= reclassement)	NR Mais 72 % des salariés n'ont reçu aucune proposition de reclassement	6 % maintenus dans l'entreprise	1,6 % reclassés	3 % à 1 an	5 %	4 %	7,7 %	13 %

Source : *Aptitude et médecine du travail*, IGAS n°2014-142, Mai 2015

Certaines de ces études régionales ont comporté également un volet de suivi sur une durée variable. Le rapport précité en fait la synthèse dans le tableau suivant.

⁸¹ Michel ISSINDOU, Christian PLOTON, Sophie FANTONI-QUINTON, Anne Carole BENSADON et Hervé GOSSELIN, IGAS n°2014-142, Mai 2015

Tableau 18 : Devenir des salariés en inaptitude

	Haute Normandie (n= 369 à 12 mois)	Bretagne (n= 104 suivis entre 12 et 18 mois)	CMIE N= 495	YST N= 464	CIAMT N = 510
Maintien en emploi : Dans l'entreprise Hors entreprise	Total = 18 % Pas de détail	Total = 24 % -n= 3 (2,88 %) -n= 22	10,5 % 7,5 %	7,7 % 10,7 %	13 % 10,7 %
Sans emploi (formation/congés maladie/recherche d'emploi/invalidité/ dispense de recherche d'emploi notamment pour retraite)	Total = 82 % avec Demandeur d'emploi = 43 %(/369) Inactivité en lien avec un pb de santé = 27 % Formation = 7 % Inactivité = 5 %	76 % ⁸² et n= 14 /104 soit 13,5 % dispensés de recherche d'emploi)	82 %	73 %	69,2 %

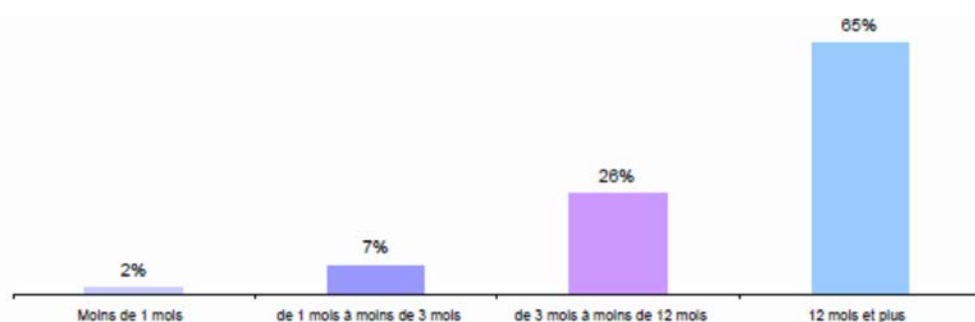
Source : Aptitude et médecine du travail, IGAS n°2014-142, Mai 2015

Les études régionales conduites et publiées depuis 2015, date de ce précédent rapport, aboutissent globalement aux mêmes conclusions que l'on peut rassembler comme suit :

- Les pathologies les plus pourvoyeuses sont les pathologies ostéo-articulaires (dont TMS) et les troubles mentaux et du comportement (dont la souffrance au travail) qui représentent 75 % des pathologies, loin devant les maladies cardio-vasculaires et neurologiques (environ 10 %) ;
- Elles sont rapportées pour les deux tiers d'entre elles à une origine non professionnelle.
- Les troubles ostéo-articulaires prédominent dans les secteurs de la construction et de l'industrie, les troubles mentaux dans ceux du commerce et des services ;
- Les salariés les plus concernés sont globalement moins qualifiés, plus âgés et proviennent plus souvent de petites entreprises ;
- Il existe des recouvrements importants entre licenciement pour inaptitude et d'autres statuts comme celui de bénéficiaire ou en attente de RQTH (entre 30 et 50 % des personnes recevant un avis d'inaptitude) et bénéficiaire d'une pension d'invalidité (estimé entre 26 et 40 % des personnes) ;
- **Le taux de maintien en emploi au moment de l'inaptitude est très faible (entre 1,6 et 13 %) et ne dépasse pas, à 18 mois, plus du quart de salariés ayant reçu un avis d'inaptitude ;** le maintien dans l'entreprise est favorisé par un âge plus jeune, un employeur ayant déjà reclassé des salariés inaptes et une motivation du salarié à rester dans l'entreprise ;
- **L'avis d'inaptitude est le point d'aboutissement d'un processus souvent long de maintien en emploi du salarié, après la mise en œuvre de mesures d'adaptation du poste de travail ou de reclassement dans l'entreprise et souvent une succession d'arrêts de travail longs.** Le tableau suivant, issu d'une enquête régionale conduite en Haute Normandie, illustre ce dernier point.

⁸² Dont 50% disent ne pas rechercher d'emploi

Tableau 19 : Répartition des salariés mis en inaptitude selon la durée de leur arrêt de travail



Source : *Les Inaptitudes médicales et leurs conséquences pour les salariés. Résultats de l'enquête « CASIM » 2009*

L'incidence de l'inaptitude dans la population des salariés est mal appréciée. L'information n'est pas disponible au niveau national. Dans une étude récente conduite dans les Hauts de France, l'incidence de l'inaptitude est estimée entre 430 et 770 pour 100 000 salariés en 2014 parmi les salariés suivis par des services de santé au travail volontaires ayant contribué à l'enquête⁸³.

Dans une évolution qui tend à privilégier la mise en œuvre des mesures de prévention précoce, il apparaît paradoxal que l'on se soit intéressé autant à l'inaptitude et que le nombre d'études sur les restrictions d'aptitudes et leur suites soit quant à lui aussi limité.

2.5.1.3 Les salariés en restriction d'aptitude : des données très parcellaires

Dans une approche préventive, les services de santé au travail sont en effet amenés à prononcer des restrictions d'aptitude et à demander des aménagements de postes. On rappelle qu'une restriction s'entend pour un salarié dans un poste donné, un même salarié pouvant faire l'objet d'une ou plusieurs restrictions successives dans son parcours professionnel, sur le même poste ou sur des postes différents. Il n'existe pas de système d'information permettant de consolider l'ensemble des restrictions d'aptitudes / aménagements de postes prescrits par les services de santé au travail en France (cf. annexe 3). Les chiffres sur lesquels s'appuie la DGT sont à la fois anciens et approximatifs. En outre il s'agit de données d'activité, de flux, et non de prévalence. La proportion de salariés bénéficiant dans leur poste actuel d'une ou plusieurs mesures de maintien dans l'emploi n'est pas mesurée par les services de santé au travail :

- en 2009, **5 % des salariés examinés par les médecins du travail auraient fait l'objet d'avis de restrictions/aménagements de poste**⁸⁴ ;
- L'extrapolation à la France métropolitaine des analyses consolidant les rapports d'activité médicale des services de santé au travail remontés de 14 régions pour l'année 2012 conduit à estimer que près de 840 000 avis de restrictions d'aptitude et/ou préconisations d'aménagement de poste ont été établis en 2012⁸⁵.

⁸³ Gérard ARASZKIERWIRZ et Mireille SURQUIN, Suivi d'indicateurs collectifs sur les inaptitudes médicales en Nord Pas de Calais et en Picardie, Présentation lors de Matinée Marcel Marchand du 8 décembre 2015 à Saint Quentin services de santé au travail / Institut de santé au travail du Nord de la France

⁸⁴ Chiffres clefs : l'emploi des travailleurs handicapés. Document de travail DGEFP. 2014

⁸⁵ Hors le secteur agricole, couvert par les médecins du travail de la MSA

Tableau 20 : Estimation du nombre d'avis de restrictions d'aptitude avec ou sans aménagement de poste en 2012

Nature de l'avis	Données Rapport d'activité des services de santé au travail Quatorze régions	Ordre de grandeur France métropolitaine
Apte	5 795 619	8 384 956
Apte avec restriction ou aménagement + ou inapte temporaire	579 988	839 112
Inapte	1 10 835	160 353
Totaux	6 486 442	9 384 421

Source : DGT Consolidation 14 régions⁸⁶ / Extrapolation aux 21 régions métropolitaines IGAS

Si l'on rapporte ce chiffre aux quelques 16,1 millions de salariés non agricoles du secteur privé en 2012⁸⁷, **le taux d'avis d'aptitude avec restriction ou aménagement serait ainsi un peu supérieur à 5 %**, chiffre du même ordre que celui estimé par la DGT pour l'année 2009.

Il n'existe plus de données nationales consolidées publiées sur sujet depuis 2012.

Plusieurs études locales récentes ont tenté d'estimer la fréquence des salariés concernés par un problème de santé au travail une année donnée parmi la population suivie et se sont par ailleurs intéressées à leur devenir.

➤ **Les études annuelles de la fédération régionale des services de santé au travail interentreprises d'Ile de France depuis 2009**

La fédération régionale des services de santé au travail interentreprises d'Ile de France rassemble 15 services qui suivent 1,3 millions de salariés employés dans plus de 100 000 entreprises, principalement des emplois dans le secteur tertiaire. Elle conduit chaque année depuis 2009 une étude visant à identifier les salariés en « inadéquation santé travail » et leur devenir⁸⁸. Ces salariés sont ceux rencontrés lors de l'activité courante de médecins volontaires (50 % de médecins du travail participant en 2016 dans 8 des 15 services et couvrant 329 902 salariés). Cette méthodologie n'assure pas la garantie d'un échantillon représentatif, mais permet d'obtenir des ordres de grandeur.

4,88 % des salariés suivis ont été inclus car ayant présenté en 2016 un ou plusieurs problèmes de santé et fait l'objet d'un certificat autre que « apte »⁸⁹. Cette proportion était plutôt de 3 % entre 2009 et 2013.

En 2016, les 2/3 avaient 50 ans et plus. Les principaux problèmes de santé identifiés sont les maladies des appareils moteur et locomoteur (57 %), les autres maladies chroniques invalidantes (21 %), les maladies psychiques (19 %) et les déficits sensoriels (2 %). L'origine professionnelle de la pathologie concernait 19 % des salariés inclus (15 % AT et 4 % MP). Le devenir de ces salariés

⁸⁶ Alsace, Aquitaine, Bourgogne, Bretagne, Ile de France, Limousin, Lorraine, Martinique, Midi-Pyrénées, Basse-Normandie, Nord Pas de Calais, Pays de la Loire, Picardie, Poitou-Charentes

⁸⁷ Base de calcul : 17,8 millions de salariés du secteur privé en 2012 selon l'enquête emploi – environ 1,7 millions de salariés relevant du SST de la MSA.

⁸⁸ La période de suivi est variable selon la date d'inclusion, l'enquête de suivi étant réalisée pendant les deux premiers mois de l'année N+1.

⁸⁹ Soit les certificats d'aptitude avec restrictions, avec proposition d'aménagement de poste, avec contraindication et avec inaptitude

suivis entre 2 et 12 mois, a montré que les 2/3 ont pu reprendre leur activité avec un aménagement de poste (62 %), sans (20 %) ou un reclassement interne (2 %) ; enfin 16 % étaient en arrêt de travail lors du suivi. S'agissant du 1/3 des salariés sortis avec ou sans solution sociale, ils étaient indemnisés (61 %), en invalidité (26 %), à la retraite (10 %) et enfin en situation précaire (5 %).

➤ **L'étude de suivi de l'observatoire du maintien en emploi de la région Centre Val de Loire de 2014**

L'association prévention et santé au travail de la région Centre a mis en place en 2013 avec l'ensemble des services de santé au travail interentreprises de la région un observatoire du maintien en emploi dans le cadre de l'objectif du PRST2 « prévenir la désinsertion professionnelle et maintien en emploi » repris par le PRST3 2017 - 2022. L'observatoire a conduit une étude sur les salariés « aptes avec restrictions ou aménagements de poste » et « inaptes » vus entre avril et décembre 2014 par les 52 équipes des 9 SSTI de la région⁹⁰. Le devenir des salariés a été suivi à 2, 6 et 12 mois, soit jusqu'à fin 2015 pour les derniers inclus. Le recrutement a reposé sur les médecins du travail volontaires. Cette méthodologie n'assure pas la garantie d'un échantillon représentatif, par contre le suivi repose sur des périodes homogènes contrairement au travail précédent.

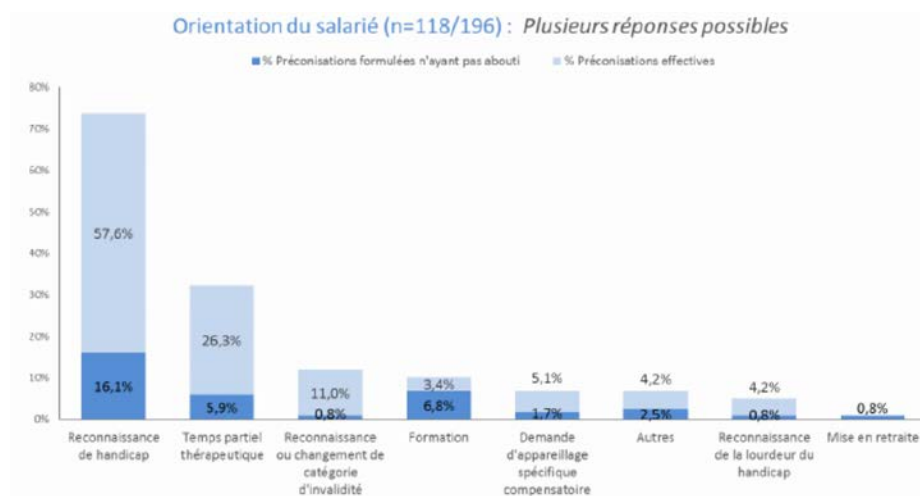
836 salariés ont été inclus et 484 suivis jusqu'à un an. 649 situations ont été au final incluses dans les analyses dont 264 avec un avis initial d'inaptitude (56 %) et 205 avec un avis d'aptitude avec restriction ou aménagement de poste (44 %).

On s'intéressera ci-dessous à cette dernière catégorie, à savoir les salariés ayant reçu un avis d'aptitude avec restriction ou aménagement de poste : près de 62 % ont plus de 50 ans et 87 % plus de 40 ans. Près de 80 % sont des ouvriers ou employés. Au moment de la délivrance de l'avis médical, 31 % ont déjà une RQTH (dont la moitié en lien avec l'avis), 14 % une ATMP reconnue ou en cours et 4 % une invalidité sécurité sociale.

Parmi les préconisations faites par le service de santé au travail, 57 % des avis comportent une ou plusieurs recommandations concernant l'orientation et 77 % une ou plusieurs recommandations demandant un aménagement de poste. S'agissant des premières elles concernent pour 77 % des cas une demande de RQTH (57 % seront effectives à un an), 33 % une demande de temps partiel thérapeutique (26 % effectives à un an) et 12 % une reconnaissance ou un changement de catégorie d'invalidité (11 % effectives à un an). Le graphique *infra* donne le détail des autres préconisations et leur taux de mise en œuvre.

⁹⁰ ROUSSEAU S et al. Inaptitudes et restrictions d'aptitude : nature et efficacité des dispositifs de maintien en emploi en région Centre Val-de-Loire, APST Centre

Graphique 5 : Préconisations des services de santé au travail relatives à l'orientation du salarié et proportion mises en œuvre à un an

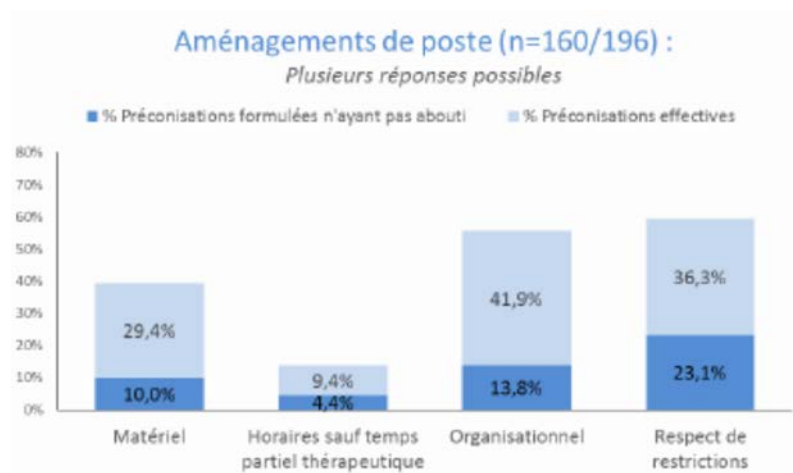


Source : APST, restitution des résultats préliminaires de l'OMDE, 28 avril 2016

Ces éléments témoignent de l'importance des « flux croisés » des salariés entre les différents dispositifs de prise en charge administrative au sein desquels prédomine la question de la RQTH.

S'agissant des préconisations relatives aux aménagements de poste, elles comporteront dans plus de 50 % une dimension organisationnelle et/ou une restriction d'activité. Le graphique *infra* donne le détail des autres préconisations et leur taux de mise en œuvre.

Graphique 6 : Préconisations des services de santé au travail relatives aux aménagements de poste et proportion mises en œuvre à un an

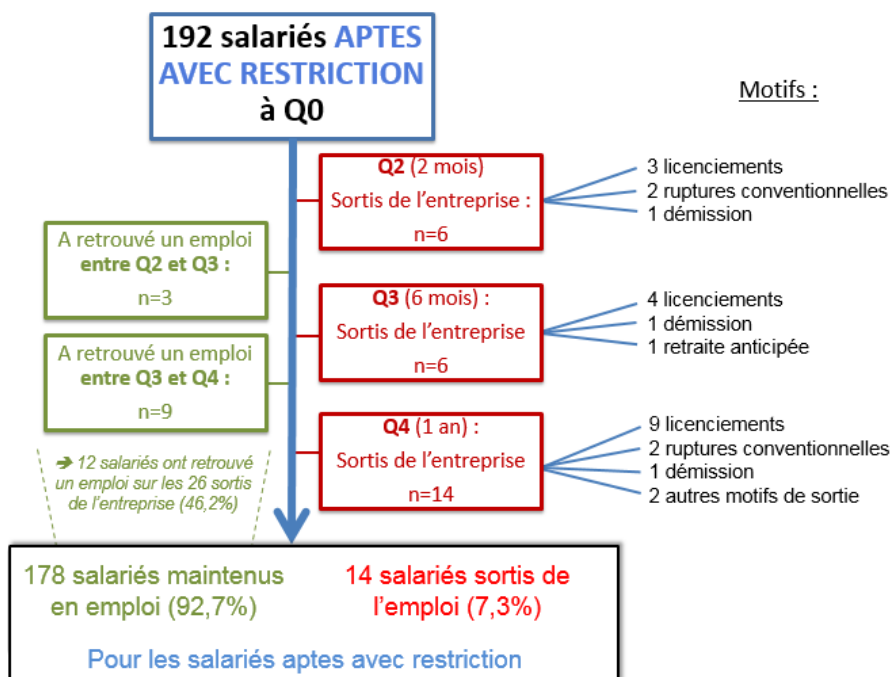


Source : APST, restitution des résultats préliminaires de l'OMDE, 28 avril 2016

Dans 66 % des cas, l'origine de la pathologie ayant motivé un avis d'aptitude avec restriction ou aménagement de poste est une maladie d'origine jugée comme non professionnelle, pour le tiers restant l'origine AT/MP est reconnue (22 %) ou non reconnue (12 %). La pathologie est pour 67 % des cas une maladie du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif, pour 7 % des cas des troubles mentaux et du comportement. Dans 34 % des cas il existe une ou d'autres pathologies associées.

Le devenir des salariés à 12 mois fait état d'un très fort taux de maintien en emploi : 92 % des salariés ont été maintenus en emploi et 7 % sont sortis de l'emploi. Ces taux sont excellents et probablement une limite haute, au regard de l'échantillonnage construit sur la base du volontariat des médecins du travail.

Schéma 6 : Devenir des effectifs de salariés aptes avec restriction⁹¹



Source : APST, Présentation Etude au Congrès National de Santé au Travail, juin 2016

2.5.1.4 Des outils de prédiction du risque de désinsertion professionnelle

La mission a pu prendre connaissance d'outils développés par différents services de santé au travail qui visent à mieux détecter les salariés les plus à risque de désinsertion professionnelle. Ces trames d'analyse doivent être documentées par les médecins du travail lors de leurs consultations mais l'usage en est volontaire et les consolidations en sont rendues difficiles.

En Normandie, le service de santé au travail Santé BTP de Rouen-Dieppe⁹² a produit un outil d'aide à l'orientation vers sa cellule maintien en emploi des salariés présentant un score de risque élevé (Score CRIP pour critères immergés de précarité). Il combine et pondère neuf facteurs de risque individuels (date d'entrée dans la vie active, inclusion sociale, discontinuité de l'emploi, éloignement de la région d'origine pour le travail, Handicap, maîtrise des savoirs de base, niveau de formation et évolution professionnelle, absentéisme répété, conduite addictive) et trois facteurs qualifiés d'événementiels (accident de la vie familial, atteinte à intégrité physique ou psychique, altération du contrat de travail). On dispose d'une mesure réalisée sur les salariés d'une grande entreprise (1 100 salariés) suivie par un médecin du travail : **chez les 15 % de 50-60 ans, 10 % étaient à risque à +/- long terme de désinsertion** selon les critères immergés de précarité.

⁹¹ Données sur 192 des 205 salariés dont on dispose d'une chaîne de réponse complète pour tous les trois questionnaires de suivi à 2, 6 et 12 mois.

⁹² Ce service interentreprises spécifique au secteur du BTP assure le suivi de 2 120 entreprises et de 23 000 salariés sur les arrondissements de Rouen et de Dieppe

Au niveau national, le GIP Evrest (EVolutions et RElations en Santé au Travail) a structuré un recueil d'information standardisé sur la santé des salariés et leurs conditions de travail qui nourrit un dispositif d'observation continu fonctionnant depuis 2009 sur la base du volontariat des médecins du travail. L'échantillonnage est biennal et concerne tous les salariés nés en octobre une année paire vus en visite d'entretien périodique. La base nationale était alimentée par plus de 1000 médecins du travail en 2014-2015 et comporte plus de 25 000 fiches/salariés en 2014-2015. Bien que des données remontent de toutes les régions depuis 2013⁹³, seules onze régions produisent plus de 500 fiches-questionnaires individuels/an. Pour ces raisons, **les données consolidées ne sont pas considérées comme représentatives au plan national**. Le questionnaire comporte des informations sociodémographiques (sexe, âge, catégorie socioprofessionnelle) et explore quatre grands thèmes : les conditions de travail (changement dans le travail en lien éventuel avec l'état de santé, horaires de travail et leur régularité, contraintes de temps et pression temporelle, sens et vécu du travail, charge physique, exposition à certains types de risques professionnels) ; la formation reçue et dispensée ; le mode de vie (sport, tabac, café) ; et enfin l'état de santé.

Ces outils d'évaluation des risques individuels peuvent avoir leur équivalent pour les entreprises. Il s'agit ici de porter un diagnostic sur les entreprises les plus à risque pour le maintien en emploi de leurs salariés. Elles visent à compléter en structurant la cotation des risques, la fiche d'entreprise qui doit être produite par les services de santé au travail avec son avis sur le document unique d'évaluation des risques professionnels ou l'analyse des risques pénibilité faits par l'employeur. La combinaison de ce type d'outil « entreprise » avec ceux issus d'un recueil standardisé de type Evrest, pour les salariés d'une entreprise donnée, permet d'affiner le diagnostic entreprise et risque de désinsertion professionnelle.

2.5.1.5 Synthèse des études des services de santé au travail

Il est dommageable de ne pas pouvoir disposer de données consolidées nationales plus solides méthodologiquement sur la part des salariés actifs occupés considérés comme « à risque de désinsertion professionnelle » et ayant fait l'objet d'une ou plusieurs mesures par les services de santé au travail. Toutefois, les résultats partiels sur l'activité de ces services, témoigne d'une part non négligeable de salariés faisant l'objet de mesures, **estimée entre 3 et 5 % de la population salariée une année donnée**.

La prévalence réelle de salariés en emploi ayant fait l'objet d'une ou plusieurs mesures est inconnue mais elle est vraisemblablement supérieure. Son appréciation nécessiterait de partir non pas de l'activité des services de santé au travail mais de leur fichier salariés pour conduire une enquête sur échantillon directement auprès des salariés +/- complément auprès de l'employeur. On peut faire en effet l'hypothèse qu'un certain nombre d'aménagements de poste permanents et surtout temporaires sont organisés directement dans les entreprises par les salariés, les collectifs de travail et les employeurs. On peut également faire l'hypothèse que certains aménagements permanents ne nécessitent pas, pour le salarié, de revenir consulter auprès du service de santé au travail chaque année.

⁹³ Deux entreprises françaises ont rejoint le dispositif Evrest et forment ainsi leur propre « région » non administrative : les Industries Electriques et Gazières (IEG) et la SNCF.

2.5.2 Les salariés perdant leur emploi pour raison de santé

2.5.2.1 Les estimations sectorielles issues de l'enquête emploi

La rupture du contrat pour maladie ou invalidité (toutes causes confondues) représente 8,5 % des circonstances dans laquelle s'est terminé l'emploi antérieur des personnes inactives ayant déjà travaillé et des personnes au chômage, interrogées dans les enquêtes Emploi 2015 et 2016.

Tableau 21 : Nombre de ruptures de contrat lié à maladie ou invalidité et proportion dans l'ensemble des circonstances dans lesquelles s'est terminé l'emploi antérieur chez les inactifs et chômeurs

Activité économique de l'établissement de l'emploi antérieur pour les inactifs et les chômeurs ayant déjà travaillé	Année 2014	% total 2014	Année 2015	% total 2015
Construction	83 784	12,0 %	88 717	12,9 %
Industrie manufacturière, industries extractives et autres	133 920	9,3 %	127 027	9,2 %
Administration publique, enseignement, santé humaine et action sociale	193 471	9,2 %	168 258	8,1 %
Activités spécialisées, scientifiques et techniques et activités de services administratifs et de soutien	51 803	8,6 %	56 622	9,0 %
Activités financières et d'assurance et activité immobilière	24 455	8,3 %	22 645	8,1 %
Autres activités de services	32 350	8,2 %	25 484	7,2 %
Agriculture, sylviculture et pêche	286 002	7,6 %	271 725	5,9 %
Commerce de gros et de détail, transports, hébergement et restauration	155 190	7,4 %	161 977	7,5 %
Agriculture, sylviculture et pêche	11 401	6,0 %	18 741	8,9 %
Information et communication	11 630	5,4 %	13 207	6,2 %
Secteur non renseigné	4 615	5,1 %	2 284	3,2 %
Total	702 620	8,6 %	684 963	8,5 %

Source : Insee, Enquêtes Emploi 2013, 2014 et 2015 ; traitements DARES et IGAS/ Champ : les personnes âgées de 15 à 64 ans, en ménage ordinaire, France métropolitaine. Lecture : 12,9 % qui travaillaient dans le secteur de la construction et étaient personnes inactives ou au chômage interrogées en 2015 sur la circonstance de perte de leur emploi, l'avaient perdu en raison d'une maladie ou d'une invalidité

2.5.2.2 Les inscriptions à Pôle emploi suite à un licenciement pour inaptitude

A partir des attestations employeurs, Pôle emploi dispose de données sur le nombre d'entrées en assurance chômage à la suite d'un licenciement pour inaptitude. En 2014 et 2015, cette situation a concerné près de 65 000 personnes licenciées, soit environ 15 % des motifs de licenciement.

Tableau 22 : Nombre d'ouvertures de droits en Assurance chômage suite à un licenciement

Motif licenciement	2014	2015
Inaptitude	64 968	64 544
Tous motifs	438 151	426 616
% Inaptitude	14,8 %	15,1 %

Source : Pôle Emploi, traitement IGAS

Cette proportion est particulièrement importante pour certains métiers, relevant en particulier des secteurs de la santé, de l'agriculture et de l'industrie. Le tableau suivant détaille les métiers dont le motif de licenciement pour inaptitude est supérieur de plus de 10 points au taux moyen des autres métiers, soit 25 % ou plus

Tableau 23 : Taux de licenciement pour inaptitude par métiers en 2015

Métiers	Effectifs	% total
Auxiliaires médicaux diplômés, autorisés ou spécialisés	1620	43 %
Métiers qualifiés de la pêche	19	40 %
Personnel non qualifié des services de santé ou des services sociaux	877	40 %
Métiers qualifiés de l'agriculture (sauf ingénieurs agricoles)	590	39 %
Ouvriers qualifiés de la transformation des matières plastiques	43	39 %
Professionnels des activités paramédicales, sages-femmes	537	38 %
Autres personnels de l'agriculture, des forêts ou de la pêche	428	34 %
Métiers de la navigation maritime ou fluviale (sauf pêche)	46	33 %
Ouvriers qualifiés du travail des cuirs et peaux	30	32 %
Ouvriers qualifiés du travail du bois et des métiers connexes	458	31 %
Personnel non qualifié chargé des tâches de nettoyage ou des travaux domestiques	4222	30 %
Ouvriers qualifiés de la production et première transformation des métaux	2109	29 %
Professionnels des services sociaux et des activités culturelles	518	29 %
Ouvriers conducteurs de fours ou chauffeurs (de chaudières) qualifiés	7	28 %
Ouvriers qualifiés de la forge, de la soudure, de la serrurerie, de la chaudronnerie et de la charpente en fer	418	28 %
Métiers de soins corporels	487	26 %
Ouvriers qualifiés des textiles	105	26 %
Ouvriers qualifiés de la chimie	98	26 %
Métiers qualifiés du forestage	20	26 %
Enseignants et moniteurs de la formation professionnelle	236	25 %
Conducteurs de véhicules des transports terrestres	2625	25 %
Conducteurs d'engins de travaux publics et d'appareils de levage	311	25 %
Ouvriers qualifiés de la photographie et de l'impression	30	25 %

Source : Pôle Emploi, traitement IGAS

2.6 Synthèse des principaux ordres de grandeurs observés

Les données précédentes permettent d'estimer les ordres de grandeur des salariés susceptibles d'être menacés par une désinsertion professionnelle.

On mobilise ici deux types de données : des enquêtes de prévalence en population et des données extraites des bases administratives. Ces sources comportent plusieurs limites :

- les indicateurs disponibles recouvrent imparfaitement notre sujet (on peut être en ALD pour un diabète sans être menacé d'une désinsertion professionnelle si la pathologie est bien équilibrée) ;
- les indicateurs se recoupent (on peut être porteur d'une maladie chronique, en ALD et avoir fait l'objet d'une ou plusieurs mesures d'aménagement de poste) ;

- enfin les périmètres des études ne sont pas superposables : actifs, actifs occupés, actifs occupés et salariés, actifs occupés salariés du secteur concurrentiel.
- pour ces raisons, les estimations des personnes susceptibles d'être concernées par la désinsertion professionnelle ne peuvent pas être sommées ou déduites directement de ces indicateurs.

23,4 millions de personnes occupaient un emploi salarié en France en 2016. Le risque de désinsertion professionnelle peut être approché par les observations des employeurs et/ou par celles de la médecine du travail. Les ordres de grandeur recueillis ou calculés par la mission convergent autour de 10 % des postes, soit environ 2,3 millions des « couples salarié-emploi », ayant fait l'objet d'une ou plusieurs mesures d'aménagement ou de restriction de la part de la médecine du travail à un moment donné.

Le risque de désinsertion professionnelle peut être également approché par les pathologies et l'âge. On sait que la fréquence des premières croît avec le temps. La part des seniors a triplé depuis 2005. En 2015 dans l'enquête emploi 2,6 millions d'actifs sont considérés comme en situation de handicap « au sens large » tel que défini par la DARES. En leur sein 0,9 million bénéficient d'une reconnaissance administrative du handicap.

Sur ces bases, on avancera qu'il existe vraisemblablement à un moment donné une population comprise entre un et deux millions de salariés menacée à court moyen-terme par un risque de désinsertion professionnelle.

Toutes ces personnes ne relèvent pas de mesures d'accompagnement spécifiques à un moment t, mais toutes devraient peu ou prou avoir été repérées dans leur parcours professionnel ou personnel par les acteurs du maintien en emploi ou de la santé au titre d'un risque de désinsertion professionnelle. La question est de savoir combien l'ont effectivement été et combien ont bénéficié ou bénéficient d'une prise en charge et de laquelle.

ANNEXE 3

LA CONTRIBUTION DES SERVICES DE SANTE AU TRAVAIL

1 LE MAINTIEN EN EMPLOI DES SALARIES CONFRONTES A UN PROBLEME DE SANTE FAIT PARTIE DU CŒUR DE MISSION DES SERVICES DE SANTE AU TRAVAIL, ET LES REFORMES RECENTES LES INCITENT A DEVELOPPER LEUR IMPLICATION DANS CE DOMAINE

1.1 Les services de santé au travail

Tous les employeurs de droit privé sont tenus de disposer d'un service de santé au travail, dont les dépenses sont à leur charge⁹⁴. Dans le cas de services communs à plusieurs entreprises, ces frais sont répartis proportionnellement au nombre des salariés⁹⁵.

Selon le bilan 2014 des conditions de travail publié par la direction générale du travail (DGT), en 2012, dernière année pour laquelle les rapports d'activité des services de santé au travail ont été consolidés (cf. *infra*), l'effectif de salariés du régime général suivis par ces services était estimé à 16,35 millions⁹⁶, dont 7 % suivis par des services de santé autonomes (SSTA⁹⁷) et 93 % par des services de santé interentreprises (SSTI). Les entreprises de 1 à 10 salariés (TPE) constituent plus de 80 % des entreprises suivies.

Au 31 décembre 2013, les Direccte dénombraient 1 033 services de santé au travail dont 277 SSTI et 756 SSTA, employant 5 048 médecins du travail en équivalent temps plein (ETP)⁹⁸. Ces services sont de taille très variable et restent émiettés malgré une tendance au regroupement⁹⁹ ; le nombre moyen de salariés suivis par médecin du travail est nettement plus faible dans les SSTA que dans les SSTI¹⁰⁰. En moyenne, une équipe pluridisciplinaire de SSTI¹⁰¹ était composée de 28,8 ETP dont 38 % de médecins du travail, 5 % d'infirmiers en santé au travail, 8,5 % d'intervenants en

⁹⁴ Selon le rapport du groupe de travail « aptitude et médecine du travail » de mai 2015 (dit rapport Issindou), ces dépenses représentaient 1,3 milliards d'euros en 2013.

⁹⁵ Art. L4622-6 du code du travail

⁹⁶ Source : Bilan 2014 des conditions de travail, ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social ; ce chiffre ne prend pas en compte certaines régions et collectivités : Centre, Corse, Guadeloupe, Mayotte, Haute Normandie, La Réunion et Saint Pierre et Miquelon, pour lesquelles les données n'étaient pas disponibles, dans plusieurs cas en raison de l'absence d'un médecin inspecteur du travail au sein de la Direccte.

⁹⁷ Un service de santé au travail est organisé sous la forme soit d'un service autonome, qui peut être un service de groupe, d'entreprise, inter-établissements, d'établissement soit d'un service de santé au travail interentreprises (article D 4622-1 du code du travail). Un service de santé autonome peut être créé lorsque l'effectif de salariés suivis atteint ou dépasse 500 salariés.

⁹⁸ Auxquels s'ajoutaient 145 ETP de collaborateurs médecins, nouveau statut prévu à l'article R 4623-25 du Code du travail

⁹⁹ Au 31 décembre 2013, selon la DGT, la moitié des SSTI employaient moins de 10 médecins du travail en ETP alors que seuls 15 % des SSTI employaient au moins 30 médecins du travail (ETP)

¹⁰⁰ 1 488 salariés en moyenne en 2012 dans les SSTA et 3 425 dans les SSTI.

¹⁰¹ Source : Bilan 2014 Conditions de travail, données 2012 portant sur 100 SSTI.

prévention des risques professionnels (IPRP) et 48,5 % de personnels administratifs dont 8 % d'assistants en santé au travail.

Le développement des équipes interdisciplinaires dans les SSTI se poursuit. Selon le Centre Interservices de Santé et de Médecine du travail en Entreprise (CISME)¹⁰², les IPRP seraient en 2015 au nombre de 1 390, dont 50 % d'ingénieurs ou techniciens Hygiène Santé Environnement (HSE), 21 % d'ergonomes et 9 % de psychologues du travail. Le récent rapport de l'IGAS relatif à l'attractivité des professions de santé au travail estime qu'un service de santé au travail, pour pouvoir disposer de chacune de ces trois compétences, doit suivre au minimum un effectif de 60 000 salariés.

Les salariés agricoles relèvent de services de santé et de sécurité au travail spécifiques, organisés par les caisses de mutualité sociale agricole et qui réunissent au sein d'une même caisse les missions de santé au travail et les missions de prévention des risques professionnels¹⁰³.

Dans le cadre de la mission très étendue qui lui est confiée en faveur de la santé au travail, le médecin du travail apparaît de longue date comme l'interlocuteur naturel lorsqu'un salarié rencontre des difficultés à son poste de travail pour des raisons médicales. **Depuis 2011, sa responsabilité en matière de maintien dans l'emploi est inscrite explicitement dans la loi.** Celle-ci confie aux services de santé au travail la mission « *d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail* », et, à cette fin, de conseiller « *les employeurs, les travailleurs et leurs représentants sur les dispositions et mesures nécessaires afin de .../... prévenir ou de réduire les effets de l'exposition à certains facteurs de risque professionnels et la désinsertion professionnelle et de contribuer au maintien dans l'emploi des travailleurs* »¹⁰⁴.

Conjugué au principe général d'interdiction de toute discrimination fondée sur l'état de santé¹⁰⁵, l'encadrement juridique des licenciements pour inaptitude permet au médecin du travail d'influer sur les décisions des employeurs vis-à-vis des salariés dont les problèmes de santé retentissent sur le travail.

En effet, dans le cadre de ses obligations en matière de santé et sécurité au travail, l'employeur doit prendre en compte les préconisations de mesures individuelles d'aménagement de postes émises par le médecin du travail¹⁰⁶. Ces préconisations sont émises notamment à l'occasion des visites de pré-reprise et de reprise du travail (cf. infra), mais peuvent aussi l'être à l'occasion de toute autre consultation de médecine du travail. En particulier, le salarié peut demander à tout moment à bénéficier d'un examen par le médecin du travail, et cette demande ne peut motiver aucune sanction¹⁰⁷.

¹⁰² Association à but non lucratif, le CISME rassemble la grande majorité des services de santé au travail interentreprises et constitue la fédération d'employeurs.

¹⁰³ La mission des conseillers en prévention concerne les salariés mais aussi les non-salariés agricoles.

¹⁰⁴ Article L 4622-2 du code du travail, dans sa rédaction issue de l'ordonnance n°2017-1389 du 22 septembre 2017.

¹⁰⁵ Cf. art. L 1132-1 du code du travail

¹⁰⁶ Si un employeur ne tient pas compte des restrictions médicales émises par le médecin du travail, il ne peut reprocher au salarié de contester devoir continuer à remplir ses fonctions (Cass. Soc., 10 déc. 2014, n°13-19.677).

¹⁰⁷ Cette possibilité définie dans l'art. R 4624-34 CT issu du décret du 29 décembre 2016, existait antérieurement. La nouvelle rédaction ajoute un alinéa spécifique précisant que cette demande peut notamment intervenir lorsque le salarié « *anticipe un risque d'inaptitude .../... dans l'objectif d'engager une démarche de maintien en emploi et de bénéficier d'un accompagnement personnalisé.* »

Lorsque le médecin du travail considère que l'état de santé du salarié est incompatible avec le poste qu'il occupe, même aménagé, et déclare le salarié inapte à son poste de travail, l'employeur a une obligation de reclassement dans un autre emploi « *approprié à ses capacités* » et « *aussi comparable que possible à l'emploi précédemment occupé* »¹⁰⁸. Ce n'est qu'en l'absence de possibilité de reclassement que l'employeur peut procéder à un licenciement pour inaptitude. Ces principes s'appliquent que l'inaptitude soit ou non d'origine professionnelle.

Il faut souligner, toutefois, que ce dispositif juridique n'est réellement opérant que pour les salariés titulaires d'un contrat à durée indéterminée, soit environ 85 % des salariés. Pour ceux qui ont un contrat à durée déterminée, temporaire ou saisonnier, l'employeur n'a pas à justifier la fin de la relation de travail à l'échéance du contrat. En outre, pour les salariés qui enchaînent des contrats de courte durée, le suivi en santé au travail reste défaillant, à la fois du fait des délais d'organisation des visites dans un contexte de saturation des services de santé au travail, et du fait de l'absence de système d'information partagé entre les différents services de santé au travail dont ces salariés sont susceptibles de relever.

1.2 Une mission d'appui au maintien en emploi que les réformes récentes ont entendu développer

Les missions et l'organisation des services de santé au travail ont fait l'objet de réformes successives, en particulier dans le cadre de la loi n°2011-867 du 20 juillet 2011, qui a notamment posé le principe de pluridisciplinarité des services interentreprises, et de la loi n°2016-1088 du 8 août 2016 qui a modifié en profondeur le suivi médical des salariés et les procédures de reconnaissance et de contestation de l'inaptitude.

Ces réformes visent en premier lieu à rétablir la capacité de ces services à assurer leurs missions de conseil en matière de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail, qui supposent une connaissance concrète de l'entreprise et des actions en milieu de travail¹⁰⁹. Elles visent également à mieux cibler le suivi médical sur les salariés exposés à des risques particuliers, et à renforcer l'action des services de santé au travail en faveur du maintien en emploi des salariés dont l'état de santé génère des limitations fonctionnelles.

Entrée en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2017, la réforme du suivi médical des salariés doit permettre un rééquilibrage du temps médical disponible. Elle se traduit par¹¹⁰ :

- La suppression de la visite médicale d'embauche systématique pour les salariés affectés à des postes ne présentant pas de risque particulier ; ceux-ci bénéficieront d'une visite d'information et de prévention qui peut être réalisée par un infirmier de santé au travail, à charge pour celui-ci d'orienter le salarié vers le médecin du travail si cela lui semble nécessaire. Cette orientation est systématique pour les travailleurs handicapés ou titulaires d'une pension d'invalidité.
- Le maintien du principe de la visite médicale d'embauche et de la vérification systématique de l'aptitude pour les salariés occupant des postes à risques (risques pour eux-mêmes, pour leurs collègues ou pour des tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail).

¹⁰⁸ Articles L 1226-2 et L 1226-10 CT

¹⁰⁹ Le principe fixé par l'article R 4624-4 CT, selon lequel le médecin du travail doit consacrer à ses missions en milieu de travail le tiers de son temps de travail était rarement respecté.

¹¹⁰ Les développements qui suivent s'appuient essentiellement sur la présentation de la réforme faite par Semaine Sociale Lamy n°1743, 7 novembre 2016

- L'espacement des visites périodiques, réalisées en principe tous les deux ans antérieurement¹¹¹, qui seront désormais effectuées selon une périodicité définie au cas par cas, en fonction des conditions de travail, de l'état de santé, de l'âge et des risques professionnels auquel le salarié est exposé, et pourront également être déléguées à un infirmier de santé au travail. La périodicité des examens médicaux effectués par le médecin du travail ne peut être supérieure à 4 ans pour les salariés affectés à un poste présentant des risques particuliers.

Ainsi, la diminution du nombre de visites d'embauche et de visites périodiques obligatoires doit permettre aux médecins du travail de consacrer plus de temps aux actions en entreprise ainsi qu'aux examens de pré-reprise et de reprise et aux examens à la demande de l'employeur ou du salarié, qui sont plus souvent centrés sur la problématique du maintien en emploi de salariés en risque d'inaptitude.

Par ailleurs, la loi n°2016-1088 du 8 août 2016 réforme significativement la procédure d'inaptitude, en vue d'en améliorer l'efficacité en termes de reclassement, d'en simplifier la mise en œuvre et d'en limiter pour l'employeur les risques contentieux.

L'inaptitude peut désormais être constatée en une seule visite, sauf si le médecin du travail juge qu'une visite supplémentaire est nécessaire¹¹². Il doit alors la réaliser dans un délai maximal de 15 jours. Il peut désormais déléguer l'étude du poste à un membre de l'équipe pluridisciplinaire mais doit obligatoirement échanger avec le salarié et l'employeur sur les mesures envisageables d'aménagement du poste de travail, et éclairer son avis d'inaptitude par des conclusions écrites, assorties d'indications relatives au reclassement du travailleur. Enfin, les cas de dispense de recherche de reclassement sont harmonisés et élargis¹¹³, et les règles de licenciement sont assouplies en cas de refus par le salarié d'une offre conforme aux conclusions écrites du médecin du travail.

Afin de promouvoir l'action des services de santé au travail en matière de maintien en emploi, la loi précise également que le médecin du travail, lorsqu'il propose des mesures d'aménagement du poste ou du temps de travail, ou lorsqu'il rend un avis d'inaptitude, peut « *proposer à l'employeur l'appui de l'équipe pluridisciplinaire ou celui d'un organisme compétent en matière de maintien en emploi pour mettre en œuvre son avis et ses indications ou ses propositions* »¹¹⁴.

Il n'est pas encore possible d'identifier l'impact de ces ajustements juridiques. Toutefois, parmi les médecins du travail rencontrés par la mission, plusieurs ont souligné que le délai de 15 jours maximum prévu avant une seconde visite de reprise est insuffisant : il ne permet pas d'organiser dans de bonnes conditions une étude du poste en lien avec l'employeur et le salarié, surtout si cette étude est confiée à un ergonome membre de l'équipe interdisciplinaire.

¹¹¹ Du fait de la saturation des services de santé au travail, ce principe n'était plus respecté, et la loi avait déjà ouvert la possibilité d'autoriser une périodicité supérieure dans le cadre des agréments délivrés à chaque service par les Direccte.

¹¹² Article R 4624-42 du Code du travail ; sous l'empire du texte précédent, l'inaptitude ne pouvait être constatée qu'au terme de deux visites médicales espacées de deux semaines, sauf cas particuliers de danger immédiat pour la santé du salarié ou d'un examen de pré-reprise réalisé dans les trente jours précédents.

¹¹³ Depuis la loi n°2015-994 du 17 août 2015, l'employeur était dispensé de rechercher un poste de reclassement et pouvait donc directement procéder au licenciement du salarié inapte en raison d'un accident ou d'une maladie professionnelle lorsque l'avis du médecin du travail mentionnait expressément que le maintien du salarié dans l'entreprise serait gravement préjudiciable à sa santé (art. L 1226-12 du Code du travail). Cette possibilité est étendue à l'inaptitude d'origine non professionnelle (art. L 1226-2-1 du Code du travail) ainsi qu'à la rupture anticipée des contrats à durée déterminée (art. L 1226-20). L'employeur pourra également licencier le salarié inapte sans recherche préalable de reclassement si le médecin du travail mentionne expressément que l'état de santé du salarié fait obstacle à tout reclassement dans un emploi.

¹¹⁴ Article L 4624-5 du Code du travail

2 EN L'ABSENCE D'OUTILS DE SUIVI ET D'ÉVALUATION LA CONTRIBUTION DE CES SERVICES, BIEN QUE DECISIVE, EST IMPOSSIBLE À APPRÉCIER

2.1 Un manque de recul sur l'impact des réformes récentes et une absence totale d'outils de suivi et d'évaluation de l'efficacité des services de santé au travail

Compte tenu de leurs compétences, de leurs missions, de leurs capacités d'expertise et de médiation entre l'employeur et le salarié, il ne fait pas de doute que les services de santé au travail sont en première ligne et jouent donc un rôle majeur dans le maintien en emploi des salariés confrontés à des difficultés de santé. Pour autant, il n'existe actuellement aucun moyen d'évaluer globalement leur contribution à cet objectif de politique publique, et encore moins leur efficacité en la matière.

Les rapports annuels¹¹⁵ que produisent ces services ne fournissent que des données d'activité, et non des informations sur l'état de santé et le parcours des salariés des entreprises qui leur sont rattachées. Plus grave, ces rapports ne sont plus exploités systématiquement par les services de l'Etat. Certains services d'inspection médicale du travail régionaux, de même que le service national, qui réalisaient traditionnellement cette exploitation, estiment n'avoir plus les moyens de le faire¹¹⁶, et aucun outil informatique n'a été mis en place par la direction générale du travail (DGT) pour collecter et exploiter ces rapports, dont les modèles sont au surplus depuis longtemps obsolètes¹¹⁷. Seuls les services de santé au travail spécifiques au secteur agricole font l'objet d'un suivi centralisé, sans disposer non plus d'un dispositif d'évaluation.

2.1.1 Inaptitudes et restrictions d'aptitude

Le dernier exercice de consolidation des rapports médicaux porte sur l'année 2012 et ne couvre pas l'ensemble du territoire. Il permet d'estimer, dans l'ensemble des avis émis systématiquement sous l'ancienne réglementation, à l'occasion des examens de médecine du travail, la part des avis d'inaptitude et des avis d'aptitude avec restriction ou aménagement de poste. On voit que ces derniers concernaient entre 8,4 % des examens de médecine du travail dans les services interentreprises, et 13,8 % dans les services autonomes¹¹⁸.

¹¹⁵ Chaque service doit produire un rapport d'activité médicale et un rapport administratif et financier.

¹¹⁶ Les médecins inspecteur du travail sont des contractuels, dont le recrutement est de plus en plus difficile du fait de rémunérations nettement inférieures à celles des médecins du travail. A titre d'exemple, en mai 2017, la Direccte Auvergne-Rhône-Alpes dispose de sept postes de médecins inspecteurs dont quatre ne sont pas pourvus.

¹¹⁷ Cette question a été à nouveau soulevée par la Cour des comptes en 2012, dans les termes suivants : « *Les services ou les médecins du travail doivent annuellement des rapports administratifs et financiers et des rapports médicaux mais la matrice date de plus de 40 ans. L'inspection générale des affaires sociales (IGAS) en a souligné l'obsolescence dès 1990, sans effet* ». Selon la médecin inspecteur national du travail, un projet d'informatisation avait été conduit de 2005 à 2012 (SINTRA), mais a été interrompu après des tests dans plusieurs régions ; le modèle de rapport annuel médical n'a pas été revu depuis 1977.

¹¹⁸ Cet écart peut résulter d'un effet sectoriel, mais pourrait aussi refléter une meilleure détection et prise en compte des difficultés du fait d'une plus grande proximité et dialogue entre les médecins du travail et l'entreprise.

Tableau 1 : Inaptitudes et restrictions d'aptitude en 2012 sur 14 régions¹¹⁹

	SSTI	%	SSTA	%	SSTI+SSTA	%
Apte	5249413	89,8 %	546206	85,0 %	5795619	89,3 %
Apte avec restriction ou aménagement + inapte temporaire	491534	8,4 %	88454	13,8 %	579988	8,9 %
Inapte	102715	1,8 %	8120	1,3 %	110835	1,7 %
Totaux	5843662	100,0 %	642780	100,0 %	6486442	100,0 %

Source : Exploitation des RAM par la DGT ; champ : tous types d'examens de médecine du travail, hors secteur agricole

Une extrapolation sur la base des effectifs suivis, tels que déclarés la même année par les SST de 21 régions, permet de donner un ordre de grandeur du nombre total de restrictions d'aptitude et inaptitudes prononcées par les médecins du travail.

Tableau 2 : Estimation du nombre total de restrictions d'aptitude et inaptitudes prononcées en 2012

	pour 14 régions	Ordre de grandeur pour 21 régions
Apte	5 795 619	8 384 956
Apte avec restriction ou aménagement + « inapte temporaire »	579 988	839 112
Inapte	110 835	160 353
Totaux	6 486 442	9 384 421

Source : Extrapolation sur la base des effectifs suivis déclarés dans les RAF des SST et consolidés par la DGT, pour 21 régions (métropole + Martinique) ; tous types d'examens de médecine du travail hors secteur agricole

Le nombre d'avis d'inaptitude peut être estimé à 160 000 en 2012. Il n'existe aucun suivi statistique du devenir des salariés concernés, mais, s'appuyant sur des enquêtes régionales, les experts du sujet font généralement état d'un taux de 95 % de licenciements des salariés déclarés inaptes, malgré l'obligation de reclassement¹²⁰. De fait, en pratique, les médecins du travail ne délivrent généralement un avis d'inaptitude qu'après avoir recherché en amont si des possibilités d'aménagement du poste de travail mais aussi de reclassement interne sur un autre poste peuvent être envisagées. Il serait donc erroné d'en déduire que leur intervention pour le maintien en emploi est inefficace.

On voit en effet que, **la même année, 840 000 examens ont conduit le médecin du travail à informer l'employeur de restrictions d'aptitude et/ou à préconiser des aménagements du poste de travail.** Le nombre de salariés concernés n'est pas connu, mais est sans doute du même ordre de grandeur dans la mesure où la proportion de ceux vus plusieurs fois la même année est probablement faible. Ce chiffre donne une idée de l'ampleur des besoins d'accompagnement des

¹¹⁹ Alsace, Aquitaine, Bourgogne, Bretagne, Ile de France, Limousin, Lorraine, Martinique, Midi-Pyrénées, Basse-Normandie, Nord Pas de Calais, Pays de la Loire, Picardie, Poitou-Charentes

¹²⁰ Chiffre repris notamment dans le rapport de mai 2015 du groupe de travail « Aptitude et médecine du travail » (rapport Issindou)

salariés fragilisés¹²¹, et de la contribution qu'y apportent les services de santé au travail à travers leur expertise médicale, leur connaissance des milieux de travail et leur capacité à dialoguer avec l'employeur dans le respect du secret médical. Toutefois, aucune des données disponibles nationales ne permet de qualifier ces situations, qui sont de nature et de gravité extrêmement variable, ni de connaître le devenir ultérieur des salariés concernés.

Les enquêtes régionales dont la mission a pu prendre connaissance portent pour la plupart sur les salariés inaptes et ne prennent pas en compte la population plus large de ceux qui présentent des restrictions fonctionnelles mais sont maintenus dans leur emploi. Une étude conduite en région Centre-Val de Loire (cf. annexe relative aux populations concernées par la PDP) sur 264 salariés déclarés inaptes et 205 salariés déclarés aptes avec restriction en 2014, qui ont pu être suivis durant un an, apporte cependant un éclairage précieux.

Principaux résultats de l'étude conduite en 2014-2015 en région Centre-Val de Loire

Le bilan à un an confirme le différentiel de réussite de maintien en emploi selon la nature de l'avis.

86,5 % des salariés inaptes sont sortis de leur entreprise, majoritairement dans les deux mois suivant l'avis, mais 36 % d'entre eux ont ensuite retrouvé un emploi. Au total, 56 % des salariés inaptes ne sont plus en emploi à un an.

En revanche, les sorties de l'entreprise ne concernent que 13,4 % des salariés aptes avec restriction ou aménagement de poste ; ces sorties sont plus tardives (entre six mois et un an après l'avis) et un emploi est retrouvé dans 46 % des cas. Au total, 7,3 % de ces salariés ne sont plus en emploi à un an, et 92,7 % ont été maintenus en emploi.

Il faut néanmoins souligner un probable biais de sélection compte tenu de la méthode de suivi (questionnaires à 2 mois, 6 mois et un an, et exclusion des parcours non complets), car les personnes sans emploi peuvent être surreprésentées dans les salariés « perdus de vue ».

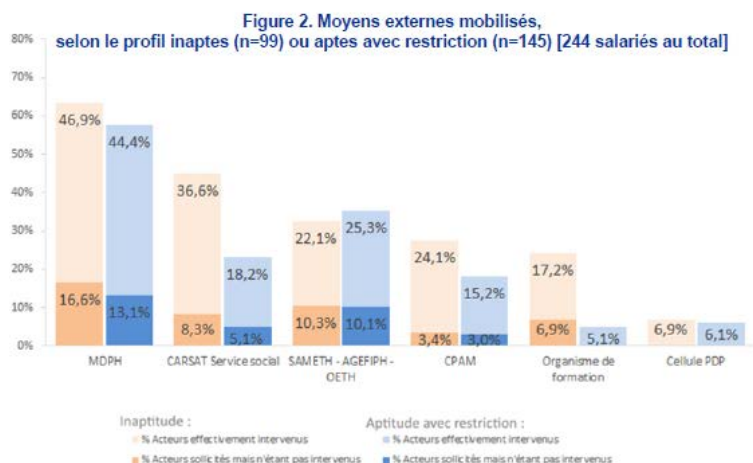
76 % des salariés aptes avec restriction ou aménagement de poste et 64 % des salariés inaptes ont bénéficié d'une mobilisation de moyens ou de dispositifs de maintien en emploi. La mobilisation de moyens spécifiques internes au SSTI concerne 21 % des cas et est en deçà de celle des partenaires institutionnels, mais avec une meilleure effectivité (ce qui paraît logique puisque les personnes sollicitées appartiennent à la même organisation). Elle est plus marquée en cas d'aptitude avec restrictions ou aménagement de poste, avec une sollicitation prédominante des compétences ergonomiques. Les salariés inaptes sont, eux, davantage orientés vers le service social interne et la psychologue du travail.

Figure 1. Moyens internes aux SSTI mobilisés, selon le profil inaptes ou aptes avec restriction (n=69)

Moyens mobilisés internes au service de santé au travail (multi-réponses possibles)	Acteurs sollicités dans le cadre d'une inaptitude	Acteurs sollicités dans le cadre d'une aptitude avec restriction
Assistante sociale	16 (dont 2 non intervenus)	15 (dont 3 non intervenus)
Psychologue du travail	6 (dont 3 non intervenus)	3
Ergonome	4	28 (dont 3 non intervenus)
Toxicologue	3	—
Technicien de prévention	1	—
Total	25 sollicités et intervenus	39 sollicités et intervenus

¹²¹ On peut considérer qu'il s'agit d'une estimation minorant plutôt la réalité, car une grande partie des examens périodiques prévus par la réglementation en 2012 n'étaient pas réalisés.

La mobilisation des partenaires institutionnels est très forte en cas d'inaptitude, en cohérence avec la perspective du licenciement qui incite au « passage de relais » : elle intervient dans 86 % des cas, contre 62 % dans les situations d'aptitude avec restrictions ou aménagement de poste ; elle concerne surtout la MDPH (demandes de RQTH), le service social de la CARSAT, et l'Agefiph/Sameth/OETH.



Enfin, l'appréciation des salariés sur l'appui apporté par le service de santé au travail est globalement positive. 82,8 % des salariés aptes avec restrictions le jugent tout à fait satisfaisant, de même que 75,8 % des salariés inaptés.

Le salarié considère :	Aptes avec restrictions	Inaptés
- Qu'il a pu mobiliser les dispositifs préconisés : (N=409) ***	(n=188)	(n=221)
Oui	67% (n=126)	46,2% (n=102)
Oui partiellement	20,7% (n=39)	22,6% (n=50)
Non	12,2% (n=23)	31,2% (n=69)
- Que sa situation médico-professionnelle sur l'année écoulée s'est : (N=377) ***	(n=165)	(n=212)
Améliorée	74,6% (n=123)	49,1% (n=104)
Dégradée	25,4% (n=42)	50,9% (n=108)
- Que son accompagnement par le SST a été : (N=432)	(n=192)	(n=240)
Tout à fait satisfaisant	82,8% (n=159)	75,8% (n=182)
Partiellement satisfaisant	16,7% (n=32)	21,3% (n=51)
Pas du tout satisfaisant	0,5% (n=1)	2,9% (n=7)

2.1.2 Visites de pré-reprise

Dans les rapports d'activité des SST, la seule autre donnée d'activité liée à la question du maintien en emploi est le nombre de visites de pré-reprise et de reprise réalisées. Le développement des visites de pré-reprise est un objectif important pour faciliter le maintien en emploi, car après un arrêt de travail long la visite de reprise¹²² s'avère trop tardive pour la mise en place d'un aménagement du poste de travail ou la recherche d'une solution de reclassement interne : en effet, l'employeur est tenu de reprendre le versement du salaire à l'issue d'un délai d'un mois à compter

¹²² Une visite de reprise est systématiquement organisée après un congé de maternité, après une absence pour cause de maladie professionnelle et après une absence d'au moins trente jours pour cause d'accident du travail, de maladie ou d'accident non professionnel.

de la date de l'examen de reprise du travail, ce qui le conduit, de fait, à engager la procédure de licenciement si un reclassement n'est pas organisé dans ce délai.

C'est pourquoi, lorsque le salarié est en arrêt de travail d'une durée de plus de trois mois, le code du travail ¹²³ prévoit qu'une visite de pré-reprise « *est organisée par le médecin du travail à l'initiative du médecin traitant, du médecin conseil des organismes de sécurité sociale ou du salarié* ». Cette rédaction, qui date de 2012¹²⁴, tend à rendre cette visite systématique, mais sa portée est en réalité limitée. En effet, si le service de santé au travail doit être l'organisateur de cette visite, il n'en est pas l'initiateur, et son information systématique sur les arrêts de travail des salariés des entreprises adhérentes n'est d'ailleurs pas prévue¹²⁵. Le nombre de visites de pré-reprise dépend donc des initiatives prises par le médecin traitant (mal informé souvent) ou le médecin conseil avec l'accord du salarié, ou directement par le salarié. Dans leur action de maîtrise des dépenses d'indemnités journalières, les médecins conseil sont incités par la CNAM et la CCMSA à orienter de façon croissante les assurés vers leur médecin du travail en vue d'une visite de pré-reprise.

Au cours de l'examen de pré-reprise, le médecin du travail peut recommander des aménagements et adaptations du poste de travail ou faire des préconisations de reclassement. La transmission de ces recommandations à l'employeur permet d'anticiper les mesures à prendre par le collectif de travail pour faciliter le retour du salarié. Afin de lever les inquiétudes des salariés des dispositions protectrices sont prévues : aucun avis d'inaptitude ne peut être émis à l'occasion d'une visite de pré-reprise, et le salarié peut s'opposer à ce que les recommandations du médecin soient transmises dès cette date à son employeur.

Comme pour les autres données d'activité des SST, la dernière consolidation réalisée par la DGT porte sur l'année 2012. On y trouve un décompte du nombre de visites de reprise et pré-reprise réalisées en 2012, mais seulement pour 11 régions. Une extrapolation réalisée par la mission¹²⁶ conduit à **un ordre de grandeur de 230 000 visites de pré-reprise et 1 100 000 visites de reprise en 2012.**

La comparaison des ratios pré-reprise/reprise, sur les 11 régions, montre des écarts importants entre les moyennes régionales.

¹²³ Articles R 4624-29 et 30 du code du travail

¹²⁴ Décret 2012-135 du 30 janvier 2012

¹²⁵ Le médecin du travail n'est informé des arrêts de travail par l'employeur qu'en cas d'accident du travail (Art. R 4624-33 du code du travail). Pour les autres arrêts, il n'est informé qu'à l'occasion des examens de reprise du travail, obligatoirement organisés à l'issue d'un congé de maternité, une absence pour cause de maladie professionnelle, ou une absence d'au moins trente jours pour cause d'accident du travail, de maladie ou d'accident non professionnel.

¹²⁶ Extrapolation sur la base des effectifs couverts du secteur privé déclarés la même année par les SST de 21 régions (chiffres manquants pour les DOM sauf la Martinique)

Tableau 3 : Visites de reprise et pré-reprise en 2012 sur 11 régions

Régions	Services interentreprises		ratio pré-reprise/reprise	Services autonomes		ratio pré-reprise/reprise
	nb d'examens de pré-reprise	nb d'examens de reprise du travail		nb d'examens de pré-reprise	nb d'examens de reprise du travail	
Alsace	891	4387	20,3 %	165	584	28,3 %
Aquitaine	1030	4454	23,1 %	24	262	9,2 %
Auvergne	542,2	2376,2	22,8 %	23,8	190	12,5 %
Bretagne	1746	5305	32,9 %	45	326	13,8 %
Ile-de-France	2904	19308	15,0 %	623	3639	17,1 %
Martinique	40	253	15,8 %	9	53	17,0 %
Midi-Pyrénées	785	4383	17,9 %	55	369	14,9 %
Basse-Normandie	1043	3414	30,6 %	107	189	56,6 %
Nord-Pas-de-Calais	2148	7550	28,5 %	79	567	13,9 %
Pays-de-Loire	1369	6192	22,1 %	87	416	20,9 %
Picardie	738	3052	24,2 %	25	207	12,1 %
Totaux 1/10	13236,2	60674,2	21,8 %	1242,8	6802	18,3 %
Totaux 10/10	132362	606742	21,8 %	12428	68020	18,3 %

Source : Bilan conditions de travail 2014 : exploitation des RAM 2012 par la DGT

Il est difficile de déterminer à quel ratio correspondrait l'application de la loi, car on ne connaît pas, dans les visites de reprise, la part des arrêts de travail d'au moins trois mois. Si toutes les régions atteignaient le ratio d'une visite de pré-reprise pour trois visites de reprise observé en 2012 pour les SSTI de Bretagne, 140 000 visites supplémentaires seraient réalisées.

Si tous les témoignages recueillis par la mission convergent sur le constat d'un développement des visites de pré-reprise, il n'existe aucune donnée permettant d'objectiver les progrès réalisés vers l'objectif de visites systématiques fixé en 2012 par le législateur, ni d'évaluer l'impact de ces visites sur le devenir des salariés en difficultés de santé¹²⁷.

¹²⁷ L'étude citée *supra* conduite par l'observatoire du maintien en emploi de la région Centre-Val de Loire ne retrouve pas de différence significative sur la variable réussite/échec du maintien en emploi selon qu'il y a eu ou non une visite de pré-reprise.

Il est préoccupant également de constater qu'aucun dispositif d'information ne permettra d'apprécier l'impact de la réforme du suivi médical entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2017. Les entretiens conduits par la mission avec la DGT, le CISME et une dizaine de services de santé au travail interentreprises montrent que les perspectives de redéploiement du temps médical vers les actions de prévention en milieu de travail et l'appui au maintien en emploi restent encore mal cernées. Le nombre de salariés en surveillance particulière reste encore imprécis, et la réforme ne prendra son plein effet qu'en 2019, après révision de toutes les périodicités de suivi.

D'autre part, on peut craindre que les instances de gouvernance de certains services arbitrent dans le sens d'une réduction du temps médical en fonction du nombre de visites obligatoires, sans redéploiement de temps médical vers les objectifs de prévention collective et d'appui au maintien en emploi. En effet, la DGT dispose de peu de leviers pour promouvoir les objectifs de politique publique énoncés dans le cadre des réformes des services de santé au travail.

2.2 Des moyens de pilotage insuffisants

En 2012, la Cour des Comptes avait pointé la faiblesse des moyens humains et des pouvoirs régaliens consacrés au pilotage de la santé au travail¹²⁸. Le récent rapport de l'IGAS consacré à l'attractivité et à la formation des professions de santé au travail souligne à nouveau que les Direccte ne sont pas en mesure d'obliger les SST à s'inscrire dans les objectifs des réformes voulues par le législateur. Cette mission a constaté, en effet, que certains services de santé au travail n'ont pas intégré dans leur fonctionnement la notion d'équipe pluridisciplinaire. Les Direccte sont démunies face à ces situations, car il n'existe pas de texte d'application de la loi qui précise l'ampleur de l'intégration des compétences pluridisciplinaires souhaitée, ni la contribution attendue des services de santé au travail en matière de maintien en emploi.

Prévu par les articles D. 4622-48 à D. 4622-53 du code du travail, l'agrément, est obligatoire pour tous les SST, autonomes comme interentreprises, et délivré pour une durée de cinq ans par le Direccte après avis du médecin inspecteur régional du travail. Le guide méthodologique à destination des médecins inspecteurs du travail ne contient aucune rubrique spécifique sur l'organisation et la qualité des actions de maintien en emploi¹²⁹. En outre, il est naturellement très difficile de retirer un agrément lorsqu'un SSTI est seul à desservir les entreprises d'un territoire donné.

Depuis 2012¹³⁰ chaque service de santé au travail interentreprises doit aussi élaborer un projet de service et signer un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) pour une durée maximale de cinq ans avec la Direccte et la Carsat¹³¹. Cependant, cet outil est encore en rodage, et on peut douter de sa capacité à orienter fortement l'évolution des services de santé au travail.

¹²⁸ « Les services de santé au travail interentreprises : une réforme en devenir », rapport public thématique, novembre 2012.

¹²⁹ Ce guide est pourtant substantiel (50 pages) et inclut, par exemple, une rubrique spécifique sur l'organisation des activités de recherche et de veille sanitaire.

¹³⁰ Cf. loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail qui a introduit l'article L. 4622-10 relatif aux CPOM et décrets n° 2012-135 du 30 janvier 2012 et n° 2012-137 du 30 janvier 2012 pris pour son application

¹³¹ Après avis du groupe permanent régional d'orientation du comité régional d'orientation des conditions de travail (CROCT) et de l'agence régionale de santé (ARS).

Une revue des CPOM, réalisée en septembre 2016 par la CNAM, montre que 107 CPOM sur 152 avaient inclus une fiche action « prévention de la désinsertion professionnelle »¹³². Cependant, l'analyse qualitative réalisée sur 47 CPOM relève que les engagements contractuels « *semblent assez mous dans l'ensemble et sans échéances précises* », que beaucoup manquent d'objectifs opérationnels ou ne sont pas traduits en réels plans d'actions, enfin que peu de CPOM intègrent des indicateurs de résultats. L'indicateur le plus souvent retrouvé est le nombre de visites de pré-reprise, qui ne dépend pas de l'initiative des services de santé au travail (cf. *supra*).

En Ile de France, un programme socle commun sur la prévention de la désinsertion professionnelle a été défini pour tous les CPOM, avec quatre objectifs : « *favoriser les contacts en matière de PDP, encourager la mise en place d'une entité dédiée PDP au sein du SIST, promouvoir la PDP, encourager le travail en réseau, optimiser le recours à la visite de pré-reprise* » (voir tableau en fin d'annexe).

La réflexion sur la seconde génération de CPOM est actuellement en cours de lancement, et leur signature devrait être lancée en 2018, sur la base de la réforme de la médecine du travail de 2016, du PST 3 et de la nouvelle COG AT-MP, qui retiennent tous trois le principe d'un renforcement du maintien en emploi dans les missions des services de santé au travail, agissant en lien renforcé avec les autres acteurs institutionnels impliqués. La DGT envisage dans ce cadre d'imposer pour tout CPOM une action relative au maintien en emploi assortie d'indicateurs de suivi.

3 UNE FORTE HETEROGENEITE DES ORGANISATIONS ET MODES D'ACTION EN MATIERE DE MAINTIEN EN EMPLOI

En juin 2016, la société française de médecine du travail, avec l'appui de la caisse nationale d'assurance maladie et de la direction générale du travail, a demandé à la Haute Autorité de Santé (HAS) d'élaborer des recommandations de bonnes pratiques pour la prévention de la désinsertion professionnelle. S'appuyant sur le constat réalisé en 2015 (rapport Issindou cité *supra*), cette demande souligne que « *le rôle central de prévention de la désinsertion professionnelle des médecins du travail est rempli de façon hétérogène en France par les équipes de santé au travail avec des difficultés de coordination avec les différents acteurs de la prévention de la désinsertion professionnelle.* »

La mission a observé plusieurs modes d'organisation dans les SSTI qu'elle a rencontrés.

Comme l'illustre le tableau ci-après, certains services n'ont pas d'organisation particulière : le médecin du travail assure seul et entièrement la prise en charge et le suivi des personnes en risque de désinsertion, en lien avec l'employeur, ou fait appel au Sameth lorsqu'il anticipe chez l'employeur un besoin d'appui spécifique (situation complexe et/ou aide financière nécessaire pour l'adaptation du poste), et que le salarié est reconnu travailleur handicapé ou accepte de demander ce statut. La proximité physique du SSTI avec le Sameth facilite ce mode de fonctionnement (Sameth sur le même site ou partenariat prévoyant des permanences régulières dans les locaux du SSTI). Lorsque l'équipe de préventeurs comporte un ergonomiste, il peut aussi demander ponctuellement à celui-ci de réaliser une étude de poste, afin d'appuyer sa discussion avec

¹³² Selon la DGT les CPOM ont retenu un nombre très variable de priorités, le schéma le plus fréquent et le plus probant consistant à retenir 4 ou 5 priorités, parmi lesquelles a) des priorités de prévention thématiques (le plus souvent : CMR, chutes, TMS, RPS) b) une action consacrée à la PDP/maintien en emploi c) une action consacrée à la veille épidémiologique ou à la traçabilité des expositions.

l'employeur sur un diagnostic précis. En revanche, pour initier une démarche de reconversion externe, il ne dispose d'aucune ressource interne.

Dans d'autres services, une ou deux personnes sont spécialisées sur le sujet « maintien en emploi », avec un profil orienté vers l'appui aux démarches administratives et à l'insertion sociale et professionnelle (assistant(es) sociaux(ales) conseiller(es) du travail, psychologue(s) du travail). Dans ce cas, le médecin du travail peut aussi proposer aux salariés pour lesquels une inaptitude est probable un appui psycho-social et administratif, pour faciliter l'engagement dans un projet de reconversion ou la recherche d'une solution financière permettant la sortie du marché du travail.

Seuls deux gros services (plus de 150 000 salariés couverts) ont mis en place une équipe pluridisciplinaire dédiée au maintien en emploi, rassemblant les trois principales compétences nécessaires : ergonomie, psychologie du travail et service social. Dans ce mode d'organisation, le médecin du travail conserve toujours le suivi des relations avec l'employeur, mais peut recourir aisément à des compétences spécialisées, tant pour les cas où il faut approfondir les possibilités d'aménagement du poste de travail, que pour ceux où c'est un reclassement interne ou externe qui paraît devoir être privilégié. Il en est de même lorsque le SSTI est le support d'un Sameth (sauf pour les salariés qui ne demandent pas la RQTH).

Tableau 4 : Les équipes de maintien en emploi dans neuf SSTI

SSTI	Population salariée suivie	Effectif	Existence d'une équipe dédiée au maintien en emploi	Composition équipe maintien en emploi	Nombre de dossiers ME pris en charge (flux annuel)
SMI Voiron	25 000	11 médecins (8,7 ETP) 3 infirmiers(es) + pôle prévention	non		
AST Grand Lyon	215 000	78 médecins	oui	Un(e) médecin (temps partiel), un(e) ergonome, un(e) psychologue, un(e) conseiller(e) social(e) du travail, un(e) assistant(e)	500
OSTRA (IdF)	150 000	44 médecins	oui	5 personnes dont 2 ergonomes, un(e) psychologue, un(e) conseiller(e) social(e) du travail	500
AMI (IdF)	100 000	27 médecins (ETP)	non	un(e) psychologue du travail deux jours/semaine	190
ASTAV Lille		100 dont 32 médecins	Oui : Sameth 5 personnes géré par le SST + recours à l'équipe pluridisciplinaire pour les salariés non RQTH		
CMAIC (Normandie)	80 000	110 dont un tiers médecins + IDE, un tiers préventeurs et assistants sociaux, un tiers support	Recours au Service social	Deux conseillers(es) sociaux (ales) du travail, un(e)assistant(e)	360
AMSN (Normandie)	80 000	105	Non : recours au Sameth qui est sur le même site		
Santé BTP (Normandie)¹³³	23 000	6 médecins, 6 infirmiers(es), 7 IPRP ¹³⁴ , 6 assistants(es)	oui	un(e) psychologue du travail et un(e) conseiller(e) social(e) du travail	
SSTI Libourne	24 500	6 médecins, 3 infirmiers(es), 4 IPRP, 5 assistants(es)	Non Partenariat avec Sameth (une dizaine de dossiers par an)		

Source : Mission IGAS sur la base des entretiens et documents remis

¹³³ Chiffres issus du CPOM

¹³⁴ Dans les SSTI, les personnels dont l'emploi conventionnel est le suivant bénéficient de l'appellation IPRP : technicien hygiène sécurité. psychologue du travail, ergonome, toxicologue, épidémiologiste et ingénieur hygiène sécurité/ chimiste.

A titre d'illustration, l'encadré ci-dessous synthétise quelques éléments transmis par le service AST Grand Lyon, où près de 80 médecins assurent le suivi de 215 000 salariés.

Le pôle d'appui au maintien en emploi de l'AST Grand Lyon

Dans l'organisation du service, la cellule maintien en emploi est clairement distinguée du service prévention, qui rassemble pour sa part 23 experts. Cette cellule comprend 5 personnes :

- un.e médecin du travail responsable de la cellule, qui s'y consacre à temps partiel essentiellement pour faciliter de manière informelle les liaisons avec les médecins, ceux du service mais aussi parfois les médecins traitants ou médecins conseil (*« quand il faut appeler un médecin conseil ce n'est pas possible pour un non médecin »*) ;

- un ergonome, un psychologue du travail, une conseillère sociale du travail, une assistante administrative.

L'appui de cette cellule est proposé au salarié par le médecin du travail : environ deux tiers prennent effectivement contact et en 2016, près de 500 appuis ont été initiés. La procédure distingue les appuis spécialisés (le médecin oriente directement sur un des membres de la cellule, selon le besoin) et l'appui pluri-professionnel, pour les dossiers plus complexes (30 % des cas, concernant presque toujours des personnes relevant de la RQTH).

Une grande diversité de pratiques est observée parmi les 78 médecins du service : certains adressent au service maintien en emploi un cas, d'autres 20 cas ; certains ne recourent qu'à l'ergonome, certains qu'au psychologue, certains qu'à la conseillère sociale du travail¹³⁵.

87 % des salariés pris en charge à ce titre sont en arrêt de travail, 60 % sont reconnus travailleur handicapé ou ont déposé une demande, leurs problèmes de santé relèvent pour 75 % de troubles musculo-squelettiques, et ont dans 40 % des cas une origine professionnelle.

Le pôle d'appui au maintien en emploi participe aux réunions du comité départemental du maintien en emploi du territoire du Rhône, et rencontre régulièrement ses partenaires (Fongecif, Cap emploi, CIBC, Sameth, Adapt, MDPH...).

Source : Entretien avec le responsable du pôle et bilan d'activité 2016

Compte tenu de cette diversité d'organisations, la répartition des interventions de maintien en emploi entre SSTI et Sameth n'obéit pas à des principes homogènes. Ceux des services de santé au travail qui peuvent recourir pour ces dossiers à des compétences internes (ergonome en particulier) affirment être en capacité de faire le même travail que le Sameth ; ils recourent néanmoins à ce dernier lorsqu'il apparaît qu'un dossier d'aide de l'Agefiph devra être monté, car les Sameth, seuls habilités en la matière, maîtrisent l'ingénierie financière des aides de l'Agefiph.

Dans les Hauts de France, un réseau Santé Travail Maintien dans l'Emploi (STME) existe depuis 1998, abrité par l'institut de santé au travail du Nord de la France (ISTNF). Il réunit d'une part les médecins du travail, d'autre part les assistants santé au travail¹³⁶ désignés comme « référents maintien en emploi » par les 17 SSTI de la région et facilite les échanges de pratiques ainsi que l'organisation d'enquêtes et la diffusion des connaissances sur cette problématique.

A la demande de la mission, le CISME a conduit une enquête flash auprès de ses adhérents, afin de repérer ceux qui ont mis en place une cellule ou un service, dédié spécifiquement à la prévention de

¹³⁵ Les mêmes écarts de pratiques sont observés par le SST OSTRA en Ile de France où, selon la représentante rencontrée par la mission, 10 des 44 médecins du travail ne recourent jamais à la cellule maintien en emploi.

¹³⁶ Ces assistant.e.s accompagnent les salariés en risque de désinsertion professionnelle pour monter le dossier de RQTH, jusqu'au passage devant la MDPH.

la désinsertion professionnelle et/ou au maintien en emploi. Sur 157 SSTI répondants¹³⁷, 71 soit 45 % ont répondu oui à cette question. En y ajoutant 18 SSTI qui indiquent ne pas disposer de cellule maintien en emploi mais être support d'un Sameth¹³⁸, on peut donc estimer que, dans plus de la moitié des SSTI répondants, la mission de maintien en emploi bénéficie d'une organisation et de compétences dédiées. L'enquête ne permet pas de repérer les SSTI qui ont organisé un partenariat pour le maintien en emploi avec des services externes ou des associations spécifiques, notamment dans le secteur du BTP.

La capacité à organiser pour cette fonction une équipe pluridisciplinaire (comportant notamment un ergonome) paraît très dépendante de la taille des SSTI, comme l'illustre le tableau ci-après.

Tableau 5 : Principaux résultats d'une enquête flash auprès des SSTI adhérents au CISME

Population couverte	Nombre de SSTI répondants	%	SSTI disposant d'une cellule ou d'un service dédié au maintien en emploi	%	Effectif moyen de ces cellules ou services dédiés
Moins de 50 000	75	48 %	24	32 %	1,05
50 000 à 99 000	46	29 %	26	57 %	1,54
100 000 à 149 000	20	13 %	10	50 %	2,77
150 000 à 200 000	16	10 %	11	69 %	2,86
	157	100 %	71	45 %	1,75

Source : Données collectées par le CISME et la FFB – traitement par la mission IGAS

¹³⁷ Dont 24 des 28 services spécialisés du secteur BTP, dont les réponses ont été collectées par la fédération française du bâtiment.

¹³⁸ 27 SSTI sur les 157 répondants ont indiqué être supports d'un Sameth, dont 9 avaient aussi une cellule maintien en emploi.

Pièce jointe

DM-PDP Tableau de suivi version du 17 avril 2014

CPOM Ile de France

Programme socle commun PDP

SIST : _____ **date :** _____

	Objectif	Indicateurs	Avancement / descriptif (1)
1	Favoriser les contacts en matière de PDP.	• Existence d'un contact PDP identifié au sein du SIST.	
		• Communication de la marche à suivre pour contacter un médecin du travail sur un problème de PDP.	
		• Communication des coordonnées départementales des médecins conseils.	
2	Encourager la mise en place d'une entité dédiée PDP au sein du SIST.	• Description de l'entité dédiée PDP au sein du SIST.	
		• Définition d'indicateurs internes d'activité de l'entité et de ses actions de suivi	
3	Promouvoir la PDP.	• Nombre de réunions d'information ou de formations internes au SIST, nombre et fonction des personnels concernés.	
		• Modalités de déploiement de l'information vers les entreprises adhérentes et leurs CHSCT/DP, cibles.	
		• Modalités et supports de sensibilisation des salariés.	
4	Encourager le travail en réseau.	• Nombre et types de partenariats réalisés.	
		• Mise en place d'échanges de pratiques au sein du SIST ou entre SIST (nombre) ou avec des partenaires extérieurs.	
5	Optimiser le recours à la visite de pré reprise.	• Données quantitatives relatives aux visites de pré reprise, données qualitatives relatives aux actions qui en découlent et analyse.	

(1) Nota : Ce tableau pourra être complété par des pièces annexes explicatives et tous commentaires

ANNEXE 4

LA CONTRIBUTION DES SERVICES DE PROTECTION SOCIALE

Les organismes gestionnaires des régimes obligatoires d'assurance maladie et accidents du travail-maladie professionnelle ont investi depuis de nombreuses années sur des programmes visant à réduire le risque de désinsertion professionnelle lié aux arrêts de travail de longue durée.

L'objet de la présente note vise à décrire les acteurs et les principales activités et outils dédiés à cet objectif par la CNAMTS et de la MSA, qui couvrent la quasi-totalité des salariés du secteur privé.

1 LE RESEAU DE LA CNAMTS

1.1 Présentation générale du réseau de la CNAMTS et du cadre de pilotage national de la PDP

La caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés gère le risque maladie, invalidité et maternité de 18,8 millions de personnes salariées et le risque AT-MP de 18,5 millions de salariés de 2,2 millions d'entreprises (chiffres CNAMTS 2015¹³⁹). Ces effectifs sont stables sur la période 2010-2014 (DGT¹⁴⁰). On rappelle que, selon l'enquête emploi de l'INSEE, il y avait en 2015 25,5 millions d'actifs ayant un emploi dont 22,8 millions de salariés.

Le réseau de la CNAMTS est constitué de la caisse nationale, la CNAMTS, qui impulse la stratégie au niveau national, notamment en tant que cheffe de file des régimes obligatoires d'assurance maladie, et pilote le réseau de **102 caisses primaires d'assurance maladie** (CPAM) en métropole et de **5 caisses générales de sécurité sociale** (CGSS) dans les collectivités d'outre-mer ; de **20 directions régionales du service médical** (DRSM) ; de 13 unions de gestion des établissements de caisse d'assurance maladie (UGECAM), qui regroupent 221 établissements sanitaires et médico-sociaux. En gestion partagée avec la caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV), la CNAMTS mobilise également les **21 caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) ou exerçant ces fonctions**¹⁴¹ qui assurent, outre la gestion des retraites sous la responsabilité directe de la CNAV, des missions spécifiques de tarification et de prévention des risques professionnels ainsi que des missions de suivi et d'action sociale.

Le régime général de l'assurance maladie emploie plus de **80 000 collaborateurs (près de 70 000 ETP)**, et constitue l'acteur le plus important des différents régimes d'assurance maladie obligatoire.

Plusieurs directions sont directement impliquées dans la prévention de la désinsertion professionnelle : la direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins (DDGOS), la direction déléguée aux opérations (DDO) et enfin la direction des risques professionnels (DRP).

¹³⁹ Statistiques sur la sinistralité de l'année 2015 suivant la nomenclature d'activités française (NAF)

¹⁴⁰ DGT, Conditions de travail Bilan 2015, novembre 2016

¹⁴¹ 15 CARSAT, 1 CRAMIF, 4 CGSS et 1 CSS. Cf. *Infra*.

Les deux premières gèrent les risques de la branche maladie, (maladie, invalidité, maternité et décès) pour le seul régime général. Pour ce faire, elles s'appuient notamment sur les réseaux opérationnels (réseau des médecins conseils, réseau administratif et, partagé avec la CNAV, réseau des travailleurs sociaux).

La direction des risques professionnels (DRP) est en charge de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) et élabore la politique de gestion du risque et de prévention en la matière pour l'ensemble des régimes (général, agricole, indépendants, fonctionnaires et régimes spéciaux...). Elle mobilise directement les services des CARSAT intervenant en matière de prévention et de tarification des risques professionnels ; ces services accompagnent les entreprises dans leurs démarches de prévention afin de diminuer la fréquence et la gravité des Accidents du Travail et des Maladies Professionnelles (AT/MP), et déterminent le taux de cotisation couvrant le risque AT/MP des établissements. Pour la reconnaissance et la réparation des accidents du travail et maladies professionnelles, la DRP s'appuie sur les services de la branche maladie (administratifs et médicaux).

Les effectifs du régime général, directs et indirects¹⁴², affectés aux activités ATMP étaient respectivement de 12 032 ETP en 2004¹⁴³ et de 11 007 ETP en 2016. La baisse est globalement de 8.5 %, principalement marquée pour les effectifs des DRSM (-36,3 %).

Au regard de cette architecture imbriquée, plusieurs conventions d'objectifs et de gestion (COG) qui régissent les relations entre l'Etat et les caisses nationales, traitent des moyens opérationnels mobilisés en matière de prévention de la désinsertion professionnelle : la COG Etat-CNAMTS relative à l'assurance maladie, la COG Etat - branche AT-MP et la COG Etat-CNAV de la branche Vieillesse (en raison notamment du partage des ressources du réseau des travailleurs sociaux des CARSAT).

Plusieurs actions des deux premières COG, ATMP et Maladie dont les agendas ont été synchronisés depuis 2014, concernent la prévention de la désinsertion professionnelle :

- Dans la COG Etat – branche AT/MP 2017-2017, l'action 1.3 « Agir pour prévenir la désinsertion professionnelle »¹⁴⁴ ;
- Dans la COG Etat CNAMTS 2014-2017, dans le programme « Développer un accompagnement personnalisé pour mieux répondre aux besoins des assurés sociaux les plus fragiles », l'action 2.14 « Prévenir les risques de précarisation des assurés en arrêt de travail » et, dans une moindre mesure car s'appliquant au seul champ des établissements UGECAM, l'action 21.7. « Participer aux programmes de PDP »¹⁴⁵.

L'organisation actuelle fait coexister s'agissant du risque AT-MP le réseau des caisses régionales, relevant directement de la DRP pour la prévention et la tarification, et les CPAM et DRSM pour la reconnaissance – réparation, qui relèvent de la branche maladie de la CNAMTS, ce qui rend plus complexe le pilotage et la coordination des actions de PDP. Ces actions sont en pratique principalement mises en œuvre et suivies par la branche maladie. Si la direction des risques

¹⁴² Les personnels « directs » sont ceux qui sont directement rattachés au processus métier ; les personnels « indirects » sont ceux qui relèvent des fonctions support (immobilier, logistique, GRH,...) tout en concourant à la réalisation du processus métier.

¹⁴³ Laurent CAILLOT, Gilles LECOQ et Frédérique SIMON-DELAVALLE, Evaluation de la COG 2009-2012 de la branche ATMP du régime général, Rapport IGAS RM2012-128P

¹⁴⁴ Convention d'objectifs et de gestion 2014-2017 de la branche Accidents du travail et Maladies professionnelles (COG AT/MP)

¹⁴⁵ Convention d'objectifs et de gestion entre l'Etat et la CNAMTS 2014-2017

professionnels collabore avec la direction déléguée aux opérations (DDO)/DAPF¹⁴⁶ et participe aux travaux et aux réflexions des groupes de travail intra et interinstitutionnels, le pilotage est assuré par la DAPF et les actions locales sont portées par les services sociaux, rattachés au DAPF, qui est donc de facto, l'acteur chef de file de la PDP.

1.2 Présentation des acteurs locaux du réseau CNAMTS les plus impliqués dans la PDP

Au niveau local, les services les plus directement impliqués dans la politique de prévention de la désinsertion professionnelle sont les services sociaux des CARSAT et les directions des échelons régionaux et locaux du service médical (DRSM et ELSM).

1.2.1 Le service social de la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (CARSAT)

Les services sociaux de la CARSAT sont répartis sur le territoire national avec 21 caisses régionales¹⁴⁷, 229 lieux d'implantation (un ou plusieurs par département) et 1 785 lieux d'accueil du public en 2016. Ils mobilisent 2800 professionnels dont 1750 assistants de service social¹⁴⁸ (1 650 ETP¹⁴⁹) sur un effectif global de 2 750 agents. Ces services sociaux spécialisés en santé interviennent dans trois domaines définis par circulaire de décembre 2011 CNAMTS-CNAV¹⁵⁰ : l'accès aux soins et droit aux soins des personnes en situation de précarité, la prévention de la désinsertion professionnelle des assurés malades ou handicapés, la prévention de la perte d'autonomie des personnes malades, handicapées et/ou âgées.

En regard de ces missions, le service social propose sept offres de service aux assurés :

- Prévention des risques de précarisation médico-sociale pour tous les assurés percevant des Indemnités journalière depuis plus de 90 jours :
- Prévention de la désinsertion professionnelle :
- Accompagnement des sorties d'hospitalisation ;
- Assurés n'ayant pas utilisé leur chèque d'Aide au paiement d'une Complémentaire Santé (ACS) à 3 mois ;
- Accompagnement du passage à la retraite ;
- Accompagnement des pathologies lourdes et invalidantes ;
- Jeunes en situation de vulnérabilité.

Ces interventions sociales s'intègrent dans les politiques générales des caisses maladie et vieillesse et seront refondues afin d'accompagner la nouvelle génération de COG en cours d'élaboration. Il apparaît d'ores et déjà que le domaine santé et employabilité en constituera un des grands axes¹⁵¹.

¹⁴⁶ Département d'accompagnement des publics fragiles, CNAMTS, mars 2014

¹⁴⁷ 15 CARSAT, CRAM en Île-de-France, 4 caisses générales de sécurité sociale (CGSS) en Martinique, Guadeloupe, Guyane et à la Réunion, 1 caisse de sécurité sociale Mayotte

¹⁴⁸ CNAMTS, Bilan du service social 2015

¹⁴⁹ CNAMTS Mission de réflexion stratégique sur le Service social, octobre 2016

¹⁵⁰ Circulaire CNAV N° 2011-86 et CNAMTS N° 26-2011 du 19 décembre 2011, Missions et priorités du service social des CARSAT, CRAM ET DES CGSS,

¹⁵¹ CNAMTS, Mission de réflexion stratégique sur le Service social, octobre 2016, op. Cit.

1.2.2 Les services médicaux

Les services médicaux sont répartis entre 20 directions régionales du service médical (DRSM) qui disposent d'antennes locales, les ELSM, au nombre de 106, adossées aux caisses primaires d'assurance maladie. L'échelon départemental est l'unité d'organisation de référence de ce réseau.

Ces services emploient 1 743 ETP de praticiens conseil assistés de 4 711 ETP de personnels administratifs. Plus de la moitié de ces ressources intervient sur le pôle « avis sur prestations » qui suit, entre autres, le bien fondé des arrêts de travail ou les demandes d'invalidité, mais aussi les actions de prévention de la désinsertion professionnelle.

Tableau 1 : Nombre d'ETP du service médical CNAMTS en 2015

	praticien conseil	personnel administratif
pôle CPR2A¹⁵²	966,9	3011,2
avis sur prestation	862,4	2518,5
revue de dossier	5,5	7,9
action PDP	4,7	4,3
Pôle RPS	250,3	272,6
maîtrise médicalisée en ville	93,7	80
maîtrise médicalisée établissements et entreprises	58,2	101,4
suivi hors cadre conventionnel	31,3	26
Pôle contentieux	334,9	337,4
établissements	75,2	99,1
prestations en nature	60,8	58,1
médicaments	30,2	36,5
pôle activité transverse	190,9	1089,7
pilotage stratégique dont CPG	100,3	356,7
formation	37,7	96,5
GRH	28,7	274,7
Total	1 743	4 710,9

Source : CNAMTS/DDO/DMOA/DPAM, 2017

Le service médical accompagne l'ensemble des politiques des caisses qui nécessitent un avis médical et son activité recoupe tous les risques gérés par les branches maladie et AT-MP. Elle est localement répartie entre :

- L'activité de contrôle des prestations (CPR2A) ;
- L'activité accompagnement des professionnels de santé (RPS) ;
- L'activité de contrôle contentieux (CCX) et de contrôle T2A .

¹⁵² Contrôle des prestations et relations avec les assurés

Ses objectifs relatifs à la politique de prévention de la désinsertion professionnelle prévoient :

- de renforcer les contrôles des arrêts de travail longs par un contrôle des entrées en arrêts de longue durée, après examen des assurés, pour les décisions d'ouverture d'une affection de longue durée non exonérante ;
- de mettre en place un accompagnement précoce pour prévenir la désinsertion professionnelle en lien avec le service social et les services de santé au travail d'une part et d'autre part en s'appuyant sur les évaluations et le suivi organisé par des agents facilitateurs en lien avec des infirmières (cf. *infra*).

1.3 Les activités de prévention de la désinsertion professionnelle de la CNAMTS

La démarche développée à partir des années 2000 par les branches maladie et AT-MP préexistait, sous forme de maintien dans l'emploi ou d'appui au reclassement professionnel.

L'activité PDP s'est structurée progressivement ces 15 dernières années et a pris une place de programme à part entière : dans la COG AT-MP 2004-2006 et son avenant de 2007-2009, prolongée par celles de 2009-2012 et 2014-2017, puis avec les COG Assurance Maladie 2010- 2013 et 2014-2017. Cette place devrait être confortée à l'occasion du renouvellement des COG en cours d'élaboration fin 2017.

Les objectifs affichés étaient de prévenir le risque de désinsertion professionnelle par **une détection et une intervention précoce** en vue de maintenir dans ou en emploi. La définition de ces termes est celle reprise dans le corps de ce rapport : le maintien dans l'emploi est défini par toute action visant à aider les assurés à se maintenir dans leur poste, leur emploi ou leur entreprise ; le maintien en emploi, est défini par toute action visant à aider les assurés à retrouver les conditions nécessaires à la reprise d'une activité professionnelle (hors entreprise initiale).

On détaillera rapidement les différentes phases de détection, signalement et interventions réalisées dans le cadre de ce programme.

1.3.1 La détection et le signalement des salariés fragiles et à risque de désinsertion professionnelle

1.3.1.1 Les modalités de repérage

Le repérage des salariés est principalement basé sur des requêtes sur les durées d'arrêt de travail qui sont complétées par des signalements des situations individuelles vues dans le cadre des contacts directs entre les assurés et les différents acteurs du réseau CNAMTS :

- Par le service social qui fait une offre de services par courrier systématique à tous les salariés en arrêt de travail de plus de 90 jours. Dans le cadre du programme d'action prioritaire du service social « Prévenir les risques de précarisation médico-sociale et/ou professionnelle des assurés en arrêt de travail » mis en place depuis le 1er avril 2007, des requêtes mensuelles permettent au service social de proposer son offre de services à tous les assurés en arrêt de travail depuis plus de 90 jours. Cette « Requête « IJ 90 j », non ciblée initialement sur la thématique PDP, contribue à la détection des assurés présentant ce risque. Elle est réalisée par la CPAM ;

- Par le service médical peut repérer les assurés « à risque » à l'occasion de son activité générale de contrôle direct des prestations ou d'un bilan médico-socio-professionnel (BMSP)¹⁵³ ; il recourt également à deux requêtes sur la durée des IJ (supérieures à 45 jours et à 100 jours) ;
- Par les services administratifs de la CPAM (via une échéance du SI Medialog) : front office (accueil physique et plateformes téléphoniques), techniciens gérant les revenus de remplacement (AS et AT), techniciens en charge de la reconnaissance AT-MP, agents assermentés en charge des contrôles et des enquêtes, enquêteurs AT-MP, agents en charge des informations sur le parcours Invalidité... Ces signalements remontent vers le service social également.

Les sources de signalement peuvent reposer enfin sur des acteurs extra-institutionnels via une orientation et/ou une demande d'intervention concernant un salarié : SAMETH, Services de santé au travail (médecin du travail ou service social du SST), employeurs, partenaires sociaux, MDPH, médecins traitants, établissements de santé. Parfois, enfin, il s'agit d'une demande spontanée d'un assuré ou à la suite d'une intervention individuelle ou collective menée par le service social (cf. *infra*).

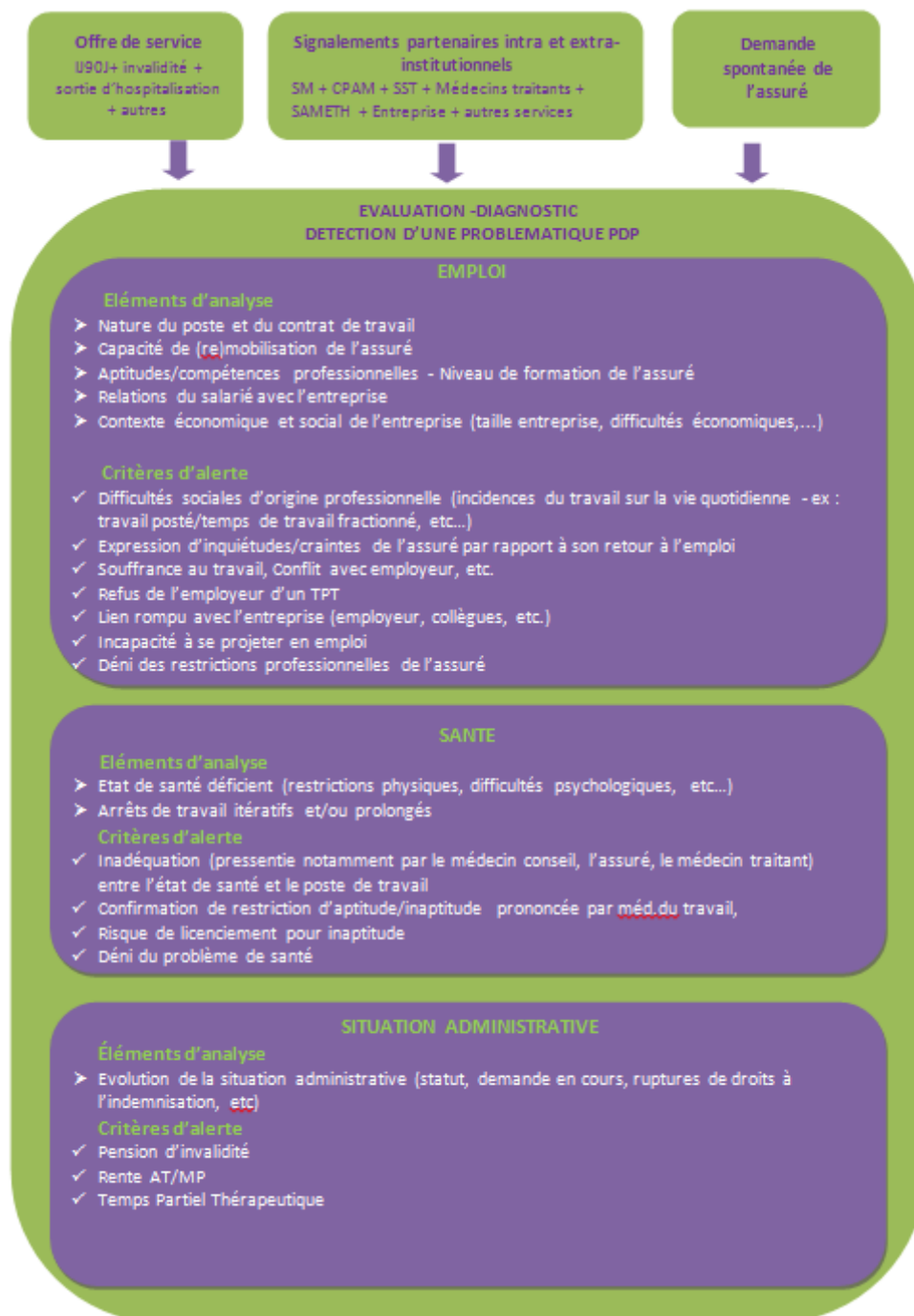
La CNAMTS a proposé en 2014 des critères de signalement et d'orientation dans une lettre réseau et ses annexes pour ses services sociaux, médicaux, administratifs ainsi que pour les services de prévention des risques professionnels¹⁵⁴.

On détaillera ci-dessous, les critères des deux services qui génèrent l'essentiel des signalements, les services sociaux et médicaux.

¹⁵³ Le BMSP était un outil initialement proposé pour prévenir le risque de passage en invalidité pour tous les arrêts de travail longs, supérieurs à 1 an (Circulaire 76/2004 du 25/06/2004).

¹⁵⁴ Lettre Réseau LR-DDO-119/2014, relative à la prévention de la désinsertion professionnelle : bilan de l'intervention du service social et optimisation du dispositif de coordination, CNAMTS, 24/07/2017

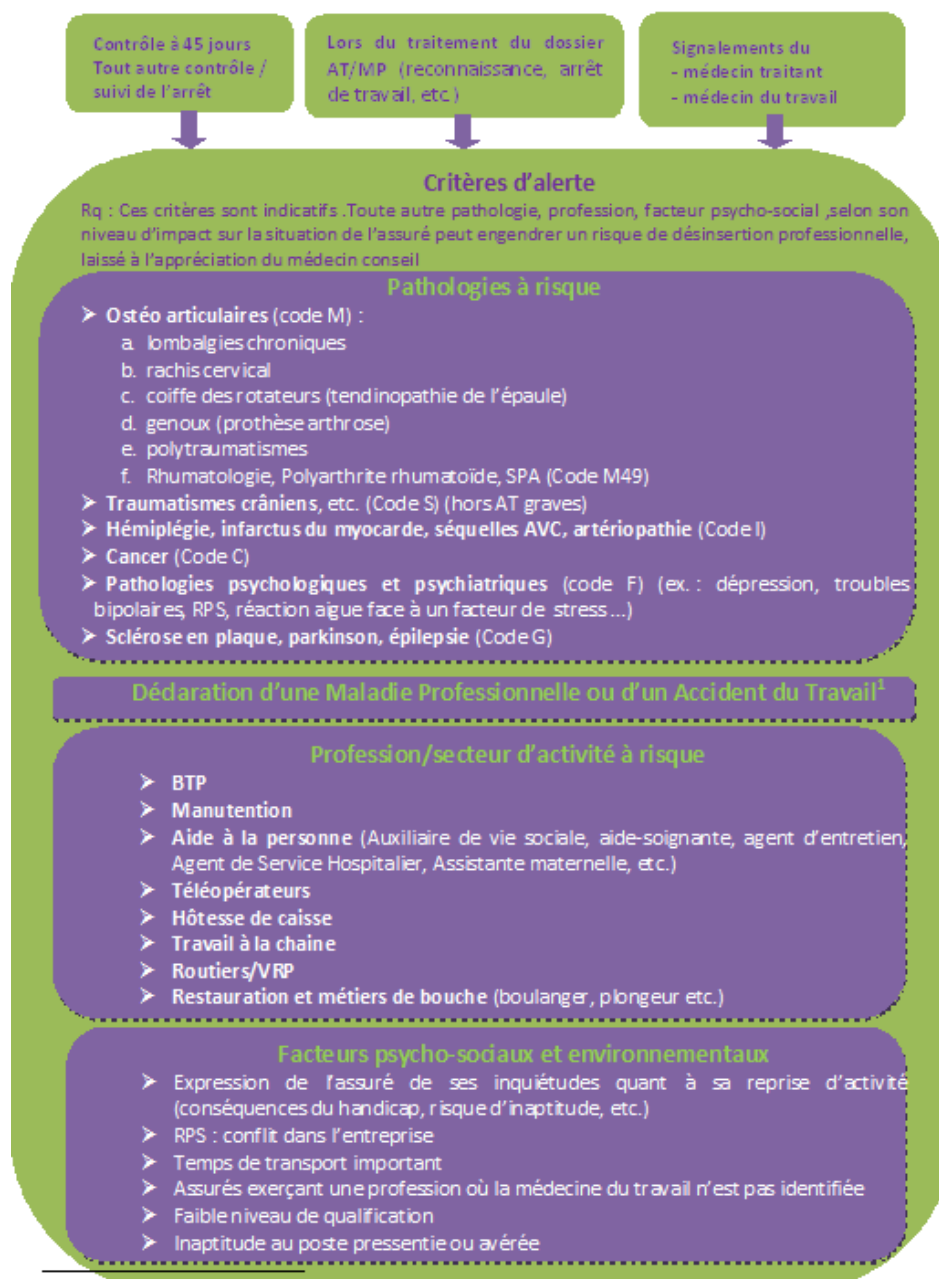
Encadré 1 : Encadré Critères de détection des situations PDP - service social



Source : Lettre Réseau LR-DDO-119/2014 Annexe 4

Des critères ont été également proposés par la CNAMTS pour sensibiliser les médecins conseil sur ce sujet : ils croisent pathologies, métiers et secteurs d'activité à risque et facteurs psychosociaux et environnementaux (cf. Encadré infra).

Encadré 2 : Encadré Critères de détection des situations PDP - service médical



Source : Lettre Réseau LR-DDO-119/2014, Annexe 1

1.3.1.2 L'augmentation de l'activité de signalement

L'activité de signalement a été régulièrement croissante ces dernières années notamment sous l'effet de la procédure « IJ 90 jours » (+ 14 % entre 2013 et 2016)¹⁵⁵, qui suit mécaniquement l'augmentation des arrêts de travail longs, mais aussi en raison d'une plus grande mobilisation des réseaux.

L'essentiel des détections et signalements repose aujourd'hui sur l'activité des services sociaux et médicaux. L'activité de front-office des services administratifs est pourtant source potentielle de détections. De même, les professionnels des services de prévention sont au contact, au sein des entreprises, avec des employeurs, dont on a pu mesurer qu'ils peuvent avoir une vision assez précise des salariés menacés (cf. Annexe 2 sur les populations concernées).

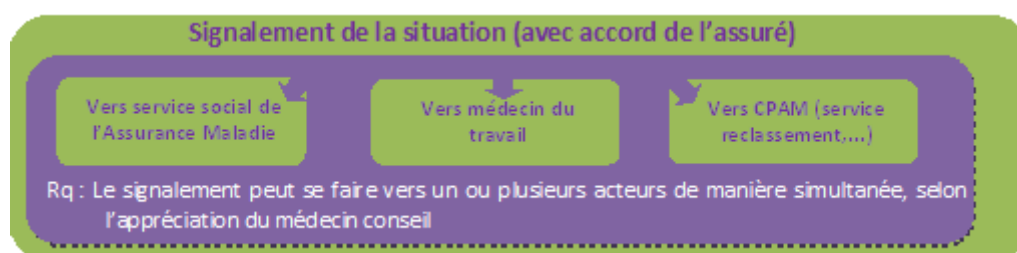
L'activité nationale de signalement des médecins conseils au service social, qui est restée globalement stable de 2010 (35 858) à 2013 (35 601), puis a crû modestement entre 2013 et 2015, a progressé beaucoup plus significativement entre 2015 (37 840) et 2016 (41 067), soit + 15 % entre 2013 et 2016¹⁵⁶.

Il n'existe pas de données consolidées sur les signalements selon les services médicaux régionaux ou locaux¹⁵⁷, mais la mission a pu constater dans certaines DRSM visitées, comme les précédentes évaluations l'ont également montré, qu'il existe une hétérogénéité du nombre de signalements entre les ELSM, signe pour beaucoup d'acteurs de l'inégal engagement des médecins conseil sur ce sujet.

1.3.2 Les interventions faites après les signalements au titre de la PDP

Suite au repérage d'un risque de désinsertion professionnelle, le service médical peut orienter le salarié, selon sa situation et son accord, vers la médecine du travail pour une visite de pré-reprise, et/ou vers le service social de l'Assurance Maladie pour rechercher des solutions spécifiques (une fiche de signalement spécifique existe depuis 2004 pour ce faire¹⁵⁸).

Tableau 2 : Orientation des signalements du service médical



Source : CNAMTS/DDO/D2OM/DAPF Annexe 1 - Note de service CPR2A n°03/2017-V3

¹⁵⁵ Données d'activité /CNAMTS/DDO/D2OM/DAPF 2016 (Hors CGSS) ; traitement IGAS

¹⁵⁶ Données : Ibid. Cit.

¹⁵⁷ Il n'y a pas de taux cible de déclaration calculé sur ce sujet par les ERSM, qui permettrait de comparer les volumes déclarés et attendus des différents échelons.

¹⁵⁸ Fiche nationale de liaison médico-sociale disponible en version bureautique dans le SI Hippocrate du service médical

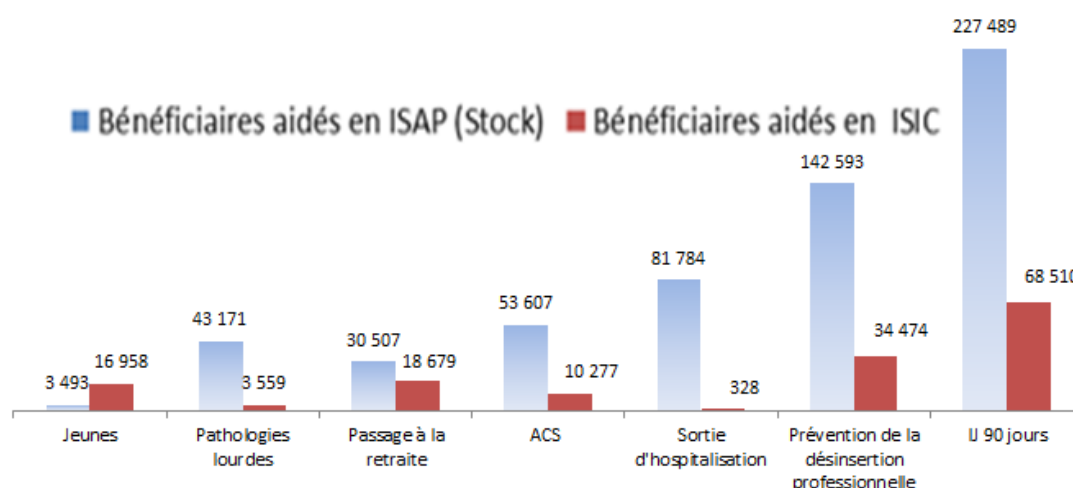
Les médecins conseil ont adressés 45 666 signalements aux services de santé au travail en 2016, principalement pour des visites de pré-reprise ou de reprise, ou des reprises de travail à temps partiel, et plus marginalement pour des mises en situation professionnelle comme les essais encadrés, des CRPE (cf. partie 3). Ils ont adressé la même année 41 067 signalements aux services sociaux des CARSAT¹⁵⁹. Il n'existe pas de données sur les suites données par les services de santé au travail à ces signalements, par contre, cette activité est tracée s'agissant des suites données par les services sociaux.

Les signalements adressés au service social ou ceux issus de son activité propre conduisent à deux niveaux d'offre de sa part en première ou deuxième intention.

- Une offre d'information collective est proposée à toutes les personnes en arrêt de travail > 90 jours (1 séance avec 25 personnes maximum). On rappelle que cette requête vise à repérer les salariés en situation de fragilité médico-sociale et pas uniquement ceux menacés par la désinsertion professionnelle.
- Une offre « attentionnée » proposée, sous la forme d'un accompagnement social individuel dit « Interventions Sociales d'Aide à la Personne » (ISAP) ou collectif dit « Interventions Sociales d'Intérêt Collectif » (ISIC). Ces dernières interventions, qui réunissent entre 10 et 15 salariés sur un maximum de trois séances, peuvent s'appuyer sur l'intervention de partenaires extérieurs (SAMETH, Cap Emploi, médecin du travail....) lorsque le thème principal abordé dans la séance porte sur l'emploi et le projet professionnel.

Les bénéficiaires d'une intervention, PDP ou autre, sont très majoritairement vus en interventions individuelles (81 %). Dans 30 % des cas, celle-ci a été réalisée en un seul entretien dit d'information conseil (face à face ou téléphone). Dans 70 % des cas, le bénéficiaire a été accompagné sur une ou plusieurs séances sur la base d'un contrat négocié et un plan d'aide associé. En moyenne, l'accompagnement individuel d'un bénéficiaire du service social en 2016 a comporté 4,4 entretiens sur une durée de 11 mois¹⁶⁰.

Graphique 1 : Nombre de bénéficiaires par offre des services sociaux CARSAT 2016



Source : Données d'activité du service social /CNAMTS/DDO/D20M/DAPF 2016

¹⁵⁹ Prévention de la désinsertion professionnelle, Bilan 2016. Service social de l'Assurance maladie. 11/2017

¹⁶⁰ Données d'activité du service social /CNAMTS/DDO/D20M/DAPF 2016

Le dispositif de repérage a un « rendement » très différent selon son origine : requêtage administratif et offre de service par courrier, puis personnalisée, ou repérage par le service médical : le taux de suite donné après la procédure de contact courrier apparaît nettement plus faible et interroge sur l'absence de processus de relance en cas de non réponse, ou sur la mise en place d'autres modes de contact (téléphonique par exemple) mieux adaptés aux publics les plus fragiles.

Tableau 3 : Signalements IJ > 90 jours ou du service médical et suites données par les services sociaux en 2016

Origine du signalement	du Service médical	requête IJ à 90 jours de la CPAM
Nombre de signalements	41 067	572 556
Nombre de bénéficiaires aidés individuellement par le service social	34 883	295 999
Part des bénéficiaires aidés à titre individuel	85 %	52 %
Nombre de bénéficiaires aidés à titre individuel <u>au titre de la PDP</u>	32 156	120 887
Part des assurés signalés aidés par le Service social au titre de <u>la PDP</u>	92 %	21 %

Source : Données d'activité /CNAMTS/DDO/D20M/DAPF 2016 (Hors CGSS) ; traitement IGAS

La sélectivité inégale des voies de signalement avait déjà fait l'objet d'une observation similaire en 2012¹⁶¹ et il semble que, malgré les efforts faits pour mieux discriminer, la situation ait globalement peu changé.

Il existe une résistance historique à s'engager sur des démarches trop standardisées dans le champ social. La culture du service social repose sur des approches individuelles pro actives et une démarche d'empowerment¹⁶². Il serait cependant utile de prévoir un suivi et des procédures de relance ciblées pour les non-répondants à l'invitation faisant suite à la requête « IJ 90 jours ». Un contact oral serait plus adapté qu'un courrier souvent mal compris, mais cette démarche implique de sélectionner les personnes à relancer *a fortiori* ceux présentant par ailleurs d'autres critères de fragilité notamment médicaux comme cela est envisagé par ailleurs par la CNAMTS¹⁶³.

Le nombre de bénéficiaires et leur part au titre de la PDP dans l'ensemble de l'activité du service social ont crû ces dernières années (16 % en 2008¹⁶⁴, 20,6 % en 2013 et 29,5 % en 2016).

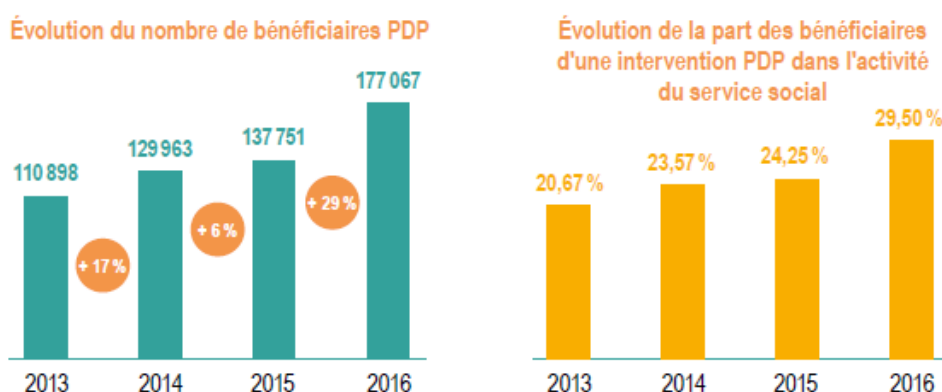
¹⁶¹ Audit du projet de prévention de la désinsertion professionnelle (PDP), Rapport définitif, CAISSE NATIONALE/DAGRCG/DAUG, Décembre 2012, 99 pages + annexes informatives,

¹⁶² Empowerment : Processus visant à rendre les individus ou communautés plus autonomes et responsables via un transfert des connaissances visant à développer un potentiel caché ou ignoré et à accroître le pouvoir d'agir et à influencer favorablement leur situation.

¹⁶³ Les programmes nationaux socles, leurs publics, leurs objectifs, leur part dans l'ensemble de l'activité du Service social, Rapport d'étape : travaux en cours et premières propositions, Groupe de travail CNAMTS, V12, Octobre 2016

¹⁶⁴ Rapport IGAS RM2012-128P. Op. Cit.

Graphique 2 : Evolution du nombre de bénéficiaires PDP dans l'activité du service social



Source : Données d'activité du service social /CNAMTS/DDO/D20M/DAPF 2016

Dans une étude régionale la tranche d'âge des 41-50 ans représentait 41 % et celle des 51 ans et +, 20 %. Au niveau national, près de 90 % des bénéficiaires accompagnés à titre individuel (ISAP) par les services sociaux avaient entre 26 et 59 ans en 2016 et 53,6 % ont entre 46 et 59 ans.

Tableau 4 : Caractéristiques des assurés en risque de désinsertion professionnelle bénéficiaires d'un accompagnement individuel en 2016

Tranche d'âges	Total	%
< 16	1	0,0 %
16/25 Ans	2460	1,7 %
26/45 Ans	50448	35,4 %
46/59 Ans	76439	53,6 %
60/74 Ans	13033	9,1 %
75/84 Ans	46	0,0 %
> 84	20	0,0 %
Non renseigné	158	0,1 %
Total	142605	100,0 %

Source : Données d'activité du service social /CNAMTS/DDO/D20M/DAPF 2016

La répartition hommes- femmes est paritaire (50-50). On retrouve dans la population prise en charge un fort risque de désinsertion chez les salariés peu qualifiés et vieillissants, comme cela est également décrit dans d'autres populations (cf. Annexe 2).

1.3.3 L'activation des mesures d'accompagnement des bénéficiaires

De nombreuses mesures d'accompagnement, détaillées en partie 4.3 de cette annexe, peuvent être activées par les services sociaux. On rappellera les principales :

- des actions de remobilisation collective (réunions d'informations, ateliers de travail) ou, l'orientation vers des actions de droit commun (bilans de compétences, prestation spéciale d'orientation professionnelle de l'Agefiph notamment) ;
- **Erreur ! Signet non défini.** des outils de remobilisation individuelle : temps partiel thérapeutique (Maladie) ou reprise de travail léger (AT-MP) ; et essai encadré (Maladie et AT-MP) ; contrat de rééducation professionnelle en entreprise (CRPE) ; mise en invalidité ; Indemnité temporaire d'incapacité (ITI).

1.3.3.1 Les éléments d'évaluation du dispositif de prévention de la désinsertion professionnelle

On rappelle en préambule que les résultats de l'intervention de PDP sont la résultante d'interactions complexes dont chaque acteur n'a qu'une maîtrise partielle, à l'exemple de la durée de la pathologie à l'origine de l'arrêt de travail. Les résultats en termes de maintien en emploi ne peuvent donc pas être portés au seul crédit ou discrédit des services de la CNAMTS.

1.3.3.2 La précocité de l'intervention proposée par les acteurs du réseau

Le suivi de la précocité des signalements n'est pas consolidé au niveau national. Ceci est une faiblesse évidente du processus d'évaluation du programme, dont la finalité est de proposer des interventions les plus précoces possible. On dispose toutefois de données produites en région.

En Aquitaine, le délai médian entre début de l'arrêt de travail et le signalement en 2016 était de 208 jours, et de 263 jours en 2015. La proportion de signalements réalisés après 6 mois du début de l'arrêt de travail était respectivement de 53 et 59 %¹⁶⁵.

Tableau 5 : Précocité des signalements (délai entre signalement et début Arrêt de travail)

	Année 2016	Année 2015
Précocité des signalements (délai médian en jours)	208	263
Délai moins d'un an	70,9 %	65,0 %
Délai entre 0 et 3 mois	22,3 %	17,5 %
Délai entre 3 et 6 mois	24,6 %	23,5 %
Délai entre 6 et 9 mois	9,9 %	10,3 %
Délai entre 9 et 12 mois	14,1 %	13,7 %
Délai entre 1 et 2 ans	24,3 %	28,4 %
Délai de plus de 2 ans	4,8 %	6,6 %

Source : CARSAT Grande Aquitaine, bilan activité 2016, traitement IGAS

On ne dispose pas de données consolidées sur le délai entre repérage et proposition de rencontre et finalement, début des accompagnements. Or cette question est également essentielle s'agissant d'une « course contre le temps » qui accroît le risque de désinsertion professionnelle.

1.3.3.3 La précocité entre début d'arrêt de travail et début d'une action de remobilisation

De même, il n'existe pas de données consolidées concernant les délais entre date du début de l'arrêt de travail et début d'une action de remobilisation, quelle qu'elle soit. En Normandie, en 2016, dans une étude portant sur les assurés suivis par la cellule de Seine Maritime ayant bénéficié d'une remobilisation (14 % des bénéficiaires suivis dans le cadre de la PDP), la durée moyenne des arrêts de travail avant de commencer l'action était de 414,8 jours en 2016, soit entre 13 et 14 mois, tous motifs d'arrêts confondus¹⁶⁶ (les assurés en arrêt maladie étaient les principaux concernés par une action (91,97 %)). Pour l'ensemble de la région normande, ce délai était de **12,5 mois**.

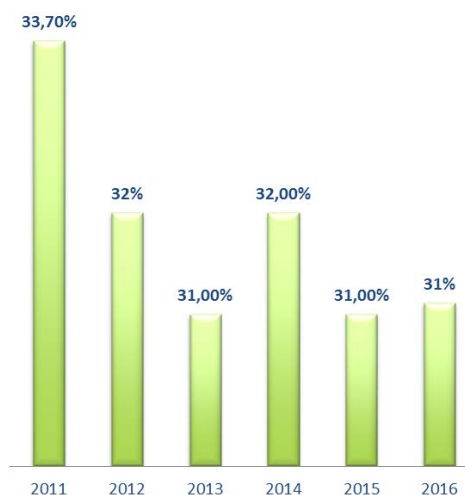
¹⁶⁵ CARSAT Aquitaine, bilan activité 2016

¹⁶⁶ Direction Action Sociale, Service Social CARSAT Normandie, Bilan Cellule 76 RED 2016

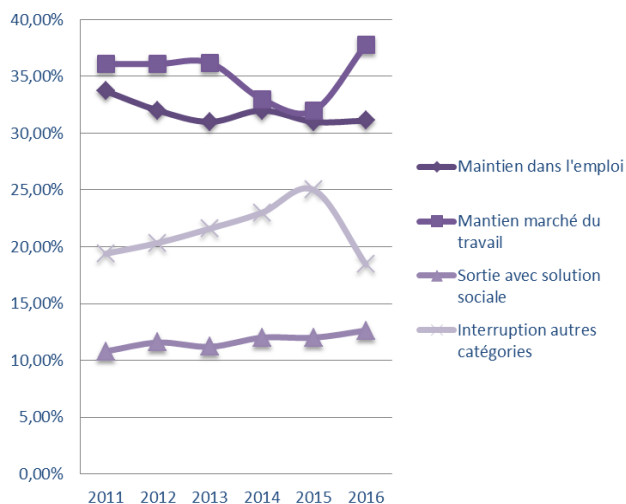
1.3.3.4 Le taux d'emploi en fin de suivi

Les premières mesures de l'impact des activités d'accompagnement par le service social ont été mises en place avec le déploiement de la démarche en 2011.

Graphique 3 : Evolution du taux de maintien en emploi



Graphique 4 : Evolution des situations de fin d'action de 2011 à 2016



Source : Données d'activité du service social /CNAMTS/DDO/D20M/DAPF 2016. Situation en fin d'action

A la fin de l'action, environ un tiers des bénéficiaires accompagnés sont maintenus dans leur emploi, un autre tiers étant maintenu sur le marché du travail (recherche d'emploi) ; ces taux restent globalement stables.

1.3.3.5 La satisfaction des bénéficiaires et les évaluations à 3 et 6 mois

La CNAMTS réalise également des études sur les suites des interventions et la perception de l'utilité de l'intervention du service social.

Encadré 3 : Etude 2016 sur l'utilité sociale de l'accompagnement par les services sociaux

Nombre de répondants : 4030 / Taux de retour : 32,5 % Favoriser le maintien du lien avec l'entreprise, suite à la rencontre avec le service social : 73 % déclarent avoir pris contact avec le médecin du travail (73 % en 2015) 58 % ont pris contact avec leur employeur (59 % en 2015) Mobiliser les assurés au regard de leur situation pour lever les freins du retour à l'emploi : 71 % déclarent avoir engagé des démarches pour leurs droits (71 % en 2015) 68 % déclarent que le service social les a aidés à préparer leur retour à l'emploi (68 % en 2015) 56 % déclarent que le service social les a aidés à construire un nouveau projet professionnel (55 % en 2015)
--

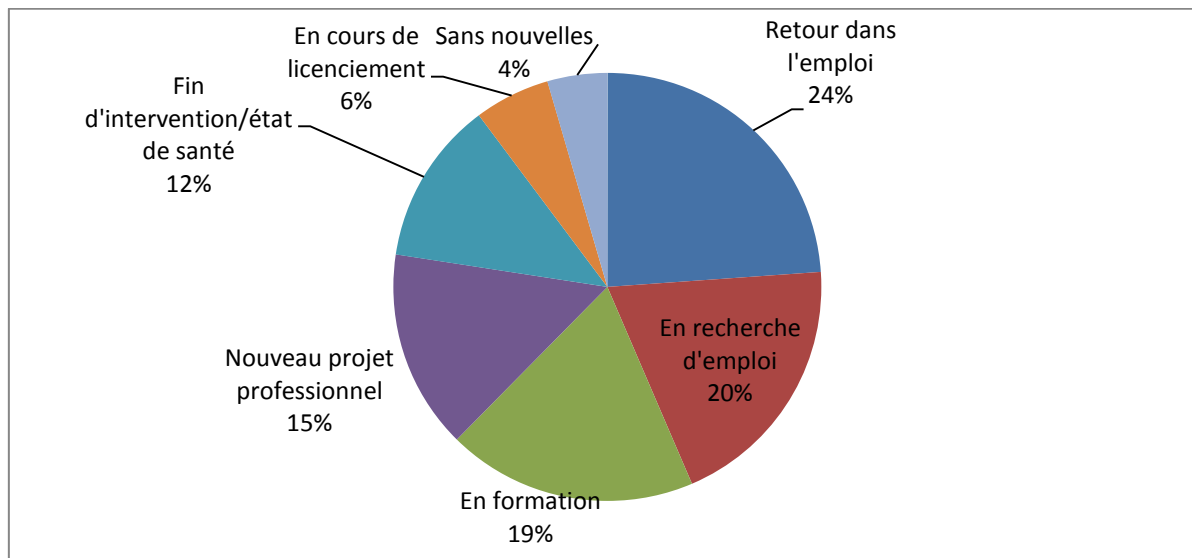
Source : CNAMTS Etude d'impact du service social menée auprès des assurés en 2016

Ces études sur plus longues durées étaient recommandées par un audit conduit en 2012, et commencent à être pratiquées également par les autres acteurs comme les services de santé au travail (cf. Annexe 2).

La CNAMTS ne dispose toutefois pas de données nationales consolidées sur le devenir à six mois. Force est là également de regarder les résultats produits en région.

En Normandie, 58,45 % des bénéficiaires d'une intervention du service social au titre de la prévention de la désinsertion professionnelle n'étaient plus en arrêt à 3 mois et 75,5 % à 6 mois dans l'étude conduite en 2016. Le graphique suivant détaille la situation de ces assurés.

Graphique 5 : Bilan du devenir à 6 mois des personnes (Normandie 2016)



Source : CARSAT Normandie, Bilan activité PDP 2016, traitement IGAS

1.3.3.6 L'impact des dispositifs PDP sur le taux d'emploi des salariés suivis par le réseau CNAMTS

L'évaluation des dispositifs de prévention de la désinsertion professionnelle permettant de garantir leur efficacité économique, recommandée dans l'audit de 2012¹⁶⁷ et inscrite dans la COG AT-MP 2014-2017, n'a pas été réalisée. Il s'agissait de « *mettre en place un suivi de cohorte sur le plan économique en complément des évaluations qualitatives du service médical.* ». La direction déléguée aux opérations (DDO), interrogée sur ce point par la récente mission IGAS d'évaluation de cette COG, a fait valoir qu'une « *évaluation rétrospective nous semble demander de réaliser des enquêtes mobilisant des ressources importantes, sur des délais assez longs, sans pour autant garantir la production de résultats clairs et valides sur le niveau d'efficacité et d'efficacité du dispositif* »¹⁶⁸.

La mise en place d'une évaluation prospective mériterait d'être envisagée.

¹⁶⁷ Audit du projet PDP, 2012, op.cit.

¹⁶⁸ Eléments de conclusions de la DSES transmis par la DDO à la mission.

1.4 La coordination interne des services de la CNAMTS et le développement des cellules de PDP

1.4.1 La nécessité de renforcer la coordination des services de la CNAMTS

La prévention de la désinsertion professionnelle, comme d'autres activités dont le service social assure le portage avec les autres services de la CNAMTS, renforce les besoins de coordination d'organisations construites historiquement en silo. Il faut faire communiquer les systèmes d'information, harmoniser les modalités de repérage mais aussi et avant tout, rendre compatibles les cultures professionnelles des CPAM (l'accès aux droits et la gestion du risque), des ERSM (la justification médicale et la gestion du risque), des DRP (la prévention collective des risques professionnels) et enfin des services sociaux des CARSAT (le primum de l'approche individuelle et globale de l'assuré).

Tous les diagnostics internes^[169,170] témoignent d'une culture insuffisante en la matière : **« La relation «santé emploi» est au cœur du Service social, du Service médical et des Risques professionnels. Néanmoins, les trois acteurs se connaissent mal et se parlent peu. La méconnaissance réciproque et l'absence de gouvernance coordonnée entrave les dynamiques qui pourraient se mettre en place et crée de l'insatisfaction, même si comme pour beaucoup de sujets certains territoires font exception »**. Ce diagnostic n'est pas récent : un audit de 2003, qui avait pour objet le maintien dans l'emploi et le reclassement professionnel, avait déjà mis en évidence, la nécessité d'un renforcement de la coopération « institutionnelle »¹⁷¹.

Dans ce contexte, la mise en place et la généralisation des cellules de prévention de la désinsertion professionnelle réunissant ces acteurs constitue un enjeu de management interne important pour le réseau de la CNAMTS. Il s'agit de faire vivre ensemble et converger les objectifs de « gestion attentionnée », de « prévention des risques professionnels » et de « gestion des risques ».

Si les dossiers simples considérés comme relevant de la prévention de la désinsertion professionnelle reposent sur les différents acteurs décrits ci-dessus, chacun pouvant œuvrer dans son propre espace, la gestion des cas complexes et/ou urgents a conduit à la constitution des cellules locales de coordination auxquelles sont amenés à participer l'ensemble de ces acteurs.

La mise en œuvre du programme 8 de la COG AT-MP 2009-2012 a conduit à la généralisation du dispositif de cellules de coordination locale PDP expérimenté à la fin de la COG 2004-2009 en Bretagne et en Normandie¹⁷². Il existe aujourd'hui au moins une cellule de coordination locale de prévention de la désinsertion professionnelle par ressort de CPAM¹⁷³ et une cellule régionale¹⁷⁴.

¹⁶⁹ Audit du projet PDP, 2012, op.cit.

¹⁷⁰ CNAMTS, Mission de réflexion stratégique sur le Service social, octobre 2016, op. Cit.

¹⁷¹ Cf. supra

¹⁷² En régions Bretagne et Normandie, par la LR-DRP-80/2007 du 2 août 2007.

¹⁷³ Dans certaines régions, les cellules PDP peuvent être démultipliées par rapport au nombre de CPAM. Exemple en région Hauts de France : passée de 18 à 9 CPAM pour 6 départements depuis 2010, elle conserve 14 cellules locales prévention de la désinsertion professionnelle, notamment conserver la proximité avec les services de santé au travail interentreprises, au nombre de 17 en 2017.

¹⁷⁴ CNAMTS, Lettre réseau LR-DRP-32/2009 relative au déploiement national du dispositif des cellules de coordinations régionale et locale de prévention de la désinsertion professionnelle du 15/05/2009

Parallèlement, le dispositif de l'offre de service attentionné pour les assurés en risque de désinsertion professionnelle a été précisé¹⁷⁵.

Dès la fin 2011, la majorité des cellules locales (79 sur 102) et des cellules régionales (14 sur 20) étaient en place, coordonnées principalement par un référent du service social ; une formation des référents des cellules locales et régionales a été déployée entre février 2009 et février 2011 à raison de 15 sessions de formation de 5 jours ; la montée en charge du dispositif était achevée au premier semestre 2011¹⁷⁶. Cet effort de formation n'a malheureusement pas été poursuivi dans ce format interprofessionnel et, comme cela était mentionné dans l'audit de 2012 déjà cité¹⁷⁷, la formation actuelle des membres des cellules repose sur le tutorat des nouveaux par les anciens.

Cet audit approfondi du projet PDP a été réalisé en 2011-2012 afin de tirer plus largement un bilan des nombreuses évolutions précédentes et des outils mis à disposition. Il s'agissait du second audit d'envergure réalisé sur la PDP, après celui réalisé en 2003 qui lui a servi de référence. Les principaux constats de l'audit de 2012 ont servi à leur tour de référence à la présente mission pour mesurer notamment les avancées et les faiblesses du fonctionnement des cellules de PDP rencontrées sur le terrain.

On rappelle dans le tableau suivant, l'ensemble des recommandations au-delà du seul fonctionnement des cellules locales.

¹⁷⁵ LR-DDO-144/2010 relative à la création d'une offre de service attentionnée pour les assurés en risque de désinsertion professionnelle du 26/07/2010

¹⁷⁶ Lettre réseau LR-DRP-32/2009 op. Cit.

¹⁷⁷ Audit du projet PDP, 2012, op.cit.

Tableau 6 : Principales recommandations de l'audit du projet PDP de 2012.

Recommandations	Contenus
<i>Optimiser l'identification du projet de PDP, es qualité</i>	Doter le projet de PDP d'une existence à part entière au regard des autres stratégies (Gestion du risque, Prévention des risques professionnels...)
<i>Rendre plus cohérent le pilotage national du projet de PDP</i>	Mettre en place un pilotage national du projet unifié
<i>Encourager le systématisme et la rationalité dans l'action du Service Médical</i>	Systématiser les procédures de détection des dossiers de PDP par la communication à l'assuré d'un questionnaire socio professionnel lors de l'envoi du protocole de soins dans le cadre de l'article L 324-1, comme le font les organismes bretons ou lors des contrôles au 45ème jour d'arrêt de travail, qu'ils soient réalisés sur pièces ou sur personne ; Formaliser des procédures de détection et d'orientation des situations détectées vers le service social ou vers les services de santé au travail.
<i>Mieux formaliser l'orientation des assurés</i>	Développer des référentiels écrits indicatifs, sur les critères d'orientation vers les différentes mesures de remobilisation
<i>Œuvrer pour l'unicité des structures de travail et de coordination sur le plan local</i>	Rationaliser le modèle de partenariat local des cellules PDP en distinguant : gestion des dossiers complexes individuels et gestion institutionnelle du projet
<i>Accélérer le déploiement d'un applicatif de partage de données</i>	Généraliser l'applicatif OLYMPE utilisé en Bretagne à l'ensemble du réseau
<i>Accroître l'implication des Départements des Risques Professionnels dans le dispositif de coordination de la PDP</i>	Valoriser les données de prise en charge <u>individuelles</u> PDP des services sociaux, pour la conception et le développement des actions <u>collectives</u> de prévention primaire en entreprise conduites par le DRP
<i>Renforcer la mobilisation des médecins traitants</i>	Inclure dans la rémunération à la performance des praticiens un nouveau critère relatif à la PDP dans la négociation conventionnelle
<i>Repositionner les UGECAM en amont du dispositif de prévention de la désinsertion professionnelle</i>	détection précoce de situations à risque de désinsertion professionnelle par les structures UGECAM de médecine physique et de réadaptation (MPR) et leurs services de suite et de réadaptation (SSR),
<i>Développer le partenariat extra institutionnel</i>	Assurer la pérennité du financement de modules de remobilisation précoce avec les partenaires AGEFIPH et DIRECCTE. Envisager la création d'une ligne de crédits dédiés sur le FNASS et sur le FNAT.
<i>Initialiser une évaluation qualitative des résultats du projet de PDP</i>	Etude comparant des cohortes d'assurés bénéficiaires ou pas, Tester un dispositif de ciblage précoce de certains assurés se trouvant dans une situation à risque de désinsertion professionnelle sur deux ou trois régions

Source : Audit du projet PDP, 2012, op.cit.

A la suite de cet audit, au niveau national une direction chef de file a été identifiée au sein de la DDO. Des groupes de travail ont été organisés sur la question des référentiels de détection et d'orientation par les médecins conseil (cf. *supra*). L'ensemble des acteurs internes (service social, service médical, service prévention des risques professionnels et services administratifs des CPAM) se sont impliqués dans l'élaboration d'un processus national coordonné favorisant la mise en œuvre des dispositifs et l'information des assurés et partenaires¹⁷⁸ et les instructions générales de fonctionnement des cellules de coordination régionale et locale ont été précisées en juillet 2014¹⁷⁹.

¹⁷⁸ Prévenir la désinsertion professionnelle, Point de Repères, Service social de l'assurance maladie, CNAMTS, Juin 2014

¹⁷⁹ LR DDO 119/2014 du 24 juillet 2014, Op. Cit.

Le partenariat externe a été systématisé : 81 % des cellules prévention de la désinsertion professionnelle intègrent en 2016 des représentants des services de santé au travail/SSTI et 87 % des SAMETH. Des partenariats se développent entre certaines CARSAT et les services de Pôle Emploi ou les MDPH, notamment pour l'activation des mesures de RQTH¹⁸⁰.

On a vu que le dispositif d'évaluation médico-économique a été écarté car jugé trop lourd à conduire ; cette évaluation n'a été finalement commandée qu'à l'occasion d'un projet expérimental de « case management » des AT-MP lourds, conduit par la DRP à partir de 2014, et décrit plus bas.

Plus récemment, le département d'accompagnement des publics fragiles (DAPF) de la CNAMTS a travaillé à la mise en place d'un espace collaboratif partagé qui devrait être opérationnel au 1^{er} trimestre 2018. Ce point est probablement l'un des plus sensibles : l'absence de SI partagé entre les services sociaux, médicaux et administratifs est souligné de longue date¹⁸¹. Plusieurs projets visant à faciliter les échanges en matière de PDP ont échoué : après l'abandon de la généralisation de l'applicatif OLYMPE développé en région Bretagne en 2008¹⁸², un groupe de travail a défini un cahier des charges pour un espace partagé intégré à GAIA (outil de gestion du service social) mais ce nouveau projet n'a pas non plus été développé et c'est la solution d'un espace collaboratif en cours de développement qui est aujourd'hui privilégiée.

1.4.2 La gestion des situations urgentes et/ou complexes

Les évaluations conduites depuis 2012 se sont interrogées, comme la présente mission, sur la notion de situation « complexe », qui fonde en partie la nécessité de réunir les acteurs institutionnels de la CNAMTS autour de leur examen en cellule locale.

La lettre réseau LR-DRP-32/2009 rappelle que *« les cellules locales n'ont pas vocation à traiter l'ensemble des dossiers des assurés en risque de désinsertion professionnelle, mais plutôt à apporter le cas échéant une solution rapide sur un dossier urgent (risque de rupture d'indemnisation, risques psychosociaux, etc.) ou un dossier complexe (nécessitant l'intervention de plusieurs services ou organismes) »*. Cette définition laissait une large marge d'appréciation aux acteurs locaux.

En 2013, un groupe de travail « optimisation du dispositif PDP » a proposé d'en définir plus précisément les contours et la lettre réseau DDO/219 les a diffusés¹⁸³. Ces recommandations ont été reprises dans les DRSM rencontrées par la mission.

¹⁸⁰ Prévention de la désinsertion professionnelle, Bilan 2016. Service social de l'Assurance maladie. 11/2017

¹⁸¹ Audit du projet PDP, 2012, op.cit.

¹⁸² Cette généralisation était annoncée en 2010 dans la lettre réseau LR-DDO-144/2010 Op. Cit.

¹⁸³ LR DDO 119/2014 du 24 juillet 2014. Op. Cit.

Encadré 4 : Encadré. Situations urgentes et/ou complexes examinées en cellule locale PDP

Pré-requis / conditions de réussite d'un maintien dans l'emploi

- o Un lien social maintenu entre le salarié en arrêt de travail et l'entreprise
- o Une dynamique de remobilisation de l'assuré permettant de déclencher rapidement l'élaboration du projet professionnel
- o Une durée prévisionnelle d'arrêt de travail suffisante pour permettre la mise en œuvre d'un dispositif de retour à l'emploi
- o Un accompagnement du salarié en arrêt de travail par un référent (social/médical) vers une reprise de l'activité professionnelle
- o Une dynamique partenariale des services de l'Assurance Maladie et avec les acteurs extra-institutionnels de la PDP : médecin du travail, SAMETH, AGEFIPH, etc.

Situations examinées en cellule locale PDP

La cellule locale est compétente pour :

- Examiner, traiter et suivre toutes les situations :
 - o pour lesquelles l'état de santé est identifié comme un frein pour exercer l'ancien poste de travail et plus largement pour la reprise d'activité
 - o dont la problématique est la souffrance au travail
 - o nécessitant la confrontation des expertises et logiques d'actions pour parvenir à une solution adaptée quant à la reprise d'activité
 - o présentant un caractère d'urgence, notamment lorsqu'il y a un risque de rupture de droits
- Valider et assurer le suivi, conformément aux instructions nationales :
 - o des demandes relevant des articles L.323-3-1 et L.433-1 du CSS : actions de formation professionnelle continue ou actions d'évaluation, d'accompagnement, d'information et de conseil pendant l'arrêt de travail
 - o des demandes de CRPE

Le cumul des facteurs de risque permet d'évaluer le niveau de complexité de la situation. Si l'assuré présente 2/3 facteurs de risque, la situation est dite « complexe ».

Service social

- restriction d'aptitude sur le poste de travail, énoncée par avis médical
- titulaire d'un contrat de travail et en risque de licenciement pour inaptitude
- crainte/inquiétude exprimée par l'assuré quant à la tenue de son poste de travail du fait de son état de santé
- Repli/éloignement du monde de travail
- relation salarié/employeur dégradée

Service médical

- Pathologies à risque (par ordre de fréquence décroissant) :
 - code « M » : pathos ostéo-articulaires
 - code « S » : pathos des articulations
 - code « F » : pathos psychiatriques (facteurs dépressifs)
 - code « G » : pathos neurologiques invalidantes
 - code « C » : pathos cancers
- Arrêt de travail > 3 mois
- Arrêts itératifs
- AT graves (hors AT pris en charge dans le cadre du service « Accompagnement après un accident du travail » dans les CPAM pilotes : Melun, Versailles, Lille-Douai, Artois, Nice)
- MP/TMS multiples
- Inaptitude pressentie au poste et à tout poste dans l'entreprise
- Signalement de reclassement professionnel sur le Protocole de Soins Electronique (PSE) par le médecin traitant

Service administratif CPAM

AT graves (hors AT pris en charge dans le cadre du service « Accompagnement après un accident du travail » dans les CPAM pilotes : Melun, Versailles, Lille-Douai, Artois, Nice)¹⁸⁴
Arrêt de travail > 3 mois

Service Prévention Risques Prof.

Situations signalées comme pouvant être problématiques par l'entreprise ou l'assuré à l'ingénieur conseil ou au contrôleur

NB : Attention, la cellule locale n'a pas vocation à examiner toutes les situations présentant un ou plusieurs facteurs de risque.

Source : LR DDO-119/2014 Annexe 9.

¹⁸⁴ Cf. Description du programme pilote AT graves infra.

Quantitativement, l'activité des cellules est centrée sur la validation par le service médical des demandes présentées par le service social au titre des articles L.323-3-1 et L.433-1 du CSS, qui permettent d'engager des actions d'évaluation, d'accompagnement, d'information et de conseil ou de formation professionnelle continue pendant l'arrêt de travail (cf. *infra*).

Dans une région, le règlement intérieur précise que sont qualifiés de « dossiers complexes » : « les dossiers pour lesquels il existe plusieurs solutions possibles pour mettre en œuvre un reclassement ; les dossiers qui nécessitent la mise en œuvre d'un dispositif lourd et qui requièrent un soutien indispensable de la personne et une coordination des acteurs ; les dossiers justifiant une urgence particulière (risque de rupture d'indemnisation, etc..) »¹⁸⁵.

Les acteurs d'une cellule rencontrés, pourtant engagés dès 2009, témoignent qu'ils ne respectent pas la définition de la lettre réseau car « *elle ne nous semble pas très opérationnelle* ».

Le nombre de dossiers soumis est variable selon les cellules, de l'ordre d'une dizaine à une trentaine par cellule se réunissant entre 6 et 14 fois par an dans une région comme l'Aquitaine en 2015, et en moyenne 9 fois par an pour 26 dossiers par séance en Normandie¹⁸⁶.

Tableau 7 : Volume d'activité 2015 des cellules locales de PDP de l'ancienne région Aquitaine

Département	Nombre de cellules locales	Nombre de dossiers examinés en 2015	Nombre de dossiers par cellule locale
Dordogne	6	186	31
Gironde	11	283	26
Landes	14	62	4
Lot-et-Garonne	8	96	12
Bayonne	8	35	4
Pau	5	65	13
	52	727	14

Source : CARSAT Aquitaine, PDP Rapport annuel d'activité 2015

Le bilan national 2016 du service social rapporte que 12 066 situations de bénéficiaires ont été étudiées en cellule locale au cours de 747 réunions, soit un examen de 16 situations en moyenne par réunion.

Pour conclure, et s'agissant des pratiques observées localement dans les cellules PDP, les situations soumises semblent dépendantes du degré de maturité de la cellule et en partie liées à son ancienneté : lorsque la connaissance des acteurs internes et externes s'exerce sur la durée et que la confiance s'installe, la nature de dossiers présentés et leur nombre évolue. Pour ces raisons, un dossier jugé complexe dans une cellule ne le sera plus dans une autre.

¹⁸⁵ R09-DI-Règlement intérieur de la cellule locale de prévention de la désinsertion professionnelle de la CPAM de Lille Douai. 01 2017

¹⁸⁶ CARSAT Normandie, Bilan 2016 d'activité PDP, document remis à la mission, mai 2017

Une des cellules locales rencontrées, dissocie dans son rapport d'activité, parmi les situations présentées, les situations pour validation d'actions (cf. *supra*) de celles, considérées comme complexes et « *présentées pour éclairage et avis d'expertise des membres de la cellule* ». Celles-ci ne représentent que 23 dossiers sur les 270 étudiés cette année-là soit 8,5 %¹⁸⁷.

L'activité d'examen des cas « complexes » même considérés au sens large, i.e. « tous les dossiers présentés », ne constitue en définitive qu'une part réduite de l'ensemble des dossiers « PDP » traités par les acteurs de l'assurance maladie sur leur territoire, proportion de l'ordre de 7 % des bénéficiaires signalés au service social et ayant accepté un accompagnement. Cette part serait encore plus réduite, si on ne retenait que la part des cas « véritablement complexes », comme dans l'exemple cité ci-dessus.

Cette faible proportion s'inscrit dans le schéma d'emploi des cellules locales, défini par la lettre réseau 2009 et rappelé dans l'instruction de 2014.

1.4.3 Focus sur les dispositifs expérimentaux

1.4.3.1 Le dispositif des conseillers en risques professionnels (CRP) de la direction des risques professionnels (DRP)

Devant le constat ancien qu'une minorité de sinistres (2 %) génère 40 % de la dépense d'indemnisation journalière dans le champ des accidents de travail, la direction des risques professionnels de la CNAMTS a choisi d'expérimenter dans la COG 2014-2017, un nouveau dispositif d'aide aux victimes d'AT graves¹⁸⁸. L'expérimentation, débutée en 2014, a concerné cinq sites¹⁸⁹. Deux conseillers par site, agents de la DRP basés dans les CPAM, ont suivi entre 35 et 45 personnes en moyenne chacun pendant plusieurs mois. Il s'agissait d'organiser un accompagnement personnalisé et de coordonner le retour à l'emploi avec l'assistant de service social, le médecin conseil, le médecin du travail et les autres partenaires externes.

En 2016, sur 26 500 dossiers sélectionnés, 1 019 ont été considérés comme éligibles et 690 victimes ont été suivies sur 30 heures en moyenne/personne. L'essentiel de l'accompagnement s'est fait le plus souvent par téléphone, hormis deux rencontres, en face à face, incontournables pour la signature de l'engagement initial et de clôture¹⁹⁰. 15 % des 260 assurés ayant repris le travail ont fait l'objet d'une action en faveur de la reprise du travail ; les 85 % restants ont repris le travail sans action particulière en entreprise. La DRP a fait le constat de la complexité des démarches vers les employeurs et estimé que le profil de CRP tel que recruté au début de l'expérimentation n'était pas dimensionné pour cette mission¹⁹¹.

¹⁸⁷ Direction Action Sociale, Service Social CARSAT Normandie, Bilan Cellule 76 RED 2016

¹⁸⁸ Victimes d'accident de travail ayant des lésions susceptibles d'entraîner un arrêt de plus de 45 jours ou une IP>10%. Les pathologies du périmètre de l'expérimentation sont : la traumatologie (orthopédie dont amputations/ Traumatismes crâniens), le stress post-traumatique, la lombalgie.

¹⁸⁹ Sites Artois, Seine et Marne, Yvelines, Alpes maritimes et Lille-Douai

¹⁹⁰ L'efficacité d'un accompagnement distant vs. un accompagnement en face à face a été jugée comparable sinon meilleure, dans la plupart des cas hormis les cas les plus graves (étude SUVA 2015).

¹⁹¹ Profil de niveau 4 pour une majorité des CRP recrutés

1.4.3.2 L'agent facilitateur des échelons locaux du service médical (ELSM)

Cette expérimentation a débuté en mars 2015, afin de contribuer à la maîtrise de l'évolution des indemnités journalières (IJ) et à la prévention de la désinsertion professionnelle des assurés en arrêt de travail, tout en apportant un nouveau service aux médecins prescripteurs. Elle a concerné 18 sites en 2016¹⁹², où deux agents¹⁹³ par site ont exercé la mission à temps partiel (0,2 ETP par agent).

Le suivi concernait les assurés ayant des difficultés à organiser et suivre leurs démarches dans le cadre d'un arrêt de travail, sans notion de complexité ou gravité médicale particulière contrairement au dispositif CRP¹⁹⁴. Il s'agissait principalement de s'assurer que l'assuré a pris les rendez-vous prévus dans son plan de soins (examens complémentaires, expertises, visite de pré-reprise) ou administratif (dossier MDPH, ouverture des droits sociaux...).

Pour les 18 ELSM expérimentateurs, près de 2000 assurés ont été suivis par l'agent facilitateur, soit un effectif de 200 assurés en moyenne par agent. Chaque agent suit, à un moment donné, une file active de 120 assurés. 75 % sont suivis à l'initiative du médecin conseil, le reste sur signalements par le médecin traitant (10 %) ou par le facilitateur.

Le nombre d'interventions du facilitateur est très variable, mais assez souvent ponctuel. Il s'agit de répondre à l'attente du médecin conseil qui pressent qu'un ou plusieurs facteurs bloquants peuvent conduire à prolonger l'arrêt de travail et en « faciliter » le déroulement en accompagnant l'assuré. A l'issue de la phase pilote de 2015 sur les trois premiers sites, la CNAMTS a estimé que la fonction de « facilitation » avait optimisé la durée d'entre 19 et 42 % des arrêts de travail.

2 LE RESEAU DE LA MUTUALITE SOCIALE AGRICOLE

2.1 Présentation générale du réseau CCMSA

« Avec près de 27,5 milliards de prestations versées pour 5,6 millions de bénéficiaires, la MSA est le deuxième régime de protection sociale en France. Elle comprend 17 000 salariés, répartis entre 35 caisses, et une caisse centrale (CCMSA). Elle couvre l'ensemble de la population agricole et des ayants droit (non-salariés et salariés). La MSA gère l'ensemble des branches de la sécurité sociale, à savoir non seulement la maladie, la famille, la vieillesse, ainsi que les accidents du travail et les maladies professionnelles, mais également le recouvrement. En plus du versement des prestations, elle assure donc la collecte et le contrôle des cotisations sociales dues par les employeurs de main-d'œuvre et les non-salariés » ¹⁹⁵.

¹⁹² En 2015 3 sites : Loire-Atlantique, Doubs, Bouches du Rhône. En 2016 18 ELSM, au moins un site par DRSM de France métropolitaine : Hauts de Seine, Moselle, Périgueux, Clermont Ferrand, Finistère, Hérault, La Rochelle, Toulouse, Nancy, Somme, Angers, Loiret, Drôme, RED 76 (Rouen Elbeuf Dieppe) et Le Havre.

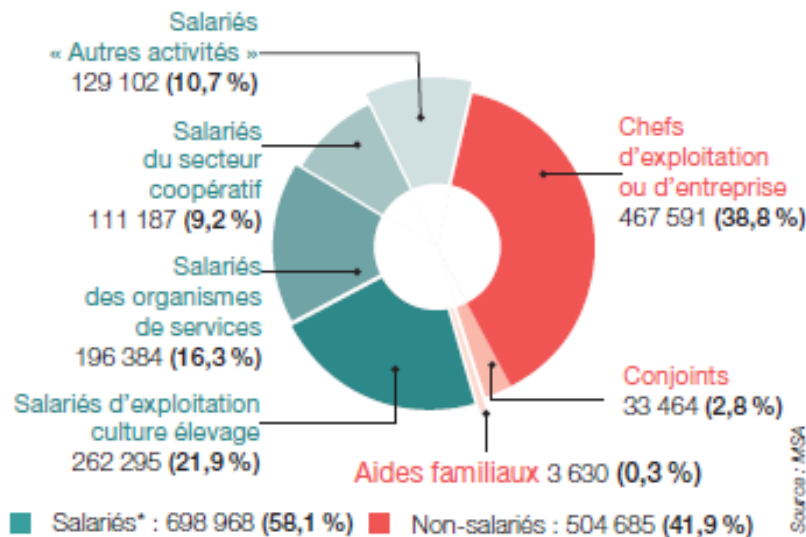
¹⁹³ Profils de niveaux 3 ou

¹⁹⁴ Critères : en arrêt de travail pour une maladie ou un AT-MP, quelles que soient les pathologies, dans le cadre du contrôle médical des arrêts de travail ou suite à un signalement du médecin traitant, en situation d'emploi (CDI, CDD, intérimaire) ou sans emploi.

¹⁹⁵ Source : CCMSA www.msa.fr/lfr/identite/le-guichet-unique

Les bénéficiaires MSA peuvent être couverts pour tout ou partie des risques. Pour les actifs¹⁹⁶, l'ensemble des actifs affiliés à l'un des régimes agricoles exprimé en équivalent temps plein, représente 1,2 million de personnes en 2015. Parmi ces actifs, 41,9 % sont affiliés au régime des non-salariés et 58,1 % au régime des salariés.

Graphique 6 : Les actifs agricoles par statut et/ou secteur d'activité en 2015



Source : Rapport d'activité annuel 2016 CCMSA

Pour le risque AT-MP, centré par définition sur les bénéficiaires en activité professionnelle, on compte 1,7 million de salariés agricoles couverts en 2014 et 550 000 non-salariés agricoles couverts en 2015.

La MSA gère de façon globale, via un guichet unique, la protection sociale des salariés et non-salariés agricoles ainsi que leurs ayants droit et les retraités. Elle prend en charge la médecine du travail et la prévention des risques professionnels ; elle mène des actions à caractère sanitaire et social. Chaque caisse de MSA rassemble service de santé au travail, action sociale, médecins conseils et services administratifs dans un même périmètre administratif local qui couvre l'équivalent des services membres d'une cellule de prévention de la désinsertion professionnelle du régime général.

La médecine du travail, fonctionnellement indépendante, est intégrée par construction dans ce périmètre. Les services de santé au travail du réseau disposent en 2017 de 350 médecins, 120 infirmiers sur 150 (cible dédiée au suivi des seuls salariés), 280 conseillers en prévention¹⁹⁷ et des agents des services administratifs. Trente postes de médecins du travail dans le réseau MSA sur 350 ne sont pas pourvus en 2017 et 20 postes de médecins conseil sur 220.

¹⁹⁶ Les actifs non-salariés agricoles pris en compte sont les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole installés au plus tard le 31 décembre 2014 et présents au 1er janvier 2015 ainsi que leur conjoint et aides familiaux, qui sont assujettis à l'une au moins des quatre branches : assurance maladie des exploitants agricoles (Amexa), assurance vieillesse agricole (AVA), prestations familiales agricoles (PFA) et assurance accidents du travail des exploitants agricoles (Atexa)./ Les actifs salariés correspondent au nombre d'emplois en cours au 31 décembre 2014 au régime agricole. Source : Chiffres clefs 2016.

¹⁹⁷ Profils : Bac + 2 type hygiène et sécurité à ingénieurs agricole ou agronome

2.2 Les activités de prévention de la désinsertion professionnelle de la MSA

C'est poussée par la nécessité d'articuler mieux ses actions avec les différents acteurs du champ du handicap, et notamment à l'occasion de la convention multipartite, que la CCMSA a structuré son réseau pour la prévention de la désinsertion professionnelle. Il s'agissait, en ce début des années 2010, de définir un cadre de référence national des offres et préciser sa déclinaison régionale et locale¹⁹⁸.

Un état des lieux concernant les actions réalisées dans les différentes caisses en matière de maintien en emploi des travailleurs handicapés a précédé la définition de l'offre de service institutionnelle « maintien en emploi », et conduit à étendre à l'ensemble des caisses, les cellules de coordination locales.

2.2.1 L'état des pratiques au sein du réseau en 2014

Le constat établi par les 27 caisses ayant répondu (soit près de quatre sur cinq) établissait l'existence de cellules de coordination créées localement, à la composition et aux modes de fonctionnement hétérogènes.

Les différents services participant à ces cellules locales étaient principalement les services de santé au travail, le service médical, les services sociaux et le service de prévention des risques professionnels (PRP).

Tableau 8 : Composition des différents services des MSA participants aux cellules locales

Santé au travail (MT / IST)	Contrôle médical	ASS	ATMP	PRP	Externes
17	12	19	3	11	4

Source : CCMSA, Lettre à toutes les caisses n°DDPS-2015-295 du 09/07/2015, Données 2014

Les partenaires externes principalement représentés étaient les SAMETH, l'AGEFIPH et CAP Emploi.

Tableau 9 : Partenaires externes participants aux cellules locales MSA en 2014

Partenaires						
SAMETH	AGEFIPH	CARSAT	ARS	CPAM	CAP EMPLOI	Autre
19	18	2	1	3	7	11

Source : CCMSA, Lettre à toutes les caisses n°DDPS-2015-295 du 09/07/2015

¹⁹⁸ Lettre à toutes les caisses n°DDPS-2015-295 du 09/07/2015, CCMSA 59 pages

Dans quelques cellules, des CARSAT ou des CPAM étaient associées.

Les données d'activité sur l'examen des situations réalisé par ces cellules lors de l'enquête conduite en 2014 :

- 1 635 situations examinées, à majorité hommes (60 %) et salariés (75 %) ; 90 % des bénéficiaires d'âge compris entre 30 et 60 ans ;
- 726 personnes orientées (72 %), principalement sur des aménagements de poste (26 %) ou des études de postes (17 %).

Tableau 10 : Orientations principales des situations vues en cellule locale MSA en 2014 (en %)

Orientations proposées (%)									
Etudes de poste	Aménagement de poste	Reclassement interne	Reclassement externe	CRPE Contrat de rééducation professionnelle en entreprise	MOAJ Module d'orientation approfondie des assurés en IJ	RLH	Inaptitude	PSOP Prestation spécifique d'orientation professionnelle	Autres
17	26	9	2		7	4	6	2	27

Source : CCMSA, Lettre à toutes les caisses n°DDPS-2015-295 du 09/07/2015

La fréquence des orientations « médecine du travail » témoigne de la forte présence de ces services qui, on l'a dit, sont intégrés aux Caisses locales. Les lettres réseaux insistent également sur les outils de détection précoce que sont les visites de pré-reprise (leur développement figure dans l'engagement n°43 de la COG Etat CCMSA 2011-2015). Leur part dans l'ensemble de l'activité des services de santé au travail croît d'ailleurs, de 1 % de l'ensemble des examens réalisés en 2000 à 3 % en 2013.

Dans une des MSA rencontrées par la mission, le service prestation informe de l'existence des arrêts de travail en direct et cette information s'inscrit dans le dossier médical du SST.

2.2.2 La généralisation des cellules entre 2015 et 2017 et leur outillage

La lettre à toutes les caisses de 2015 demande le déploiement à l'ensemble des caisses et propose un modèle de composition type, proche de celui observé, et définit les modalités de saisine, de pilotage et de fonctionnement.

La priorité affichée est de **détecter de façon précoce les difficultés médico-sociales pouvant empêcher le travailleur de reprendre son activité professionnelle.**

La détection repose sur l'activité clinique des médecins du travail, conseil et du médecin traitant et doit conduire à la mise en place de synergies internes à la caisse. Il existe, comme dans le réseau CNAMTS, un enjeu de coordination interne autour de ces situations.

Tableau 11 : Rôle des intervenants MSA au sein de la cellule de coordination

LES METIERS	COMPETENCES	LEGITIMITE
EQUIPE SST	• Médecin du travail - Aptitude/ inaptitude - Connaissance de l'entreprise et du poste de travail - Connaissance des dispositifs existants concernant le maintien dans l'emploi • Conseiller PRP / Infirmier - Connaissance de l'entreprise et du poste de travail (contraintes TH) - Connaissance des dispositifs existants concernant le maintien dans l'emploi	• Médecin du travail - Organiser des solutions dans l'entreprise : Aménagement de poste, changement de poste... - Être partenaire et associé à l'étude de poste réalisée par le SAMETH - Concertation / articulation avec le Contrôle Médical concernant la mise en place des mesures possibles • Conseiller PRP / Infirmier - Explorer si un aménagement de poste ou d'autres solutions sont envisageables dans l'entreprise concernée
TRAVAILLEUR SOCIAL	- Accompagnement social - Connaissance des dispositifs existants concernant au maintien dans l'emploi	- Faciliter l'accès aux droits et à l'information, moment d'écoute - Aider à l'obtention d'un titre loi 1987 (RQTH, rente, Pension invalidité...) - Faire le lien si besoin avec les organismes concernant le handicap (MPDH, SAMETH, contrôle médical...)
MEDECIN CONSEIL	Analyse des éléments du dossier en vue de l'expression du devenir administratif de l'assuré	- Mission de gestion du risque - Accompagnement des assurés agricoles
LES TROIS METIERS ENSEMBLE	Élaborations de solutions	S'il existe des solutions internes au sein de l'entreprise : - MT seul avec l'employeur - MT avec PRP (éclairage aménagement ou pas et si oui orientation vers le SAMETH) - MT avec service social (écoute, volet social) - fiche de signalement Sameth pour un maintien ou reclassement professionnel au sein de l'entreprise S'il n'existe pas de solutions : - hors des subventions AGEFIPH : information faite à la personne avec un courrier de la cellule de coordination - hors cadre : lien avec les services retraite et/ou cotisation et information faite à la personne par la cellule de coordination - pour un licenciement pour inaptitude : liaison entre le MT et le service social (ouverture de droits, information, orientation Pôle Emploi...)

Source : CCMSA, Lettre à toutes les caisses n°DDPS-2015-295 du 09/07/2015

Il n'existe pas de données consolidées sur l'activité de signalement dans le réseau.

Dans une des CPME rencontrée, les trois quarts des signalements résultaient des appels sur une plateforme téléphonique, après envoi d'un courrier d'offre de service aux assurés en arrêts de travail indemnisés compris entre 6 mois et un an, maladie ou AT-MP, quel qu'en soit le motif. Les autres signalements provenaient de l'activité :

- Des travailleurs sociaux (tous les assurés malades après 3 mois reçoivent une offre de participation à une réunion collective, mais le taux de participation était faible (20 %) et le sujet désinsertion professionnelle pas très fréquemment posé) ;
- des médecins conseil (le service médical convoque tous les arrêts de travail à 45 jours). Les signalements par les médecins traitants étant rares.

Dans une autre CPME, le requêtage porte sur tous les salariés en arrêt de travail de plus de trois mois, dont les médecins conseil, après analyse des dossiers, décidaient de les convoquer. Les salariés en AT peuvent être convoqués plus tôt, selon leur pathologie.

Les principales mesures proposées pour une remobilisation précoce sont les prestations spécifiques d'orientation professionnelle de l'Agefiph (PSOP), le contrat de rééducation en entreprise (CRPE) et le module d'orientation approfondie des assurés en indemnités journalières (MOAJ). Les deux premiers outils sont identiques à ceux mobilisés dans le réseau CNAMTS et nécessitent une RQTH. Le troisième est spécifique au réseau CCMSA et ne la nécessite pas (cf. *infra*). Les autres mesures sont les mesures d'aménagement de poste par les services de santé au travail, l'accompagnement des mesures de temps partiel thérapeutique par les médecins conseil. Le réseau des CCMSA peut enfin mobiliser, via ses services sociaux, des actions d'accompagnement individuelles ou collectives.

L'ensemble de ces mesures et leur activation a fait l'objet en 2016 d'une nouvelle lettre toutes caisses décrivant de manière complète et détaillée les outils de gestion interne (fiches navette entre les acteurs internes, fiche de suivi individuel...), les outils préparatoires du maintien en emploi (foire aux questions, rappel concernant la visite de pré-reprise, récapitulatif des actions possibles) et un certain nombre d'autres outils dits « opératoires »¹⁹⁹.

Les CPME ont pris en charge 1 633 actifs agricoles (salariés et indépendants) en 2016. L'objectif de généralisation des CPME est inscrit dans la COG Etat-CCMSA 2016-2020 et serait presque atteint en 2017 puisque 33 CPME sont considérées comme opérationnelles en octobre 2017²⁰⁰.

Comme dans le réseau de la CNAMTS, l'activité des cellules est concentrée sur les cas dits complexes. *« Peuvent bénéficier de l'expertise de la CPME, suite à la détection d'un cas complexe, les ressortissants MSA, salariés ou non-salariés agricoles, en emploi ou en contrat de travail au moment de l'arrêt de travail (si présence d'un arrêt), en risque de désinsertion professionnelle suite à un problème de santé ou un handicap nécessitant l'intervention des services sanitaires et sociaux, de santé et sécurité au travail et du contrôle médical. Le cas complexe doit s'entendre comme l'impossibilité de trouver une solution adaptée à la situation de l'assuré lors de l'activité habituelle des trois services ci-dessus mentionnés »*²⁰¹.

2.2.3 Une absence de données sur l'activité de base en matière de prévention de la désinsertion professionnelle et sur le fonctionnement des CPME

La majorité des situations de prévention de la désinsertion professionnelle se traite hors CPME et de manière informelle, en bi ou trilatéral. Cette activité est intégrée aux activités de base des services et n'est pas tracée.

La mobilisation des mesures de type PSOP et CRPE a fait toutefois fait l'objet d'une enquête spécifique en 2016. Elle témoigne de la faible mobilisation de ces mesures, de l'ordre d'une centaine sur trois ans pour l'ensemble du réseau.

Tableau 12 : PSOP et CRPE 2013-2015 mobilisés dans le cadre du réseau des MSA

Nombre de PSOP - CRPE							
MSA	Dép.	2013		2014		2015	
		PSOP	CRPE	PSOP	CRPE	PSOP	CRPE
	Total	14	7	22	10	38	16

Source : MSA, Enquête flash 2016

Le réseau des CPME est de constitution récente et la CCMSA ne disposait que de peu d'informations sur son activité et son fonctionnement à la date où le présent rapport est rendu.

¹⁹⁹ Lettre à toutes les caisses DDPS-2016-568 du 28/11/2016 80 pages.

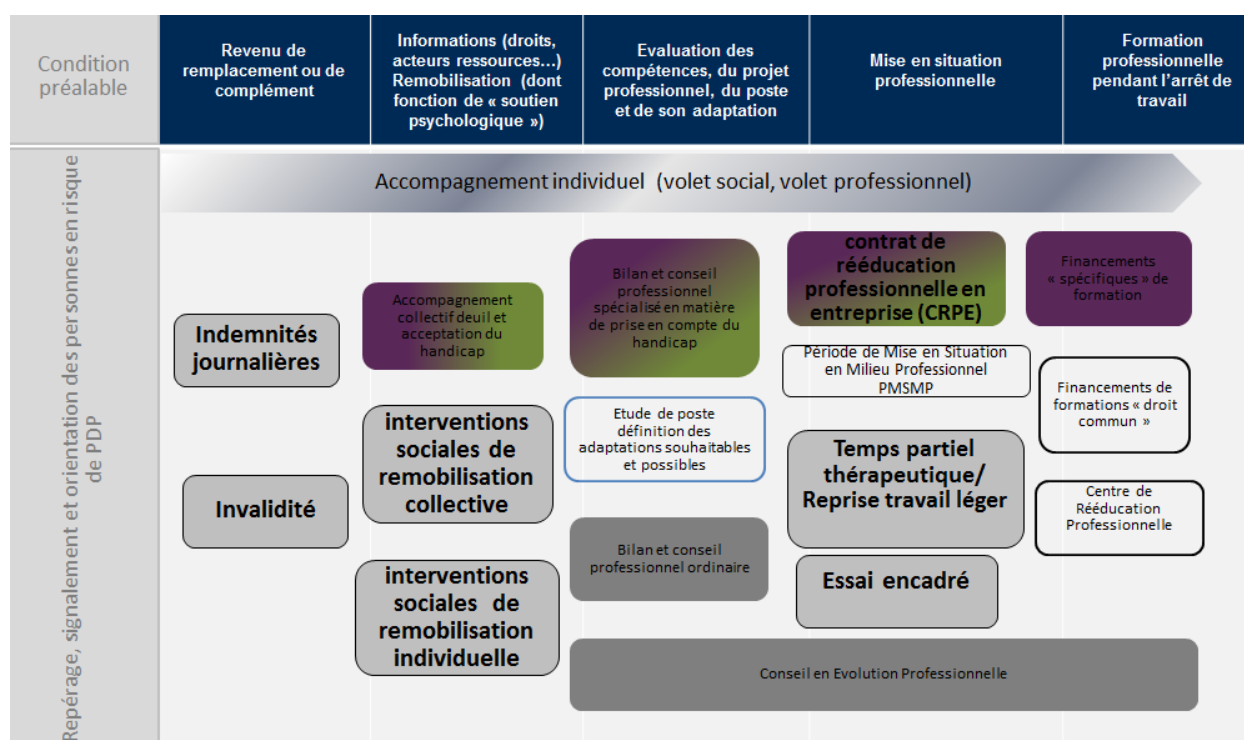
²⁰⁰ Conférence de presse de rentrée de la CCMSA – 10 octobre 2017 -

²⁰¹ LTC DDPS-2016-568 Ibid. Cit

3 LES PRINCIPAUX OUTILS ET FINANCEMENTS MOBILISÉS PAR LES ACTEURS DE LA PROTECTION SOCIALE

De nombreux outils et dispositifs peuvent être aujourd'hui mobilisés par les différents acteurs dès lors que le risque de désinsertion professionnelle est repéré. Le schéma suivant rassemble les principales mesures mobilisées par les acteurs de la protection sociale (gris et en gras) en lien avec les acteurs du handicap (violet), lorsqu'est identifiée une impossibilité de retour au travail sur le poste initial.

Schéma 1 : Les principales mesures contribuant au maintien en emploi



Source : Mission IGAS, d'après Pluricité. Evaluation des actions de remobilisation. Bilans et formations spécifiques proposées pour les personnes en Arrêt de travail. Rapport final 2017

On ne présentera dans cette annexe que les outils et leviers organisés et financés directement par les acteurs de la protection sociale (en gras dans ce schéma). On détaillera succinctement pour chaque mesure son objet et son cadre juridique, sa volumétrie (si disponible) et ses principales caractéristiques.

3.1 Les revenus de remplacement

3.1.1 Les arrêts de travail et les indemnités journalières

3.1.1.1 Le cadre général des arrêts de travail

L'article L 1226-9 du Code du travail interdit de rompre le contrat de travail, sauf raison étrangère au problème de santé, pendant la période de suspension d'un arrêt de travail. Premier levier mobilisé dans un objectif de contribution aux soins, l'indemnisation de la perte de salaire résultant d'un arrêt de travail pour raison de santé est un levier qui peut aussi contribuer au maintien en emploi, notamment lorsque la période d'arrêt de travail peut être utilisée pour préparer ce retour. Cette question se pose notamment lorsque les arrêts de travail se prolongent.

Comme cela était demandé dans le plan cancer (action 9.8), le décret du 30 janvier 2015 a assoupli à 150 heures les conditions d'ouverture des droits aux IJ, conditionnés antérieurement à un seuil de 200h²⁰².

La répartition des IJ est principalement concentrée sur la maladie et sur les IJ de moins de 3 mois. Dans le régime général, 10 % des arrêts de travail durent plus de 3 mois et représentent à eux seuls 60 % des dépenses de santé.

Les dépenses d'indemnités journalières, tous risques et régimes confondus, s'élèvent à 13,7 Md€ en 2015, soit 6 % de l'ONDAM. Leur évolution annuelle a alterné périodes de fortes hausses et de baisses, mais il existe une tendance linéaire sur la période 2000-2015, évaluée à + 180 M€ par an pour le risque maladie et + 100 M€ par an pour le risque AT-MP. Sur la période 2005-2015, la croissance est particulièrement dynamique dans la branche AT/MP (+ 41 % vs + 27 % pour la branche maladie)²⁰³.

Ce dynamisme des dépenses concerne également les assureurs privés versant les compléments d'indemnités journalières.

Tableau 13 : Evolution des dépenses d'indemnités journalières tous assureurs publics et privés pour les risques maladie et AMTP

en millions d'euros	2011	2012	2013	2014	2015	2011/2015
Indemnités journalières	9 543	9 436	9 398	9 775	10 145	6,3 %
Maintien de salaire / complément d'indemnités journalières	1 840	1 977	2 114	1 974	2 133	15,9 %
Total IJ	11 383	11 412	11 511	11 749	12 278	7,9 %

Source : DREES, Les dépenses de santé en 2015, Edition 2016, Fiche 11. Extraction IGAS sur les IJ.

Ces évolutions ont conduit les assureurs, et notamment la CNAMTS qui porte l'essentiel du risque (91 %) et des augmentations observées, à concevoir plusieurs plans d'action destinés à maîtriser la « sinistralité IJ ». L'objectif général était de réduire le nombre d'arrêts de travail non médicalement justifiés.

²⁰² Article R313-3 du code de sécurité sociale

²⁰³ Revue de dépenses 2017. L'évolution des dépenses d'indemnités journalières. IGF N° 2017-M-009/ IGAS N°2017-006R

Au cours de la période 2004-2006, une première vague d'intensification des contrôles a eu pour effet une forte baisse du nombre d'IJ, qui leur a été directement attribuée²⁰⁴. L'accélération du passage en invalidité des personnes en arrêt de longue durée a contribué à réduire la durée des IJ avant mise en invalidité²⁰⁵. Mais ceci a été insuffisant pour peser significativement sur l'évolution générale et la progression de ces dépenses est toujours considérée comme non maîtrisée à ce jour.

Plusieurs outils ont été développés dans le cadre des plans d'action successifs, dont des outils de requêtage sur les durées d'IJ, qui ont également outillé la politique de dépistage des salariés en risque de désinsertion professionnelle (cf. *supra*)²⁰⁶ :

- « A partir de 2007, un ciblage « systématique » des arrêts de plus de 45 jours a été instauré²⁰⁷ dans le but d'éviter la « chronicisation » de l'arrêt. La lettre réseau de décembre 2015, qui complète le dispositif de contrôle à la suite du plan décidé en 2015, précise le sens de ce contrôle.
- Les autres actions ont consisté principalement en un contrôle entre 45 et 180 jours, centré à partir de 2016 sur la prévention de l'entrée en arrêt de longue durée en procédant à un contrôle avant 60 jours, avant l'admission en longue durée, avec examen pour les personnes dont l'analyse de la consommation de soins ne suffit pas à expliquer le motif de l'arrêt et à accompagner les personnes en affection longue durée non exonérante pour prévenir la désinsertion professionnelle²⁰⁸. »

3.1.1.2 L'articulation des IJ et de la préparation du retour à l'emploi

Afin de faciliter la réalisations d'actions préparatoires au maintien ou au retour à l'emploi, l'Etat a autorisé à l'occasion de la LFSS 2009 le versement des IJ à des salariés victimes d'AT-MP qui bénéficient, pendant leur arrêt de travail, d'« actions de formation professionnelle continue (FPC), au sens de l'article L. 6313-1 du code du travail » ou « d'autres actions d'évaluation, d'accompagnement, d'information et de conseil auxquelles la caisse primaire est partie prenante »²⁰⁹. Cette seconde catégorie a permis utilement de couvrir une large gamme d'actions de remobilisation précoce.

Une disposition analogue a été prise en LFSS 2011 au bénéfice des assurés au titre du risque maladie²¹⁰ et a fait l'objet d'une instruction d'accompagnement pour les réseaux CNAMTS²¹¹ et CCMSA. Il y est rappelé que « la durée des actions de remobilisation / formation doit être compatible avec la durée prévisionnelle d'arrêt de travail médicalement justifié. En effet le dispositif ne doit pas conduire à prolonger les durées des arrêts de travail pour faciliter la mise en œuvre d'actions dont la durée serait incompatible avec la période d'arrêt médicalement justifiée. »

Le « vide juridique » qui entourait le maintien des IJ par les caisses primaires, parfois déjà accordé à titre dérogatoire avant 2010 pour conduire des démarches de prévention de la désinsertion professionnelle, a ainsi en partie été comblé.

²⁰⁴ Cf. travaux de la DREES

²⁰⁵ Source : rapport « Les dépenses d'indemnités journalières : analyse des évolutions et propositions d'actions », groupe de travail coordonné par Dominique POLTON, CNAMTS, 2015

²⁰⁶ Source : IGAS, Rapport Annexe 3/ La maîtrise et le contrôle des indemnités journalières (CNAMTS)

²⁰⁷ Lettre-réseau LR-DDO-199/2007 relative au contrôle des arrêts de travail à 45 jours d'indemnités journalières prescrites

²⁰⁸ Affections qui nécessitent une interruption de travail ou des soins continus d'une durée prévisible égale ou supérieure à six mois mais qui n'ouvrent pas droit à l'exonération du ticket modérateur

²⁰⁹ Au 1° du I de l'article 100 de la LFSS pour 2009, qui a complété l'article L. 433-1 du code de la sécurité sociale.

²¹⁰ Aux 1° et 2° du I de l'article 84, qui a créé l'article L. 323-3-1 du code de la sécurité sociale (disposition applicable aux arrêts de travail résultant d'un AT-MP et pris en charge provisoirement au titre de la maladie).

²¹¹ Lettre réseau : LR/DDGOS/53/2012 concernant l'application de l'article L323-3-1 et du L.433-1 alinéa 4 du CSS

Par ailleurs, une indemnité temporaire d'incapacité (ITI) a également été instituée par la LFSS pour 2009 et complétée par des textes d'application²¹². Dans une logique de parcours attentionné, elle permet aux victimes d'AT-MP déclarés inaptes à leur poste de travail de bénéficier d'une indemnisation jusqu'à la décision de reclassement ou de licenciement par l'employeur (cf. *infra*).

Ces nouvelles prestations sont venues compléter la liste des prestations accessibles pendant leur arrêt de travail, aux victimes d'AT-MP, qui comprenait déjà

- Deux prestations légales, communes aux branches AT-MP et maladie, de réadaptation fonctionnelle (prestation en nature) et de reprise du travail à temps partiel thérapeutique (maintien de tout ou partie des IJ) ;
- Deux prestations légales spécifiques à la branche AT-MP les primes de fin de rééducation professionnelle et les prêts d'honneur en fin de stage de rééducation ;
- Enfin, on mentionnera pour mémoire une prestation extralégale, dite prestation supplémentaire n°9, de participation au financement de la rééducation professionnelle. Cette prestation, commune aux branches AT-MP et maladie est financée par le FNASS, lui aussi commun, et consiste en une indemnité attribuée aux assurés ou titulaires d'une pension d'invalidité admis pour une formation professionnelle en centre de rééducation professionnelle (CRP) ou pour un contrat de rééducation professionnelle en entreprise (CRPE).

la possibilité d'articuler maintien des IJ et actions de redynamisation (formation et remobilisation précoce) apparaît comme une des novations importantes sur le principe. Mais leur circuit de mise en œuvre reste lourd (acceptation du dossier par la caisse primaire, après avis du médecin conseil et sur accord écrit du médecin traitant) et leur application hétérogène selon les DRSM.

3.1.2 Le temps partiel thérapeutique (TPT)

Dans le cadre du risque maladie, si le médecin traitant estime que son patient ne peut reprendre une activité à temps plein mais que la reprise d'une activité peut contribuer à son rétablissement, il peut prescrire une reprise à temps partiel pour motif thérapeutique. Le dispositif est accessible uniquement après un arrêt de travail indemnisé à temps complet le précédant immédiatement, sauf pour les assurés pris en charge au titre d'une affection de longue durée (ALD).

Aucune disposition réglementaire ne fixe les modalités d'application dans l'entreprise d'une reprise du travail à temps partiel pour motif thérapeutique. Le médecin traitant fixe la quotité d'activité (par ex une reprise à 50 % par semaine). Mais c'est le salarié et son employeur qui déterminent la répartition de ces heures de travail. En cas de reprise à temps partiel thérapeutique, la perte de salaire peut être indemnisée par l'Assurance Maladie, en tout ou partie, sous certaines conditions.

La décision de reprise du travail à temps partiel nécessite l'avis du médecin traitant, du médecin du travail, l'accord du médecin conseil de la caisse d'Assurance Maladie, mais aussi celui de l'employeur, car celui-ci peut toujours invoquer l'impossibilité de cet aménagement de temps en rapport au fonctionnement de l'entreprise.

Dans le régime général, en assurance maladie, près de 135 000 salariés ont perçu des indemnités journalières au titre d'un temps partiel thérapeutique en 2016, pour un montant de 417, 7 millions d'euros.

²¹² Décret du 9 mars 2010, circulaire DSS du 1^{er} juillet 2010 et LR-DRP-32/2010 du 8 juillet 2010.

Tableau 14 : Répartition par âge des effectifs prise en charge par la CNAM pour un temps partiel thérapeutique en assurance maladie

Age en fin d'année 2016	Total du montant versé pour des journées indemnisées appartenant à l'année 2016 (en euros)	Nombre de personnes ayant bénéficié d'au moins un arrêt avec au moins une journée indemnisée durant l'année 2016	Total du nombre de journées indemnisées appartenant à l'année 2016	% cumulé effectifs bénéficiaires
<= 24 ans	2 539 950	1 670	123 713	1,2 %
25-29 ans	12 029 614	5 806	490 705	5,5 %
30-34 ans	26 247 001	10 325	980 883	13,2 %
35-39 ans	42 601 444	14 816	1 505 067	24,2 %
40-44 ans	60 069 291	19 515	2 057 949	38,7 %
45-49 ans	73 985 133	23 607	2 538 997	56,2 %
50-54 ans	88 787 551	27 245	3 000 255	76,4 %
55-59 ans	83 878 645	24 475	2 736 242	94,5 %
=> 60 ans	27 647 536	7 388	886 690	100,0 %
Ensemble	417 786 165	134 847	14 320 502	

Source : CNAMTS, Données 2016

La durée de prise en charge était, dans une étude régionale conduite en 2015 pour les temps partiels thérapeutiques toutes catégories confondues²¹³, de moins d'un mois (14 %), 1 à 3 mois (39 %), 3 à 6 mois (30 %), 6 à 12 mois (15 %) et plus de 12 mois (2 % des salariés)²¹⁴.

3.1.3 La reprise de travail léger (RTL)

La reprise de travail léger est un dispositif de retour à l'emploi proche du temps partiel thérapeutique mais accessible au titre des seuls bénéficiaires du risque AT-MP. Ce dispositif peut moduler, outre le temps de travail, depuis 2017 et à titre expérimental dans le programme CRP exposé *supra*, la charge de travail pour les salariés. La mobilisation de ce dispositif croît en valeur : 69 M€ en 2012 et 82 M€ en 2016 (soit 18,8 % ces cinq dernières années)²¹⁵.

Il est accessible après un arrêt de travail indemnisé à temps complet sans nécessité que celui-ci le précède immédiatement, contrairement au temps partiel thérapeutique. Il est prescrit par le médecin traitant car pouvant contribuer au rétablissement de l'assuré et doit conduire à terme à la reprise d'activité à temps et/ou charge complète dans l'entreprise d'origine. Il est soumis à l'accord du médecin conseil et de l'employeur, auxquels cas, l'assurance AT-MP verse les IJ et l'employeur une partie du salaire. Ses modalités de mise en œuvre sont établies entre employeur, médecin du travail et salarié.

²¹³ Patients pris en charge au titre des affections de longue durée (ALD) et hors ALD

²¹⁴ Etude DGRCC, département gestion, avril 2017

²¹⁵ Rapport annuel ATMP 2016, Tableau 37

3.1.4 La pension d'invalidité (PI)

La pension d'invalidité est attribuée personnellement à l'assuré en compensation de la perte de salaire qui résulte de la réduction de sa capacité de travail ou de gain. Elle est attribuée à titre temporaire (article L. 341.9 du code de la sécurité sociale). En effet, elle peut être supprimée dans certaines conditions si la capacité de travail ou de gain de l'assuré s'améliore (article R. 341-15 et R 341-16 du code de la sécurité sociale). Elle est soumise à des conditions administratives et médicales. Sur le plan médical, la notion d'invalidité est globale car elle tient compte de critères d'ordre médical, professionnel et social²¹⁶.

La pension d'invalidité est calculée à partir du salaire annuel moyen et en fonction de la catégorie dans laquelle l'invalidé est classé :

- 1ère catégorie : invalides capables d'exercer une activité rémunérée. Elle concerne des assurés pouvant effectuer un travail léger ;
- 2ème catégorie : invalides absolument incapables d'exercer une activité professionnelle quelconque ;
- 3ème catégorie : invalides qui sont en outre dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

Au montant ainsi calculé peut s'ajouter une allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) soumise à certaines conditions.

Quelques chiffres clés pour l'année 2014 (données régime général) :

- Nombre de décomptes de pensions invalidité traités ➔ 6 582 970
- Nombre de pension d'invalidité²¹⁷
 - 674 546 pensions « avantages de base »
 - 68 987 pensions « allocation supplémentaires »
- Nombre actuel de sites CPAM gérant le processus PI ➔ 49
- Montant versé : 5 539 millions d'euros

La reconnaissance en invalidité par un organisme de protection sociale peut être considérée comme une mesure contribuant au maintien dans l'emploi. En effet, la pension d'invalidité de première catégorie peut être mobilisée pour permettre une reprise du travail pérenne à temps partiel, en limitant la perte de revenu²¹⁸.

²¹⁶ Source : CNAMTS. Lettre réseau DDO – Annexe 6 Cahier des charges Gestion des pensions d'invalidité

²¹⁷ Rappel. On décompte en 2016, 952 000 bénéficiaires d'une pension d'invalidité, tous régimes confondus.

²¹⁸ D'un point de vue juridique, la personne invalide, quelle que soit sa catégorie, peut exercer une activité professionnelle rémunérée en complément du versement de la pension compensant l'état de handicap suivant des règles de cumul. En pratique, ce sont les cumuls s'observent essentiellement pour les invalides de première catégorie

3.1.5 L'Indemnité temporaire d'incapacité (ITI)

Dans le régime AT-MP, une indemnité temporaire d'incapacité (ITI) a été instituée par la LFSS pour 2009, complétée par des textes d'application en 2010²¹⁹. Dans une logique de parcours attentionné, elle permet aux victimes d'AT-MP déclarés inaptes à leur poste de travail de bénéficier, pendant au plus un mois, d'une indemnisation entre la fin de leur arrêt de travail et la décision de reclassement ou de licenciement par l'employeur.

Tableau 15 : Montants des indemnités temporaires d'incapacité de 2012 à 2016

Année	M€	% évolution	Estimation nombre bénéficiaires
2012	14	9,7 %	1200
2013	14	1 %	1200
2014	15	6 %	1286
2015	15	1 %	1286
2016	16	4 %	1371

Source : Rapport Annuel ATMP, 2016, Traitement IGAS

La prestation est rapidement montée en charge en 2011-2012 jusqu'à 14 M€/an pour atteindre 16 M€ en 2016 (+ 3.5 % par an)²²⁰ ; elle bénéficiait, en 2012, à une moyenne de 1 200 victimes d'AT-MP pour un coût mensuel moyen de 1,2 M€²²¹. On ne dispose pas du nombre de bénéficiaires après 2012 mais celui-ci peut être estimé, sous l'hypothèse d'un montant servi comparable, à 1370 bénéficiaires en 2016.

3.2 Les mesures de remobilisation et d'accompagnement du retour à l'emploi mis en place par les caisses de protection sociale

3.2.1 Les actions de remobilisation collective

Des mesures de remobilisation et accompagnement sont proposées sous formes de réunions d'information ou d'ateliers collectifs, soit délivrées individuellement. Ces offres pouvant se compléter.

On détaille ci-dessous tout d'abord les activités collectives proposées par les services de l'assurance maladie obligatoire (CNAMTS ou MSA).

A la CNAMTS, les informations collectives visent à transmettre de l'information sur les droits et les dispositifs et à vérifier leur appropriation. Elles sont animées par les services sociaux en lien avec les services administratifs des caisses et, selon les thématiques, des acteurs des SAMETH, services de santé au travail, service de DRH d'entreprise... Ces séances regroupent 25 personnes maximum. Elles sont ponctuelles pour un assuré donné. Les interventions sociales d'intérêt collectif (ISIC) permettent l'échange sur plusieurs séances (minimum 3) d'un même groupe de 15 personnes

²¹⁹ Décret du 9 mars 2010, circulaire DSS du 1^{er} juillet 2010 et LR-DRP-32/2010 du 8 juillet 2010.

²²⁰ Rapport Annuel ATMP, 2016

²²¹ Laurent CAILLOT, Gilles LECOQ et Frédérique SIMON-DELAVALLE, Evaluation de la COG 2009-2012 de la branche ATMP du régime général, Rapport IGAS RM2012-128P

environ et s'appuient sur la dynamique qui se crée entre les participants. Le travail social de groupe réunit sur 6 séances un même groupe de 6 à 8 personnes et vise à faire émerger un projet de remobilisation individuel. En 2016, 15 200 actions collectives ont été réalisées. 34 474 personnes ont participé à une ISIC.

La MSA propose également une offre d'actions collectives de remobilisation (« l'Avenir en Soi », « Parcours Confiance », « Séjour Ensemble pour Repartir », « Coup de pouce connexion », « Continuer autrement ») dont l'objet concerne l'insertion ou le maintien en emploi. S'y ajoutent des actions conduites uniquement par certaines caisses, dites « labellisées ». Au total, en 2015, 178 sessions ont été réalisées sur 32 des 35 caisses.

Si l'efficacité de ce type d'animation sur le maintien en emploi d'un salarié donné est par nature difficile à mesurer, une récente étude commandée par l'AGEFIH témoigne que « *les différentes actions étudiées apportent des effets positifs en termes de dynamiques de parcours, la **valeur ajoutée des approches collectives** est particulièrement mise en avant par les bénéficiaires comme les professionnels rencontrés* »²²².

3.2.2 Les outils de remobilisation individuels

Il existe, outre le versement des indemnités journalières, le temps partiel thérapeutique ou la reprise du travail léger, décrits ci-dessus, des mesures individuelles spécifiques mises en œuvre par les acteurs de la protection sociale ; les autres mesures sont détaillées dans les annexes relatives aux « services de santé au travail » et à l'« Agefiph ».

3.2.2.1 L'essai encadré

Il s'agit d'un dispositif de remobilisation pendant l'arrêt de travail, ouvert aux bénéficiaires de l'assurance maladie (L.323-3-1 du code de sécurité sociale) et au titre du régime AT-MP (L.433-1 alinéa du code de sécurité sociale), qui permet de tester et valider le projet professionnel (retour au poste, aménagement, reclassement) dans l'entreprise d'origine ou une autre. Il repose sur la collaboration entre médecin du travail de l'entreprise d'accueil et cellule de prévention de la désinsertion professionnelle. Il n'est pas subordonné à une RQTH. Sa durée est limitée à une période de 1 à 3 jours ouvrés maximum, en continu ou fractionnables, pendant laquelle la caisse verse les IJ. L'employeur ne verse aucune rémunération.

La démarche est soumise à l'accord du médecin traitant, à l'avis du médecin conseil sur la compatibilité de l'action avec la durée prévisionnelle de l'arrêt de travail, à la réalisation d'une évaluation globale de la situation et d'un accompagnement social conjoint avec les partenaires (SAMETH, service de santé au travail, COMETE, CAP EMPLOI...), à la validation du projet, au cours d'une visite médicale d'aptitude à l'essai encadré par le médecin du travail de l'entreprise d'accueil, en lien avec l'employeur et enfin à la validation de la mesure par la cellule locale PDP, qui la notifie à l'assuré.

²²² Manon MEUNIER, Aude DEFASY, Benoît GIFFARD et Florent CHEMINAL Pluricité. Evaluation des actions de remobilisation. Bilans et formations spécifiques proposées pour les personnes en Arrêt de travail. Rapport final suite au comité de pilotage du 2 mai 2017. 90 pages.

Dans une évaluation pré-généralisation réalisée en 2013-2014 dans le réseau-Nord Pas de Calais et Picardie de la CNAMTS, le dispositif concernait majoritairement des salariés bénéficiant de la RQTH ou en cours d'obtention, pour moitié pris en charge au titre de la maladie et pour moitié au titre du risque ATMP. Trois quarts des essais se sont déroulés dans l'entreprise d'origine, un quart dans une autre entreprise, sur une durée égale ou supérieure à deux jours dans trois quarts des essais. A six mois, 57 % des salariés avaient repris le travail et le dispositif était considéré comme globalement positif.

Généralisé en 2016²²³, le dispositif est en cours de montée en charge et concerne fin 2016 peu de bénéficiaires : 137 assurés France entière (hors région Pays de la Loire). L'essentiel des mesures (96) a été mobilisé en région Nord Picardie, siège de l'expérimentation initiale²²⁴.

3.2.2.2 Le contrat de rééducation professionnelle en entreprise (CRPE)

Ce contrat est destiné aux assurés reconnus inaptes à leur poste et bénéficiant d'une RQTH. La particularité de ce dispositif est de permettre à des assurés qui ne pourront pas reprendre leur emploi, d'apprendre l'exercice d'une nouvelle profession, dans leur entreprise d'origine ou dans une autre entreprise, avec dans la majorité des cas une perspective de CDI à l'issue de la formation. Le coût du CRPE est limité à la rémunération de l'assuré pendant la durée du contrat, rémunération partagée entre l'Assurance Maladie et l'employeur.

Encadré 5 : Encadré Les principales modalités du CRPE

Sont éligibles au CRPE, les assurés sociaux du Régime Général qui remplissent les conditions suivantes :

- * ne peuvent pas reprendre leur poste de travail car ils ont été déclarés inaptes par le médecin du travail du fait d'une maladie ou d'un AT-MP,*
- * reconnus travailleurs handicapés par la CDAPH,*
- * orientés vers un CRPE avec l'accord de la CDAPH,*

Qu'ils soient bénéficiaires de l'invalidité, rentier ou en affection longue durée (ALD). Les retraités qui poursuivent une activité professionnelle ne peuvent pas bénéficier du dispositif.

Le CRPE bénéficie d'un financement dans les conditions suivantes :

- * en AT-MP : dès le 1er jour du CRPE (reprise d'une activité de rééducation professionnelle),*
- * en Maladie : dès le 1er jour du CRPE (reprise d'une activité de rééducation professionnelle).*

Les principes de rémunération sont les suivants :

- * baser la rémunération du CRPE sur le salaire de la future profession,*
- * une répartition entre l'U et salaire à 50/50 entre la caisse et l'employeur,*
- * la part U de l'Assurance Maladie n'excède pas le montant de l'U initiale versée au titre de la maladie ou de l'accident du travail à l'origine de l'incapacité.*

Le versement est effectué, a posteriori, sur présentation de l'attestation de l'employeur, pour le mois échu. Dans le cas d'une subrogation de l'employeur, cette subrogation couvre la totalité de la durée du CRPE, ainsi que les arrêts de travail intervenus pendant cette durée.

Le CRPE est assimilable à un contrat de travail à durée déterminée (CDD) :

- * d'une durée fixée par les parties,*
- * renouvelable une fois dans la limite de la durée maximale du CDD,*
- * qui peut déboucher sur un CDI,*
- * soit conclu avec l'entreprise d'origine de l'assuré. Dans ce cas le contrat de travail initial est suspendu et le salarié bénéficie du maintien des droits afférents à celui-ci,*
- * soit conclu avec une autre entreprise. Dans ce cas, le contrat de travail initial est rompu au motif de licenciement pour inaptitude. Il est préconisé dans l'intérêt de l'assuré de prévoir un CRPE d'une durée minimale ouvrant droit à allocation chômage.*

Source : CNAMTS²²⁵

²²³ Cf. Lettre réseau LR-DRP-23/2016

²²⁴ Prévention de la désinsertion professionnelle, Bilan 2016. Service social de l'Assurance maladie. 11/2017

²²⁵ Note CNAMTS 2016

Ce dispositif de reclassement professionnel ancien (1953) est aujourd'hui peu utilisé sur le territoire (317 CRPE en 2015 pour le régime général dont 70 dans la branche AT-MP). Le financement du dispositif est assuré entièrement par le biais des IJ depuis 2014. Il s'est élevé à 122 000 € en 2016, toutes branches confondues.

Plusieurs freins au recours à ces prestations de rééducation professionnelle ont été identifiés, outre la fragilité de leur financement : le préalable (de niveau législatif) d'une RQTH – le dépôt d'une demande en ce sens n'étant pas une condition suffisante –, l'accord ou l'orientation préalable (de niveau réglementaire) par la MDPH et en sus, l'accord de la DIRECCTE prévu dans un formulaire CERFA de 1972 servant de support au contrat, et sans base réglementaire.

En 2012, la mission IGAS sur l'audit de la COG AT-MP relevait que *« la procédure est inappropriée, à deux titres : elle témoigne d'une approche statutaire (travailleur handicapé) alors que précisément la prévention de la désinsertion professionnelle vise à une action préventive précoce ; elle interpose sans justification des formes d'agrément externe pour l'accès à des prestations financées par l'assurance maladie au bénéfice de ses assurés sociaux (en AT-MP comme en maladie). Ces constats justifient une remise à plat rapide du cadre juridique et administratif de la rééducation professionnelle, suivie d'une campagne de communication. Il est en effet paradoxal d'avoir rendu possibles de nouvelles prestations de maintien ou retour à l'emploi (LFSS pour 2009) sans avoir simultanément modernisé les outils préexistants »*²²⁶.

La mission proposait donc de *« Simplifier l'accès à la rééducation professionnelle (en centre de rééducation ou en entreprise) en rendant ces prestations éligibles à toute victime d'AT-MP, sous la seule condition d'un accord de la caisse primaire et en supprimant les prérequis d'obtention de la RQTH, d'accord de la MDPH et de la DIRECCTE. »*.

La possibilité d'engager un CRPE sur simple avis de réception de la demande de RQTH (procédure d'urgence) est aujourd'hui possible²²⁷. Pour le reste le constat et la recommandation restent valides en 2017.

La CNAMTS entend relancer le dispositif et des travaux sont également conduits dans le cadre de la convention nationale multipartite des travailleurs handicapés afin d'en promouvoir l'utilisation dans un cadre juridique renforcé²²⁸ :

- La question se pose de savoir si l'on considère que le contrat de travail initial est suspendu ou rompu lorsque le salarié contracte un CRPE : dans la seconde hypothèse, la conclusion d'un CRPE sous forme d'un CDD peut s'avérer très pénalisante si le salarié n'est pas ensuite embauché par l'entreprise d'accueil, notamment pour le montant et la durée de son indemnisation par l'assurance chômage ;
- La question de la durée du CRPE n'est pas définie par les textes²²⁹. La CNAMTS a recommandé de limiter sa durée à 18 mois et il conviendrait de le préciser par voie réglementaire.

²²⁶ Evaluation COG ATMP 2009-2012

²²⁷ Article R 5213-11 du code du travail

²²⁸ Mesure annoncée lors du comité interministériel du handicap du 2 décembre 2016.

²²⁹ L'article L. 1242-8 du code du travail qui fixe la durée maximale du CDD ne s'applique pas aux CDD conclus en application de l'article L. 1242-3 du même code

Enfin, afin d'amplifier sa relance, il serait souhaitable aussi d'ouvrir l'accès à ce dispositif aux salariés reconnus inaptes par le médecin du travail, même s'ils ne demandent pas une reconnaissance administrative d'un handicap, de fixer une durée minimale et une durée maximale de rééducation et d'ouvrir aux CPAM la possibilité de déléguer la préconisation et la négociation de CRPE à un SAMETH ou à un SSTI.

ANNEXE 5

LA CONTRIBUTION DU SYSTEME DE SOINS ET MEDICO-SOCIAL

Plusieurs acteurs clefs des services de soins contribuent à la lutte contre la désinsertion professionnelle et au maintien en emploi : les professionnels du service de soins primaire, au premier rang desquels viennent les médecins traitants, mais aussi les acteurs du réseau de soins secondaire, spécialistes principalement hospitaliers qui assurent la prise en charge des pathologies invalidantes (pathologies traumatiques, cancers, pathologies cardio-vasculaires ou neurologiques...) dans les phases aiguës ou lors des traitements de réadaptation. D'autres acteurs du champ médico-social, en partie articulés avec ceux du soin, proposent des accompagnements et formation professionnelle,

La présente annexe vise à décrire ces acteurs, leur réseau et principales activités en matière de prévention de la désinsertion professionnelle.

1 LE RESEAU DE SOINS PRIMAIRES

1.1 Une offre de soins primaires en forte réorganisation qui pourrait offrir une opportunité pour renforcer la prévention de la désinsertion professionnelle

Le nombre de médecins en activité totale²³⁰ inscrits au tableau de leur conseil de l'ordre s'élève à 215 941 en 2017. Les modèles de projection linéaire aboutissent à une forte probabilité de progression de ce nombre d'ici 2025, de l'ordre de 0,3 %, pour atteindre 216 650 médecins. En leur sein, les effectifs de médecins qualifiés en médecine générale vont continuer à baisser : on recense 88 137 médecins généralistes en activité régulière, soit une diminution de 9,1 % des effectifs depuis 2007 ; cette baisse aurait une forte probabilité de se confirmer jusqu'en 2025 pour atteindre 79 262 médecins généralistes en activité régulière, toujours d'après les estimations de l'instance ordinaire²³¹.

L'offre de soins primaires repose principalement sur les médecins généralistes exerçant en cabinet libéral ou en tant que salariés d'un centre de santé. Une partie des médecins généralistes n'exerce pas la médecine de premier recours, les effectifs « actifs » sont donc moindre que ceux exposés *supra* qui concernent tous les modes d'exercice des généralistes y compris hospitaliers. Le collège de médecine générale, qui recense principalement les médecins libéraux exerçant la médecine de famille telle que définie par les instances européennes²³² estimait en 2016 leur effectifs à 55 000 praticiens. Une autre estimation établie par l'IGAS en intégrant les praticiens salariés, notamment

²³⁰ L'activité totale est définie par le conseil de l'ordre national des médecins comme composée des médecins en activité régulière, des médecins remplaçants ainsi que des médecins temporairement sans activité.

²³¹ Atlas de la démographie médicale au 1^{er} janvier 2017, Conseil de l'Ordre des médecins.

²³² WONCA Europe. Une définition européenne de la médecine générale, médecine de famille. World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA) Europe, 2002

des centres de santé et assimilés, fait état de 58 000 à 70 000 médecins, soit entre 66 et 80 % des effectifs totaux des médecins qualifiés en médecine générale²³³.

Les modalités d'exercice des médecins généralistes ont beaucoup évolué ces dernières années avec le regroupement des praticiens dans des cabinets médicaux, principalement de médecine générale : ce mode d'exercice, libéral, en cabinet de groupe est devenu majoritaire dans les années 2000²³⁴ ; il laisse une plus grande place à la formation, l'encadrement des étudiants et s'appuie également plus fréquemment sur l'outil informatique d'après l'IRDES²³⁵. Mais la taille de ces cabinets reste modeste : deux ou trois praticiens en moyenne.

D'autres formes de regroupement ont cohabité avec les cabinets de groupe ou se sont développés plus récemment :

- Les centres de santé historiques, anciens dispensaires municipaux, pluri professionnels, où des praticiens principalement salariés œuvrent au côté d'autres professions paramédicales voire sociales. On dénombre environ 1200 centres de santé, dont 400 centres de santé polyvalents, la majorité étant implantée en milieu urbain²³⁶ ;
- Depuis le début des années 2000, des maisons pluridisciplinaires (MSP) et des pôles de santé (PSP) se sont constituées, sous l'impulsion des pouvoirs publics et/ou des initiatives locales, en relation avec la volonté de maintenir un maillage territorial construit sur des modes d'exercice jugés plus attractifs par les jeunes professionnels. Elles sont inscrites dans la loi depuis 2007²³⁷. La taille des équipes est de l'ordre de 4 médecins généralistes et de 8 à 9 autres professionnels de santé dans une MSP ; elle peut atteindre plusieurs dizaines de professionnels au sein d'un PSP.

Les regroupements en MSP ou PSP concernaient 5 % des généralistes libéraux en 2014²³⁸. Le plan gouvernemental visant à « *renforcer l'accès territorial aux soins* » présenté en octobre 2017, prévoit un doublement du nombre des maisons de santé d'ici cinq ans, pour atteindre un effectif de 2000 maisons pluridisciplinaires. Le recours aux outils standardisés est encouragé voire rendu obligatoire en cas de conventionnement (système d'information avec des dossiers patients partagés, procédures communes pour la qualité et la continuité des soins...).

²³³ M FOURCADE et P ABALLEA, Analyse des missions, de la gouvernance et des modalités de financement des conseils nationaux professionnels (CNP), IGAS, 2016-029R, Juillet 2016. Annexe 2.

²³⁴ La part des médecins généralistes libéraux déclarant travailler en groupe est passée de 43 % en 1998 à 54 % en 2009.

²³⁵ François BAUDIER et al. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009, IRDES, Question d'économies de la santé, n°157, Septembre 2010.

²³⁶ Philippe GEORGES et Cécile WAQUET, « Les centres de santé : situation économique et place dans l'offre de soins de demain ». IGAS, RM2013-119P, Juillet 2013

²³⁷ Art. L. 6323-3 du CSP - La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. »

Article L6123-4 Les pôles de santé assurent des activités de soins de premier recours au sens de l'article L. 1411-11, le cas échéant de second recours au sens de l'article L. 1411-12, et peuvent participer aux actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire prévues par le schéma mentionné à l'article L. 1434-5. Ils sont constitués entre des professionnels de santé et, le cas échéant, des maisons de santé, des centres de santé, des réseaux de santé, des établissements de santé, des établissements et des services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire et des groupements de coopération sociale et médico-sociale.

²³⁸ Cécile FOURNIER. « Concevoir une maison de santé pluri-professionnelle : paradoxes et enseignements d'une innovation en actes », Sciences sociales et santé, 2014/2 (Vol. 32)

Ces regroupements pluri-professionnels rejoignent les grandes orientations de l'OMS Europe en matière d'organisation de soins primaires et de médecine de famille, qui rappelle que « développer le travail d'équipe autour du patient avec des professionnels de la santé permet d'améliorer la qualité des soins ». La déclaration de l'OMS précise que l'une des sept caractéristiques du mode d'exercice de famille est de tenir compte du contexte individuel et notamment, des circonstances familiales, des réseaux sociaux et culturels et enfin des circonstances liées à l'emploi et au lieu de vie.

1.2 Un rôle et des pratiques des médecins généralistes peu étudiés s'agissant des problématiques de santé au travail, des freins persistants dans la collaboration des acteurs clefs

La prescription des arrêts de travail repose principalement sur les généralistes du réseau de soins primaires. Les généralistes en tant que médecins traitants ont également une fonction clef dans d'autres processus détaillés en Annexe 4 : la prescription d'un temps partiel thérapeutique, les demandes d'invalidité, de reconnaissance de maladie professionnelle ou de reconnaissance de travailleur handicapé.

On dispose de peu d'informations sur la manière dont sont abordés et traités les sujets « emploi » dans la pratique des médecins généralistes français.

En 2009, l'institut national de prévention et d'éducation en santé (INPES)²³⁹ a interrogé des médecins généralistes, dans un volet spécifique de son enquête Baromètre santé, sur leurs opinions et pratiques en matière de santé-environnement et de santé au travail²⁴⁰. Les objectifs de l'enquête « santé au travail » étaient de *« connaître le degré d'information et de formation des médecins généralistes en ce domaine, repérer leurs sources d'information ; appréhender les pathologies au travail rencontrées par les généralistes ; repérer les freins à la déclaration de maladie professionnelle ; et enfin appréhender les relations entre médecins généralistes et médecins du travail »*²⁴¹. Alors même que plus d'un généraliste sur cinq déclarait avoir suivi une formation ou un diplôme universitaire en santé au travail et un sur quatre avoir suivi une formation continue, *« les médecins généralistes, hommes comme femmes, se déclaraient plutôt mal informés sur les maladies professionnelles et les problèmes de santé au travail, seuls 2 % s'estimaient très bien informés, le quart (24 %) plutôt bien informés, 61 % plutôt mal informés et 13 % très mal informés sur les maladies professionnelles et les problèmes de santé au travail »*.

Pour pouvoir répondre à leurs patients sur des questions de santé au travail *« seuls 10 % s'estimaient tout à fait en mesure de le faire, 42 % pensaient pouvoir le faire, 44 % « plutôt pas » et 4 % « pas du tout »*. *Près de huit médecins sur dix (78 %) déclaraient interroger fréquemment (« assez souvent » à « très souvent ») leurs patients sur leurs conditions de travail du moment ; ils n'étaient plus que 48 % à le faire fréquemment sur leurs conditions de travail passées »*.

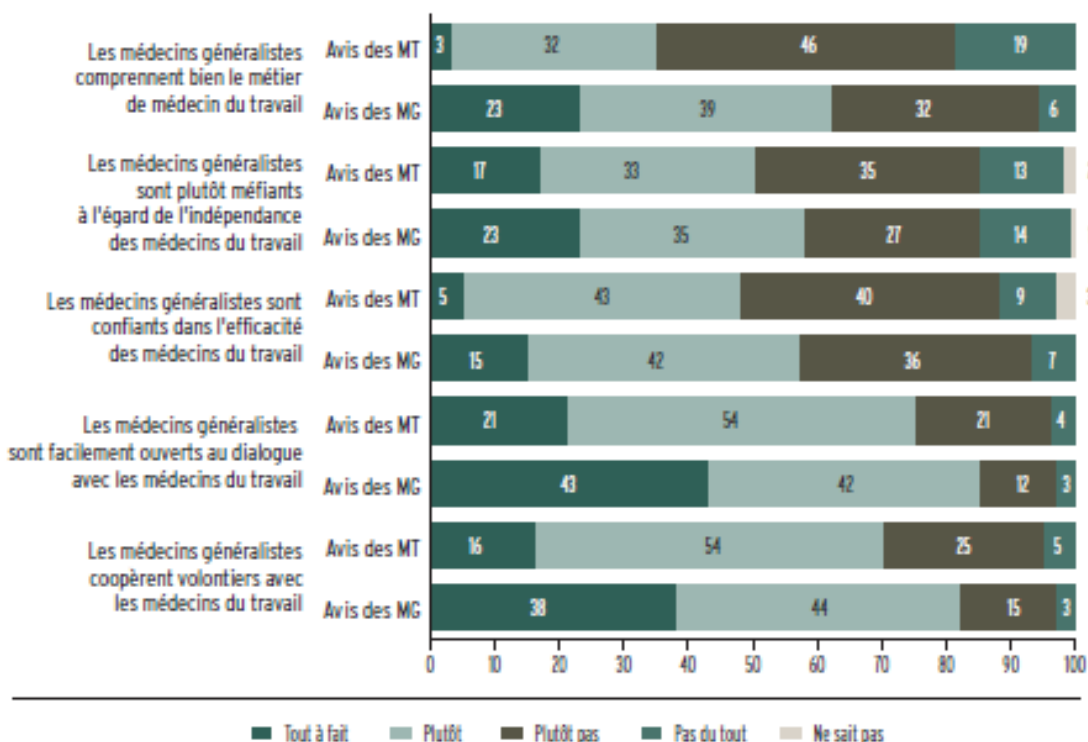
²³⁹ L'INPES a rejoint l'agence nationale de santé publique (ANSP) créée en 2016.

²⁴⁰ Colette MENARD et al, « Enquête « Médecins généralistes et santé au travail » in Médecins du travail/médecins généralistes: regards croisés », INPES, *Collection "Études santé"*, janvier 2012, 113-186.

²⁴¹ Jean Baptiste RICHARD et François BECK « Méthodologies des enquêtes « Médecins du travail » et « Médecins généralistes et santé au travail », in « Médecins du travail/médecins généralistes: regards croisés », INPES, *Collection "Études santé"*, janvier 2012, 20-25,

Cette enquête est la première en France d'envergure nationale à avoir exploré la perception croisée des médecins généralistes et du travail sur leurs relations : « La majorité des médecins généralistes (57 %) déclaraient être confiants dans l'efficacité des médecins du travail, mais doutaient en revanche de l'indépendance des médecins du travail. Du côté des médecins du travail, 48 % partageaient le sentiment que les médecins généralistes font confiance à leur efficacité et 50 % ressentaient un sentiment de méfiance à leur égard concernant leur indépendance ».

Tableau 1 : Opinions des médecins du travail sur la fréquence de leurs sollicitations par les médecins généralistes (Enquête 2009)

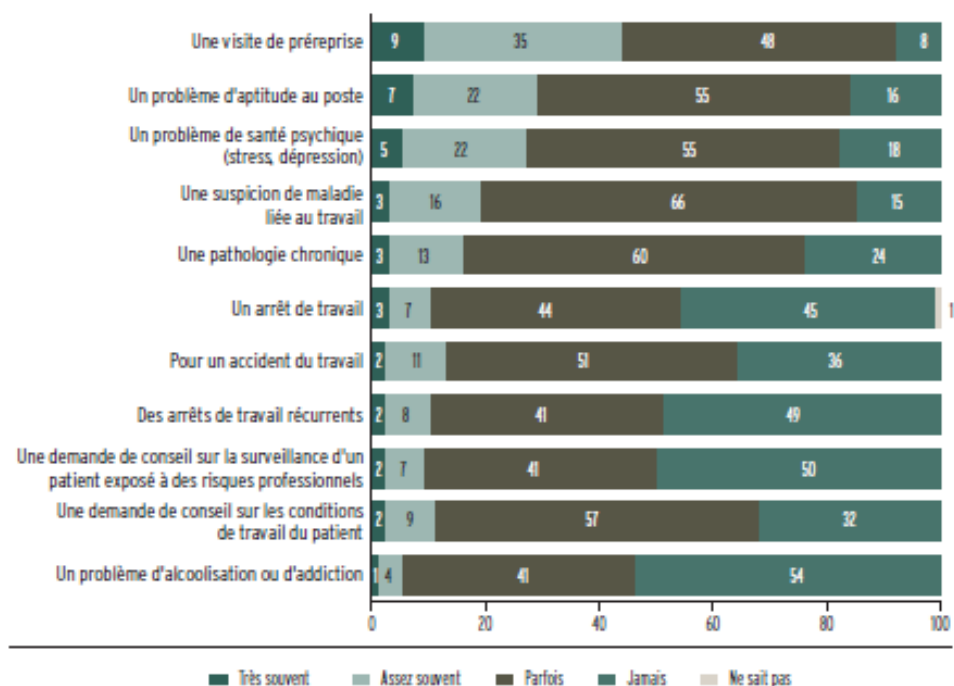


Source : INPES, Médecins du travail/médecins généralistes : regards croisés », Collection "Études santé", janvier 2012

Enfin et s'agissant du sujet du maintien en emploi, « près de six médecins sur dix (56 % des généralistes et 59 % des médecins du travail) s'accordaient sur le fait que le généraliste a un rôle à jouer pour aider à la réinsertion professionnelle des patients, une opinion davantage partagée par les médecins du travail des services autonomes (72 % vs 59 % des autres services ; $p < 0,01$) ».

« Les principaux motifs pour lesquels les médecins du travail s'étaient déclarés « assez souvent ou très souvent » sollicités par les généralistes étaient, par ordre décroissant : les visites de pré-reprise (pour 44 % des médecins du travail), les problèmes d'aptitude au poste d'un patient (29 %), les problèmes de santé psychique comme le stress ou la dépression (29 %), une suspicion de maladie liée au travail (19 %) et les pathologies chroniques (16 %). Sur ces thèmes, seul un quart au maximum (entre 8 % et 24 %) des médecins du travail déclaraient n'être jamais sollicités.../... Les priorités des sujets des contacts déclarés par les généralistes sont bien les mêmes que celles mentionnées par les médecins du travail » comme cela figure dans le tableau suivant.

Tableau 2 : Opinions des médecins du travail sur la fréquence de leurs sollicitations par les médecins généralistes (Enquête 2009)



Source : INPES, *Médecins du travail/médecins généralistes : regards croisés*, Collection "Études santé", janvier 2012

La fréquence de sollicitations des médecins du travail par les médecins généralistes variait selon l'importance de l'activité du généraliste (davantage de sollicitation si activité supérieure à 25 actes par jour), le mode d'exercice (travail en réseau, exercice de groupe) et la nature de la demande : 4.9 contacts/an/ généraliste pour une visite de pré-reprise (aptitude au poste, problème de santé psychique)²⁴² ; 2.8 contacts pour un arrêt de travail ; beaucoup plus rarement pour un conseil sur les conditions de travail.

Cette étude témoigne des freins à une collaboration renforcée entre les deux spécialités médicales dont la principale relève d'une défiance sur l'indépendance des médecins du travail, cette défiance est encore plus marquée s'agissant des médecins du travail des services de santé autonomes en ce qu'ils sont directement rémunérés par l'employeur. Toutefois l'étude souligne aussi que « *le rôle des généralistes dans la réinsertion professionnelle fait aussi consensus, même si les pourcentages d'accord ne dépassent pas 60 % dans les deux spécialités. Les médecins du travail constituent le pivot des dispositifs de maintien dans l'emploi et de réinsertion professionnelle. Mais le rôle du généraliste est important pour orienter les patients vers le médecin du travail, quand cela est nécessaire et de façon suffisamment anticipée (notamment dans le cadre de la visite de pré-reprise)* ».

L'étude de l'INPES, réalisée dans le contexte du plan santé au travail n°2 2010-2014, apparaît isolée et n'a pas été reproduite récemment, alors même que la nécessité de renforcer les liens entre les acteurs médicaux de base, médecin du travail, médecin traitant et médecin conseil, ont été régulièrement rappelés.

²⁴² Les auteurs de l'enquête interrogent ces résultats et évoquent un biais de compréhension qui aurait conduit les médecins généralistes à regrouper visites de pré-reprise et visites de reprise dans leurs réponses. D'autres études ultérieures attesteront que la pratique des visites de pré-reprise reste globalement sous utilisée.

Une récente étude de la DREES, relative au suivi par les médecins généralistes des patients atteints de cancer, donne une actualité à notre sujet. 53,6 % des généralistes jugent important leur rôle dans la réinsertion professionnelle, mais cette appréciation vient en dernière position comparativement à l'importance qu'ils accordent à leur rôle en matière de soutien psychologique (93.4 %) ou de soutien médical après la phase initiale du traitement (77.8 %). Ils estiment par ailleurs que ce rôle les expose à une part élevée de difficultés (32 %), juste après celles rencontrées pour accompagner les fins de vie (37 %) ²⁴³.

Le sujet santé au travail et rôle du généraliste est donc bien repéré, mais les praticiens apparaissent toujours peu ou insuffisamment armés pour y faire face. Les pratiques en réseau et regroupées apparaissent être des environnements favorables à l'investissement dans ce domaine.

Mais d'autres freins ont été soulevés lors des entretiens individuels que la mission a pu conduire. Ils portent notamment sur la difficulté pour les généralistes de suivre des processus médico-administratifs longs et souvent complexes, comme ceux qui sont mobilisés par le maintien en emploi, dans le cadre de leur activité soignante qui doit intervenir sur une multitude de décisions de soins de court terme dont certaines peuvent engager le pronostic vital.

Il est souhaité qu'ils puissent disposer d'une adresse contact vers qui référer pour ces sujets qu'ils ne peuvent traiter directement. Un témoignage d'une médecin généraliste faisait état du « sésame » qu'avait constitué pour elle sa relation avec une assistante sociale de CARSAT, dont elle conserve les coordonnées précieusement. Cette situation est probablement rare : dans son bilan de 2016 sur l'activité des services sociaux des CARSAT, il est noté que « *Les médecins traitants sont au quotidien en prise avec des assurés en arrêt de travail qui en raison de leur situation médicale peuvent se trouver en difficulté professionnelle. Ils ne connaissent pas le Service social dans leur grande majorité, et pour ceux qui le connaissent, n'ont que le « 3646 » pour le contacter* » ²⁴⁴.

Il apparaît ainsi un besoin de facilitation des contacts, à commencer par le plus basique en la matière, qui concerne les coordonnées du service de santé au travail de leurs patients. Cette donnée élémentaire n'est pas toujours connue des intéressés et pourrait figurer dans le DMP et/ou sur la carte vitale, à côté des coordonnées du médecin traitant.

Par ailleurs, un plan de communication devrait être relancé.

A la mise en place des cellules de prévention de la désinsertion professionnelle (PDP) au début des années 2010, la CNAMTS a communiqué vers les assurés, les professionnels de santé et les employeurs, comme cela était prévu dans le cadre de la COG ATMP 2009-2012. Le thème de la prévention de la désinsertion professionnelle a été abordé lors de rencontres et d'événements régionaux ²⁴⁵ et locaux ²⁴⁶. Trois brochures ²⁴⁷ destinées aux assurés, aux médecins traitants, aux médecins du travail et aux employeurs ont été produites en 2010.

Enfin, après une phase d'expérimentation en Bretagne, une campagne de visites des délégués de l'assurance maladie (DAM) auprès de médecins traitants, sur les thèmes de la PDP et des troubles musculo-squelettiques (TMS) s'est déroulée en 2011 sur l'ensemble du territoire : près de 25 000 praticiens ont été ainsi approchés, avec un très bon retour : faible taux de refus (7 %),

²⁴³ Dominique REY et al. « Suivi des patients atteints de cancer : les généralistes favorables à des échanges renforcés avec l'hôpital », DREES, Etudes et Résultats n°1034, octobre 2017

²⁴⁴ CNAMTS, Mission de réflexion stratégique sur le Service social, octobre 2016, op. Cit.

²⁴⁵ Salons et journées régionales partenariales sur le maintien dans l'emploi

²⁴⁶ Matinées employeurs, réunions d'information collective

²⁴⁷ « Quand mon état de santé devient un problème pour mon emploi », « La visite de pré-reprise », « Reprendre une activité professionnelle après une maladie ou un accident ».

sensibilisation appréciée par les généralistes rencontrés dans la mesure où elle leur apportait une nouvelle possibilité d'orientation pour les patients concernés²⁴⁸. Cette action ne paraît pas avoir été poursuivie avec le même engagement : en 2016, les DAM d'une région sur deux (au sens CARSAT²⁴⁹) ont réalisé une présentation PDP mais on ne sait combien de praticiens ont été concernés ; il serait utile de reprendre ce travail de communication en le généralisant.

2 LE RESEAU HOSPITALIER DE COURT ET MOYEN SEJOUR

Un certain nombre de professionnels des soins de second recours, principalement hospitaliers, ont développé des offres de prise en charge qui incluent une réadaptation à l'emploi. Il s'agit principalement, dans le réseau de court séjour, de services d'oncologie, de cardiologie et de neurologie. Mais ces services sont surtout développés en tant que tels dans les réseaux dits de moyen séjour : les services de soins de suite et de réadaptation.

2.1 L'action des services de court séjour hospitalier est mal appréhendée et ne bénéficie pas de financements spécifiques pour les services concernés

Les services hospitaliers de court séjour ont pris en charge en 2016, 12 millions de patients environ pour 18,3 millions de séjours hospitaliers, ainsi que 12,3 millions de séances²⁵⁰. Ces séjours sont par définition très courts et centrés sur les soins. L'évolution des organisations pousse vers un raccourcissement accru des séjours en hospitalisation complète et au développement des activités ambulatoires²⁵¹.

L'ouverture aux problématiques de réinsertion professionnelle y est récente et ne se concrétise pas ou peu dans des activités *ad hoc*, à l'exception de ce qui est observé dans certaines disciplines comme la cancérologie, où il peut être proposé information et accompagnement spécifique des patients par des équipes pluridisciplinaires, principalement lorsque la phase de traitements lourds est déjà bien engagée. La mission a pu rencontrer des acteurs de cancérologie (INCa, Institut Bergonié à Bordeaux). Les services d'oncologie ont été conduits à développer une offre croissante d'accompagnement de leurs patients. Ces initiatives ont été encouragées par l'INCa notamment avec un appel à projet en 2010 sur les parcours personnalisés de soins et d'après-cancer.

A l'institut Bergonié, le projet retenu a permis la mise en place d'une cellule dédiée à l'accompagnement (Assistante sociale et infirmier de coordination) en charge du suivi d'une cohorte de patientes traitées pour cancer du sein. Celle-ci a concerné environ 50 % de la file active de l'institut. C'est notamment à cette occasion que l'institut a créé des liens avec ses partenaires CPAM/CARSAT/MSA/RSI/DIRECCTE/médecins du travail sur le sujet du maintien en emploi.

Les principaux constats réalisés auprès des femmes accompagnées étaient les suivants :

- Les patientes se sentent perdues entre tous les intervenants dont les discours et les directives par rapport à la reprise du travail ne convergent pas véritablement. Il existait un manque de concertation entre les professionnels et globalement une absence d'utilisation du carnet de liaison mis à leur disposition par l'institut ;

²⁴⁸ Mission d'évaluation IGAS COG ATMP en 2012-2013, op. Cit.

²⁴⁹ On compte « 27 régions CARSAT » et 101 départements en 2017 qui correspondent au découpage administratif d'avant la loi NOTRE

²⁵⁰ Source ATIH

²⁵¹ La durée moyenne de séjour est de 6,2 jours en médecine et 5,5 jours en chirurgie en 2016

- Les patientes appréhendaient la prise de contact du service social avec les médecins du travail et les médecins conseil : cette approche était perçue comme intrusive et risquée, notamment avec la crainte d'effets pervers auprès des employeurs ;
- Il existait chez beaucoup de patientes de fortes difficultés à anticiper la reprise du travail et un sentiment d'isolement et de défaut d'information sur les dispositifs de réadaptation et maintien au travail disponibles.

L'institut a été conduit à produire en 2015-2016 sur la base de ces constats, un livret d'accompagnement « Comment préparer son retour au travail »²⁵² disponible en libre-service et destiné aux patients et aux médecins généralistes. La mission n'a pas cherché à faire un recensement exhaustif des outils d'information disponibles pour les différents publics concernés par un cancer et en risque de désinsertion professionnelle, mais on trouve facilement des supports accessibles sur internet. On citera à titre d'exemple la brochure de l'INCa de 2012 destinée aux patients, en cours d'actualisation en 2017²⁵³, ou la maquette, en cours d'élaboration en 2016, support potentiel de déclinaisons régionales, produite par l'association francophone pour les soins de support AFSOS et destinée principalement aux soignants²⁵⁴.

Dans l'expérience bordelaise, la question du maintien en emploi est rarement abordée lors de la phase d'annonce, mais plutôt un à deux mois plus tard, voire en fin de phase de traitement initial. Une offre d'accompagnement est faite alors. C'est dans cette période que les contacts avec les médecins conseils et du travail sont les plus utiles mais ceci ne peut pas provenir, d'après les professionnels de soins en oncologie, d'une démarche systématique déclenchée sur le seul critère de durée d'arrêt de travail, en raison des risques de décalage avec la situation clinique. Est posée ici aussi, comme avec les médecins généralistes du réseau de soin primaire, la question de la nature et des modalités d'échange des informations médicales entre les trois médecins impliqués dans le processus de maintien en emploi : médecin traitant, médecin conseil et médecin du travail.

Il n'existe pas à la connaissance de la mission de données consolidées sur l'activité d'accompagnement des établissements de santé publics ou privés de court séjour. Le financement d'équipes dédiées repose sur le modèle de financement général à l'activité (T2A) de ces établissements et (parfois) sur l'obtention de financements sur projets comme celui obtenu par l'Institut Bergonié auprès de l'INCA.

2.2 Les consultations spécialisées de pathologie professionnelle

Les centres de consultations de pathologie professionnelle (CCPP) ont pour but d'aider le médecin, médecin traitant ou médecin du travail, à faire le diagnostic de l'origine professionnelle ou environnementale d'une pathologie, en vue d'une éventuelle reconnaissance en maladie professionnelle.

Ce réseau dont la mission première est de constituer un centre d'expertise sur l'origine professionnelle des maladies, a aussi pour rôle de proposer des moyens pour prévenir l'exposition et, le cas échéant, envisager la meilleure prise en charge médico-sociale en cas d'inaptitude ou de risque de désinsertion professionnelle du patient.

²⁵² Institut BERGONIE, « Préparer son retour au travail, Comment faire ? » Département coordination, Accompagnement, Réhabilitation et Education ; Centre de coordination et cancérologie ; Département de radiothérapie.

²⁵³ INCA, « Démarches sociales et cancer », Collection Guides des patients, Mars 2012

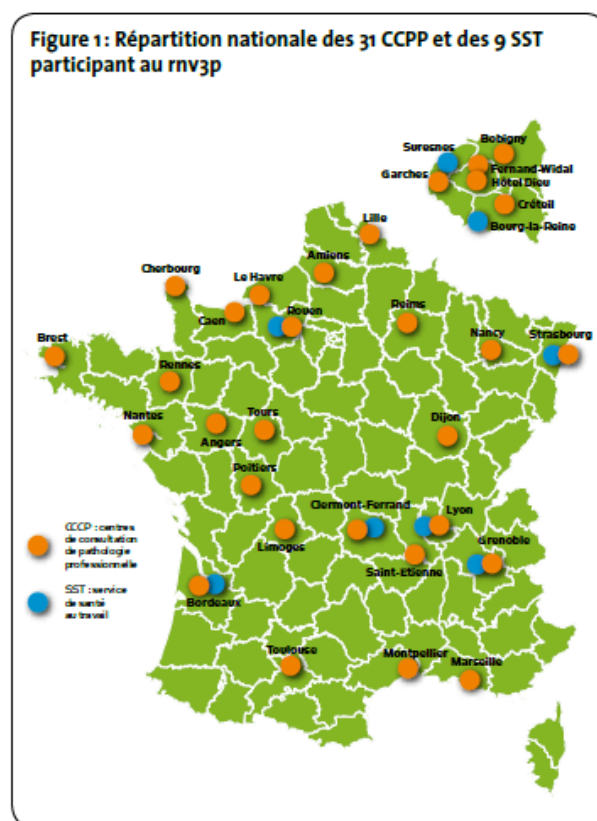
²⁵⁴ Nathalie NOURRY, coordinatrice du groupe de travail, « Cancer et travail » Référentiels inter régionaux en soins oncologiques de support, Version de travail, 15/11/2016

Une consultation peut être demandée par le médecin traitant, spécialiste, ou médecin du travail qui veulent un avis complémentaire, mais aussi sur l'initiative du patient.

Les CCPP participent également à une fonction de veille et d'alerte sur des maladies émergentes ou rares, pour lesquelles ils contribuent à établir un lien avec l'exposition professionnelle. La mise en commun des observations entre les consultations, est réalisée depuis 2001, au sein du Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P) abrité par l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES). Enfin, les CCPP ont pour la plupart des activités d'enseignement et de recherche.

Implantées le plus souvent dans des centres hospitalo-universitaires, ces consultations disposent d'un plateau technique hospitalier et sont assurées par des praticiens spécialisés en pathologie professionnelle, appuyés par des équipes pluridisciplinaires réunissent médecins spécialistes des pathologies professionnelles (allergologues, dermatologues, pneumologues, rhumatologues, psychiatres...), psychologues, infirmiers spécialisés et assistants sociaux.

Schéma 1 : Répartition des Centres de consultation de pathologies professionnelles (CCPP) en 2015²⁵⁵

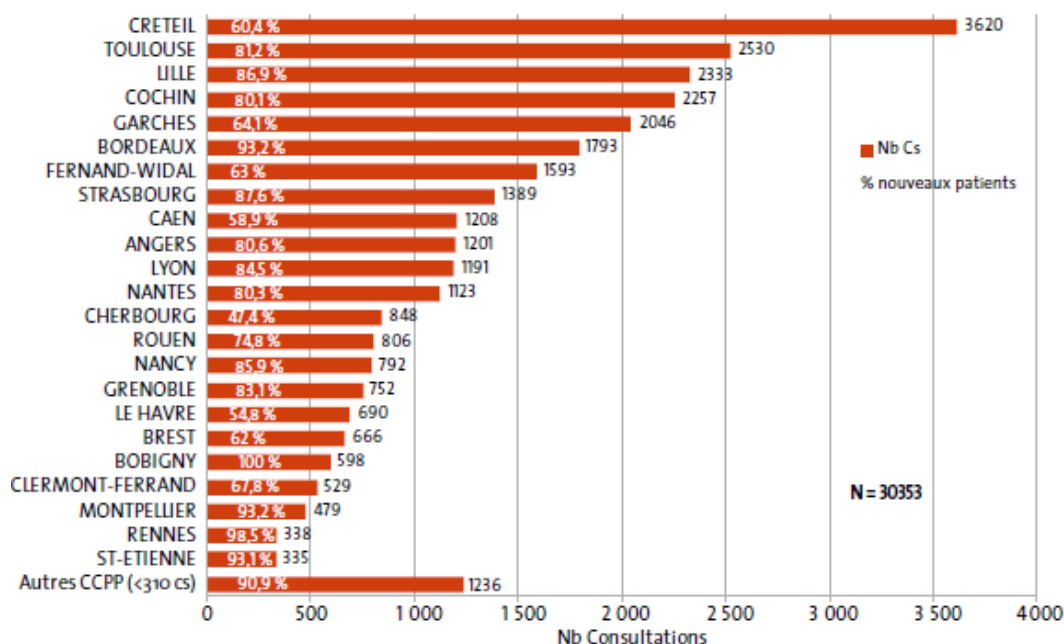


Source : ANSES/ RNV3P Rapport annuel d'activité 2015

Concentrée sur une douzaine de centres imparfaitement répartis sur le territoire, l'activité a pratiquement doublé depuis 2001. 17 305 nouveaux patients ont été vus en 2015 dont 9 939 (32,7 %) pour une expertise, un conseil, ou une orientation et reclassement.

²⁵⁵ Le RNV3P repose, outre les CCPP sur 6 services de santé au travail.

Graphique 1 : Répartition des consultations et % de nouveaux patients enregistrés par les CCPP en 2015 selon les centres



Source : ANSES/ RNV3P Rapport annuel d'activité 2015

2.3 Les services de soins de suite et de réadaptation ont une mission générale de réinsertion professionnelle dont le développement apparaît nécessaire

2.3.1 Le dispositif de soins de suite « généraliste »

Au terme du décret du 17 avril 2008, les activités de préparation et d'accompagnement de la réinsertion professionnelle (PARP) sont une activité à part entière des structures de soins de suite et de réadaptation (SSR)²⁵⁶.

D'après le dernier recensement de la DREES « En 2015, 1847 établissements ont déclaré une activité de soins de suite et de réadaptation en France métropolitaine et dans les DOM. Ils disposent de 117 600 lits et places dédiés au moyen séjour, soit 24 % des capacités d'hospitalisation complète ou partielle offertes sur le territoire. 1,5 million de séjours et 38 millions de journées d'hospitalisation complète ou partielle ont été comptabilisés, soit 27 % de l'activité hospitalière totale de 2015. L'hospitalisation complète reste prédominante (90 % des capacités). »²⁵⁷.

La patientèle des SSR est âgée (la moitié sont âgés de 71 ans ou plus). Les soins s'effectuent fréquemment à la suite de lésions traumatiques, de pathologies cardiovasculaires, de syndromes paralytiques ou d'arthropathies (pose de prothèses). Chez les patients potentiellement en emploi, ces caractéristiques diffèrent : « Entre 18 et 34 ans, les séjours sont fréquemment provoqués par des lésions traumatiques (genou), les dorsalgies et les paralysies d'origine traumatique, mais aussi

²⁵⁶ Article R 6123-118 « L'activité de soins de suite et de réadaptation mentionnée au 5° de l'article R. 6122-25 a pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion. Elle comprend, le cas échéant, des actes à visée diagnostique ou thérapeutique » créé par le décret n° 2008-376 du 17 avril 2008 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation

²⁵⁷ DREES, Les établissements de santé - Édition 2017, juin 2017 Fiche 22.

vasculaire et cérébrale. De 35 à 69 ans, ce sont les soins dans les suites de pose de prothèses pour arthropathies (hanche ou genou) qui prédominent, ainsi que les suites d'hémiplégie après accidents vasculaires cérébraux ou cardiopathies ischémiques »²⁵⁸.

On ne dispose que de données anciennes sur les besoins de prise en charge au titre de la réinsertion professionnelle. En 2011, un rapport de l'IGAS sur les SSR et la réinsertion professionnelle²⁵⁹ faisait état d'une étude menée par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) à partir des données du PMSI 2009 : les pathologies du système nerveux, ostéo-articulaire (traumatique ou non) des 18-55 ans étaient estimées à 102 000 patients (sur 950 000 patients hospitalisés alors dans un SSR). Les patients éligibles aux actions de réinsertion professionnelle représentaient donc un patient sur dix accueilli en SSR. Ces patients éligibles avaient été pris en charge dans 1 251 établissements de santé, dont plus de la moitié en avait accueilli moins de 20 et seulement 120 établissements plus de 250. Il était donc souhaité le financement de moyens d'intervention concentrés sur un nombre limité d'équipes maillant les territoires, auxquelles serait attribué un financement mixte, forfaitaire et à l'activité.

Le modèle de financement des SSR est en cours de transformation afin d'introduire une part de recettes basées sur l'activité, dans l'esprit de ce qui a été conduit en court séjour à partir des années 2000²⁶⁰. On rappelle que les recettes actuelles des SSR sont basées, pour les établissements de santé publics, sur une dotation annuelle de fonctionnement (DAF), et pour les établissements de santé privés, sur des prix de journée (PJ). Dans le modèle cible, à l'échéance de 2020, le financement du SSR reposera sur quatre grands secteurs : une dotation modulée à l'activité (DMA), des Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation (MIGAC), des forfaits Plateaux Techniques Spécialisés (PTS) et enfin le financement des molécules onéreuses (MO). Les établissements anciennement sous DAF pourront par ailleurs facturer les Actes et Consultations Externes (ACE) réalisés dès 2018 à 100 %.

La dotation modulée à l'activité (DMA), introduite progressivement par la DGOS, ne représente en 2017 qu'environ 10 % des recettes des établissements et se limite uniquement à la valorisation de l'activité. Dans le modèle cible, elle sera composée d'une part socle et d'une part activité. La valorisation des activités reposera sur des groupes médico-économique (GME) décrivant l'ensemble des séjours de SSR (ou case-mix), à l'image des groupes homogènes de malades (GHM) pour les activités de court séjour. L'orientation vers tel ou tel GME sera dépendante de la présence de diagnostics médicaux, parfois de l'âge ou du score de dépendance physique et psychique, de comorbidités puis d'actes figurant dans le catalogue spécifique des actes de rééducation et réadaptation (CSARR)²⁶¹. Un certain nombre d'actes de l'actuelle classification sont en relation avec les activités d'insertion et de prévention de la désinsertion professionnelle²⁶². Durant la phase de montée en charge, l'introduction de ces actes conditionne un coefficient d'intensité des actes de

²⁵⁸ DREES, Les établissements de santé - Édition 2017, juin 2017 Fiche 23

²⁵⁹ Patrick BROUDIC, « Organisation et financement des actions de préparation et d'accompagnement de la réinsertion professionnelle des patients hospitalisés en soins de suite et réadaptation », IGAS, Rapport RM 2011-152P, Octobre 2011

²⁶⁰ Ministère des affaires sociales et de la santé, « manuel des groupes médico économiques en soins de suite et de réadaptation 2e version de la classification Version 2.4 de la fonction groupe Volume 1 Présentation et annexes générales, Bulletin officiel No 2016/1 bis ».

²⁶¹ ATIH, Coefficients, DMA et ACE théoriques, Campagne SSR 2017, Fiche explicative,

²⁶² Chapitre 11.02.03 Actes de prise en charge relatifs à la scolarité et à l'emploi : ZGT+017 Présentation d'atelier de travail ; ZGR+068 Séance d'atelier de travail ; ZGT+044 Restitution après atelier de travail ; ZGR+043 Séance de réentrainement professionnel sur poste de travail ; ZGM+247 Préparation et suivi de l'avancement de dossier pour réinsertion professionnelle / Autre chapitre : ZZE+026 Déplacement hors de l'établissement pour accomplissement de démarche socio-administrative, juridique, éducative et/ou de réinsertion scolaire ou professionnelle Avec ou sans : accompagnement du patient et/ou son entourage ; ZZQ+184 Évaluation de la situation sociale, professionnelle et/ou scolaire ; ZZQ+042 Évaluation pour adaptation du poste de travail ou de l'environnement scolaire

rééducation et réadaptation (RR), appelé coefficient de spécialisation et appliqué globalement à l'établissement sur la base de son activité globale N-1. Une nouvelle classification médico-économique, la V2018, ambitionne de mieux prendre en compte l'activité de rééducation et réadaptation. Si elle est mise en place, l'utilité du coefficient de spécialisation et sa valeur seront réinterrogés. En effet, dans la nouvelle classification, les différents GME tiennent compte plus souvent et plus finement de l'intensité de ce coefficient RR. La DGOS relève enfin que la DMA permet la valorisation de l'activité et de son intensité au cours du séjour d'hospitalisation et n'a pas vocation à prendre en compte le travail fait en amont et en aval, notamment sur le long terme, comme proposé dans le réseau COMETE (cf. *infra*).

Compte tenu des mécanismes exposés ci-dessus, du choix de la cible et de l'agenda de montée en charge de la partie activité dans les recettes des SSR ces prochaines années (20, 30, 40 % ?) ceci ne devrait pas suffire à valoriser significativement les activités de prévention de la désinsertion professionnelle.

L'accompagnement financier des activités d'insertion professionnelle restera donc essentiellement forfaitaire ces prochaines années. Le forfait repose depuis 2016 sur une mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) «réinsertion professionnelle en soins de suite et de réadaptation ». Courant 2017, 6,2 M€ ont été délégués à ce titre aux ARS²⁶³. D'un montant moyen de 227 000 €, le forfait permet le financement pour chaque établissement ou groupe d'établissement, de 2,7 ETP pour l'accompagnement de 150 patients par an. Ces 2,7 ETP se répartissent en 1 ETP chargé d'insertion, 0,8 ergonome ergothérapeute, 0,5 ETP Assistante sociale, 0,2 secrétariat et 0,2 ETP de praticien de médecine physique et réadaptation.

Ces crédits ne sont cependant mobilisables que pour les seuls SSR d'un réseau spécialisé, le réseau COMETE, en complément d'un financement AGEFIPH-FIPH globalement équivalent.

2.3.2 Les services de soins de suite et de réadaptation du réseau COMETE

Le réseau COMmunication, Environnement-Tremplin pour l'Emploi (COMETE) est constitué sous forme d'une association loi 1901. Il regroupe des services de soins de suite et réadaptation qui souhaitent mettre en œuvre une démarche précoce d'insertion socioprofessionnelle. Il s'agit d'augmenter les chances d'inclusion sociale de patients relevant d'une rééducation de l'appareil locomoteur ou d'affections neurologiques traumatiques ou pathologiques. Les « piliers » de l'action reposent d'après ces acteurs sur la précocité (dès la phase d'hospitalisation) ; l'interdisciplinarité (interne et externe à l'établissement de santé), la personnalisation de l'intervention et sa globalité (toutes les dimensions du projet de vie sont traitées). Enfin, la démarche doit être poursuivie sur une période longue après la sortie de l'hôpital, pouvant aller jusqu'à 12 mois afin de sécuriser les parcours professionnels.

Le réseau associatif COMETE regroupait six établissements entre 1992 et 1998 dans le Grand Ouest. Il comporte en 2017 47 établissements de santé dans 42 départements et mobilise environ 300 professionnels. Il a suivi 9 575 personnes en 2016²⁶⁴.

Deux évaluations comparatives de type ici-ailleurs ont été réalisées sur cette démarche²⁶⁵ :

²⁶³ INSTRUCTION N° DGOS/R1/2017/223 du 10 juillet 2017 relative à la campagne tarifaire et budgétaire 2017 des établissements de santé de soins de suite et de réadaptation. L'enveloppe pourrait être abondée de 0,7 M€ en fin d'exercice ce qui porterait son montant à 6,9 M€ sur l'exercice budgétaire

²⁶⁴ COMETE France, Rapport national d'activité 2016.

- En 2000-2002 la moitié des patients des établissements adhérents au réseau COMETE travaillait contre 27 % des établissements « non COMETE » ; les patients COMETE étaient deux fois plus bénéficiaires d'une aide AGEFIPH, 80 % avaient une RQTH vs 57 % chez les « non COMETE » ;
- Dans une seconde étude en 2003-2004, les résultats n'ont pas montré de différence sur le taux de reprise du travail entre population COMETE et non COMETE, hormis pour les plus graves (patients dits médullaires et cérébro-lésés).

A compter de 2009, l'AGEFIPH et le FIPHFP ont reconnu et cofinancé l'association COMETE France et son Réseau. Les financements hospitaliers tant de court séjour que du SSR ne couvrent par construction que le séjour lui-même. La mission de 2011, sus citée, confiée à l'IGAS, visait à définir les conditions de pérennisation et de développement financier de ce réseau. On a vu qu'elle avait proposé un double financement, à l'activité et forfaitaire. Elle justifiait notamment la nécessité d'un co-financement AGEFIPH-FIPHFP pour les actions conduites par les équipes hospitalières, après la sortie, « *quand le dispositif de droit commun ne garantit pas que soit assurée la continuité de l'accompagnement* ».

Un accord-cadre entre le FIPHFP, l'AGEFIPH et la tête du réseau, l'association COMETE France, a été signé pour la période 2011-2013 puis prolongé par avenant pour la période 2014-2016. Les dotations aux établissements proviennent, en 2017, à 55 % des ARS sous forme de MIG et à 45 % de l'AGEFIPH et du FIPHFP, versées directement aux établissements ou regroupements d'établissements membres du réseau. Aucun financement opérationnel ne transite par COMETE France, en dehors de son financement propre de 360 K€, constitué à 45 % par l'AGEFIPH, 45 % par le FIPHFP, les 10 % restant étant issus des cotisations des établissements membres.

Une recommandation de bonne pratique « démarche précoce d'insertion professionnelle » a été labellisée en juin 2011 par la HAS²⁶⁶. Un référentiel d'auto-évaluation est en cours de finalisation en 2017 ; il pourrait commencer à s'appliquer mi 2018. Un audit réalisé par des membres d'une commission *ad hoc* de COMETE France devra contrôler la bonne utilisation de cette auto-évaluation.

On remarquera que les besoins sont loin d'être couverts par ce seul réseau si le nombre de patients éligibles atteint l'ordre de grandeur estimé par l'ATIH en 2009 (100 000/an).

Il existe d'après le réseau COMETE deux demandes d'extension importantes qui ne peuvent être satisfaites faute de financement ; elles concernent :

- les déficiences sensorielles, dont les services qui ont développé une offre spécifique sont considérés comme des services polyvalents de soins de suites, voire ne sont pas reconnus (il y aurait 170 lits et places en France sur ce sujet) ;
- Le secteur des associations en cancérologie porte également une demande d'intégrer des « lits spécialisés cancers » dans les établissements de soins de suite, membres du réseau COMETE.

Il existe enfin des besoins de développer l'accompagnement pour le maintien en emploi des patients porteurs d'une maladie psychique, mais le réseau COMETE déclare n'en pas avoir les

²⁶⁵ IGAS, Rapport RM 2011-152P, Octobre 2011, op.cit.

²⁶⁶ Association Comète France, Société Française de Médecine du Travail et Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation, « Démarche précoce d'insertion socioprofessionnelle en établissements de soins de suite et de réadaptation spécialisés relevant des champs de compétences de la médecine physique et de la réadaptation », Label de la HAS -Juin 2011.

compétences et suggère de transposer le modèle intervention précoce en l'adaptant aux spécificités de la maladie psychique.

La question du maillage du territoire reste également posée afin d'étendre l'offre de prise en charge précoce à l'ensemble des patients qui le requièrent (cf. partie 3 *infra*). Ce sujet est bien identifié, et les nouvelles adhésions au réseau COMETE sont acceptées depuis 2010 en privilégiant plusieurs établissements de santé d'un territoire qui se partagent une même équipe COMETE. On relèvera que la progression du maillage territorial ne s'est pas articulée, d'après la direction de COMETE France, avec le développement des groupements hospitaliers de territoire (GHT) ni celui de leurs prédécesseurs les Communautés hospitalières de territoires (CHT). On peut s'interroger de savoir si ceci n'est pas en partie l'effet d'une centralisation nationale importante de la gestion et des financements spécifiques MIGAC, qui a écarté les ARS de cette problématique, celles-ci se contentant de déléguer les enveloppes fléchées que la DGOS leur attribue pour les « établissements COMETE ».

Une seconde question porte sur la croissance de la couverture dans le contexte financier contraint : 2018 pourrait voir une seule nouvelle équipe financée. Une nouvelle évaluation du réseau COMETE, demandée par ses financeurs, a été rendue fin 2017²⁶⁷. Elle compare les prises en charge en termes d'accompagnement professionnel d'un panel d'établissements « SSR COMETE » à celles réalisées par des SSR « non COMETE ». Comme dans les années antérieures, les résultats sont toujours meilleurs au sein du réseau COMETE que dans les SSR sans équipe dédiée. Ceci n'est toutefois clairement démontré que pour les patients ayant bénéficié d'un accompagnement complet (dit de phase 3) qui concerne 20 % des prises en charge : « *« 73 % de situations positives à l'issue de la phase 3, et 76 % un an après la fin de la prise en charge »*. La question du coût de montée en charge du réseau devra être traitée : cette dernière évaluation relève « *des écarts importants entre équipes en ce qui concerne le coût théorique d'une prise en charge d'un patient (de 600 à 2 000 €) ainsi que le coût théorique d'une situation positive en fin de phase 3 (d'environ 6 000 € à un peu plus de 45 000 €). Les éléments explicatifs de ces écarts sont sans doute à rechercher dans les niveaux de rémunération des professionnels positionnés sur le dispositif COMETE, les frais de fonctionnement, les pathologies des personnes accompagnées et, s'agissant du coût des « situations positives », du nombre de phases 3 engagées* ».

²⁶⁷ Conclusions provisoires de l'évaluation, transmises fin novembre 2017 par l'AGEFIPH, à la demande de la mission.

3 LES SERVICES MEDICO-SOCIAUX EN CHARGE DE LA REEDUCATION PROFESSIONNELLE

Quatre types principaux de structures médico-sociales peuvent être mobilisés pour l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés : les établissements et services d'aide par le travail (ESAT), les centres de rééducation professionnelle (CRP), les centres de pré-orientation pour les personnes handicapées (CPO) et les unités d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale (UEROS). L'activité des ESAT ne concerne pas les personnes en emploi ordinaire, à l'inverse des trois autres dispositifs qu'on détaille ci-dessous et qui ont accueilli environ 13 000 personnes en 2016 (cf. *infra*).

3.1 Missions, évolution et répartition des structures de rééducation professionnelle (CRP, CPO et UEROS)

Les CRP accueillent en tant que stagiaires des salariés orientés par les MDPH et ont pour mission :

- de favoriser l'intégration professionnelle durable de personnes handicapées qui, à la suite notamment d'un accident ou d'une maladie, sont obligées de changer de métier et d'envisager une reconversion professionnelle ;
- d'entraîner ou de ré-entraîner la personne au travail, en vue d'une insertion ou d'une réinsertion professionnelle, en priorité vers le milieu de travail ordinaire ou le cas échéant vers un établissement ou service d'aide par le travail ;
- et de dispenser une formation qualifiante ou diplômante.

Les CRP sont des établissements médico-sociaux au sens de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles, dont l'ensemble des dépenses de fonctionnement relève de l'assurance maladie. La loi du 5 mars 2014²⁶⁸ les a intégrés dans le service public régional de la formation professionnelle ; la rémunération des stagiaires relève depuis janvier 2015 de la compétence exclusive des conseils régionaux.

L'accueil en CRP peut être précédé d'un stage de pré-orientation afin de permettre l'élaboration d'un nouveau projet professionnel, prenant en compte les souhaits, les compétences, les capacités d'apprentissage et la réalité du handicap. Une majorité des CPO est adossée à un CRP.

Les UEROS accueillent des personnes cérébro-lésées pour un parcours d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale ou professionnelle, l'accès relève comme pour les CRP/CPO d'une décision de la MDPH. Il s'agit de structures plus récentes, créées à titre expérimental (1996)²⁶⁹ puis confortées à la fin des années 2000²⁷⁰. Elles sont le plus souvent adossées à des établissements de santé.

La DREES dénombrait en 2011 88 CRP, 32 CPO et 32 UEROS.

²⁶⁸ LOI n° 2014-288 du 5 mars 2014 relative à la formation professionnelle, à l'emploi et à la démocratie sociale

²⁶⁹ Circulaire DAS/DE/DSS n° 96-428 du 4 juillet 1996 relative à la prise en charge médico-sociale et à la réinsertion sociale et professionnelle des personnes atteintes d'un traumatisme crânien

²⁷⁰ Décret n° 2009-299 du 17 mars 2009 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des unités d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et socioprofessionnelle (UEROS) pour personnes cérébro-lésées

Le secteur de la reconversion employait près de 3 800 Equivalent Temps Plein en 2014²⁷¹. « Les dispositifs s'appuient sur une alliance de compétences complémentaires conciliant formation et prise en charge médico-sociale. Formateurs, médecins, psychologues, chargés d'insertion, infirmiers forment des équipes pluridisciplinaires »²⁷².

Le nombre d'établissement a doublé depuis 1995 et se stabilise autour de 150-154.

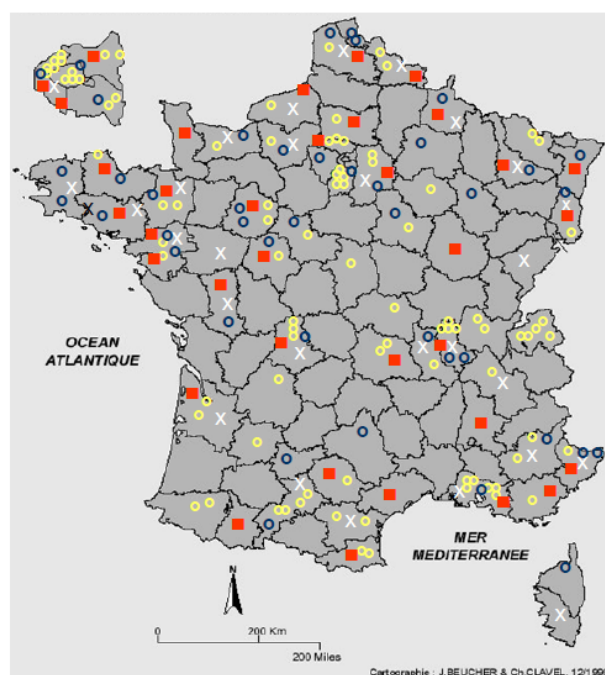
Tableau 3 : Evolution des CRP, CPO et UEROS de 1995 à 2015

	Nombre établissements	Nombre de places	Nombre de personnes accueillies
1995	85	9 546	nd.
2006	120	10 489	8 541
2016	154	10 636	13 354*

Source : DREES, FINES, enquêtes ES-handicap, * estimation IGAS

L'offre de service est inégalement répartie sur le territoire, le schéma produit dans le cadre d'une mission sur le réseau des SSR COMETE en 2011, détaille l'inégale répartition des structures. Le constat est globalement inchangé sur ce point compte tenu de la faible croissance du nombre de nouvelles structures.

Schéma 2 : Localisation des structures de rééducation professionnelle en 2011



Légende : Equipes COMETE : carrés rouges ; UEROS : croix blanches ; CRP : ronds jaunes ; Préorientation : ronds bleus

Source : IGAS, Rapport RM 2011-152P, Octobre 2011

²⁷¹ Ida FALINOWER, L'offre d'accueil des personnes handicapées dans les établissements et services médico-sociaux entre 2010 et 2014, Etudes & Résultats n°975, Septembre 2016

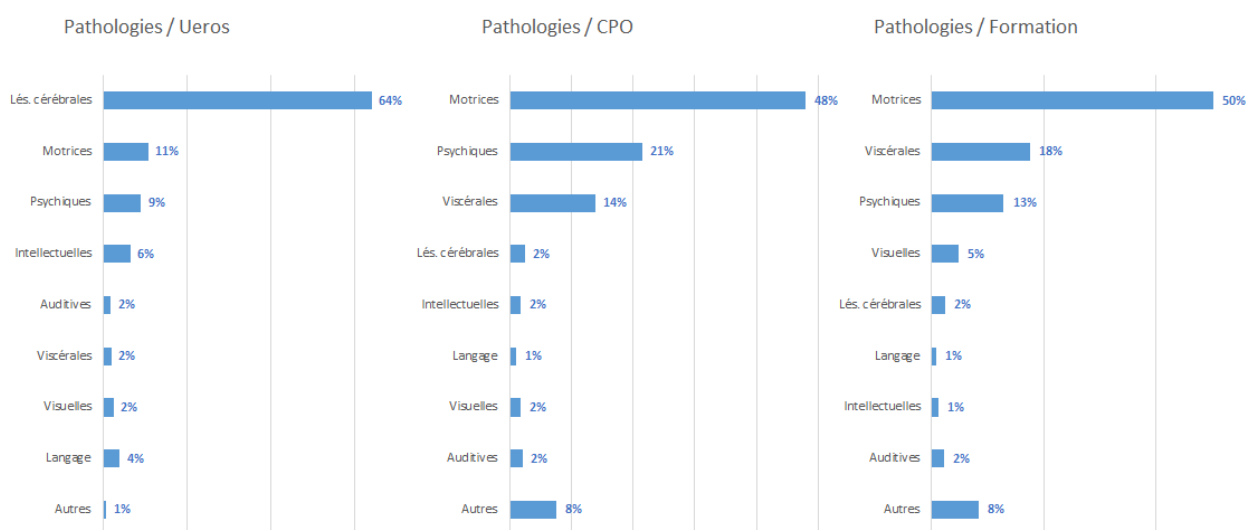
²⁷² Source : FAGERH. Observatoire de la réadaptation professionnelle, 2016.

Le maillage rare et inégal de ces offres conduit les MDPH à orienter différemment selon la disponibilité réelle de l'offre pour des handicaps similaires.

3.2 Population accueillie et principaux résultats en matière d'insertion professionnelle

Le graphique suivant détaille les principales pathologies à l'origine de la prise en charge selon les établissements du réseau de la fédération des établissements de reconversion professionnelle et de leurs organismes gestionnaires (FAGERH), association loi 1901 qui fédère 95 % de ces établissements.

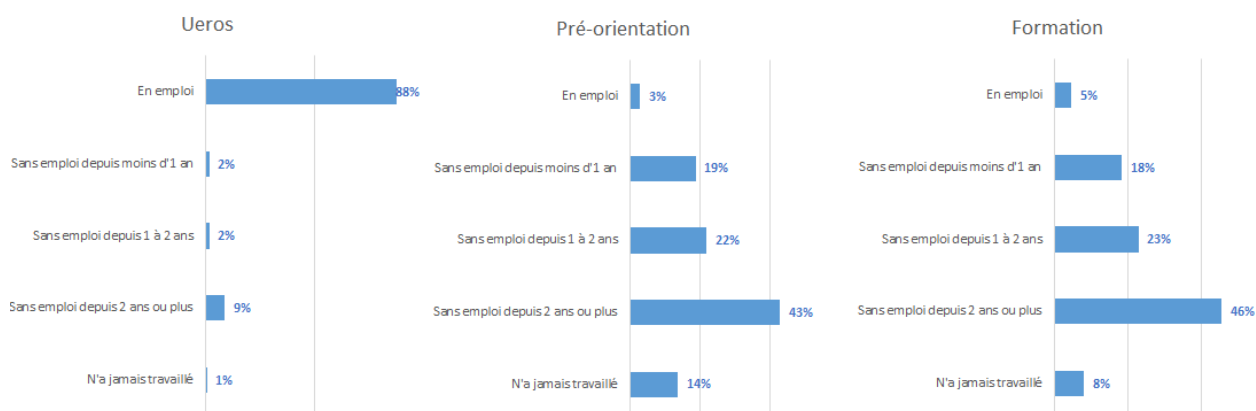
Graphique 2 : Pathologies des stagiaires des établissements du réseau FAGERH



Source : FAGERH, Bilan national 2016

La majorité des stagiaires des UEROS était en emploi avant de bénéficier de leur service, à l'inverse la majorité des stagiaires des CRP/CPO étaient sans emploi.

Graphique 3 : Situation des stagiaires au regard de l'emploi à l'entrée dans les établissements du réseau FAGERH



Source : FAGERH, Bilan national 2016

L'offre actuelle permet d'accéder à 200 formations réparties dans 14 secteurs d'activité, d'après la FAGERH.

Concernant les publics accueillis, « Près de 2/3 tiers des stagiaires sont des hommes, cette proportion monte à 3/4 dans les UEROS. Environ la moitié des stagiaires des CPO et des CRP souffre de difficultés motrices. Pour près de 60 % des stagiaires en pré-orientation et en formation, la maladie est à l'origine de(s) pathologie(s). Plus de 75 % des stagiaires ont un niveau inférieur ou égal à V (BEP / CAP) à leur entrée en formation et pré-orientation. La formation représente en effet non seulement l'opportunité de se réinsérer dans le monde du travail mais aussi la possibilité de monter en qualification. Les situations de décrochage social et professionnel sont fréquentes : les 3/4 des stagiaires en formation ne travaillaient pas depuis plus d'un an lors de l'entrée en stage ». ²⁷³

En 2016, 74 % de ces stagiaires ont obtenu leur diplôme ou leur titre professionnel et 62 % ont trouvé un emploi dans l'année ²⁷⁴. « Ce taux d'insertion augmente fortement en fonction de l'élévation du niveau de formation (79 % pour le niveau III et 63 % pour le niveau IV contre 52 % pour le V bis). Ce sont les secteurs des « professions de santé et du médico-social », de la mécanique et de la « chimie, biologie et biochimie » qui offrent les meilleurs taux d'insertion ; respectivement 79 %, 73 % et 72 % (contre seulement 58 % pour celui des services administratifs et commerciaux) » ²⁷⁵.

²⁷³ FAGERH. Observatoire de la réadaptation professionnelle, 2016

²⁷⁴ FAGERH. *Ibid. cit.*

²⁷⁵ DGCS, Réponse à une question parlementaire, PLFSS 2017

ANNEXE 6

DONNEES SYNTHETIQUES SUR L'ACTION DE L'AGEFIPH EN FAVEUR DU MAINTIEN EN EMPLOI

Cette annexe présente les principales actions de l'Agefiph en faveur du maintien en emploi des travailleurs handicapés. Elle s'appuie principalement sur quatre sources²⁷⁶ :

- Le rapport d'activité 2016 de l'Agefiph (partie 1) ;
- La synthèse de l'activité et des résultats du réseau Sameth en 2015 et 2016 (partie 2) ;
- Le rapport d'évaluation de l'offre d'interventions 2012-2015 de l'Agefiph (partie 3 Amnyos groupe, 13 novembre 2015) ;
- Le rapport d'évaluation des actions de remobilisation, bilan et formations spécifiques proposées pour les personnes en arrêt de travail (partie 4 Pluricité, rapport final suite au comité de pilotage du 2 mai 2017).

1 LES DIFFERENTES CATEGORIES D'INTERVENTIONS

Le montant des dépenses dédiées au maintien en emploi s'élève à 145 M€ en 2016, soit 36 % du budget d'intervention de l'Agefiph. Cette proportion a augmenté depuis 10 ans, essentiellement entre 2006 (26 %) et 2011 (32 %) ²⁷⁷. Ces dépenses se répartissent en trois grandes catégories :

- Le financement de **réseaux spécialisés** : les 99 services d'appui pour le maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés (Sameth), d'une part, les 40 équipes Comète France situées dans des établissements hospitaliers, d'autre part ;
- Le financement de **prestations techniques d'évaluation ou d'orientation** :
 - études préalables à l'aménagement et à l'adaptation de situations de travail (EPAAST) et prestations ponctuelles spécifiques par type de handicap (PPS), que les Sameth peuvent mobiliser en appui de leur intervention ;
 - prestations spécifiques d'orientation professionnelle (PSOP), pour les salariés qui ne peuvent reprendre leur poste de travail, même aménagé, et doivent élaborer un nouveau projet professionnel dans le cadre d'un reclassement interne ou externe.
- Le versement **d'aides financières au maintien dans l'emploi**, principalement aux employeurs, mais également aux personnes (aides au transport et prothèses auditives).

Deux tableaux en fin d'annexe présentent ces différentes aides, en rappelant leurs montants et destinataires, d'une part, et l'évolution des dépenses qui y sont consacrées de 2006 à 2016.

²⁷⁶ Ainsi que sur les éclairages recueillis auprès des services du siège et de quatre délégations régionales

²⁷⁷ Toutefois la répartition des dépenses par finalité (insertion ou maintien dans l'emploi) ne date que de 2015, les chiffres antérieurs ont été reconstruits par projection de la part relative 2016 de certaines dépenses non spécialisées sur le maintien dans l'emploi.

Les postes principaux de dépenses sont :

- L'aide à l'emploi des travailleurs handicapés (AETH) qui mobilise 52,7M€, est attribuée pour trois ans pour compenser les charges pérennes qui demeurent après mise en place de l'aménagement optimal du poste de travail²⁷⁸ ; elle a concerné 7 919 bénéficiaires en 2016 ;
- Les Sameth qui ont pris en charge en 2016 21 400 nouvelles situations dans le secteur privé et auxquels l'Agefiph a consacré 25,4 M€ (cf. infra) ; s'y ajoutent près de 6 M€ pour le financement d'études d'aménagement des situations de travail et de prestations ponctuelles spécifiques, complétant l'expertise des équipes des Sameth pour environ 20 % des bénéficiaires²⁷⁹ ;
- Les aides à l'aménagement des situations de travail, destinées à compenser les dépenses engagées par l'employeur pour adapter un poste de travail : 9 577 aides attribuées en 2016 pour un montant de 23,4 M€
- Les aides techniques, au nombre de 8 422 en 2016, pour un montant de 12,4 M€.

D'autres types d'aides ont un impact moindre, tant en dépenses qu'en nombre de bénéficiaires.

- L'orientation professionnelle et la formation des salariés dans le cadre du maintien en emploi a mobilisé 9,8 M€ en 2016.
 - La prestation spéciale d'orientation professionnelle (PSOP) a bénéficié à 2 128 personnes dans le cadre du maintien en emploi, dont 90 % étaient en arrêt de travail. S'y ajoutent 593 bénéficiaires de dispositifs de remobilisation cofinancés par l'assurance maladie et l'Agefiph dans quatre régions (Auvergne, Centre, Bretagne et Pays de Loire).
 - L'Agefiph a aussi participé aux coûts pédagogiques de formations à finalité de maintien en emploi pour 1 581 personnes, dans le cadre de conventions partenariales avec des organismes collecteurs agréés (OPCA, OPACIF). L'intervention sous forme d'abondement du compte personnel de formation (CPF) reste marginale avec une centaine de bénéficiaires en 2016.
- Les aides au maintien dans l'emploi (forfait initial et aide complémentaire) sont des aides d'urgence aux employeurs, attribuées sur prescription des Sameth dans le cadre des parcours « ingénierie », dans l'attente de la mise en œuvre d'une solution pérenne ; elles sont utilisées dans un parcours ingénierie sur 7 pour un coût de 5 M€²⁸⁰.
- L'action des équipes Comète France, situées dans des établissements de SSR, concerne des personnes souffrant majoritairement de déficiences motrices et psychomotrices lourdes et/ou complexes (cf. annexe 5) ; ces équipes sont cofinancées par l'assurance maladie (55 %), l'Agefiph (36 %) et le FIPHFP (9 %) ; Selon le rapport d'activité de Comète France, elles ont accueilli 9 575 personnes en 2016, dont 1 509 pour l'étape 3 de mise en œuvre d'un plan d'action. Une évaluation de ce dispositif est conduite en 2017.

Enfin quelques aides concernent un faible nombre de bénéficiaires : aide au maintien dans l'emploi en fin de carrière, qui permet à l'employeur de réduire le temps de travail du salarié jusqu'à son

²⁷⁸ L'ouverture de ce droit est conditionnée à une reconnaissance administrative de la lourdeur du handicap (RLH). Cette décision est attribuée à taux normal lorsque le taux de lourdeur du handicap est au moins égal à 20 %. S'il est au moins égal à 50%, le taux est majoré.

En cas de décision favorable de RLH, l'entreprise peut opter entre une minoration de sa contribution à l'Agefiph et l'aide à l'emploi (AETH), dont le montant annuel est de 450 fois le SMIC pour un taux de RLH minoré et peut s'élever à 900 fois le SMIC pour le taux majoré.

²⁷⁹ 1 100 EPAAST et 2 762 PPS en 2016 pour 21 400 nouvelles situations prises en charge par les Sameth dans le secteur privé en 2016.

²⁸⁰ 2 027 bénéficiaires d'une aide initiale et 416 bénéficiaires d'une aide complémentaire en 2016.

départ en retraite (272 bénéficiaires pour 2,8 M€) ; aides à la mobilité, le plus souvent pour l'aménagement du véhicule (613 bénéficiaires pour 2,1 M€) ; aides au tutorat (125 bénéficiaires pour 0,2 M€), aides au contrat de génération (0,1 M€).

L'intervention de l'Agefiph est subordonnée à la reconnaissance administrative d'un handicap ; toutefois, afin de limiter les retards d'intervention, seul le dépôt du dossier de reconnaissance est exigé. En 2016, près de 20 % des bénéficiaires d'une prise en charge par un Sameth ont bénéficié de cet assouplissement.

2 L'ACTIVITE DES SAMETH

► Un réseau national cofinancé par l'Agefiph et le FIPHFP, appelé à fusionner avec le réseau Cap emploi en 2018

Une offre de services nationale des Sameth est organisée depuis 2005. Présents sur l'ensemble des départements, ils peuvent intervenir pour toute situation individuelle dans laquelle une personne risque de perdre son emploi du fait d'une situation de handicap.

Ce réseau est cofinancé par l'Agefiph et le FIPHFP, dans le cadre d'appels d'offres nationaux. Plusieurs types d'organismes peuvent être support d'un Sameth : des organismes de placement spécialisés labellisés « Cap emploi », qui en portent près des deux tiers (64 sur 99 titulaires du marché 2017), des services de santé au travail interentreprises, des sociétés privées de conseil²⁸¹.

Cette répartition est appelée à évoluer, car la loi du 8 août 2016 a prévu que les organismes de placement spécialisés (réseau Cap emploi), chargés d'accompagner les demandeurs d'emploi handicapés, en partenariat avec Pôle emploi, verraient leur mission élargie, dès janvier 2018 ; au maintien en emploi²⁸². Dans cette perspective, un appel à projets a été lancé en septembre 2017 en vue de sélectionner les organismes en charge de ces missions pour les cinq prochaines années²⁸³ ; afin de faciliter les transitions, les projets peuvent être portés par un porteur de projet seul ou par un porteur de projet lié à d'autres organismes par une convention de partenariat.

► 21 400 bénéficiaires en 2016 dans le secteur privé, avec des taux de succès très élevés

Les Sameth ont accompagné au total en 2016 plus de 24 500 nouvelles situations, dont 21 400 dans le secteur privé, et contribué à plus de 21 000 maintiens dans l'emploi, dont 18 200 dans le secteur privé (soit une progression de 19 % par rapport à l'année 2012).

Deux types de parcours sont distingués : les parcours « facilitation », où le Sameth valide et facilite la mise en œuvre de solutions déjà identifiées, notamment en mobilisant les aides de l'Agefiph, et les parcours « ingénierie », où le Sameth doit rechercher lui-même puis mettre en œuvre des solutions. Ces derniers sont considérés comme le cœur de métier des Sameth et ont représenté 65 % des parcours en 2016.

²⁸¹ Ex : JLO emploi, qui porte 5 Sameth sur 6 départements

²⁸² Cf. article 101 de la loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels, modifiant l'article L. 5214-3-1 du code du travail.

²⁸³ Cette désignation est confiée à un comité présidé par l'Etat et composé de représentants de l'Agefiph, du FIPHFP et de Pôle emploi.

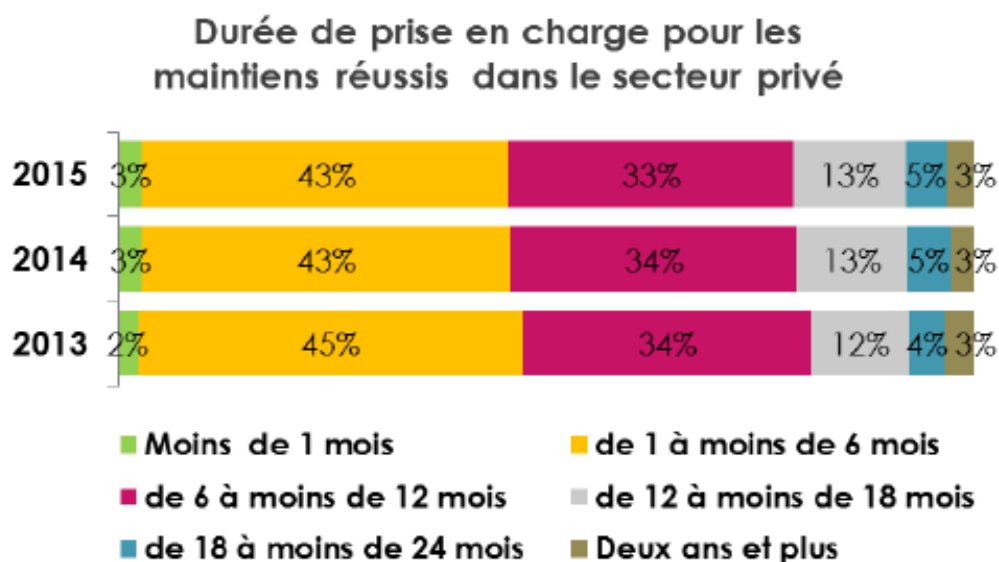
Les taux de succès sont très élevés : 98 % de maintiens dans l'emploi pour les parcours « facilitation » et 90 % pour les parcours « ingénierie ». Ces résultats doivent toutefois être relativisés, compte tenu du mode de financement qui repose pour environ un tiers sur des parts variables attribuées aux seuls parcours réussis²⁸⁴.

On relève d'autre part que la majorité des personnes sont maintenues au même métier (92 %), et même au poste d'origine (89 %).

L'activité des Sameth apparaît donc centrée sur les cas où, compte tenu du type de handicap et du contexte de l'entreprise, l'adaptation du poste de travail apparaît réalisable.

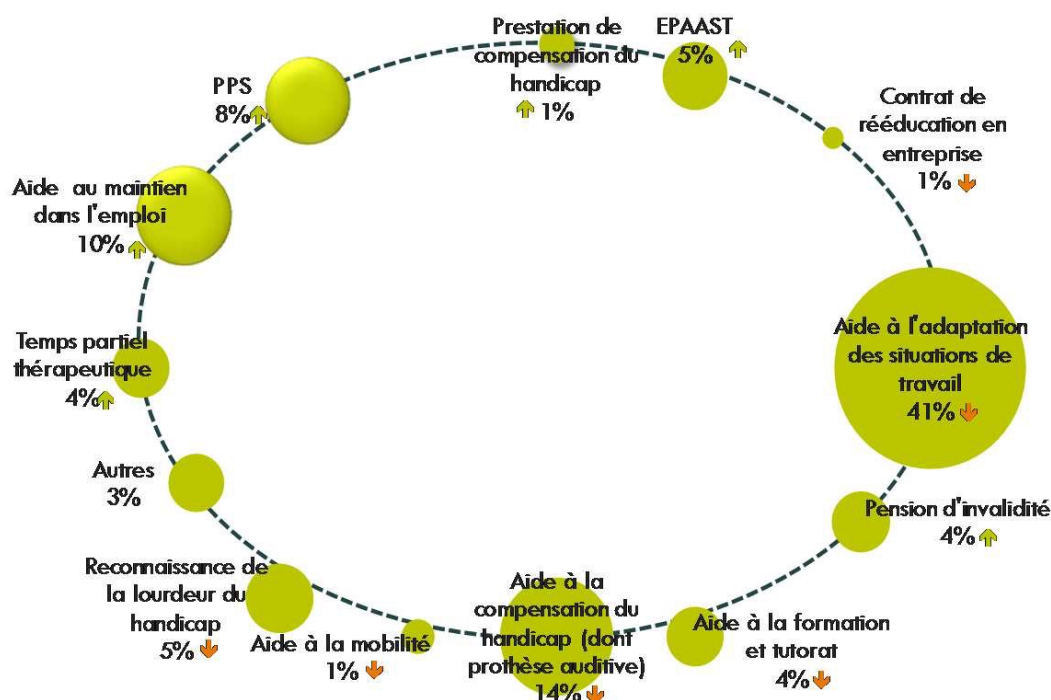
Afin d'inciter les Sameth à améliorer le suivi des personnes qui ne peuvent être maintenues dans l'entreprise, un parcours « reconversion » a été identifié dans le dernier marché ; il ne concerne encore qu'un très faible nombre de bénéficiaires (367 au premier semestre 2017). La fusion avec les organismes Cap emploi, prévue en 2018, devrait permettre d'aller plus loin dans ce sens, en facilitant la mobilisation de compétences d'appui à la reconversion et à la recherche d'emploi, lorsque le maintien dans l'entreprise n'est pas possible ou pas souhaité.

La durée des accompagnements est très variable. Près de la moitié des maintiens dans l'emploi réussis le sont en moins de six mois dans le secteur privé, mais dans plus de 20 % des cas, l'accompagnement dure un an ou plus.



Le schéma ci-dessous illustre la diversité des aides et prestations mobilisées par les Sameth dans le cadre d'un maintien réussi en entreprise du secteur privé en 2016.

²⁸⁴ En 2017, la part variable est de 124 euros pour un maintien « facilitation » et 763 euros pour un maintien « ingénierie ».



➤ Les profils des salariés et entreprises bénéficiaires de l'appui des Sameth

Les personnes suivies par les Sameth et maintenues en emploi en 2016 dans le secteur privé ont en majorité un handicap moteur (53 %) ; 19 % ont une déficience auditive, et 18 % une maladie invalidante. La part des handicapés mentaux et psychiques reste très faible : respectivement 2 % et 1 %.

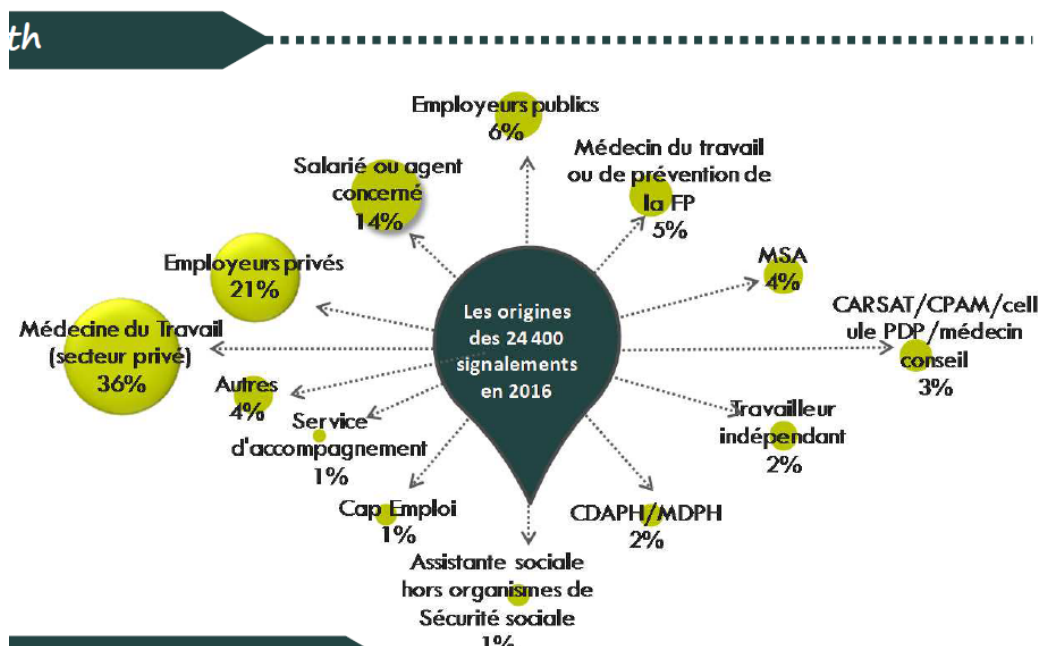
61 % sont des employés, et 23 % des ouvriers. 45 % ont 50 ans et plus, et 55 % ont au moins 10 ans d'ancienneté dans l'entreprise.

Du côté des employeurs, on note une surreprésentation de l'industrie et de l'agriculture au regard de leur part dans la population active en emploi.

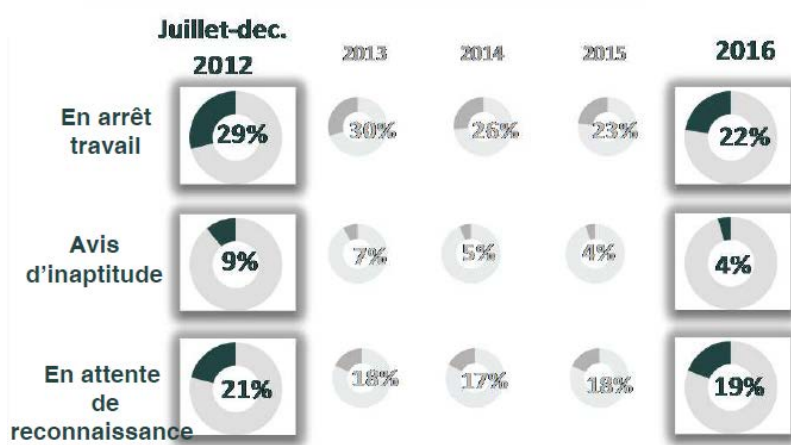
Plus de la moitié des entreprises bénéficiaires ont moins de 50 salariés et plus d'un tiers ont moins de 20 salariés. A contrario, moins de 20 % ont 250 salariés et plus.

➤ Des conditions de saisine très variées

Les demandes d'intervention des Sameth proviennent pour plus d'un tiers des médecins du travail, et pour un cinquième des employeurs privés. La part des organismes de protection sociale est beaucoup plus faible : 3 % seulement pour les saisines provenant du régime général (CARSAT, CPAM, médecins conseil et cellules de prévention de la désinsertion professionnelle).



Au démarrage de l'intervention, 22 % des bénéficiaires sont en arrêt de travail. Plus de 80 % sont déjà reconnus travailleur handicapé, les autres ayant un dossier en cours. Seulement 4 % ont été déclarés inaptes par le médecin du travail, contre 9 % en 2012, ce qui dénote une tendance à des saisines plus précoces.



Selon une enquête par téléphone conduite en 2016 par l'Agefiph auprès de 500 employeurs et 500 personnes handicapées ayant bénéficié d'une aide ou prestation de maintien en emploi en 2014, « c'est moins un acteur seul que la dynamique complexe du système d'acteurs (Sameth – Médecin du travail / entreprise – salarié) qui aboutit au déclenchement des actions de maintien dans l'emploi ». D'autre part, chez les employeurs, « l'intervention d'un Sameth semble créer un « réflexe Sameth » qui joue lorsque d'autres cas de maintien se présentent »²⁸⁵.

²⁸⁵ 72 % des entreprises qui avaient été accompagnées par un Sameth et ont eu à traiter une nouvelle situation de maintien ont à nouveau fait appel au Sameth, contre 43 % de celles qui n'avaient pas été accompagnées.

➤ De fortes disparités régionales

L'Agefiph a réalisé une comparaison entre l'activité des Sameth et la répartition régionale des emplois, qui fait apparaître de fortes disparités (cf. tableau ci-après). L'Ile de France, les Antilles et dans une moindre mesure la Bretagne, apparaissent nettement moins bien couvertes que les autres régions. Inversement, la Corse, le Centre-Val de Loire, la Normandie, bénéficient plus de l'activité des Sameth.

Tableau 1 : Disparités régionales de l'activité des Sameth (2016)

Régions	Nombre de nouveaux parcours pour 100.000 emplois	Nombre de maintiens réussis pour 100.000 emplois
Antilles-Guyane	59	42
Guadeloupe	45	42
Martinique	57	41
Guyane	95	43
Auvergne-Rhône-Alpes	117	98
Bourgogne-Franche-Comté	96	88
Bretagne	90	75
Centre-Val de Loire	133	126
Corse	248	191
Grand Est	112	93
Hauts-de-France	111	94
Île-de-France	28	25
Normandie	127	107
Nouvelle-Aquitaine	105	94
Occitanie	105	86
Provence-Alpes-Côte d'Azur	92	80
Pays de la Loire	95	83
La Réunion	114	96
Total	90	77

Source : Agefiph

Ces disparités peuvent tenir en partie à la structure des emplois ou aux caractéristiques de la population active des différentes régions, mais reflètent aussi et peut-être surtout des différences dans l'information et les comportements des acteurs locaux susceptibles de faire appel aux Sameth. En effet, selon l'Agefiph, les enveloppes régionales semblent jusqu'à présent suffisantes, il y a peu de demandes de financement complémentaires.

3 QUELQUES ENSEIGNEMENTS DE L'EVALUATION DE L'OFFRE D'INTERVENTIONS 2012-2015 DE L'AGEFIPH

Dans le cadre de l'évaluation confiée par l'Agefiph au cabinet Amnyos en 2015, des enquêtes téléphoniques ont été conduites auprès de personnes handicapées et d'employeurs bénéficiaires de l'offre d'intervention de l'Agefiph, à visée d'insertion ou de maintien dans l'emploi²⁸⁶.

²⁸⁶ Echantillons de 1 800 personnes handicapées et 1 600 employeurs

Parmi les employeurs bénéficiaires d'une aide ou prestation de maintien dans l'emploi, 40 % estimaient avoir été à l'origine de la mobilisation de la mesure. 18 à 24 mois après, le taux de maintien dans l'entreprise était de 83 %.

Selon les personnes handicapées ayant bénéficié d'une aide ou d'une prestation à finalité de maintien, 18 à 24 mois après le taux de maintien dans l'entreprise était de l'ordre de 75 %, taux auquel s'ajoutaient 6 % de maintiens en emploi hors entreprise.

Les évaluateurs confirmaient ainsi les bons résultats des mesures de maintien, tout en soulignant :

- Une **faible couverture des besoins**, les 24 000 parcours engagés avec l'appui des Sameth représentant une proportion minime des salariés ayant chaque année un avis de restriction d'aptitude ou d'inaptitude (plus d'un million) ;
- Des interventions souvent focalisées sur les aspects techniques « durs » du poste de travail et de la compensation, prenant moins facilement en charge les problématiques d'organisation du travail, de management, de formation ; une faible mobilisation de la formation dans les parcours de maintien (1 385 bénéficiaires en 2014) ;
- Des besoins d'accompagnement importants pendant la période d'attente du licenciement pour inaptitude (pour faire le deuil de son ancien métier et enclencher une dynamique) alors que les personnes ont beaucoup le sentiment d'être seules.
- De grosses difficultés pour les 25 % de publics bénéficiaires d'une aide ou prestation de maintien mais finalement non maintenus au sein de l'entreprise :
 - 12 % de licenciés dont 7 % pour inaptitude²⁸⁷ et 5 % pour un autre motif ;
 - 5 % ayant rompu leur contrat de travail sans licenciement dont 2,4 % de démission et 2,2 % de ruptures conventionnelles ;
 - 3 % ayant terminé un CDD ;
 - 5 % partis à la retraite ;

18 à 24 mois après le départ de l'entreprise, la moitié avaient été principalement ou tout le temps au chômage ou en inactivité, l'autre moitié se décomposant à part égale entre ceux qui ont trouvé un emploi dans une autre entreprise et ceux qui sont partis à la retraite.

Au vu de ces difficultés, les évaluateurs soulignaient l'absence d'objectif de reclassement externe assigné aux Sameth, dont l'intervention semble souvent se limiter à une information des bénéficiaires, et le caractère très insuffisant de la prise de relais par les acteurs du retour à l'emploi.

La création d'un parcours « reconversion » dans le cadre du marché passé pour 2017 répond en partie à ce constat.

Cette évaluation a confirmé également l'existence d'une dynamique positive d'approfondissement de l'articulation opérationnelle entre les Sameth et leurs partenaires du droit commun, notamment les services de santé au travail et les services sociaux des CARSAT.

²⁸⁷ Les licenciements pour inaptitude représentaient donc moins d'un tiers de ces sorties de l'emploi

4 PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS DE L'ÉVALUATION DES ACTIONS DE REMOBILISATION, BILAN ET FORMATIONS SPÉCIFIQUES PROPOSÉES POUR LES PERSONNES EN ARRÊT DE TRAVAIL

Cette évaluation conduite d'octobre 2016 à mai 2017 par le cabinet Pluricité a été commanditée et pilotée par l'Agefiph, et partagée avec le groupe « maintien » de la convention nationale pluriannuelle multipartite d'objectifs et moyens pour l'emploi des travailleurs handicapés (Etat, CNAM, RSI, MSA, Agefiph).

Elle porte sur l'offre en matière de « remobilisation, bilan et formations » pour les personnes en arrêt de travail, ce qui recouvre :

- Des outils financés par l'Agefiph, en particulier la prestation spéciale d'orientation professionnelle (cf. supra point 1), qui a bénéficié en 2015 à environ 4 200 personnes en arrêt de travail ; c'est une prestation de 20 à 40 heures, réalisable sur trois mois maximum et comportant généralement une alternance d'entretiens individuels, de regroupements collectifs et, dans certains cas, la possibilité d'effectuer des mises en situation professionnelle.
- Des actions portées par les différents régimes de protection sociale, en particulier les accompagnements réalisés par les services sociaux des CARSAT au titre de la prévention de la désinsertion professionnelle, qui ont bénéficié à plus de 135 000 personnes en 2015, ainsi que des prestations spécifiques mises en place par certaines caisses²⁸⁸.
- Sur cinq territoires, des dispositifs spécifiques cofinancés par les délégations régionales de l'Agefiph et les caisses de protection sociale, dits « dispositifs indemnités journalières »²⁸⁹ ; ce sont des actions longues (120 à 140 heures étalées sur deux à quatre mois), généralement collectives et alternant périodes d'accompagnement en centre et périodes d'immersion en entreprise²⁹⁰. Le nombre de bénéficiaires est limité (685 en 2015).
- Différents outils des politiques de droit commun d'orientation et de formation professionnelle, accessibles aux actifs en arrêt de travail (bilans de compétences, périodes de mise en situation en milieu professionnel, compte personnel de formation, congé individuel de formation, conseil en évolution professionnelle...), en pratique encore peu mobilisés à l'exception des bilans de compétences.

Elle éclaire ainsi l'articulation entre l'intervention de l'Agefiph et celle des autres acteurs pour une partie du public concerné par le maintien en emploi : les personnes qui doivent, compte tenu de leur état de santé, construire un autre projet que le retour sur le poste de travail initial.

Concernant l'offre d'intervention de l'Agefiph, cette évaluation montre en particulier :

- Que l'accès à la PSOP dans le cadre du maintien en emploi est très inégal selon les territoires²⁹¹ ; certaines délégations régionales réservent en effet la PSOP aux demandeurs d'emploi (ex : Bretagne), alors que d'autres (Rhône-Alpes, Normandie et Centre) en ont ouvert la prescription au service social de la CARSAT ; l'orientation vers la PSOP ou un dispositif spécifique « IJ » répond donc à des configurations variables selon les territoires, en fonction des possibilités de prescription, des places disponibles et des spécificités des dispositifs locaux.

²⁸⁸ L'offre est beaucoup plus dense pour les assurés du régime général que pour ceux de la MSA et plus encore du RSI.

²⁸⁹ MOAIJ (Pays de la Loire), PARME (Auvergne), PRESIJ (Normandie), ARIPIJ (Bretagne), AMPP (Centre Val-de-Loire).

²⁹⁰ A l'exception du dispositif PRESIJ de Normandie, action individuelle d'immersion professionnelle.

²⁹¹ Les chiffres régionaux réunis par Pluricité montrent que la PSOP bénéficie à 0,4 % à 5 % des personnes accompagnées par l'assurance maladie dans le cadre de la prévention de la désinsertion professionnelle.

- Que les PPS et les cofinancements de formation, en théorie accessibles aux personnes en arrêt de travail, sont dans les faits très peu mobilisés.

Elle conclut également à la pertinence d'une offre spécialisée pour l'appui à la définition d'un projet professionnel, car le deuil de l'ancien métier, l'acceptation du handicap, la prise en compte des potentialités au regard de l'état de santé constituent des besoins spécifiques.

Elle souligne enfin que les approches collectives (qui caractérisent les dispositifs « IJ »), intégrant le cas échéant des mises en situation professionnelle, apparaissent particulièrement pertinentes pour ces publics, mais sont paradoxalement plus difficiles à organiser que les actions individuelles car les dates de démarrage doivent être compatibles avec la durée de l'arrêt de travail.

Dispositif	Complémentarité par rapport au droit commun	Complémentarité par rapport aux autres dispositifs Agefiph
Sameth	Expertise handicap, appui au maintien	Pas de rôle (aujourd'hui) sur les reconversions
PSOP	Spécialisation « handicap » par rapport aux bilans de compétences traditionnels, travail sur l'acceptation du handicap et le « deuil » de l'ancien métier Possibilité d'ouverture aux différents « régimes »	Par rapport aux dispositifs « IJ », une mesure individuelle, moins soumise aux difficultés de calendrier
Dispositifs « IJ » cofinancés par l'Agefiph dans 5 régions	Des prestations longues, de la remobilisation au travail sur le projet Prise en compte du handicap Possibilité d'ouverture aux différents « régimes »	Par rapport à la PSOP, dynamisation facilitée par le collectif + périodes de stage

PIÈCES JOINTES

TABLEAU DES AIDES, PRESTATIONS ET SERVICES A FINALITE MAINTIEN DANS L'EMPLOI

TABLEAU DES CREDITS CONSACRES AUX ACTIONS A FINALITE MAINTIEN DANS L'EMPLOI DE 2006 A 2016

Les aides de l'offre d'intervention	Prescription	Bénéficiaire	Type d'aide	Montant	Renouvellement
Aide au maintien dans l'emploi : recherche de solution / mise en œuvre de la solution	oui	Employeur	Forfait	2.000€	
		Employeur	Plafond	3.000€	
Aide au maintien en fin de carrière (selon taux de réduction du temps de travail)	oui	Employeur	Plafond	20 100 €	Non renouvelable
Aide aux DA - prothèse(s) auditive(s)	-	Personne	Forfait	800 €	Dans un délai de 3 ans
		Personne	Forfait	1.600 €	
Aide à l'aménagement de véhicule	-	Personne	Plafond	9.000 €	Dans un délai de 5 ans
Aide à l'aménagement de véhicule avec acquisition	-	Personne	Plafond	10.000 €	Dans un délai de 5 ans
Aide ponctuelle aux trajets	-	Personne	Plafond	4.000 €	-
Aide au permis de conduire	-	Personne	Forfait	1.000 €	-
AST - Aide à l'aménagement des situations de travail		Employeur	-	-	En tant que de besoin
AST - Aide à la communication handicap Auditif	-	Employeur	Plafond	9.150 €	Non renouvelable
		Employeur	Plafond	2.600 €	Si nécessaire
		Employeur	Plafond	1.300 €	Non renouvelable
AST - Aide à l'auxiliariat professionnel	-	Employeur	Plafond	9.150 €	Non renouvelable
AETH	-	Employeur	Plafond		durée des droits : 3 ans maximum

RAPPORT IGAS N°2017-025R

Aide à la formation	Aide à la fonction tutorale (selon la durée du contrat de travail)	non		Employeur		Plafond	1000 € 2000 €	Non renouvelable
	Formation du tuteur	non				Plafond	1000	Non renouvelable
	Form. individuelle : maintien dans l'emploi	oui		Employeur				
Les prestations	Prestations ponctuelles spécifiques (PPS)	oui	Personne	Employeur		appel d'offres		Renouvelable selon la prestation
	prestations spécifiques d'orientation professionnelles (PSOP)	oui	Personne			appel d'offres		-
	L'Etude Préalable à l'Aménagement et à l'Adaptation des Situations de Travail (Epaast)	oui		Employeur		appel d'offres		Renouvelable
Les services	Sameth	-	Personne	Employeur		appel		-

RAPPORT IGAS N°2017-025R

Nature des actions - En M€	Réalisé 2006	Réalisé 2007	Réalisé 2008	Réalisé 2009	Réalisé 2010	Réalisé 2011	Réalisé 2012	Réalisé 2013	Réalisé 2014	Réalisé 2015	Réalisé 2016
LE MAINTIEN DANS L'EMPLOI	99,3	104,9	127,7	166,5	191,0	141,1	131,6	142,5	141,0	136,6	144,8
Poids dans l'offre d'intervention	26%	24%	23%	26%	27%	32%	33%	32%	30%	32%	36%
Le réseau Sameth						19,5	20,1	21,8	22,0	23,0	25,4
Le réseau Comète	19,2	17,5	19,3	23,0	22,9	2,9	2,4	3,7	3,8	3,9	4,1
Les autres dispositifs			3,8	11,5	10,9	2,3	0,3	0,9	0,8	0,9	0,6
L'outil Parcours H (50%)			0,8	1,0	0,8	0,5	0,5	0,4	0,5	0,4	0,5
Les réseaux	19,2	17,5	23,9	35,6	34,6	25,3	23,3	26,7	27,2	28,3	30,5
L'aide au maintien - forfait initial	5,1	5,8	6,8	12,0	9,8	5,1	2,8	4,2	4,1	3,5	4,1
L'aide au maintien - plafond complémentaire							0,3	1,1	1,2	0,9	1,0
L'aide au maintien dans l'emploi en fin de carrière								2,0	2,9	2,4	2,8
Aide à l'aménagement du temps de travail				6,0	25,6						
L'aide au contrat de génération								0,1	0,1	0,1	0,1
Les aides au tutorat			0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,4	0,2	0,2
L'aide à l'emploi des travailleurs handicapés (AETH)	43,0	40,1	46,5	52,4	56,8	65,4	64,3	58,9	53,9	52,1	52,7
Les aides pour le maintien	48,1	45,9	53,3	70,5	92,3	70,5	67,4	66,3	62,5	59,2	60,8
Les études d'aménagement des situations de travail	2,9	3,7	4,7	5,1	4,1	3,7	2,8	4,9	4,4	3,2	3,5
L'aide à l'aménagement des situations de travail	13,7	16,6	19,4	22,5	21,6	16,7	19,6	23,5	24,2	22,3	23,4
Les aides à la mobilité	5,3	5,4	6,9	8,5	8,1	7,8	3,0	2,4	1,9	2,0	2,1
Les aides techniques	2,4	4,2	5,1	6,3	6,5	6,8	7,9	8,6	9,6	11,2	12,4
Les aides humaines	0,4	0,2	1,5	1,8	2,5	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Les prestations ponctuelles spécifiques	1,2	1,5	1,7	1,7	6,4	1,4	1,3	1,3	1,7	1,5	2,3
La compensation du handicap des salariés	25,8	31,5	39,2	45,8	49,2	37,5	34,6	40,8	41,8	40,2	43,7
La formation des salariés dans le cadre du maintien	6,1	10,0	10,9	13,7	13,1	7,9	6,3	6,8	6,3	6,1	6,3
La formation des salariés hors maintien (Vie au travail- CPF)			0,4	0,9	1,8					0,0	0,5
La prestation spécifique d'orientation professionnelle								1,9	3,1	2,5	2,7
La remobilisation des salariés en arrêt de travail										0,3	0,3
La formation des salariés	6,1	10,0	11,3	14,6	14,9	7,9	6,3	8,7	9,4	8,9	9,8
TOTAL Offre d'intervention	380,5	436,5	546,6	652,0	695,6	435,7	403,9	443,2	462,6	425,5	402,7

Précisions sur les données :

- La présentation des données par finalité n'est en vigueur que depuis 2015; aussi, pour les années antérieures, les aides et prestations communes aux demandeurs d'emploi et aux salariés ont été affectées au maintien selon la proportion constatée en 2016
- Les données ci-dessus intègrent une interprétation étendue du maintien dans l'emploi, dans la mesure où le dispositif Vie au Travail, en vigueur entre 2018 et 2011, y est intégré. Il concernait des salariés qui n'avaient pas forcément un risque d'incapacité à leur poste.
- les actions visant à remobiliser les salariés en arrêt de travail ne sont identifiées distinctement que sur 2015 et 2016, pour autant elles étaient en vigueur avant cette date sans qu'il soit possible d'isoler leur montant (au demeurant peu significatif dans l'ensemble)

ANNEXE 7

LES CHARTES REGIONALES DE MAINTIEN DANS L'EMPLOI : L'EXEMPLE DE TROIS REGIONS

Inscrites comme démarche systématique dans le protocole national de collaboration institutionnelle pour le Maintien dans l'Emploi des personnes handicapées du 13 juillet 2006, les chartes régionales ont succédé pour certaines d'entre elles à des partenariats antérieurs.

Elles ont été en général initiées avant les plans régionaux d'insertion des travailleurs handicapés (PRITH), généralisés par la circulaire DGEFP n°2009-15 du 26 mai 2009 qui précisait : « *Les axes suivants peuvent utilement structurer le PRITH : l'accès à la formation professionnelle (au travers des politiques régionales concertées de formation), l'accès à l'emploi, la sensibilisation des employeurs privés et publics et enfin le maintien dans l'emploi. L'organisation des partenariats doit être intégrée dans chacun de ces axes. (...) Une attention particulière doit être portée sur l'accompagnement vers l'emploi des demandeurs d'emploi les plus éloignés de l'emploi, comme les bénéficiaires de l'AAH, ainsi que sur le maintien dans l'emploi notamment des salariés menacés de licenciement pour inaptitude médicale.* ». Il était proposé qu'un chef de file soit désigné pour chaque thématique, l'Agefiph étant suggérée pour le thème Maintien en emploi.

Les chartes se sont inégalement intégrées aux PRITH. Elles peuvent en constituer l'axe Maintien dans l'Emploi mais ont souvent généré des lieux d'animation propres (Copil de la charte) et relativement autonomes. La convention multipartite de 2013 a prévu ensuite un rattachement systématique au PRITH.

En 2014, la DGEFP a dressé un bilan des actions conduites dans le cadre des chartes qui montrent une réelle diversité d'initiatives.

Tableau 1 : Bilan des actions conduites dans le cadre des chartes Maintien

Actions de mobilisation, sensibilisation des acteurs (médecins généralistes, employeurs ...)	Aquitaine, Languedoc-Roussillon, Bourgogne, Franche-Comté, Champagne-Ardenne, Picardie
Elaboration d'outils de communication (guide des acteurs du maintien, plaquette, site internet ...)	Centre Val de Loire, Haute-Normandie, Franche-Comté, Champagne-Ardenne, Poitou-Charentes
Mobilisation renforcée d'outils en faveur du maintien (réactivation du CRPE, promotion de la visite de pré-reprise, réalisation de bilans de compétences, essais encadrés pendant les arrêts de travail ...)	Languedoc-Roussillon, PACA, Nord-Pas-de-Calais, Limousin, Ile-de-France, Picardie
Création d'outils (outil de coordination, outil de signalement, de suivi, mise en place de procédures accélérées ...)	Haute-Normandie, Midi-Pyrénées, Poitou-Charentes, Ile-de-France, Picardie
Réalisation d'enquêtes inaptitudes pour un diagnostic renforcé	Aquitaine, Auvergne
Organisation de séminaires "maintien dans l'emploi"	Pays-de-la-Loire, Bretagne, Auvergne
Production d'indicateurs de pilotage du maintien dans l'emploi (Tdb ...)	Bourgogne, Auvergne, Poitou-Charentes

Source : Bilan 2014 des PRITH et chartes par la DGEFP

La présente annexe décrit succinctement les démarches de cadrage stratégique et de pilotage conduites dans les régions Rhône-Alpes, Aquitaine et Nord-Pas de Calais, visitées par la mission, ainsi que les éléments partiels dont elle a pu disposer concernant les modalités de coordination opérationnelle au plan local.

Différents changements de contexte impactent la dynamique des chartes régionales :

- d'une part la création des nouvelles régions a parfois, comme en Aquitaine, suspendu les démarches engagées, ou imposé un travail de mise en synergie de logiques parfois différentes de travail (Auvergne/Rhône-Alpes, avec deux régions dynamiques mais ayant des priorités distinctes) ;
- d'autre part, la nécessité de clarifier le positionnement relatif des chartes, PRITH et plans régionaux de santé au travail (PRST) de 3e génération, en cours de construction, qui ont désormais vocation à traiter plus largement de maintien en emploi, sur un champ plus large que celui du seul handicap (restrictions d'aptitude, maladies chroniques évolutives ...) et relèvent d'une nouvelle instance, le comité régional d'orientation des conditions de travail (CROCT).

1 RHONE-ALPES

1.1 Avant 2015, une dynamique forte et ancienne

Les acteurs de la Région Rhône-Alpes se sont dotés très tôt d'un dispositif de maintien dans l'emploi original. Dès 2003, une convention de collaboration a été signée entre la DIRECCTE, la CARSAT et l'Agefiph (alors que le protocole national formalisant la coopération interinstitutionnelle date de 2006). En 2007, lui succède un protocole de collaboration institutionnelle dont la Mutualité Sociale Agricole (MSA) est devenue partie prenante, puis une Charte d'engagement pour la période 2012-2015

Le dispositif rhônalpin présente diverses caractéristiques qui le singularisent par rapport aux autres dispositifs de maintien dans l'emploi, notamment la recherche d'une forte implication des partenaires sociaux, et d'une déclinaison territoriale opérationnelle, avec des comités départementaux du maintien en emploi (CDME) et des cellules techniques de maintien en emploi (CTME) locales, assurant, grâce à une animation territoriale confiée à des organismes tiers (AT), la coordination entre acteurs de terrain autour des dossiers individuels .

Au niveau régional, l'instance de gouvernance est le Comité de Pilotage Régional (CPR). Composé des différents financeurs du dispositif, il s'est doté d'un appui technique afin de l'aider sur un plan logistique et technique à animer le dispositif et à l'outiller.

Les finalités et les fonctions de l'organisation mise en place sont clairement explicitées²⁹² :

- Les finalités :
 - Limiter les licenciements pour inaptitude médicale aux seuls cas où la solution de maintien (dans l'entreprise) n'apparaît pas possible ou pas souhaitable ;
 - Faire en sorte que tout licenciement pour inaptitude médicale ait été précédé par la mobilisation de toutes les compétences nécessaires à sa détection et à la recherche d'une solution de maintien dans l'entreprise ;
 - Faire en sorte que tout salarié menacé d'un risque de licenciement pour inaptitude médicale et son employeur se voient proposer une assistance.
- Les fonctions assurées :
 - Détection du risque,
 - Traitement du signalement,
 - Déclenchement et suivi d'une opération de maintien,
 - Recherche et mise en œuvre des solutions,
 - Si nécessaire, accompagnement de la rupture du contrat de travail et préparation du reclassement externe,
 - Recueil, retour d'informations et pilotage.

Une évaluation conduite en 2014²⁹³ soulignait les atouts et les difficultés de la démarche. Les développements qui suivent en sont extraits :

- Parmi les difficultés :
 - Le caractère partiel de la fonction de guichet unique et d'observatoire : de nombreux acteurs ont tendance à fonctionner en subsidiarité, le recensement des situations n'est pas exhaustif. Les acteurs valorisent la logique « d'utilité » du signalement et font remonter à la coordination des situations qui nécessitent soit un diagnostic partagé, soit l'intervention d'un partenaire (du Sameth notamment).
 - De fortes différences dans le poids des signaleurs selon les territoires. Selon les départements, la part des signalements effectués par la MDPH varie entre 5 % et 50 %, celle des SST entre 11 % et 55 %, celle du réseau assurance maladie entre 4 % et 18 %, et enfin celle du Sameth entre 0 % et 19 %.
 - Des différences aussi dans le processus de qualification des signalements, mission essentielle des coordinations, et dans le fonctionnement des cellules techniques : la part des dossiers examinés en cellule ne représente que 8 % des dossiers pris en charge en Savoie, alors qu'elle atteint 90 % des dossiers suivis en Drôme-Ardèche. Sur certains territoires, il peut s'agir simplement d'évoquer un dossier en quelques minutes pour échanger une information entre partenaires, alors que dans certains départements où le taux de dossiers passés en CTME est particulièrement élevé, l'essentiel de la qualification se déroule de fait en CTME.
 - Le coût de fonctionnement des coordinations sur les territoires : 900 000 euros par an.

²⁹² Cf. schéma cible validé en 2003.

²⁹³ Évaluation du dispositif de maintien en emploi Rhône-Alpes, ASDO, pour le comité de pilotage régional Maintien en emploi, septembre 2014

➤ Parmi les atouts :

- Un pilotage territorial impliquant tous les acteurs et notamment les partenaires sociaux ;
- Le périmètre large d'intervention, limité au secteur privé mais incluant l'ensemble des personnes ayant un problème de santé, et non seulement les personnes reconnues travailleur handicapé ou en voie de reconnaissance. L'enquête conduite auprès de 250 salariés montre que 70 % ont bénéficié d'un arrêt maladie de plus de trois mois avant d'être pris en charge par le dispositif. Parmi eux, près de la moitié (46 %) n'a pas participé à une séance d'information collective ou eu d'entretien avec une assistante sociale de la Carsat. Sur l'ensemble des personnes interrogées, l'offre de service de la Carsat couvre 38 % des bénéficiaires. S'agissant de la demande de RQTH, celle-ci a été faite par la grande majorité des répondants (89 %).
- Le gain de temps important pour l'ensemble des partenaires généré par la capacité de la coordination à faire un tri et à orienter les dossiers signalés vers le bon référent ;
- Le fait que le dispositif permet bien à une grande majorité des personnes d'avoir un référent identifié, ce qui joue un rôle important dans la satisfaction des personnes face à un système complexe.

Concernant la nomination du référent, dans la plupart des cas, il s'agissait du Sameth, parfois de la Carsat ou d'un médecin du travail.

Le rapport d'évaluation note aussi qu'en prenant en charge l'information du salarié sur sa situation, les démarches à entreprendre et, le cas échéant, en le réorientant vers le bon interlocuteur, les coordinations prennent le relais des médecins du travail. C'est un plus pour les salariés, mais qui n'incite pas les SST à améliorer leurs pratiques.

Trois grands modèles de coordination se dégagent :

- Un modèle plutôt administratif : Dans ce modèle, la coordination occupe avant tout une fonction de centralisation des informations, de suivi administratif des situations individuelles et de relais auprès des partenaires. La qualification des signalements ne met pas en jeu d'expertise particulière. Ce modèle n'est pas conflictuel au sens où il n'empiète pas sur les compétences des uns et des autres : la coordination respecte les offres de service de chaque partenaire institutionnel, prend soin de ne pas ingérer dans leurs missions et se contente d'enregistrer les avis de chacun. En revanche les acteurs et partenaires peuvent douter de sa plus-value.
- Le modèle du chef d'orchestre : La coordination non seulement qualifie les demandes mais elle se veut garante des parcours et de leur continuité. Ce modèle est apprécié par certains partenaires : les services de santé au travail pour qui la coordination rend un vrai service en suivant leurs dossiers, ou bien les MDPH qui bénéficient elles aussi de la qualification et du suivi de situations. Ce suivi des dossiers peut en revanche paraître trop intrusif pour certains partenaires qui ont le sentiment de devoir rendre des comptes.
- Le modèle du facilitateur : La coordination accorde beaucoup de temps à la qualification de la demande, au partenariat, aux services rendus aux partenaires et dans certains cas aux personnes. Sa posture est celle de la facilitation contrairement aux deux modèles précédents. L'action de facilitation est en direction des services de santé au travail, des Sameth (à travers son rôle de filtre), de la MDPH. La coordination rend service en aidant très concrètement les acteurs.

La légitimité du portage de la coordination est paradoxalement facilitée lorsque la structure porteuse cumule d'autres fonctions (SAMETH et/ou SST).

Concernant l'impact du dispositif, le rapport concluait à l'impossibilité d'obtenir une évaluation comparée au plan national du nombre de situations détectées et prises en charge au titre de l'ensemble des offres de services existantes. Au regard de la seule donnée mesurée de manière homogène, à savoir le nombre de maintien dans l'emploi réalisés par les Sameth sur un an, il notait que la région Rhône-Alpes se situe dans le tiers des régions qui réalisent (proportionnellement à leur population active) le plus de maintiens dans l'emploi.

A la suite de cette évaluation, le dispositif rhônalpin a évolué en 2015, sous la contrainte notamment de la réduction de ses financements, avec le retrait du financement dédié de l'assurance maladie. L'objectif alors énoncé par la CNAMTS était de faire converger le dispositif régional et le dispositif institutionnel de l'assurance maladie (cellules PDP).

1.2 La charte régionale 2015-2020

Les grandes lignes du dispositif perdurent, à l'exception de la fonction de guichet unique. Les missions de l'animation territoriale sont recentrées sur l'appui aux acteurs du maintien en emploi, l'intervention sur des cas individuels étant limitée selon un principe de subsidiarité.

L'animation territoriale du maintien en emploi a désormais comme missions :

- Favoriser la coopération des acteurs au plan local, dans un souci de complémentarité opérationnelle pour le traitement des situations individuelles des bénéficiaires tels que définis dans le préambule, et dans le respect des offres de services de chacun des acteurs.
- Déployer la politique régionale de maintien en emploi sur le territoire donné, en lien avec le plan d'actions établi par chaque CDME, s'inscrivant dans les orientations régionales, et qui tient compte de ses spécificités.
- Mettre en œuvre la déclinaison locale, validée par le CDME, du plan de communication régional.
- Accompagner et outiller, si nécessaire, les acteurs de droit commun pour leur permettre, à terme, de qualifier, seuls, les situations individuelles des bénéficiaires (travail à réaliser en priorité auprès de certaines MDPH et de certains SST afin que progressivement, sur la durée du dispositif (5 ans), ils soient en capacité de qualifier et d'orienter vers le bon interlocuteur).
- Qualifier les cas de maintien en emploi en provenance des seuls acteurs qui rencontrent des difficultés pour réaliser cette qualification.
- Organiser des Cellules Techniques de Maintien en Emploi lorsque la solution pour le bénéficiaire se révèle particulièrement complexe à élaborer et qu'un examen entre plusieurs partenaires est nécessaire. Ces CTME regroupent les acteurs compétents afin d'obtenir un diagnostic et une préconisation partagés.
- Elaborer des procédures visant la mobilisation des acteurs compétents en cas de réorientation externe.
- Assurer la préparation et le secrétariat des CDME en coordination avec leur président.
- Etablir un suivi et une restitution de l'activité selon les modalités définies par le CPR

Les signalements arrivant directement aux opérateurs en capacité de qualifier le dossier (service de santé au travail, SAMETH, l'Assurance maladie de l'ensemble des régimes) doivent donc être traités par l'opérateur en question en respectant le principe du réfèrent unique et en subsidiarité. Les signalements provenant d'autres sources (« numéro vert », MDPH, certains services de santé au travail, certaines situations relevant du RSI, les travailleurs et les employeurs, les médecins traitants...) continuent d'être qualifiés par l'animateur territorial en respectant le principe de la

désignation d'un réfèrent unique. Si besoin, l'animateur sollicite les acteurs du maintien afin de favoriser le regard croisé sur la situation rencontrée.

Pour assurer la fonction de primo-information, un « numéro vert » est mis en place au plan régional : il s'agit d'un numéro de téléphone gratuit, chargé d'orienter les demandeurs vers l'interlocuteur du maintien en emploi le plus approprié, en tenant compte de leur situation et de leur régime d'appartenance, ou vers l'animateur territorial pour les cas le nécessitant.

Dans les territoires où cela est possible, la volonté est d'aller vers un portage de l'animation territoriale par un service de santé au travail pour s'assurer d'une grande proximité avec cet acteur clé du maintien en emploi. Se pose en effet la question de l'articulation du dispositif avec les interventions de droit commun des acteurs du maintien en emploi et de la disparition progressive des moyens dédiés d'animation (AT) au niveau local.

C'est ce qu'explicitait clairement le comité de pilotage régional fin 2016 : « *L'objectif est (...) de faire en sorte que les acteurs ne soient pas dépendants de l'AT pour l'organisation à terme (organiser son retrait progressif et l'autonomisation des acteurs sur l'organisation des CTME)* » « *L'enjeu n'est pas en effet de (...) voir disparaître (les CTME) à horizon de 5 ans mais bien que les acteurs soient autonomes pour les organiser et que ces pratiques de regards croisés inter-institutions et pluridisciplinaires s'inscrivent pleinement dans le paysage du maintien et les habitudes de travail. On entend par là « autonomie du système d'acteurs » et pas autonomie des acteurs au sens travail en vase clos* ». En ex-Auvergne (...) Des « cellules » partenariales se réunissent à échéances régulières localement. (...) (pas d'appui technique extérieur). La Carsat joue toutefois un rôle de coordination. Un partage d'expérience apparaît utile pour tirer tous les enseignements de cette bonne pratique. Et voir comment elle peut inspirer les CME rhônalpins.»

2 AQUITAINE

2.1 L'accord-cadre portant sur la Politique Régionale Concertée pour l'Emploi et la Formation des Personnes Handicapées 2015-2018

En ex-Aquitaine une charte régionale de collaboration interinstitutionnelle avait été signée pour la période 2008-2011 avec un Comité de pilotage régional, dans le cadre d'un partenariat Direccte, CRAM, DR Agefiph existant depuis 2005.

Un séminaire régional et des rencontres départementales sur le maintien en emploi ont été organisés en 2012. Les voies de progrès identifiées dans sa conclusion reflètent, en creux, les difficultés rencontrées pour la coordination des acteurs ²⁹⁴ :

- Rendre le dispositif lisible pour l'ensemble des parties prenantes : salariés, entreprises, acteurs de la détection, acteurs du maintien ou de l'insertion, partenaires sociaux... ;
- Améliorer l'interconnaissance des structures afin de favoriser la qualité des signalements et agir de façon plus complémentaire ;
- Travailler sur la portabilité des informations de parcours afin de construire chaque accompagnement sur la base des éléments de parcours antérieur ;
- Aller vers plus de détection précoce ;

²⁹⁴ Séminaire Bazas, 5 juillet 2012

- Agir quantitativement et qualitativement sur les signalements ;
- Amplifier les collaborations avec les Services de santé au travail ;
- Développer une meilleure capacité d'évaluation du dispositif ;
- Renforcer le lien entre les acteurs des deux réseaux Maintien et Insertion.

L'accord-cadre 2015-2018 a été signé le 13 Octobre 2015 par tous les acteurs concernés : la DIRECCTE, l'AGEFIPH, le FIPHFP, l'ARS, le Conseil Régional, les cinq Conseils Généraux, les MDPH des 5 départements, Pôle Emploi, et pour le réseau de l'Assurance Maladie : la CARSAT, l'ERSM et les six CPAM, la MSA Sud Aquitaine, la MSA Gironde, la MSA Dordogne-Lot et Garonne ; le RSI a vocation à intégrer les travaux auparavant développés dans une charte.

Cet accord cadre porte sur l'emploi des personnes handicapées et n'est pas limité au maintien en emploi. Son objectif est « *d'améliorer quantitativement, qualitativement, et durablement les conditions d'accès l'emploi, à la formation et à la qualification des personnes handicapées ainsi que leur maintien en emploi* ». Il désigne comme instance de concertation le comité régional de l'emploi, de la formation et de l'orientation professionnelle (CREFOP) et la commission handicap, mais prend aussi en compte le comité de pilotage régional du maintien en emploi déjà en place.

Il fixe des principes, notamment la recherche de la meilleure complémentarité entre les dispositifs de droit commun et les dispositifs spécifiques, et définit des thématiques transversales de travail : professionnaliser les acteurs de l'emploi et de la formation professionnelle sur les questions relatives au handicap ; organiser la capitalisation régionale des données.

Il s'articule en sections et axes stratégiques ; la section 3 qui traite du maintien en emploi est développée dans 4 axes stratégiques.

Synthèse des objectifs

Section 1 la fluidité des parcours des bénéficiaires de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés

Section 2 l'accès à la formation professionnelle et la complémentarité entre le droit commun et les mesures spécifiques (bâtir un programme régional d'accès à la formation professionnelle des personnes handicapées)

Section 3 le maintien en emploi : organiser et animer une chaîne d'acteurs et d'offres de services, identifier les zones de rupture d'accompagnement, définir les modalités et outils de traçabilité des parcours et de portabilité des informations, améliorer le repérage et le traitement des situations des personnes menacées d'inaptitude et augmenter le nombre des personnes maintenues en emploi ; poursuivre la coopération institutionnelle.

Section 4 le renforcement de la mobilisation des employeurs et acteurs économiques : les accompagner pour faire face à leur obligation d'emploi ; les outiller.

SYNTHESE DES AXES STRATEGIQUES

AXES	SECTIONS CONCERNEES
Mettre en œuvre un programme de professionnalisation des acteurs	Section transversale
Constituer une ressource régionale	Section transversale
Améliorer la coordination des interventions des professionnels lors des étapes successives des parcours d'insertion	Section 1- 2 - 4
Définir et partager les modalités et critères d'analyse des situations individuelles qui guident les orientations	Section 1
Améliorer la qualité des informations transmises aux personnes handicapées	Section 1 - 2 - 3 - 4
Eviter les ruptures de parcours et favoriser l'orientation en milieu ordinaire des jeunes sortant de l'éducation nationale ou d'établissements spécialisés	Section 1
Améliorer la coordination des interventions dans le cadre du maintien dans l'emploi	Section 3
Optimiser et élargir le réseau de détection précoce des situations de salariés ou d'agents en risque d'invalidité	Section 3
Favoriser l'accès à la formation des personnes en situation de handicap, qu'elles soient en recherche d'emploi ou en activité	Section 2 - 3
Favoriser l'émergence de nouveaux modes de coopération avec les employeurs et les acteurs économiques	Section 4

2.2 Le rôle des cellules PDP du régime général d'assurance maladie

En ex-Aquitaine, toutes les cellules PDP ont été composées dès 2009 avec l'échelon local du service médical (ELSM), la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) et la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT). Le service social régional qui a piloté leur mise en place a veillé par souci d'implication des différents acteurs à diversifier les présidences.

Six cellules ont été constituées : quatre coordonnées par les CPAM (cadre du service d'action sociale), une par l'ELSM (Gironde), une par le service social de la CARSAT.

Si le service des risques professionnels participe à la cellule régionale, il ne prend pas part aux cellules locales parce que le champ d'intervention des cellules PDP est en aval de la prévention primaire et qu'il est difficile de consolider leurs résultats par entreprise ou secteur d'activité, pour en dégager les enseignements collectifs qui l'intéresserait pour lancer des actions préventives au vu des situations constatées de risques de désinsertion professionnelle.

Depuis 2011 ces cellules ont intégré les SAMETH et les principaux services de santé au travail interprofessionnels (SSTI). La mission a rencontré les membres de la cellule PDP de Gironde.

Focus sur la cellule PDP de Gironde

La cellule de Gironde est présidée depuis 2011 par un médecin conseil référent PDP de l'échelon régional du service médical (ERSM). Les différents référents PDP des unités territoriales du service social assurent une présence régulière. De la même façon, les différentes unités territoriales de l'ELSM sont représentées par des techniciennes référentes PDP.

Deux SSTI sur trois sont représentés, dont un par un médecin du travail référent du maintien en emploi, qui porte les dossiers de ses collègues. Le plus petit SSTI, celui de Libourne, n'est pas représenté bien qu'il arrive que certains de ses dossiers soient traités. Cette relation s'est construite dans la durée et mérite encore d'être consolidée : « Cela a pris plus de 2 ans pour créer la confiance avec les services externes, notamment avec les médecins du travail » (médecin conseil) » « Il faut sans cesse « faire tomber les barrières. » (médecin du travail référent PDP) ».

Pour le responsable du Sameth présent aux cellules PDP, cette participation permet, soit de «*repêcher*» en vue d'un reclassement interne des situations trop vite considérées comme nécessitant un licenciement, soit de présenter des demandes d'autorisation de formation/bilan sur l'arrêt de travail ou parfois de financement sur les moyens du fonds d'action sociale.

Chaque participant adresse avant la réunion, les dossiers qu'il souhaite présenter parce qu'il recherche un regard collectif sur des dossiers qu'il peut difficilement traiter seul. On prend en fait tous les dossiers apportés par ceux qui les proposent, en ne respectant pas nécessairement la définition des dossiers complexes de la lettre réseau.

Les flux croissent : 207 en 2014, 283 en 2015, 453 dossiers en 2016 (84 demandes de formation, 244 demandes de bilan de compétences, 125 situations complexes). D'où des réunions de la cellule d'une ½ journée/ mois jusqu'en 2016. 1 journée/mois depuis 2017.

Une ouverture vers d'autres partenaires a également été recherchée : les assistantes sociales ont ainsi rencontré les 11 OPCA-OPACIF qu'elles sollicitent le plus, pour « fluidifier » les relations et obtenir des prises en charge de formations pendant l'arrêt dans de meilleurs délais d'examen, ou pour lever les obstacles au refus persistant de financement de quelques OPACIF pendant le temps de l'arrêt en dépit des avancées de la loi du 5 mars 2014.

Une convention régionale CARSAT /Pôle Emploi est envisagée de façon à faciliter / fluidifier le parcours des personnes licenciées pour inaptitude ayant bénéficié d'actions dans le cadre de la PDP. L'objectif est de ne pas perdre cet acquis lors des démarches ultérieures à Pôle emploi ou dans un Cap emploi.

3 HAUTS DE FRANCE

3.1 La Charte Nord Pas de Calais 2014-2018 pour le maintien dans l'emploi des personnes handicapées

Cette charte a été élaborée dans le prolongement d'une charte antérieure qui avait permis, depuis 2001, un élargissement progressif de la démarche au RSI, à la fonction publique et à la MSA ; elle s'inscrit dans l'axe « maintien en emploi » du PRITH. Les partenaires sociaux ont été consultés dans le cadre de la commission paritaire interprofessionnelle régionale.

Le public cible est l'ensemble des personnes des secteurs public et privé, confrontées à un risque d'inaptitude ou à une aptitude ou capacité professionnelle réduites, RQTH ou en voie de RQTH.

Cinq objectifs sont définis :

- Objectif 1 Optimiser les procédures de signalement en améliorant le repérage des situations à risque, - en veillant à la bonne articulation entre les outils de signalement, - en soutenant les dispositifs de remobilisation et de retour à l'emploi (bilans de compétence, formations, validation des acquis de l'expérience, essai encadré en entreprise), - en associant les partenaires sociaux aux projets régionaux.
- Objectif 2. Favoriser les coopérations opérationnelles entre acteurs locaux - en communiquant sur les offres de service de l'ensemble des signataires de la charte, - en capitalisant les expériences transférables en matière de maintien dans l'emploi, - en réalisant des rencontres régionales annuelles invitant experts et professionnels à échanger et à nourrir une réflexion autour du maintien dans l'emploi, - en s'appuyant sur les cadres institutionnels régionaux (CPOM des SST, PRST, ...) - en analysant les besoins non couverts et en y apportant des réponses coordonnées entre les acteurs locaux.

- Objectif 3. Eviter les ruptures de parcours - en rendant lisibles les interventions des acteurs du maintien dans l'emploi, - en faisant la promotion des outils facilitant le maintien dans l'emploi (visite de pré-reprise, procédure de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé), - en allant à la rencontre des médecins généralistes et des professionnels de l'insertion professionnelle et du reclassement.
- Objectif 4. Augmenter le nombre de maintiens dans l'emploi - en organisant des démarches expérimentales autour de nouveaux dispositifs, - en communiquant sur l'évolution des dispositifs opérationnels, - en informant le public sur les offres de services et les aides, afin de proposer aux personnes menacées de licenciement pour inaptitude d'engager les démarches pour un maintien dans l'emploi ou un parcours de réinsertion le plus en amont possible.
- Objectif 5. Disposer d'une information quantitative et qualitative permettant le pilotage de l'activité conduite au titre du maintien dans l'emploi en région Nord – Pas-de-Calais - en définissant des indicateurs de suivi et d'évaluation des actions, en alimentant les tableaux de bord régionaux des indicateurs du maintien dans l'emploi sur le modèle du protocole national, en améliorant la collecte des données, en analysant et en exploitant les tableaux de bord régionaux, - en synthétisant et en diffusant les informations recensées chaque année par les parties signataires de la Charte, - en permettant à chaque acteur d'avoir une vision globale des projets en cours.

Un Comité de Pilotage régional se réunit au moins deux fois par an.

Dans le champ du maintien dans l'emploi, L'institut de santé-au travail du nord de la France (ISTNF), en tant que tête de réseau, aide à l'animation régionale des acteurs santé-travail.

Le réseau régional Santé Travail Maintien dans l'Emploi (STME) est constitué de médecins du travail et d'assistants(es) référents(es) sur cette thématique au sein des services de santé au travail interentreprises, interbanques, de la MSA et des services autonomes du Nord et du Pas-de-Calais. Ce réseau permet des échanges sur les pratiques, des rencontres avec les autres acteurs (CARSAT, Sameth, MDPH...) la réalisation d'outils communs, le recueil de données (enquête inaptitudes). Son existence incite les équipes pluridisciplinaires des SST de la région à investir le sujet du maintien en emploi.

3.2 Le PRITH Hauts de France et son articulation avec le PRST

Un accord-cadre pour le pilotage du plan régional d'insertion professionnelle des travailleurs handicapés 2016 – 2020 des Hauts de France a été élaboré à la suite de la fusion des régions Nord-Pas de Calais et Picardie. Il est structuré sur la base de cinq axes, dont **l'axe 4 « Rester dans l'emploi »** :

- mobiliser les employeurs publics/privés et les partenaires sociaux ;
- valoriser les accords d'entreprises agréés ;
- développer les remobilisations pendant l'arrêt de travail ;
- accompagner la reconversion professionnelle de salariés en centres de rééducation professionnelle ;
- sensibiliser les acteurs à la désinsertion ;
- communiquer sur les dispositifs, les services, les aides pour augmenter le nombre de maintiens dans l'emploi ;
- favoriser la coopération entre acteurs du maintien – médicaux en premier lieu ;
- optimiser les procédures de signalement.

Présidé par le Préfet de région, le Comité de pilotage réunit des représentants des services de la DIRECCTE, du Rectorat, de l'ARS, de la Région Hauts-de-France, de la Direction Régionale de Pôle Emploi, des cinq MDPH, de la CARSAT, de l'AGEFIPH, du FIPHFP, de CHEOPS Hauts-de-France et des partenaires sociaux. Il détermine les objectifs et actions du PRITH « *en cohérence avec le cadre conventionnel existant, notamment .../... : la charte régionale sur le maintien dans l'emploi des TH* ».

Pour garantir une articulation cohérente des différents documents stratégiques, le PRITH propose de réunir au sein d'une instance commune et transverse les commissions techniques du PRITH et celles issues du Plan régional de santé au travail (PRST), avec un pilotage conjoint du Pôle 3E et du Pôle T de la Direccte. La **Commission maintien dans l'emploi** est ainsi positionnée au croisement des politiques d'emploi des travailleurs handicapés et de santé au travail.

