



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). Prévues 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 CCMISA).....	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.

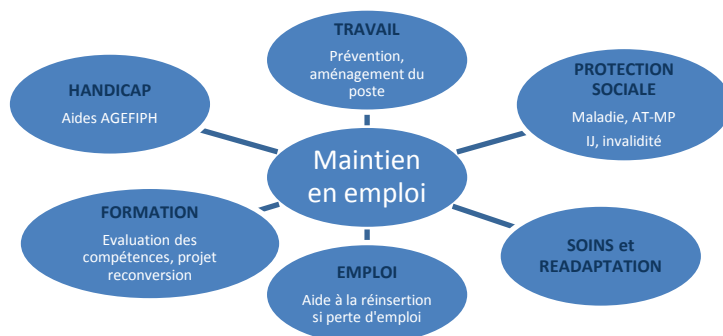
Les actions de maintien dans l'emploi ou en emploi ont pour objectif de permettre à des personnes dont le handicap ou les problèmes de santé restreignent l'aptitude professionnelle de rester en activité, ou de la reprendre dès consolidation, soit par aménagement de leur emploi, soit par changement d'activité 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'évènements 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 2015 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.

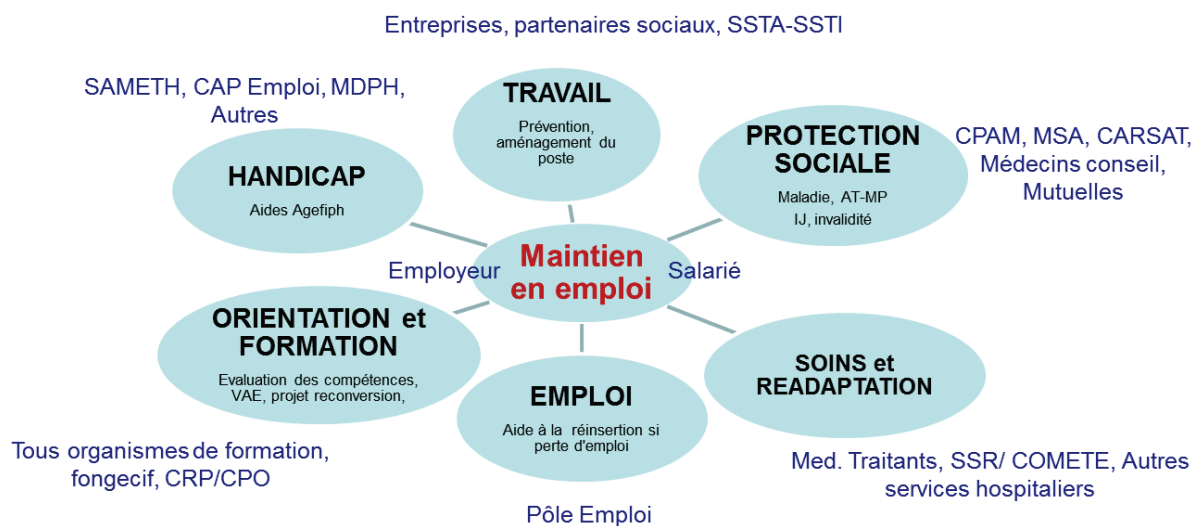
²⁵ Il permet un départ au taux maximum dès 55 ans sous condition de durée d'assurance suffisante.

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 CFDT par l'ANACT, juin 2017

³⁴ Il existe aussi des conventions de partenariat entre l'AGEFIPH et les organisations syndicales (CGC, CFDT, 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 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 minimale 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)¹⁰²¹⁰³.

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'inaptitude, 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'OPPBT 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).

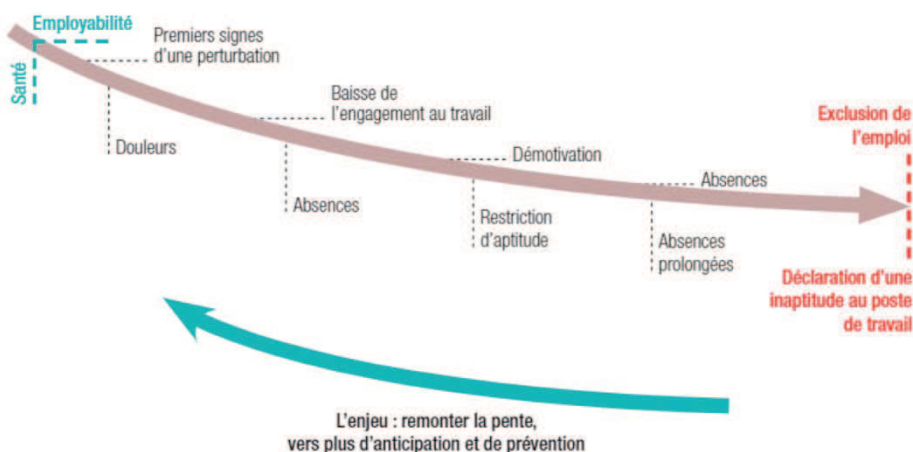
Une nouvelle convention nationale pluriannuelle multipartite de mobilisation pour l'emploi des personnes en situation de handicap a été signée le 16 novembre 2017. Parmi les cinq grands objectifs figure celui d' « Amplifier l'action coordonnée en faveur du maintien en emploi pour tous (salariés, non-salariés 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 décroïsonner 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 mobilisées 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



Médecins généralistes, spécialistes, équipes hospitalières dont SSR professions paramédicales, entourage, etc.

Acteurs externes : CPAM/CARSAT/MSA, médecins-conseil, SSTI, SAMETH, équipes COMETE, CRP/CPO/UEROS, MDPH, mutuelles, Fongecif, organismes

Acteurs internes : chef d'entreprise, hiérarchie, RH, collègues, SST autonome, représentants syndicaux...

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'inaptitude

Les études régionales sur le devenir des salariés déclarés inaptes 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 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.

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'inaptitude constatée, qui s'avère peu effective. L'anticipation des risques d'inaptitude 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. Inaptitudes 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 n02016-1908 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 cancérigènes, 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, Hospinomics, 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'invalidité.

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 recourent 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 FIPHP 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 enveloppes 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'inaptitude

Depuis 2010 les salariés relevant du régime AT-MP peuvent percevoir une indemnité temporaire d'inaptitude pendant une durée d'un mois, pour couvrir le délai qui s'écoule entre la déclaration d'inaptitude, 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'inaptitude 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-DELAVALLE, 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 reconvertir 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'invalidité 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 concluses 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 3^{ème} 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 CFTD, 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'économique
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 ELISM

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

Directe

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 handicapées	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
FIPHFP	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'inaptitude
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 cérébro-lésées	Unités d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale pour les personnes
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



