



Inspection générale
des affaires sociales

La prévention de la désinsertion professionnelle des salariés malades ou handicapés

ANNEXES TOME II

Établi par

Pierre ABALLEA

Marie-Ange du MESNIL du BUISSON

Avec la participation d'Anne BURSTIN

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

- Décembre 2017 –

- N°2017-025R -

SOMMAIRE

ANNEXE 1 LA PREVENTION DE LA DESINSERTION PROFESSIONNELLE DANS LA REGLEMENTATION ET LES DOCUMENTS DE PROGRAMMATION	7
1 PIECE JOINTE N°1 APPARITION DES EXPRESSIONS SEMANTIQUES DANS LES CODES.....	9
1.1 Méthode	9
1.2 Résultats	9
2 PIECE JOINTE N°2 LE MAINTIEN DANS L'EMPLOI DANS LES COG ET LES PLANS GOUVERNEMENTAUX DE SANTE DEPUIS L'AN 2000	10
ANNEXE 2 LES POPULATIONS CONCERNEES.....	17
1 UNE DEFINITION EXTENSIVE DES POPULATIONS CONCERNEES PAR LE MAINTIEN EN EMPLOI	17
1.1 Du reclassement professionnel des personnes victimes d'accidents du travail et personnes handicapées à la prévention de la désinsertion professionnelle pour tous les actifs.....	17
1.2 Une définition de plus en plus large du handicap	19
2 LES POPULATIONS A RISQUE DE DESINSERTION PROFESSIONNELLE POUR RAISONS DE SANTE : PRINCIPAUX ORDRES DE GRANDEUR CHEZ LES ACTIFS OCCUPES	21
2.1 La population des actifs occupés salariés	22
2.2 Approche par les risques professionnels : une forte concentration du risque sur les métiers ouvriers du BTP et de l'industrie, et les professions du soin et des services aux particuliers.....	25
2.2.1 Les accidents du travail par secteur d'activité professionnelle.....	25
2.2.2 Les maladies professionnelles par secteur d'activité professionnelle et focus sur les TMS...	26
2.2.3 Les interruptions de tâche pour préserver sa santé ou sa sécurité.....	28
2.3 Approche par les risques liés à l'âge, au handicap et à l'état de santé.....	29
2.3.1 Les actifs occupés de plus de 50 ans.....	30
2.3.2 Les situations de handicap chez les actifs occupés.....	31
2.3.3 Les personnes présentant une maladie chronique évolutive.....	33
2.3.4 Focus sur le cancer, troubles mentaux et obésité	34
2.4 Approche par les prestations médico-administratives.....	37
2.4.1 Les salariés en arrêt de travail	37
2.4.2 Les bénéficiaires d'une revenu de remplacement au titre d'une incapacité ou une invalidité	39
2.5 Approche par l'inaptitude et les restrictions d'aptitude	42

2.5.1	Les salariés identifiés par leur employeur ou par les services de santé au travail comme présentant un risque de désinsertion professionnelle.....	42
2.5.2	Les salariés perdant leur emploi pour raison de santé.....	51
2.6	Synthèse des principaux ordres de grandeurs observés.....	52
ANNEXE 3 LA CONTRIBUTION DES SERVICES DE SANTE AU TRAVAIL.....		55
1	LE MAINTIEN EN EMPLOI DES SALARIES CONFRONTES A UN PROBLEME DE SANTE FAIT PARTIE DU CŒUR DE MISSION DES SERVICES DE SANTE AU TRAVAIL, ET LES REFORMES RECENTES LES INCITENT A DEVELOPPER LEUR IMPLICATION DANS CE DOMAINE	55
1.1	Les services de santé au travail.....	55
1.2	Une mission d'appui au maintien en emploi que les réformes récentes ont entendu développer	57
2	EN L'ABSENCE D'OUTILS DE SUIVI ET D'EVALUATION LA CONTRIBUTION DE CES SERVICES, BIEN QUE DECISIVE, EST IMPOSSIBLE A APPRECIER	59
2.1	Un manque de recul sur l'impact des réformes récentes et une absence totale d'outils de suivi et d'évaluation de l'efficacité des services de santé au travail	59
2.2	Des moyens de pilotage insuffisants.....	65
3	UNE FORTE HETEROGENEITE DES ORGANISATIONS ET MODES D'ACTION EN MATIERE DE MAINTIEN EN EMPLOI	66
ANNEXE 4 LA CONTRIBUTION DES SERVICES DE PROTECTION SOCIALE		73
1	LE RESEAU DE LA CNAMTS	73
1.1	Présentation générale du réseau de la CNAMTS et du cadre de pilotage national de la PDP ...	73
1.2	Présentation des acteurs locaux du réseau CNAMTS les plus impliqués dans la PDP	75
1.2.1	Le service social de la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (CARSAT)	75
1.2.2	Les services médicaux	76
1.3	Les activités de prévention de la désinsertion professionnelle de la CNAMTS	77
1.3.1	La détection et le signalement des salariés fragiles et à risque de désinsertion professionnelle.....	77
1.3.2	Les interventions faites après les signalements au titre de la PDP	81
1.3.3	L'activation des mesures d'accompagnement des bénéficiaires	84
1.4	La coordination interne des services de la CNAMTS et le développement des cellules de PDP	88
1.4.1	La nécessité de renforcer la coordination des services de la CNAMTS	88
1.4.2	La gestion des situations urgentes et/ou complexes.....	91
1.4.3	Focus sur les dispositifs expérimentaux.....	94
2	LE RESEAU DE LA MUTUALITE SOCIALE AGRICOLE	95
2.1	Présentation générale du réseau CCMSA.....	95

2.2	Les activités de prévention de la désinsertion professionnelle de la MSA	97
2.2.1	L'état des pratiques au sein du réseau en 2014.....	97
2.2.2	La généralisation des cellules entre 2015 et 2017 et leur outillage.....	98
2.2.3	Une absence de données sur l'activité de base en matière de prévention de la désinsertion professionnelle et sur le fonctionnement des CPME.....	100
3	LES PRINCIPAUX OUTILS ET FINANCEMENTS MOBILISES PAR LES ACTEURS DE LA PROTECTION SOCIALE	101
3.1	Les revenus de remplacement.....	102
3.1.1	Les arrêts de travail et les indemnités journalières	102
3.1.2	Le temps partiel thérapeutique (TPT)	104
3.1.3	La reprise de travail léger (RTL)	105
3.1.4	La pension d'invalidité (PI)	106
3.1.5	L'Indemnité temporaire d'incapacité (ITI).....	107
3.2	Les mesures de remobilisation et d'accompagnement du retour à l'emploi mis en place par les caisses de protection sociale	107
3.2.1	Les actions de remobilisation collective	107
3.2.2	Les outils de remobilisation individuels.....	108
	ANNEXE 5 LA CONTRIBUTION DU SYSTEME DE SOINS ET MEDICO-SOCIAL	113
1	LE RESEAU DE SOINS PRIMAIRES	113
1.1	Une offre de soins primaires en forte réorganisation qui pourrait offrir une opportunité pour renforcer la prévention de la désinsertion professionnelle	113
1.2	Un rôle et des pratiques des médecins généralistes peu étudiés s'agissant des problématiques de santé au travail, des freins persistants dans la collaboration des acteurs clefs.....	115
2	LE RESEAU HOSPITALIER DE COURT ET MOYEN SEJOUR	119
2.1	L'action des services de court séjour hospitalier est mal appréhendée et ne bénéficie pas de financements spécifiques pour les services concernés.....	119
2.2	Les consultations spécialisées de pathologie professionnelle.....	120
2.3	Les services de soins de suite et de réadaptation ont une mission générale de réinsertion professionnelle dont le développement apparaît nécessaire	122
2.3.1	Le dispositif de soins de suite « généraliste »	122
2.3.2	Les services de soins de suite et de réadaptation du réseau COMETE.....	124
3	LES SERVICES MEDICO-SOCIAUX EN CHARGE DE LA REEDUCATION PROFESSIONNELLE	127
3.1	Missions, évolution et répartition des structures de rééducation professionnelle (CRP, CPO et UEROS)	127
3.2	Population accueillie et principaux résultats en matière d'insertion professionnelle	129

ANNEXE 6 DONNEES SYNTHETIQUES SUR L’ACTION DE L’AGEFIPH EN FAVEUR DU MAINTIEN EN EMPLOI.....	131
1 LES DIFFERENTES CATEGORIES D’INTERVENTIONS.....	131
2 L’ACTIVITE DES SAMETH.....	133
3 QUELQUES ENSEIGNEMENTS DE L’EVALUATION DE L’OFFRE D’INTERVENTIONS 2012-2015 DE L’AGEFIPH	137
4 PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS DE L’EVALUATION DES ACTIONS DE REMOBILISATION, BILAN ET FORMATIONS SPECIFIQUES PROPOSEES POUR LES PERSONNES EN ARRET DE TRAVAIL	139
PIECES JOINTES :	141
TABLEAU DES AIDES, PRESTATIONS ET SERVICES A FINALITE MAINTIEN DANS L’EMPLOI	141
TABLEAU DES CREDITS CONSACRES AUX ACTIONS A FINALITE MAINTIEN DANS L’EMPLOI DE 2006 A 2016	141
ANNEXE 7 LES CHARTES REGIONALES DE MAINTIEN DANS L’EMPLOI : L’EXEMPLE DE TROIS REGIONS.....	145
1 RHONE-ALPES.....	146
1.1 Avant 2015, une dynamique forte et ancienne.....	146
1.2 La charte régionale 2015-2020.....	149
2 AQUITAINE	150
2.1 L’accord-cadre portant sur la Politique Régionale Concertée pour l’Emploi et la Formation des Personnes Handicapées 2015-2018.....	150
2.2 Le rôle des cellules PDP du régime général d’assurance maladie	152
3 HAUTS DE FRANCE	153
3.1 La Charte Nord Pas de Calais 2014-2018 pour le maintien dans l’emploi des personnes handicapées.....	153
3.2 Le PRITH Hauts de France et son articulation avec le PRST.....	154

ANNEXE 1

LA PREVENTION DE LA DESINSERTION PROFESSIONNELLE DANS LA REGLEMENTATION ET LES DOCUMENTS DE PROGRAMMATION

La présente annexe vise à identifier comment la « désinsertion professionnelle » est apparue progressivement dans les politiques publiques et leur mise en œuvre opérationnelle (réglementation), plans de santé et contrats d'objectifs des principaux opérateurs).

Plusieurs notions relatives au maintien en emploi ont été mobilisées ces quarante dernières années au sein de la production législative et réglementaire et, ces vingt dernières années, dans sa déclinaison en gestion, dans les contrats d'objectifs et de gestion (COG) des organismes de protection sociale d'une part et les plans de santé publique et de santé au travail d'autre part. Les notions invoquées portent sur le reclassement professionnel, le maintien dans l'emploi, la désinsertion professionnelle, le maintien en emploi et la prévention de la désinsertion professionnelle. L'évolution de cette terminologie est détaillée dans les pièces jointes 1 et 2.

Le terme de reclassement est consubstantiel aux politiques de protection des salariés exposés à un risque professionnel depuis les lois de 1898 et 1919, mais l'obligation de reclassement ne devient une obligation légale qu'en 1981 pour les inaptitudes d'origine professionnelle¹, et depuis 1992 pour les inaptitudes d'origine non professionnelle².

Le terme de « reclassement professionnel » apparaît dans la loi n°75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des travailleurs handicapés. Celle-ci pose que « l'emploi et le reclassement des personnes handicapées constituent un élément de la politique de l'emploi... » et crée la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP)³.

L'expression « reclassement professionnel » est reprise dans les autres codes, notamment lorsqu'il y est fait mention de la COTOREP. C'est par le handicap que le terme « reclassement professionnel » entre dans les codes du travail, de la santé, de la sécurité sociale et de l'action sociale et des familles.

Le terme cohabite puis laisse progressivement place à deux autres formulations proches à compter des années 1990-2000 : le maintien dans l'emploi puis le maintien en emploi. Au début des années 1990, ce terme ne concerne pas les problématiques sanitaires ou médico-sociales (cf. infra). Le maintien dans l'emploi apparaît dans le champ du handicap dans le protocole national de collaboration institutionnelle pour le maintien dans l'emploi des personnes handicapées (2006) puis dans la convention nationale pluriannuelle multipartite d'objectifs et de moyens pour l'emploi des travailleurs handicapés (2013).

¹ Loi n° 81-3 du 7 janvier 1981

² Loi n° 92-1446 du 31 déc. 1992

³ Décret n°78-392 du 17 mars 1978

Ces expressions vont déborder le domaine du handicap et apparaître dans les codes et les différents plans de santé publique puis les contrats d'objectifs et de gestion (COG) de l'assurance maladie. Simple mention au début des années 2000 comme dans le plan santé mentale 2001-2004 ou le plan cancer 2003-2007, la préoccupation du maintien dans l'emploi s'inscrit durablement et de manière de plus en plus visible dans les plans de santé publique⁴.

Les trois plans Santé au travail couvrant la période 2005-2020 inscrivent également, de manière de plus en plus forte, cette nécessité⁵. Enfin, le terme maintien en emploi apparaît également dans les COG de la CNAMTS : tout d'abord dans celle de la branche AT-MP dès 2004-2006, puis dans celle de la branche maladie 2010-2013 et, comme pour les plans de santé publique ou de santé au travail, la place conférée à ce thème va se renforcer⁶.

L'expression « maintien dans l'emploi » qui apparaît dans le code du travail en 1993⁷ porte un objectif d'accompagnement social des personnes rencontrant des difficultés particulières d'insertion professionnelle. Cette notion figure également dans le code de la sécurité sociale depuis 2009 où elle est introduite par le décret relatif à l'emploi des seniors⁸. L'expression « maintien en emploi » apparaît quant à elle dans le code du travail en 2013 avec le décret relatif aux contrats de génération⁹ ; cet usage qui n'emporte pas de mise en relation spécifique avec des problèmes de santé ou de handicap, ne figure pas dans les deux autres codes.

On relève que les programmes budgétaires d'action de l'Etat ne comportent pas d'objectifs spécifiques sur le maintien en emploi liés aux questions de santé ou de handicap. Leurs objectifs sont centrés sur les personnes sans emploi. Le programme 102 « accès et retour à l'emploi » de la mission « Travail Emploi » présente un objectif depuis 2006 visant à favoriser l'accès et le retour à l'emploi¹⁰. L'un de ses indicateurs porte sur les travailleurs handicapés au chômage « Taux de retour à l'emploi durable des travailleurs handicapés suivis par le service public de l'emploi ». Le programme 157 « handicap et dépendance » de la mission « Santé » comporte deux objectifs relatifs à l'insertion dans les ESAT des travailleurs handicapés et au retour à l'emploi des bénéficiaires de l'AAH en milieu protégé ou ordinaire¹¹.

C'est avec la loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail, que le terme prévention est associé explicitement à celui de désinsertion professionnelle et entre dans le code du travail. L'alinéa 2 de son article 1 stipule que les services de santé au travail « conseillent les employeurs, les travailleurs et leurs représentants sur les dispositions et mesures nécessaires afin d'éviter ou de diminuer les risques professionnels, d'améliorer les conditions de travail, de prévenir la consommation d'alcool et de drogue sur le lieu de travail, de prévenir ou de réduire la pénibilité au travail et la désinsertion professionnelle et de contribuer au maintien dans l'emploi des travailleurs ; » Cette notion ne figure pas dans les deux autres codes. Elle ne figure pas

⁴ Plans santé mentale 2005-2008 et surtout 2011-2015 ; plan maladies chroniques 2007-2011, plans cancer 2009-2013 et surtout 2014-2019 ; plan maladies neurodégénératives 2008-2012 et surtout 2014-2019 ; plans maladies chroniques 2007-2011 ; stratégie quinquennale offre médico-sociale, volet handicap psychique 2017-2021

⁵ Plans santé au travail 2005-2009, 2010-2014 et surtout 2016-2020.

⁶ COG branche AT-MP 2009-2012 et surtout 2014-2017 ; COG Assurance maladie 2014-2017.

⁷ Loi 93-1313 1993-12-20. Article codifié en 2007 (Article L5131-1).

⁸ Décret n°2009-560 du 20 mai 2009 - art. 1

⁹ Décret n°2013-222 du 15 mars 2013 - art. 1 relatif aux montants des aides prévues dans le cadre des contrats de génération

¹⁰ Objectif 3 « Mobiliser au mieux les outils d'insertion professionnelle au bénéfice des personnes les plus éloignées du marché du travail ». Programme 102 « Accès et retour à l'emploi ». Projet annuel de performance 2017.

¹¹ Objectif 2 Développer l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés - usagers des ESAT et Objectif 3 Accompagner le retour vers l'emploi pour développer la part du revenu du travail dans les ressources des allocataires de l'allocation adultes handicapés (AAH)

non plus dans les plans de santé publique, par contre elle apparaît explicitement dans la dernière COG Etat - Assurance maladie 2014-2017.

1 **PIECE JOINTE N°1 APPARITION DES EXPRESSIONS SEMANTIQUES DANS LES CODES**

1.1 **Méthode**

Recherche sur base Légifrance du 30 juillet 2017 des expressions exactes «reclassement professionnel» / « maintien dans l'emploi»/ « maintien en emploi»/ « désinsertion professionnelle» / « prévention de la désinsertion professionnelle» dans les codes de la sécurité sociale, du travail et de l'action sociale et des familles. Recherche sur tous les articles modifiés, en vigueur, abrogés, périmés, transférés, ou « modifiés mort-nés ».

1.2 **Résultats**

Expression citée dans	Code de la sécurité sociale	Code du travail	Code de l'action sociale et des familles
Reclassement Professionnel	133 articles (1973 – 2017)	223 articles (1973 – 2017)	27 articles (2000-2017)
Maintien Dans L'emploi	Trois articles (2009- 2017)	102 articles (1993 – 2017)	Aucun article
Maintien En Emploi	Aucun article	Cinq articles (2013-2017)	Aucun article
Désinsertion professionnelle	Aucun article	Cinq articles (2011-2017)	Aucun article
Prévention de la désinsertion Professionnelle	Aucun article	Un article (2011)	Aucun article

Source : IGAS

2 PIÈCE JOINTE N°2 LE MAINTIEN DANS L'EMPLOI DANS LES COG ET LES PLANS GOUVERNEMENTAUX DE SANTÉ DEPUIS L'AN 2000

	Observations
COG Assurance maladie 2000-2003	29 pages. Sujets prédominants : la modernisation du management des activités des caisses d'assurance maladie, le déploiement des systèmes de contrôle de l'information, de performance financière et de la santé publique. Sujet maintien dans l'emploi pas abordé dans cette COG
Plan santé mentale : 2001-2004 Axe 6 Insertion sociale et professionnelle « <i>Les personnes qui se trouvent en situation de handicap du fait de troubles psychiques graves et durables ne trouvent pas actuellement dans notre pays l'aide qui leur serait nécessaire pour une insertion sociale et professionnelle de qualité, en complément des soins qui leur sont prodigués et en bonne articulation avec ceux-ci.</i> » Objectif « <i>Mieux comprendre et mesurer les besoins d'aide des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques et valoriser les expériences existantes, de façon à promouvoir et développer, dans le cadre commun de la politique en direction des personnes handicapées, toutes formes d'aide, d'accompagnement et d'accueil pertinentes et nécessaires.</i> »	44 pages. Une page sur le maintien en emploi, le sujet prédominant est la réforme de l'offre des soins psychiatriques. Le sujet de maintien dans l'emploi est présenté comme un enjeu important dans le cadre de la réforme du handicap à venir ¹² .
Plan cancer 2003-2007 Améliorer les dispositifs de maintien dans l'emploi, de retour à l'emploi, et de prise de congés pour accompagner un proche, de cette façon : « <i>Prolonger, lorsqu'ils existent, les délais d'intégration dans l'emploi (en particulier l'emploi public), en cas d'arrêt pour longue maladie, à l'image de ce qui existe pour les congés maternité.</i> <i>Améliorer et assouplir les conditions d'arrêt maladie en cas d'affection de longue durée comme le cancer, en permettant la reconstitution d'un nouveau délai d'indemnisation de trois ans si pendant les trois précédentes années le patient a</i>	75 pages dont 2 pages consacrées au thème « Maintien dans l'emploi », troisième sujet plus détaillé. Sujets prédominants : l'offre des soins et le dépistage de cancer.

¹² Loi n°2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

<i>travaillé au moins douze mois continus ou discontinus. Développer l'information sur les dispositifs de maintien dans l'emploi financés par l'AGEFIPH ... »</i>	
Plan Alzheimer 2004-2007	Sujet maintien dans l'emploi non abordé
COG AT-MP 2004-2006 Le maintien dans l'emploi est abordé dans le cadre de l'objectif d'élargissement de la gamme des services, notamment pour les procédures d'accompagnement médical et administratif des victimes des accidents¹³ du travail. La branche prend des mesures destinées à faciliter les démarches des employeurs et l'accès des victimes à leurs droits. L'Etat et la CNAMTS se fixent comme objectif prioritaire de prévenir la désinsertion et d'améliorer la réinsertion des victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles. La CNAMTS procèdera avant fin 2005 à une évaluation qualitative et quantitative des dispositifs existants pour ensuite simplifier et coordonner au plan national, les actions menées afin de promouvoir une politique de maintien du handicap dans la vie professionnelle. »	Sujet maintien en emploi occupe 1/2 page sur 38. La branche va procéder à des expérimentations tendant à prévenir la désinsertion professionnelle de la victime en améliorant son information notamment sur ses droits à indemnisation et aides financières diverses et en favorisant les contacts médecins du travail, médecins conseils, médecins traitants et services sociaux. Par ailleurs, la branche AT/MP via son réseau va participer aux dispositifs d'insertion et de maintien dans l'emploi des salariés handicapés tels qu'ils seront définis notamment par la réforme de la loi Handicap de juin 1975.
Plan santé mentale 2005-2008 axe 1 une prise en charge décloisonnée 1.3 mieux accompagner / 1.3.4 mobiliser les dispositifs de travail protégé.	90 pages. 1 page est consacrée au thème du maintien dans l'emploi, principalement centré sur l'accès aux dispositifs de travail protégé
Plan santé au travail 2005-2009 Le plan comporte 4 objectifs et 23 actions. Objectif 4 : « <i>repenser l'aptitude et le maintien dans l'emploi. Notamment en ce qui concerne le maintien dans l'emploi, le but est identifier un dispositif qui dans ses dimensions sociales et éthiques, comme du point de vue de sa sécurité juridique, puisse s'articuler, tout au long de l'activité professionnelle</i> »	3 pages sur 87 concernent le maintien dans l'emploi qui figure dans la partie la plus importante du plan : encourager les entreprises à être acteur de la santé au travail. Introduction de la notion d'accompagnement tout au long de la vie professionnelle

¹³ On peut penser que le maintien dans l'emploi est une réponse pour maîtriser l'impact des accidents de travail chez les victimes. Le maintien dans l'emploi prend ici la forme d'une modalité d'accompagnement administratif.

Protocole national de collaboration institutionnelle pour le maintien dans l'emploi des personnes handicapées, 2006	17 pages. Ce protocole souligne l'intérêt de la détection précoce du risque de désinsertion professionnelle des travailleurs handicapés et la nécessité de recherche de solutions interinstitutionnelles. Il prévoit une déclinaison régionale dans des chartes régionales de maintien en 'emploi des travailleurs handicapés.
Plan Maladie Chronique, 2007-2011 AXE 3 Faciliter la vie quotidienne des malades ; <i>« expérimenter des « correspondants handicap ou correspondants santé » avec des missions élargies aux pathologies chroniques évolutives. Le correspondant issu du collège salarié a pour rôle de faciliter l'insertion dans l'entreprise et le maintien dans l'emploi des salariés qui rencontreraient des difficultés à concilier maladie et activité professionnelle dans leur entreprise. »</i>	32 pages. Le sujet prédominant est la qualité de l'offre de soins pour les maladies chroniques. Le maintien dans l'emploi est un sujet moins prioritaire qui est abordé dans le cadre de l'amélioration la vie quotidienne des malades. Introduction de la notion de correspondant santé dans les entreprises
Plan Maladies Neurodégénératives : Alzheimer, 2008-2012	84 pages. Le sujet soulevé en matière d'emploi concerne les aidants.
Plan cancer 2009-2013 OBJECTIF de la mesure 29 <i>« Lever les obstacles à l'insertion ou à la réinsertion sociale et professionnelle des patients atteints de cancer et en phase de rémission ou de guérison. »</i> ACTIONS 29.1 <i>« Étudier les moyens de lever les obstacles au maintien dans l'emploi ou à la réinsertion professionnelle des personnes atteintes de cancer et de leurs aidants naturels. »</i>	Le sujet prédominant du plan est la recherche et le développement de la connaissance. Sur 141 Pages, 2 pages sont consacrées au sujet de maintien dans l'emploi. Elles concernent les patients et les aidants.
COG AT-MP, 2009-2012 <i>« Sur la période couverte par la présente convention, il s'agira prioritairement de développer les actions visant à prévenir les risques de désinsertion professionnelle en renforçant la détection et le signalement des personnes concernées et en coordonnant mieux les actions en direction de ces personnes au sein du réseau de l'assurance maladie et avec les partenaires extérieurs dans le but d'assurer en priorité le maintien dans l'emploi ou, à défaut, une réinsertion professionnelle rapide. »</i>	84 pages. Le sujet prédominant est la réduction du risque et de la sinistralité notamment pour les secteurs d'activité dont la sinistralité est particulièrement élevée. Le Maintien dans l'emploi est un sujet annexe du troisième thème : la santé au travail.

COG Assurance maladie : 2010- 2013 <i>« L'hétérogénéité des besoins des entreprises liés notamment à leur taille ou à leur secteur d'activité doit être mieux prise en compte par l'Assurance Maladie pour adapter les services offerts aux entreprises par un réseau unique, qui couvre les risques maladie et accidents du travail / maladies professionnelles. Le développement de ces services s'appuiera sur les interfaces porteuses d'efficience collective (EDI to EDI, acquisition de données à la source) mais aussi sur l'émergence d'actions d'accompagnement spécifiques, qu'il s'agisse du maintien dans l'emploi, de la santé au travail ou des conditions d'emploi qui exigent une intervention intégrée sur l'ensemble des risques couverts par le réseau de l'Assurance Maladie. »</i>	116 pages, Le sujet prédominant du plan est l'accès aux droits des usagers et la qualité des soins. 1 paragraphe est consacré au sujet du maintien dans l'emploi.
Plan 2 Santé au Travail : 2010- 2014 Axe 2 poursuivre une politique active de prévention des risques professionnels. objectif 4 : renforcer la prévention en direction de certains risques, secteurs et publics prioritaires. Action 19. <i>« L'objectif d'une augmentation du taux d'emploi des seniors doit s'accompagner d'une meilleure prise en compte de leurs conditions de travail en vue de favoriser leur maintien dans l'emploi »</i>. Les actions proposées complètent celles prévues dans le Plan national d'action concerté pour l'emploi des seniors et le programme 6 de la COG « Prévention de la désinsertion professionnelle », en intégrant l'approche spécifique et les inflexions éventuelles qu'appellent la prise en compte du vieillissement des salariés et la prévention de l'usure au travail.	49 pages. Le sujet prédominant est la prévention ciblée sur certains risques, Secteurs et publics prioritaires ; le sujet maintien dans l'emploi est abordé principalement pour les seniors, public prioritaire en raison du vieillissement des salariés avec le recul programmé de l'âge de départ en retraite.
Convention multipartite d'objectifs et de moyens pour l'emploi des travailleurs handicapés 2013-2016 La mise en synergie des principaux acteurs de l'insertion professionnelle des personnes atteintes de handicap constitue l'objectif de la convention multipartite du 29 novembre 2013 signée par le ministre du Travail, Pôle-emploi, l'Agefiph, le FIPHFP, la CNSA, l'ARF, la CNAM TS et la CCMSA.	25 pages. La section 4 de la convention prévoit de « Mieux définir et mettre en œuvre des actions ciblées de maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés » et notamment la généralisation de la démarche de prévention de la désinsertion professionnelle à l'ensemble du territoire.
Plan santé- mentale 2011-2015 <i>« L'accès et le maintien dans l'emploi participent fortement de la citoyenneté, de l'autonomie et contribuent à l'intégration sociale, la scolarisation, la formation, l'accès à l'emploi. Ainsi, quelles que soient les modalités d'activité (secteur protégé,</i>	42 pages, sujet prédominant : la prévention des épisodes de ruptures en cours de vie. Le maintien dans l'emploi est un thème prioritaire de cette prévention.

<i>adapté, bénévolat, milieu ordinaire de travail...) ou le niveau d'employabilité, il s'agit de promouvoir des programmes facilitant le retour à l'emploi et le maintien dans l'emploi des personnes vivant avec des troubles psychiques. »</i>	
COG Assurance maladie 2014-2017 <i>Lutter contre les inégalités de santé. Mobiliser les aides extra-légales « La politique d'action sanitaire et sociale de l'Assurance Maladie, au travers de la délivrance de prestations extralégales, contribue significativement à faciliter l'accès aux soins des populations les plus fragiles et à réduire, par conséquent, les inégalités sociales de santé..... la prévention de la désinsertion professionnelle pour les assurés en arrêt de travail, en situation de handicap, de passage en invalidité ou susceptibles d'être exposés à un problème d'emploi. La création d'une enveloppe dédiée permettra de généraliser et d'harmoniser cette démarche sur l'ensemble du territoire et favorisera la lisibilité des interventions : prestations supplémentaires, primes de fin de rééducation, dispositifs de remobilisation et d'orientation professionnelle... »</i>	235 pages. Le sujet prédominant est la simplification administrative de l'accès aux droits des populations les plus fragiles, notamment la lutte contre le non-recours. Un paragraphe est consacré à la prévention de la désinsertion professionnelle (Première apparition de ce terme dans une COG)
COG AT-MP 2014-2017 <i>Action 1.1 Réduire les risques sur des cibles prioritaires, Prévenir la sinistralité et la pénibilité au travail des seniors. Proposer «une offre de service globale visant notamment à permettre un diagnostic approfondi des postes de travail, une sensibilisation des DRH aux enjeux du maintien dans l'emploi, l'attribution en tant que de besoin d'aides financières à la prévention ; Informer les entreprises de la cible de leurs caractéristiques et leur présenter l'offre de service »</i>	66 pages. Le Maintien dans l'emploi est un sujet prioritaire pour la population cible de la politique de prévention de la COG : les seniors dans une optique de prévention de la sinistralité et la pénibilité au travail
Plan Maladies Neurodégénératives 2014-2019 Axe II : Favoriser l'adaptation de la société aux enjeux des maladies neurodégénératives et atténuer les conséquences personnelles et sociales sur la vie quotidienne. enjeu 8 : Atténuer les conséquences économiques de la maladie et aider au maintien d'un parcours professionnel pour les malades jeunes. Mesure 52 : Accorder une priorité au maintien dans l'emploi (avec adaptation du projet professionnel, du poste de travail, des conditions de travail, etc.).	118 pages. Sujet prédominant : développer la connaissance. Le sujet maintien dans l'emploi est prioritaire et très aligné sur celui du plan cancer.

Plan Cancer 2014-2019 Action 9.5 : Responsabiliser l'entreprise dans toutes ses composantes sur l'objectif de maintien dans l'emploi ou la réinsertion professionnelle. Action 9.6 : Progresser dans la coordination territoriale des différents acteurs qui interviennent pour le maintien dans l'emploi ou son accès. Action 9.7 : Valoriser le travail réalisé sur le maintien dans l'emploi pour le faire connaître et le développer.	220 pages. Le sujet prédominant est la prévention et le dépistage, l'adaptation du système de santé, de la recherche et de l'offre de formation. Le maintien en emploi fait l'objet de 3 fiches actions qui font écho à celles que reprendra le PST 3 dont l'élaboration est mentionnée.
Plan 3 Santé au travail 2016-2020 Axe stratégique 2 • améliorer la qualité de vie au travail, levier de santé, de maintien en emploi des travailleurs et de performance économique et sociale de l'entreprise/ objectif opérationnel 5 • maintien en emploi II • Prévenir la désinsertion professionnelle et maintenir en emploi Le maintien en emploi est conçu ici dans un sens large, incluant le maintien dans l'emploi (maintien sur le poste, grâce à des aménagements ou sur un autre poste dans l'entreprise, par reclassement interne) et le maintien en emploi proprement dit (grâce à un reclassement externe). Il peut également mobiliser les leviers de la prévention de l'usure professionnelle et les dispositifs d'action sur les parcours professionnels relevant de la politique de l'emploi, de la fonction ressources humaines (RH) et de la gestion des compétences. Action 2.5 Améliorer la lisibilité et l'accessibilité aux droits pour les travailleurs en risque de désinsertion professionnelle Action 2.6 Mettre en place une offre régionale coordonnée d'accompagnement des travailleurs et des entreprises Action 2.7 Élaborer des solutions permettant le maintien en emploi des travailleurs atteints de maladies chroniques évolutives Action 2.8 Développer, mobiliser et diffuser les connaissances et les outils concourant au maintien en emploi	111 pages. Sujet prédominant : la prévention des risques prioritaires. Le sujet de maintien dans l'emploi fait partie de la qualité de vie au travail, le deuxième thème principal du plan. Les actions proposées s'inscrivent dans la continuité du plan cancer 2014-2019. en l'élargissant aux autres pathologies. Distinction faite entre reclassement interne et externe, i.e. maintien dans l'emploi et maintien en emploi, qui conduit à associer la nécessaire mobilisation des acteurs de l'entreprise à celle des acteurs de l'insertion.
COG CCMSA 2016-2020 Ambition 1 « Développer des services aux adhérents et aux entreprises, dans une logique de mise en œuvre des politiques publiques » Axe 3 Contribuer à l'égal accès aux services sur tous les territoires. Fiche 8 : Action sanitaire et sociale	158 pages. Engagement 22. Action 22.1 La MSA s'engage pour cela à mettre en place au sein des caisses des cellules pluridisciplinaires de repérage et d'accompagnement des actifs agricoles en risque de désinsertion professionnelle du fait de leur situation de santé ou d'un risque de handicap. La MSA s'engage à créer et déployer dans ces cellules un " pack "d'orientations et de prescriptions en lien

	avec les partenaires du maintien dans l'emploi. Favoriser, grâce au guichet unique de protection sociale, l'inclusion dans l'emploi des actifs agricoles en risque de désinsertion professionnelle du fait de leur situation de santé ou d'un risque de handicap
Stratégie quinquennale de l'évolution de l'offre médico-sociale volet handicap psychique 2017-2021 Afin de faire évoluer l'accompagnement des personnes atteintes d'un handicap psychique ou d'un polyhandicap, le gouvernement a mis en place une stratégie quinquennale d'évolution de l'offre médico-sociale, dotée de 180 millions d'euros pour la période 2017-2021. Son premier volet est dédié aux personnes handicapées psychiques.	72 pages. Une des 29 fiches action porte sur l'accès et le maintien dans l'emploi. S'agissant de l'emploi en milieu ordinaire, la fiche action n°15 promeut la mise en œuvre du dispositif d'emploi accompagné, introduit dans le code du travail par la loi n°2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnel. Ce dispositif doit permettre de « <i>sécuriser et de fluidifier le parcours professionnel des personnes en situation de handicap psychique vers et dans le milieu ordinaire de travail en leur garantissant, ainsi qu'à leur employeur, à tout moment du parcours professionnel, un accompagnement sur le long terme</i> ».
Convention nationale pluriannuelle multipartite de mobilisation pour l'emploi des personnes en situation de handicap 2017-2020 Section 3 : Amplifier l'action cordonnée en faveur du maintien en emploi, pour tous (salariés, non-salariés et employeurs) Article 5 : a) favoriser la généralisation sur l'ensemble des territoires des cellules de coordination PDP b) proposer un cadre commun de référence permettant de consolider les coordinations interinstitutionnelles, en particulier entre ces cellules, les services de santé au travail dont la mission est à cet égard renforcée à l'issue de leur récente réforme, les opérateurs spécialisés en s'appuyant sur l'implication des DIRECCTE (dans le cadre des PRITH et des PRST) et d'autres professionnels de santé ; c) Poursuivre l'examen au niveau national des freins législatifs et réglementaires et renforcer la lisibilité de l'offre d'accompagnement avec l'ensemble des acteurs concernés.	16 pages. L'objectif relatif au maintien en emploi est un des cinq grands objectifs de la convention. L'articulation avec le plan santé au travail est explicitement mentionnée.

ANNEXE 2

LES POPULATIONS CONCERNÉES

La mission porte sur l'efficacité des dispositifs et des financements mis en place pour lutter contre la désinsertion professionnelle susceptible d'être engendrée par un problème de santé ou de handicap, quelle qu'en soit l'origine (handicap, maladie professionnelle ou accident du travail, maladie ou accident non professionnels, usure professionnelle...).

La présente annexe vise à définir quels sont les contours du risque « désinsertion professionnelle » et, partant de ces définitions, quelles sont les principales catégories de salariés qui y sont exposés.

1 UNE DEFINITION EXTENSIVE DES POPULATIONS CONCERNEES PAR LE MAINTIEN EN EMPLOI

La terminologie du risque de perte d'emploi en raison de problèmes de santé a évolué ces dernières années. Au terme de reclassement professionnel, tend à se substituer ceux de maintien dans et en emploi et, plus récemment encore, celui de prévention de la désinsertion professionnelle¹⁴. Que recouvrent ces évolutions ? Quelles conséquences cela entraîne-t-il s'agissant de définir les populations concernées par le risque ?

1.1 Du reclassement professionnel des personnes victimes d'accidents du travail et personnes handicapées à la prévention de la désinsertion professionnelle pour tous les actifs

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

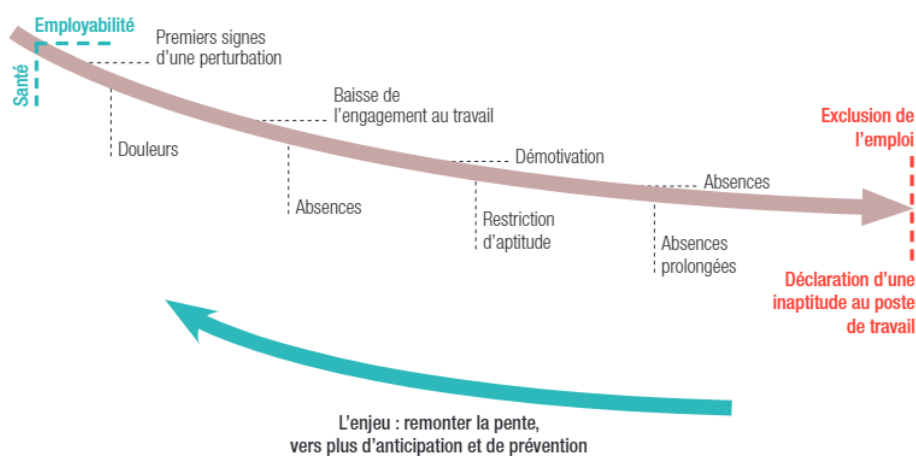
Le terme de **prévention de la désinsertion professionnelle** est utilisé tant dans l'univers travail – emploi que dans celui de la protection sociale. Il apparaît très proche de celui de maintien en emploi dans l'usage qui en est fait par les acteurs rencontrés par la mission. Il introduit cependant explicitement la notion de « prévention » tant dans les missions des services de santé au travail que dans celles des acteurs de la sécurité sociale. Ceci renvoie à l'idée d'une politique publique intervenant tout au long de la vie professionnelle, avec un séquençage dans le temps, dans une logique de prévention primaire, avant la survenue d'un ou plusieurs problèmes de santé, puis secondaire lorsque ceux-ci sont avérés pour les traiter le plus précocement possible, et enfin tertiaire, pour réduire les effets sur l'emploi des complications.

¹⁴ Une seconde annexe détaille comment la prise en compte des préoccupations de reclassement a évolué dans les politiques publiques (ANNEXE1).

Le séquençage dans le temps ouvre aussi à l'idée de parcours : parcours professionnel tout d'abord où il s'agit de suivre un salarié tout au long de sa vie professionnelle et quels que soient les statuts professionnels, la nature des contrats et leurs éventuelles ruptures ; mais aussi parcours personnel couvrant plus de 45 ans de vie à l'âge adulte, parcours potentiellement émaillé d'événements de santé, pathologies chroniques et survenue de handicaps, liés ou pas au travail, qui menacent l'insertion professionnelle. La notion de parcours professionnel et personnel figure dans la première convention nationale tripartite 2008-2010 pour l'emploi des travailleurs handicapés et est réaffirmée lors de la convention suivante 2013-2016 dont l'article 24 propose de « *généraliser la prévention de la désinsertion professionnelle... déterminant majeur de la sécurisation des parcours professionnels* ».

Le séquençage dans le temps débouche enfin sur la notion d'un repérage du risque qui peut intervenir « tout au long de la vie », très précocement, lors des premières alertes comme des arrêts de travail courts mais répétés, par le médecin traitant, et/ou l'employeur lui-même. Le risque peut aussi être identifié dès la phase d'embauche, par les services de santé au travail, sans que cela emporte au départ la production d'un avis de restriction ou d'aménagement de poste. Il existe sur certains métiers (BTP, services à la personne, ...) exposés à des facteurs de pénibilité¹⁵ des risques d'usure professionnelle connus qui vont conduire à des signaux d'alerte pour les salariés (plaintes pour douleurs, absentéisme) ou pour l'entreprise (faible attractivité, turn-over et difficultés à recruter). Une insuffisante prise en compte de ces indicateurs conduira à un taux élevé d'inaptitude.

Schéma 1 : De la pénibilité à l'usure professionnelle et à l'inaptitude



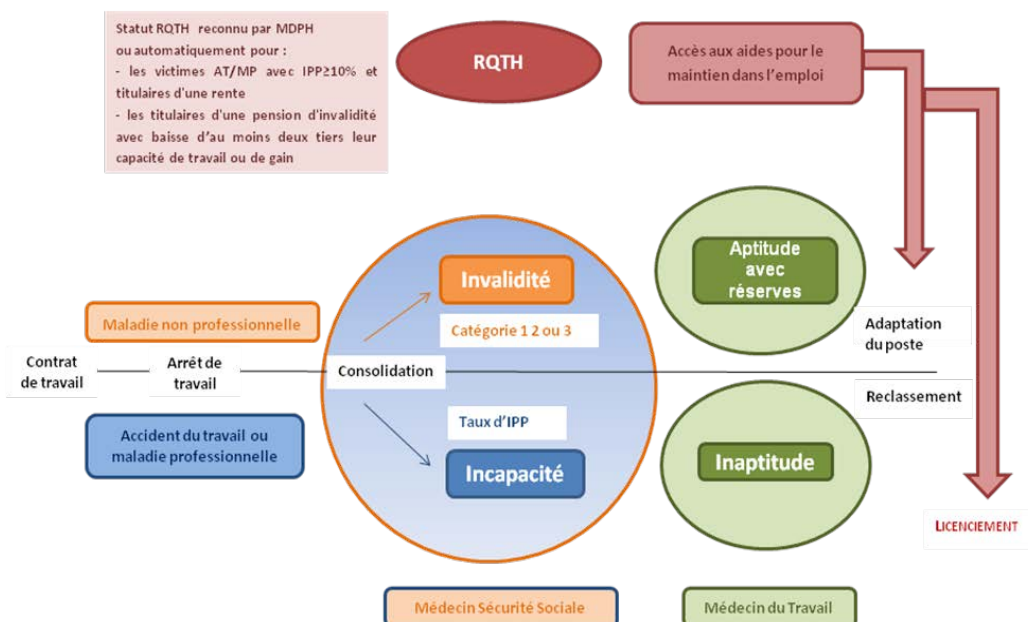
Source : Guide pré up Prévenir l'usure professionnelle guide pour l'action, ARAVI Innovation sociale en Rhône Alpes, Réseau ANACT, Octobre 2014

Bien évidemment, le risque de désinsertion professionnelle pourra être repéré plus tardivement, par ces mêmes acteurs, mais aussi par ceux de l'assurance maladie, lorsque les arrêts de travail vont se prolonger, notamment au-delà de trois mois, et que la ou les pathologies seront installées durablement.

Le schéma suivant détaille les principaux dispositifs auxquels le salarié pourra être confronté après un ou plusieurs arrêts de travail prolongés.

¹⁵ Travail de nuit, travail posté, travail répétitif, travail exigeant physiquement, bruit, situation conflictuelle avec le public...

Schéma 2 : Parcours d'un salarié confronté à un évènement de santé générant un arrêt de travail prolongé



Source : DIRECCTE Auvergne-Rhône-Alpes Service Etudes, Statistique, Evaluation

1.2 Une définition de plus en plus large du handicap

La loi 2005-102 « pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » du 11 février 2005 dispose dans son article 2 que « *constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant* ».

Pour le code du travail, « est considérée comme travailleur handicapé toute personne dont les possibilités d'obtenir ou de conserver un emploi sont effectivement réduites par suite de l'altération d'une ou plusieurs fonctions physique, sensorielle, mentale ou psychique¹⁶ ».

Ces formulations sont très larges et peuvent conduire à inclure une grande partie des personnes présentant une maladie chronique évolutive dès lors qu'apparaissent des limitations d'activité dans l'environnement de travail, et que ces limitations ne seraient pas ou insuffisamment compensées.

Cette définition englobante découle des travaux de Philippe WOOD qui au sein de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), dès les années 1980, associe à une maladie, une ou des déficiences, des incapacités et enfin des désavantages. Pour prendre un exemple, une fracture de l'extrémité inférieure du fémur (accident) peut conduire à une raideur du genou (déficiency) ; celle-ci peut conduire à l'incapacité de s'accroupir (incapacité) qui peut enfin conduire à l'impossibilité d'exercer la profession de carreur (désavantage pouvant conduire à des restrictions d'aptitude voire une inaptitude professionnelle)¹⁷.

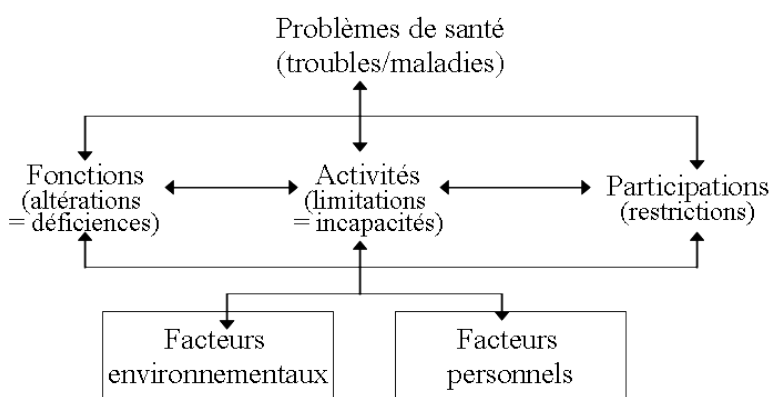
¹⁶ Article L 5213-1 du code du travail

¹⁷ Exemple tiré de la formation au guide barème effectuée par la DGCS (2004 actualisé 2010)

Cette évolution nosologique a conduit à l'actuelle classification « International Classification of Functioning, Disability and Health » (CIF)¹⁸ qui :

- conforte le point d'entrée biomédical présidant aux déficiences/incapacités de la classification de WOOD ;
- substitue les « fonctions et structures/ activités/participation » (dont participation à la vie professionnelle) en lieu et place des déficiences/incapacités/désavantage ;
- diversifie les chemins entre les trois notions au lieu de se limiter à un jeu de cause à effet univoque ;
- intègre les facteurs personnels et environnementaux comme influençant les trois facteurs de base.

Schéma 3 : Le modèle conceptuel de la CIF



Source : OMS, *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé*, 2001

Ces évolutions vont fortement influencer la scène internationale.

La convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées du 13 décembre 2006 dispose : « par personne handicapée, on entend des personnes qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres »

La notion de handicap a évolué de manière substantielle ces dernières années dans la jurisprudence de la Cour de Justice de l'Union européenne (CJUE)¹⁹. Dans l'Union européenne, les fondements juridiques de l'intégration des personnes handicapées reposent sur les dispositions de l'article 26 de la Charte des droits fondamentaux : « L'Union reconnaît et respecte le droit des personnes handicapées à bénéficier de mesures visant à assurer leur autonomie, leur intégration sociale et professionnelle et leur participation à la vie de la communauté »²⁰. Mais cette reconnaissance n'est assortie d'aucune définition du handicap ou de la personne handicapée ce qui a conduit la CJUE à en préciser progressivement les contours.

¹⁸ Acronyme français CIF pour classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé

¹⁹ Cf. Oana Andreea MACOVEI, L'intégration des personnes handicapées dans l'Union européenne, quel bilan ?, Revue de l'Union européenne 2016 p.37

²⁰ Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, 2000/C 364/01

Dans ses premiers arrêts, la Cour a relevé qu'en « utilisant la notion de "handicap" [...], le législateur a délibérément choisi un terme qui diffère de celui de "maladie". Une assimilation pure et simple des deux notions est donc exclue »²¹. Cependant cette position a évolué après que l'Union a ratifié en 2009 la convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées. En 2013, la Cour a considéré qu'une maladie curable ou incurable entraînant une limitation physique, mentale ou psychique peut être assimilée à un handicap lorsqu'elle est durable²². Cette appréciation a été confirmée en 2014, dans un nouvel arrêt qui considère que l'obésité peut constituer un handicap au sens de la directive relative à l'égalité de traitement devant l'emploi²³. Toutefois, en 2015, un nouvel arrêt a limité cet élargissement de la définition du handicap aux politiques d'intégration professionnelle et en a exclu celles relative aux politiques sociales²⁴. Ce faisant, la Cour a souhaité dissocier clairement les droits à prestation sociale du fait du handicap de ceux relatifs à la maladie.

L'évolution jurisprudentielle de la relation entre handicap et maladie n'est pas achevée. L'un des critères historiques principaux qui permettait de distinguer la sphère de la maladie de celle du handicap est le caractère durable de l'incapacité qui s'est imposé pour relier les deux concepts. Avec la transition épidémiologique en cours, où les maladies dites chroniques sont devenues le principal facteur de la charge de morbidité en France comme en Europe, cette évolution peut conduire à inclure un nombre croissant de personnes malades dans le périmètre des politiques du handicap.

2 LES POPULATIONS A RISQUE DE DESINSERTION PROFESSIONNELLE POUR RAISONS DE SANTE : PRINCIPAUX ORDRES DE GRANDEUR CHEZ LES ACTIFS OCCUPES

Toute tentative d'estimation des populations concernées par un risque de désinsertion professionnelle va donc s'inscrire dans les choix de définition du risque exposés ci-dessus : quelle borne temporelle choisir à la prévention ? Quelle limitation professionnelle retenir en regard d'une maladie et/ou d'un handicap dans un poste donné chez un adulte actif professionnellement ?

Il n'existe pas à ce jour d'estimation fiable des populations concernées par un risque de désinsertion professionnelle en France, qui combinerait mesure de prévalence d'une ou plusieurs limitations liées à un état de santé et analyse du poste de travail. Il existe par contre des données partielles et disjointes portant sur ces éléments, notamment sur la prévalence de certains états de santé (pathologies) ou handicaps (déclarés ou reconnus) chez les actifs. Il existe également des informations produites par les différentes institutions, couvrant tout ou partie des populations actives et en charge de traiter des événements de santé (soins, restrictions d'aptitudes professionnelles) ou de leurs conséquences administratives (reconnaissance du handicap, versement d'un revenu de compensation temporaire ou définitif) ou médico-professionnelles (accompagnements, mobilisation d'aides et outils spécifiques).

²¹ CJUE, Arrêt dans affaire C-13/05, Sonia Chacón Navas c/ Eurest Colectividades SA, D. 2006. 2209. Juillet. 2006

²² CJUE Arrêt sur renvoi préjudiciel dans les affaires jointes C-335/11 et C-337/11 Ring et Skouboe Werge, Avril 2013

²³ CJUE Arrêt sur renvoi préjudiciel dans l'affaire C-354/13 Fag og Arbejde (FOA), agissant pour Karsten Kaltoft / Kommunernes Landsforening (KL), agissant pour la Billund Kommune. Décembre 2014

²⁴ CJUE, Arrêt sur recours en manquement dans les affaires C-361/13 et C-433/13 Commission / Slovaquie, septembre 2015

Ces angles d'observation parcellaires se recoupent en partie. Les segments de connaissance présentés ci-dessous doivent être conçus comme autant de fenêtres de compréhension d'une réalité aujourd'hui mal cernée.

2.1 La population des actifs occupés salariés

En 2016 en France la population active représentait 29,6 millions de personnes, dont **26,6 millions (90 %) ayant un emploi dits « actifs occupés »** et 2,9 M (10 %) étaient au chômage²⁵.

La structure de l'emploi s'est fortement transformée ces 30 dernières années comme le souligne une récente note d'analyse du Conseil d'analyse stratégique²⁶ : « *Les situations de travail atypiques ont progressé plus vite que l'emploi permanent (CDI et fonctionnaire) qui reste largement majoritaire dans l'emploi (75 % en 2016, contre 77 % en 1984). La stabilité apparente du CDI masque deux mouvements contraires : l'augmentation des contrats à durée limitée et la hausse du salariat en CDI chez les indépendants traditionnels. La pratique du CDD et de l'intérim a connu l'expansion la plus forte (passant de 5 % de l'emploi en 1984 à 13 % en 2016) et la plus transversale : en 1984, les dix métiers qui avaient le plus recours aux contrats à durée limitée (CDL) concentraient 55 % de ces contrats ; en 2014, ils n'en concentrent plus que 39 %. L'usage des CDL, de plus en plus courts, n'est plus réservé aux professions à forte saisonnalité ou très sensibles aux cycles conjoncturels. Il est devenu un mode prioritaire d'embauche, voire de réembauche, y compris dans des métiers à faible volatilité d'activité. La diffusion du non-salariat dans les métiers est moins sensible et surtout plus récente. Après vingt ans de déclin, lié à la chute de l'emploi agricole, le travail indépendant regagne du terrain (passant de 18 % de l'emploi en 1984 à 11 % en 2004 puis remontant à 12 % en 2016). Depuis dix ans, l'emploi non-salarié progresse plus vite que l'emploi total, en particulier dans les métiers tertiaires. Dans plus d'un métier sur deux toutefois, les actifs en emploi sont tous salariés, proportion qui reste stable depuis le milieu des années 1980* ». Le tableau et le schéma ci-après détaillent la répartition actuelle des emplois.

Tableau 1 : Répartition des classes de métiers selon statut et type de contrat

Classes de métiers	Non-salariés		CDI		CDL*		Total (milliers)
	Effectifs (milliers)	Part de non-salariés	Effectifs (milliers)	Part de CDI	Effectifs (milliers)	Part de CDL*	
Les indépendants traditionnels	1 590	48 %	1 420	43 %	270	8 %	3 280
Les free lances et néo-artisans	820	27 %	1 870	61 %	380	12 %	3 070
Les intermittents	90	1 %	5 480	77 %	1 560	22 %	7 130
Les permanents	310	3 %	10 810	90 %	940	8 %	12 060
Total	2 810	11 %	19 580	77 %	3 150	12 %	25 540

*CDL : intérim, CDD (y compris apprentis, stagiaires et contrats aidés).

Note : données en moyenne annuelle sur trois ans pour 84 métiers.

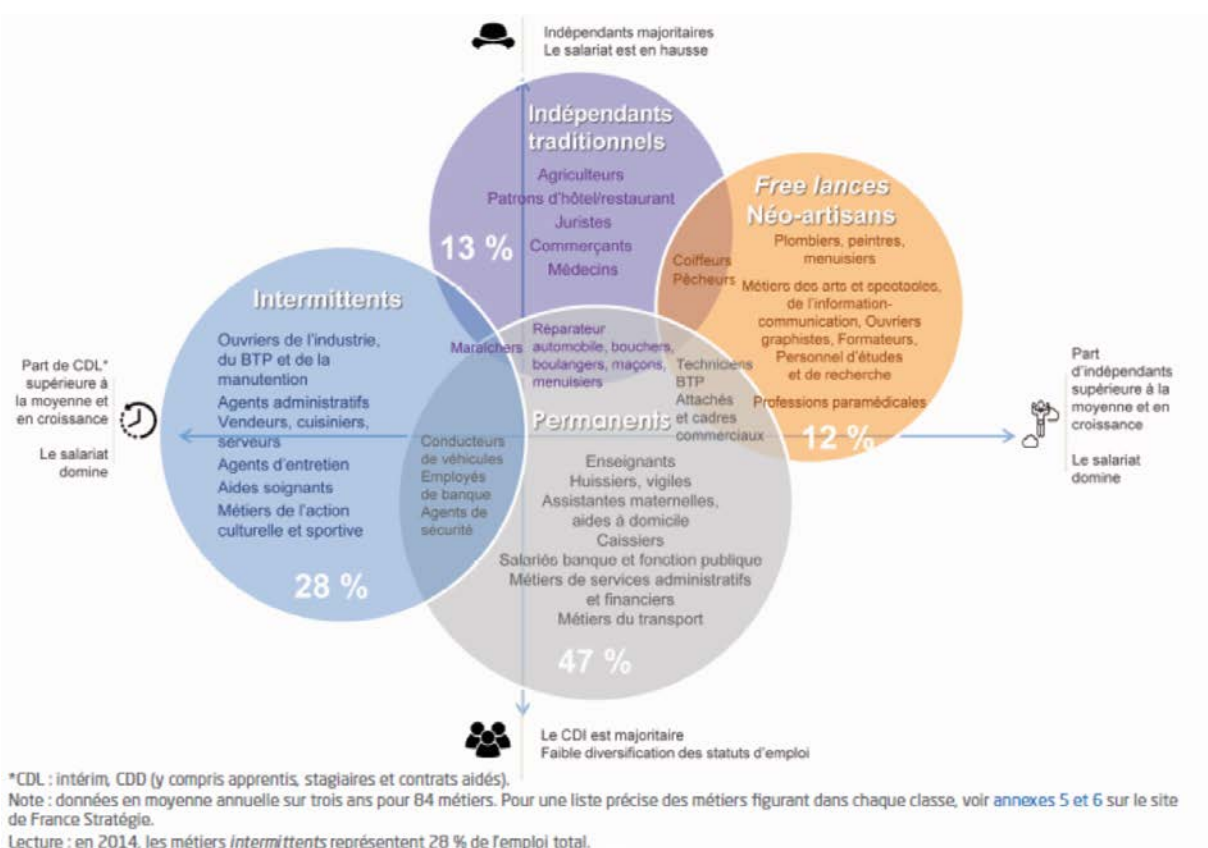
Lecture : en 2012-2014, au sein des métiers intermittents la part de CDL s'élève à 22 % contre 12 % dans l'emploi total.

Source : France Stratégie, à partir des Enquêtes Emploi 1982-2014 (DARES-INSEE)

²⁵ Source : INSEE, résultats de l'enquête emploi 2016

²⁶ C JOLLY & J FLAMAND, Salariés ou indépendants une question de métier ? Note d'analyse n°30, France Stratégie, septembre 2017

Schéma 4 : Typologie des métiers selon les statuts d'emploi



Source : France Stratégie, à partir des Enquêtes Emploi 1982-2014 (DARES-INSEE)

Les non-salariés ne bénéficient pas sauf exception d'un service de prévention au travail, et leur maintien en emploi comporte des aspects spécifiques liés à la vie même de l'entreprise, qui peut être menacée par la maladie ou le handicap du chef d'entreprise ; ils représentent en 2016 3,1 millions de personnes soit 10,5 % des actifs.

Les salariés sont au nombre de 23,4 millions. Ils bénéficient tous en principe d'un suivi au titre de la santé au travail, mais un statut permanent, tel que celui conféré par un CDI, est le plus stable pour bénéficier pleinement de ce service.

L'obligation d'emploi de travailleurs handicapés (OETH) implique que tout employeur (public ou privé) occupant au moins 20 salariés ou agents doit employer des personnes en situation de handicap dans une proportion de 6 % de son effectif²⁷. En 2013, les entreprises du secteur concurrentiel soumises à l'OETH²⁸ employaient 386 700 personnes en relevant (soit 3,3 % de leurs

²⁷ Sont bénéficiaires de l'obligation d'emploi les travailleurs reconnus handicapés par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) ; les accidentés du travail ou victimes de maladies professionnelles si leur incapacité permanente est au moins égale à 10 % et les titulaires d'une rente ; les titulaires d'une pension d'invalidité à condition que leur invalidité réduise au moins des 2/3 leur capacité de travail ou de gain ; les pensionnés de guerre ou assimilés (les veufs ou orphelins de guerre peuvent, sous certaines conditions, être assimilés aux travailleurs handicapés) ; les sapeurs-pompiers volontaires titulaires d'une allocation ou d'une rente d'invalidité attribuée en raison d'un accident survenu ou d'une maladie contractée en service ; les titulaires de la carte mobilité inclusion (CMI) portant la mention « invalidité » ; les titulaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH)

²⁸ Entreprises privées et Etablissements publics industriels et commerciaux (EPIC)

effectifs). Les trois fonctions publiques et assimilées²⁹ en employaient 209 000 cette même année (soit 4,6 % des emplois directs et 4,9 % des emplois directs et indirects³⁰)³¹.

L'enquête emploi permet de distinguer les employeurs publics, dont les 5,4 millions de salariés (fonctionnaires et contractuels de droit public) qui relèvent d'un corpus législatif particulier et d'acteurs et de mécanismes de coordination spécifiques, et les employeurs privés, dont relèvent 18 millions de salariés.

La présente mission s'est intéressée principalement aux dispositifs de maintien en emploi de ces salariés, qui représentent 77 % des salariés et 67 % des actifs occupés. Parmi eux, les salariés agricoles, au nombre de 1,7 millions, sont suivis par un service de santé au travail spécifique intégré à la mutualité sociale agricole (MSA).

Les grandes entreprises et les entreprises de taille intermédiaire offrent une diversité de postes, ce qui peut faciliter le maintien dans l'emploi de leurs salariés. Mais le tissu industriel et commercial français se caractérise en 2014 par une proportion élevée de microentreprises (96 % des entreprises ont moins de 10 salariés) et de petites et moyennes entreprises (3,4 % des entreprises de 10 à 250) qui représentent 99 % des 4 millions d'entreprises françaises³² et emploient 47 % des salariés du secteur concurrentiel.

Tableau 2 : Répartition de l'emploi salarié selon la structure des entreprises concurrentielles en France en 2014³³

En proportion, au 31/12/2014	Grandes entreprises (GE) > 50 000 salariés	Entreprises taille intermédiaire (ETI) 250-4999 salariés	Petites et moyennes entreprises (PME) 10-249 salariés	Microentreprises (MIC) < 10 salariés	Ensemble
Part des entreprises	0,01 %	0,13 %	3,41 %	96,45 %	100,00 %
Part des effectifs salariés	29 %	23 %	28 %	19 %	100 %
Part des effectifs salariés en EQTP	30 %	24 %	28 %	19 %	100 %

Source : INSEE/ Chiffres clés/ Caractéristiques des entreprises par catégorie en 2014

Toutefois, les effectifs salariés des PME - qui comprennent entre 10 et 249 salariés - sont principalement employés au sein d'entreprises de plus de 20 salariés (77 % des effectifs salariés des PME)³⁴.

²⁹ Etat et Collectivités territoriales, et leurs établissements publics autres que les EPIC ; établissements publics de la FPH ; organismes consulaires ; EPA nationaux de la sécurité sociale

³⁰ Emplois directs (bénéficiaires de l'obligation d'emploi (article L.323-4-1 du code du travail) ; Emplois indirects i.e. les équivalents bénéficiaires calculés sur la base des dépenses déductibles (article L.323-8-6-1 du code du travail)

³¹ Cf. BARHOUMI L & CHABANON L, Emploi et chômage des personnes handicapées, DARES synthèse stat n°17, novembre 2015

³² On rappelle que l'INSEE distingue les *microentreprises* de moins de 10 salariés (également appelées très petites entreprises (TPE)), les *petites et les moyennes entreprises (PME)* de 10 à 249 salariés, les *entreprises de taille intermédiaire (ETI)* qui en comptent entre 250 et 4 999, et les *grandes entreprises (GE)* dont l'effectif est supérieur ou égal à 5 000. Source : Décret n° 2008-1354 du 18 décembre 2008 relatif aux critères permettant de déterminer la catégorie d'appartenance d'une entreprise pour les besoins de l'analyse statistique et économique

³³ Entreprises de l'ensemble de l'économie hors agriculture et emplois publics dans les secteurs non marchands (administration, éducation, santé et action sociale)

2.2 Approche par les risques professionnels : une forte concentration du risque sur les métiers ouvriers du BTP et de l'industrie, et les professions du soin et des services aux particuliers

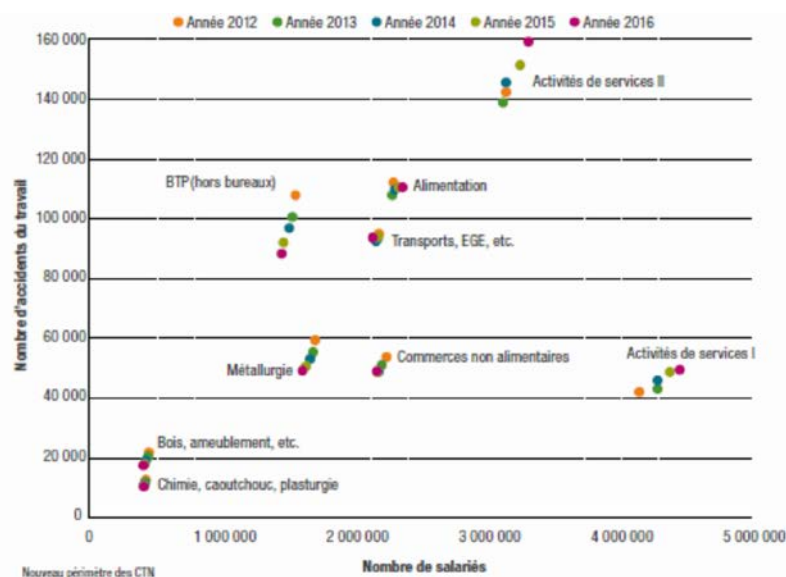
Le dernier rapport annuel de la branche AT-MP fait état pour 2016 d'une sinistralité maintenue à un niveau bas grâce à une baisse de 0,3 % de la fréquence des accidents du travail et de 4,3 % du nombre des nouvelles maladies professionnelles³⁵.

2.2.1 Les accidents du travail par secteur d'activité professionnelle

La sinistralité des accidents du travail a fortement baissé et atteint un niveau historiquement bas : elle était en moyenne de 33,8 accidents pour 1 000 salariés en 2016, contre 120 accidents pour 1 000 salariés lors de la création de la branche, en 1946. Le nombre de décès imputable aux accidents du travail est également en baisse de 5,7 %, soit 514 décès en 2016.

La manutention (53 %) et les chutes de hauteur (13 %) ou de plain-pied (12 %) constituent avec l'outillage à main (9 %) les principales circonstances d'accidents du travail³⁶. Une concentration des risques et des sinistres est relevée dans certaines branches ou secteurs d'activité professionnelle comme le secteur du BTP (en baisse) et les activités de services (intérim, santé, nettoyage...) en hausse.

Graphique 1 : Sinistralité AT 2012 à 2016 selon les secteurs d'activité



Source : CNAM/DRP Rapport annuel 2016 de l'assurance maladie – risques professionnels

La sinistralité AT du secteur de l'aide et des services à la personne, avec une moyenne de 94,6 AT pour 1 000 salariés, est presque trois fois supérieure à la moyenne, en augmentation de 2 %. Le secteur de l'intérim est également en hausse, de 7,8 % en 2016.

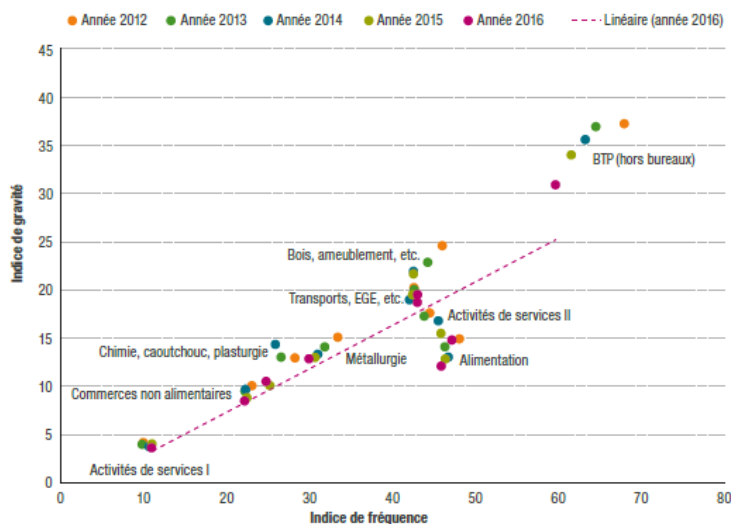
³⁴ Source : Insee, DADS ; calculs DARES et IGAS.

³⁵ CNAM/DRP Rapport annuel 2016 de l'assurance maladie – risques professionnels

³⁶ Statistiques pour les AT 2016 en 1er règlement avec au moins 4 jours d'arrêt dans l'année par risque à l'origine de l'accident

La dangerosité d'un secteur professionnel peut être appréciée en croisant fréquence et gravité des AT : le secteur du BTP reste de ce point de vue le plus exposé, avant celui des industries du bois [...³⁷] et des transports [...³⁸] enfin celui des activités de services II [intérim, santé, nettoyage,...]

Graphique 2 : Croisement fréquence vs gravité des AT de 2012 à 2016 par secteur d'activité



Source : CNAM/DRP Rapport annuel 2016 de l'assurance maladie – risques professionnels par comité technique national (CTN)

2.2.2 Les maladies professionnelles par secteur d'activité professionnelle et focus sur les TMS

Le nombre des maladies professionnelles (MP) prises en charge poursuit sa diminution, avec une baisse de 4,3 % en 2016 (48 762 contre 50 960 en 2015). Les troubles musculo-squelettiques constituent toujours la grande majorité des MP (87 %), mais connaissent une baisse importante (-4,1 %). Les maladies liées à l'amiante qui représentent un peu moins de 7 % du total de MP, sont quant à elles en baisse de 9,5 %. On dénombre 382 décès imputés aux MP en 2016 ; ce nombre est stable par rapport à 2015.

Ces pathologies sont également concentrées sur certains secteurs d'activité. Ainsi, les troubles musculo-squelettiques (TMS) sont plus fréquents dans le secteur du « Bois, ameublement, papier-carton, textile, cuirs et peaux, etc. » (Indice de Fréquence = 5,3).

³⁷ de l'ameublement, du papier-carton, du textile, du vêtement, des cuirs et des peaux et des pierres et terres à feu

³⁸ de l'eau, du gaz, de l'électricité, du livre et de la communication

Tableau 3 : Evolution du nombre des maladies professionnelles en France 2012-2016 par grande catégorie (en italique, taux d'évolution annuelle)

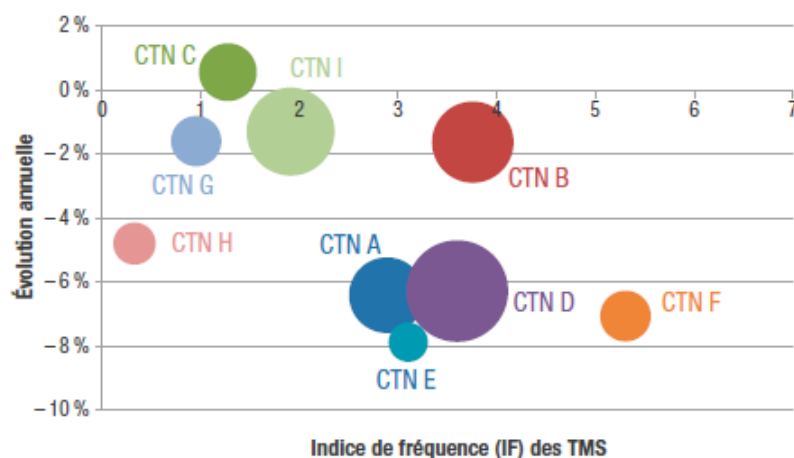
	2012	2013	2014	2015	2016
Troubles musculo-squelettiques (TMS)	46 538 -1,9%	44 680 -4,0%	45 079 0,9%	44 349 -1,6%	42 535 -4,1%
Cancers liés à l'amiante y compris mésothéliomes	1 579 2,9%	1 415 -10,4%	1 363 -3,7%	1 469 7,8%	1 409 -4,1%
Amiante (toutes pathologies)	4 532 -7,1%	4 065 -10,3%	3 673 -9,6%	3 696 0,6%	3 345 -9,5%
Autres tableaux fortement représentés hors cancers (surdités, allergies, asthmes, eczémas, silice...)	1 937 7,9%	1 653 -14,7%	1 664 0,7%	1 598 -4,0%	1 448 -9,4%
Cancers hors amiante	323 62,3%	292 -9,6%	322 10,3%	335 4,0%	369 10,1%
Autres tableaux de MP	471 -19,6%	415 -11,9%	444 7,0%	396 -10,8%	347 -12,4%
MP hors tableaux (y compris cancers)	214 34,6%	347 62,1%	449 29,4%	586 30,5%	718 22,5%
Total MP	54 015 -1,9%	51 452 -4,7%	51 631 0,3%	50 960 -1,3%	48 762 -4,3%

Données nationales AT/MP issues des bases annuelles SGE TAPRI sur les neuf CTN, compte spécial, bureaux et sièges sociaux, et catégories professionnelles particulières

Source : CNAM/DRP Rapport annuel 2016 de l'assurance maladie – risques professionnels

Tous les secteurs connaissent une diminution de l'indice de fréquence hormis le secteur du CTN C³⁹, qui augmente de 0,6 %. Le graphique suivant détaille ces évolutions et l'importance du secteur d'activité⁴⁰.

Graphique 3 : Evolution de la fréquence des TMS par secteur d'activité de 2012 à 2016⁴¹



Source : CNAM/DRP Rapport annuel 2016 de l'assurance maladie – risques professionnels

³⁹ Industries des transports, de l'eau, du gaz, de l'électricité, du livre et de la communication

⁴⁰ Chaque bulle représente un comité technique national (hors bureaux et sièges + compte spécial) et le diamètre de la bulle rend compte du nombre de victimes TMS ;

⁴¹ Les neuf CTN correspondent aux secteurs d'activité suivants : CTN A : industries de la métallurgie ; CTN B : industries du bâtiment et des travaux publics ; CTN C : industries des transports, de l'eau, du gaz, de l'électricité, du livre et de la communication ; CTN D : services, commerces et industries de l'alimentation ; CTN E : industries de la chimie, du caoutchouc, de la plasturgie ; CTN F : industries du bois, de l'ameublement, du papier-carton, du textile, du vêtement, des cuirs et des peaux et des pierres et terres à feu ; CTN G : commerce non alimentaire ; CTN H : activités de services I (banques, assurances, administrations...) ; CTN I : activités de services II (intérim, santé, nettoyage,...)

Ces évolutions à la baisse de la sinistralité ATMP permettent à la branche d'afficher un solde positif depuis plusieurs années.

2.2.3 Les interruptions de tâche pour préserver sa santé ou sa sécurité

L'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS) a exploité en 2013 la question posée directement à un échantillon de salariés sur leur utilisation du droit de retrait. Ce droit créé par la loi Auroux du 23 décembre 1982⁴² prévoit que « *Le travailleur alerte immédiatement l'employeur de toute situation de travail dont il a un motif raisonnable de penser qu'elle présente un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé ainsi que de toute défectuosité qu'il constate dans les systèmes de protection. Il peut se retirer d'une telle situation.* ».

En 2010, 12 % des salariés interrogés dans l'enquête SUMER ont fait état de l'application de ce droit au cours des 12 derniers mois. Ce taux varie selon les secteurs d'activité.

Graphique 4 : Proportion de salariés déclarant une interruption ou un refus de tâche selon le secteur d'activité (en %)



Source : DARES-DGT-DGAFF, Enquête SUMER 2010

Les ouvriers, qualifiés ou non, sont surreprésentés parmi les salariés ayant déclaré avoir exercé leur droit de retrait : ils constituent 38 % des répondants alors qu'ils ne constituent que 29 % de la population des salariés.

⁴² Article L 4131-1 du Code du travail

Tableau 4 : Statut et CSP des salariés déclarant une interruption ou un refus de tâche

	Salariés déclarant une interruption ou un refus de tâche							Ensemble des salariés
	Isolés	Harcelés	Agressés	Ouvriers de métier	Ouvriers non qualifiés fragilisés	Stressés	Peu exposés	
Proportion de femmes	57	44	57	6	28	43	56	45
Proportion de moins de 30 ans	15	20	31	36	33	16	24	23
Proportion de 50 ans ou plus	28	21	17	11	17	19	23	23
STATUT DANS L'EMPLOI								
Apprentis et stagiaires	0	1	1	5	2	1	2	2
Intérimaires	1	1	1	3	7	1	4	2
CDD	8	7	7	7	5	4	11	8
CDI	71	76	50	77	76	74	63	71
Fonctionnaires	19	13	36	7	6	18	20	16
Agents à statut	0	3	5	2	4	3	2	2
GROUPE SOCIOPROFESSIONNEL								
Cadres et professions intellectuelles sup.	2	8	2	3	1	42	7	15
Professions intermédiaires	8	24	30	15	13	36	22	23
Employés	59	32	52	7	18	15	45	33
Ouvriers	31	36	16	76	68	8	26	29

Source : DARES-DGT-DGAFF, Enquête SUMER 2010

La probabilité de faire une telle déclaration est corrélée à l'état de santé : plus celui-ci est perçu comme mauvais, plus le salarié sera enclin à refuser ou interrompre son activité.

Les risques professionnels se recoupent alors avec les risques liés à l'état de santé, qui sont abordés ci-après.

2.3 Approche par les risques liés à l'âge, au handicap et à l'état de santé

Une santé altérée est défavorable au maintien en emploi :

- Dans l'enquête emploi, en 2014/2015, 8 % des inactifs et des chômeurs (soit 700 000 des 8 millions de personnes qui parmi eux ont déjà travaillé) déclarent que la survenue d'une maladie ou d'une invalidité est la circonstance principale de la rupture de leur contrat antérieur et du chômage ;
- Chez les salariés licenciés pour inaptitude, la persistance des problèmes de santé réduit les chances de se réinsérer de 7 à 15 points selon l'intensité du problème, par rapport à un chômeur témoin licencié pour un autre motif que l'inaptitude⁴³.

L'enquête longitudinale 2006-2010 Santé et itinéraires professionnels (SIP)⁴⁴ permet d'estimer l'impact qu'un mauvais état de santé fait peser sur le risque de perte d'emploi : **l'écart est d'environ 15 points de taux d'emploi avec les personnes déclarant une santé non altérée**. Ce chiffre est un minorant car, par ailleurs, les personnes à la santé fragile étaient plus nombreuses à prendre leur retraite entre 2006 et 2010. Les problèmes de santé mentale augmentent davantage ce risque de sortie de l'emploi que les incapacités physiques, notamment chez les hommes.

⁴³ BLACHE G & MABROUKI A. Licenciés pour inaptitude : les effets positifs de l'accompagnement par Pôle Emploi. Eclairage et synthèse, n°31, mars 2017

⁴⁴ METTE Corinne, « Le devenir professionnel des actifs en mauvaise santé. Un maintien en emploi plus difficile ». DARES, Analyses, n°68, septembre 2015. Enquête sur période 2006-2010.

L'enquête « La vie deux ans après le cancer » (VICAN 2)⁴⁵ montre que, parmi dix personnes en activité au moment du diagnostic de cancer, trois auront perdu ou quitté leur activité deux ans après. Le taux d'activité deux ans après le diagnostic a baissé de 8 points entre les deux enquêtes VICAN 1 et 2 de 2010 et 2012.

Les événements de santé sont plus fréquents et ont davantage d'impact en termes de maintien en emploi chez les bénéficiaires de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés (BOETH). La DARES a produit en 2011 une étude sur les parcours professionnels des personnes ayant une reconnaissance administrative de leur handicap⁴⁶. Tous ont connu un problème de santé ; il a impacté la vie professionnelle de 60 % d'entre eux. Alors que seulement une personne sur deux sans RQTH a connu un problème de santé et il n'a impacté la vie professionnelle que pour 20 % d'entre eux.

2.3.1 Les actifs occupés de plus de 50 ans

Le risque de survenue d'un problème de santé augmente avec l'âge. Dans une première approche, on pourrait considérer que les plus de 50 ans concentrent la probabilité de survenue d'un ou plusieurs événements de santé. Ainsi, dans les études régionales ou localisées de certains services de santé au travail, près des 3/4 des salariés repérés comme présentant « une inadéquation santé et travail » ont plus de 50 ans⁴⁷.

La catégorie des 50 ans et plus est en forte croissance. Elle représentait 26 % de la population active (au sens du BIT) en 1975 et 33 % (9,3 millions de personnes) en 2015, soit une progression de 58 % en 40 ans.

Tableau 5 : Evolution de la population active entre 1975 et 2015 en France métropolitaine et part des 50 ans et plus

Effectifs en milliers	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2015	Evol. 1975 - 2015
Effectifs 15 ans et +	22630	23864	24366	24840	25323	26195	27305	28236	28726	27 %
Effectifs des 50 ans et +	5911	5502	5141	4763	4433	5356	6614	7763	9345	58 %
Part des plus de 50 ans	26 %	23 %	21 %	19 %	18 %	20 %	24 %	27 %	33 %	25 %

Source : INSEE/ enquêtes Emploi / France métropolitaine, population des ménages, 15 ans et plus

Le recul de l'âge de la retraite conduit à une remontée très importante des 60 ans et + dans la population active : les effectifs de cette tranche d'âge, après avoir beaucoup baissé entre 1975 et 2000, retrouvent en 2015 pratiquement leur niveau de 1975.

⁴⁵ INSERM/INCA La vie deux ans après un diagnostic de cancer, deuxième enquête, juin 2014,

⁴⁶ Les parcours professionnels des personnes ayant une reconnaissance administrative de leur handicap, DARES Analyse, n°41, juin 2011

⁴⁷ Cf. Etude prévention de la désinsertion professionnelle du SIST VO IDF sur les salariés en inadéquation santé et travail en 2016.

Tableau 6 : Evolution des 60 ans et plus dans la population active entre 1975 et 2015

Effectifs en milliers	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2015	Evol. 1975 - 2015
60 ans et +	1 568	855	785	621	460	405	501	875	1 463	-7 %
Part des 60 ans et +	7 %	4 %	3 %	3 %	2 %	2 %	2 %	3 %	5 %	-26 %

Source : INSEE/ enquêtes Emploi / France métropolitaine, population des ménages, 15 ans et plus

La « seniorisation » de l'emploi devrait se poursuivre. Dans sa dernière publication relative à l'évolution de la structure de l'emploi en France, l'INSEE relève que « la participation croissante des seniors au marché du travail, ininterrompue malgré la crise de 2008, est liée aux réformes des retraites de la dernière décennie. Ainsi, l'âge légal de départ en retraite a reculé progressivement et la durée de cotisation pour partir en retraite à taux plein s'est allongée. La progression de l'activité des seniors se poursuit en 2015 (+ 1,1 point, après + 1,4 point en 2014), mais à un rythme moindre qu'en 2012 (+ 3,0 points). Ce ralentissement fait suite à l'assouplissement des conditions de départ en retraite anticipée pour carrière longue à partir de novembre 2012 et au rythme de relèvement de l'âge légal de départ en retraite »⁴⁸.

Une récente étude de la Dares⁴⁹ sur le temps partiel confirme l'impact de cette évolution sur la problématique de santé au travail : 23 % des salariés de 55 à 64 ans travaillent à temps partiel, contre 18 % des 30-54 ans. Alors que ces derniers invoquent plutôt des raisons familiales, les seniors y recourent plus souvent pour des raisons de santé, avec de fortes inégalités puisque les ouvriers ont 5,6 fois plus de chances que les cadres de déclarer être à temps partiel pour des raisons de santé.

2.3.2 Les situations de handicap chez les actifs occupés

On dispose depuis 2013, de données sur l'état de santé de l'INSEE et de la DARES basées sur les déclarations des actifs occupés, i.e. les actifs en emploi, salariés ou indépendants, soit les 25,5 M de personnes décrites supra⁵⁰.

Encadré 1 : Les questions du module H de l'enquête Emploi de l'INSEE

Un module de quatre questions sur la santé a été intégré à l'enquête Emploi depuis 2013. Les trois premières questions, qui interrogent sur la santé et le handicap perçus, correspondent au mini-module européen préconisé par Eurostat pour l'ensemble des enquêtes ménages. La première question vise à mesurer l'état de santé général des personnes. La deuxième évalue l'existence de problèmes de santé de longue durée ou chroniques. La troisième cherche à capter les limitations dans les activités quotidiennes (celles « que les gens font habituellement »). La quatrième porte sur la reconnaissance administrative du handicap, et permet de cerner plus spécifiquement la population ayant obtenu une telle reconnaissance administrative.

Source : DARES⁵¹.

⁴⁸ INSEE Première, n°1602, juin 2016. Ibid.

⁴⁹ DARES Analyses n°050, août 2017

⁵⁰ Un module Santé a été introduit dans l'Enquête emploi en continu à partir de l'année 2013. L'exploitation des données portant sur la France entière n'est possible qu'à partir de l'année 2014. L'exploitation en tendance porte donc sur le champ de la France métropolitaine pour permettre la comparaison à champ constant de 2013 à 2015.

⁵¹ Travailleurs handicapés : quel accès à l'emploi en 2015 ? DARES Analyse, mai 2017, n°32

Les données relatives à l'impact du handicap sur l'emploi sont significatives. **Près de 20 % des actifs déclarent un problème de santé chronique** ou une maladie soit 5 millions de personnes. Les actifs occupés bénéficiant d'une **reconnaissance administrative du handicap**⁵² **représentent un million de personnes, soit environ 4 % des actifs occupés.**

Tableau 7 : Estimation des effectifs des actifs occupés déclarant un état de santé altéré et/ou une reconnaissance du handicap en 2015 en France métropolitaine

Catégorie	Effectifs 2015 (%)	Tendance 2013-2015	
H1 Etat de santé mauvais ou très mauvais	0,74 M (3 %)	Baisse	5.5 %
H2 Maladie ou problème de santé chronique	5 M (19.6 %)	Baisse	3.4 %
H3 Fortement limité dans vie quotidienne	0,68 M (2.6 %)	Baisse	11.6 %
H4 Reconnaissance administrative handicap ou perte autonomie	1,08 M (4 %)	Hausse	4.7 %

Source : INSEE-DARES/Enquêtes Emploi- Réponses aux questions du module H. France métropolitaine

On note que la catégorie des actifs occupés avec reconnaissance administrative du handicap est la seule qui ait progressé entre 2013 et 2015.

Les questions relatives au module santé de l'enquête emploi rapportées dans le tableau *supra* sont indépendantes entre elles. La dernière isole les personnes ayant une reconnaissance administrative. Cette définition est restrictive. En effet, beaucoup d'actifs occupés, bien que fortement limités dans leur vie quotidienne et/ou déclarant un mauvais état de santé, n'ont pas demandé cette reconnaissance. Dans une approche s'inspirant de la définition large de la loi de 2005 qui tient compte de l'interaction entre l'individu et son environnement, la DARES a ajouté aux personnes déclarant être reconnues administrativement (personnes répondant OUI à la question H4), celles dont le handicap n'est pas reconnu administrativement mais qui déclarent un problème de santé durable (H2) accompagné de difficultés dans les tâches quotidiennes (H3). **Le nombre total de cette population considérée par la DARES comme « en situation de handicap au sens large » peut être estimé à 2,57 millions soit 10 % des actifs occupés.**

Tableau 8 : Estimation de la population 2015 déclarant une reconnaissance administrative du handicap ou considérées comme présentant un handicap « au sens large » de la loi de 2005

Effectifs 2015 en milliers	Total	actifs occupés	Chômeurs	Inactifs
population 15-64 ans	39,7	25,4	3,18	11,12
Déclaration d'une reconnaissance administrative d'un handicap ou d'une perte d'autonomie	2,67	0,93	0,21	1,52
Situation de handicap "au sens large" DARES	5,70	2,57	0,46	2,68

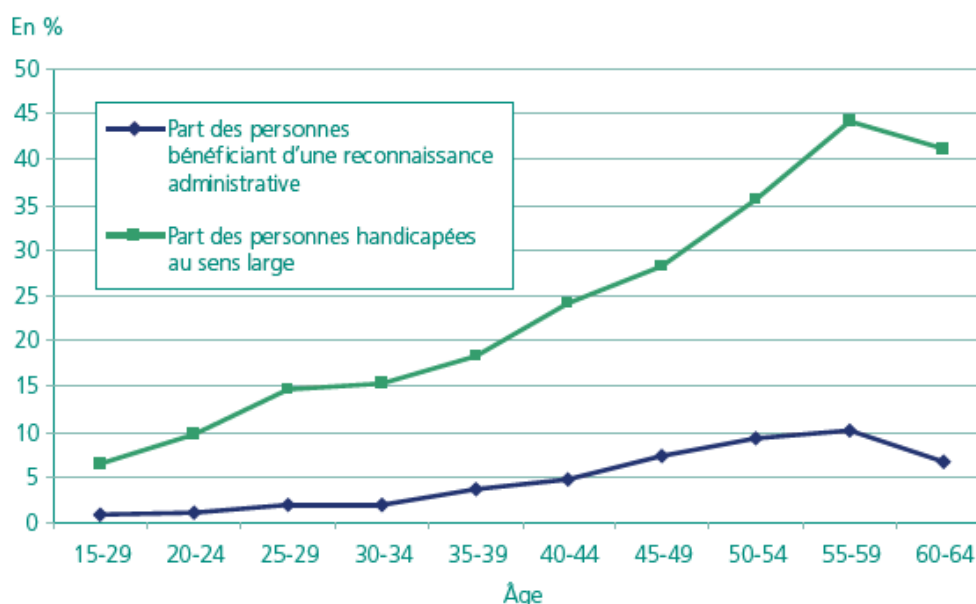
Source : INSEE/ DARES Enquête Emploi 2015, France métropolitaine/ Traitement IGAS

⁵² En 2011, 5 % de la population de 15 – 64 ans en emploi ou non déclarait bénéficier d'une reconnaissance administrative du handicap; les principales modalités de cette reconnaissance ouvrant droit à l'OETH étaient la RQTH (59%), la pension d'invalidité (39 %), la carte d'invalidité (39 %) et l'AAH (35%). 60 % des répondants disposent de plus d'une modalité de cette reconnaissance. Source : DARES Analyse, n°66, octobre 2013

En se basant sur leurs déclarations, chez les personnes en situation de handicap au sens administratif ou au contraire «au sens large», la prévalence de la population active occupée potentiellement concernée par un risque de désinsertion professionnelle peut donc être estimée respectivement entre 1 et 2,5 millions de personnes (soit entre 4 et 10 %). Appliqué aux seuls salariés, toujours sous hypothèse d'équivalence entre salariés et non-salariés, on obtient une fourchette entre 0,9 et 2,3 millions de salariés, dont 0,7 à 1,7 millions pour le secteur concurrentiel.

Il existe logiquement, comme pour la survenue des problèmes de santé, une relation étroite entre âge et fréquence du handicap.

Tableau 9 : Proportion des personnes handicapées par classe d'âge⁵³



Source : INSEE, Enquête complémentaire à l'enquête emploi de 2011, Traitement DARES

2.3.3 Les personnes présentant une maladie chronique évolutive

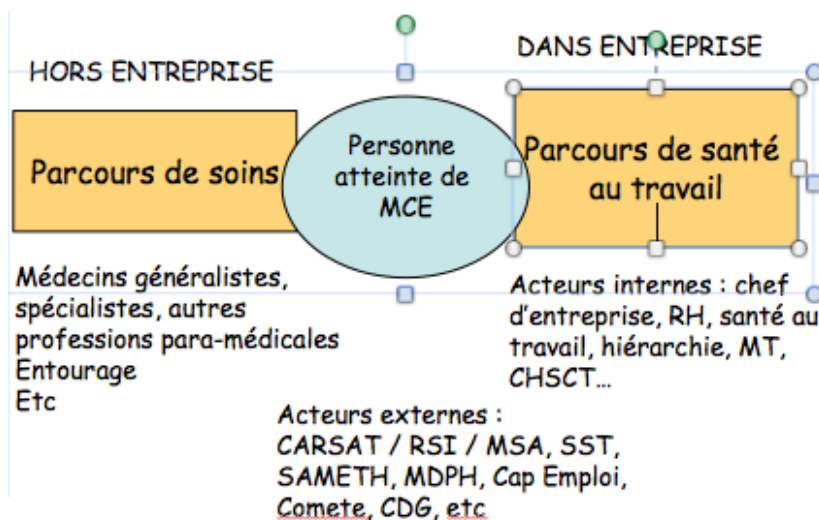
Le plan Maladies chroniques 2007-2011⁵⁴ définit les maladies chroniques évolutives (MCE) par la présence d'une cause organique, psychologique ou cognitive, une ancienneté de plusieurs mois et un retentissement de la maladie sur la vie quotidienne. Il y est fait état de 15 millions d'habitants présentant en 2007 une maladie chronique évolutive (22 % de la population).

Plusieurs caractéristiques rendent particulier l'accompagnement des salariés qui présentent une MCE : la chronicité, par définition, l'invisibilité de certaines de ces maladies (ex diabète), l'évolutivité et enfin l'imprévisibilité des évolutions, avec alternance entre phase aiguë et phase chronique. Ces caractéristiques nécessitent, pour la personne atteinte de maladie chronique évolutive, d'articuler deux parcours parallèles : dans le système de soins et dans le système professionnel, comme décrit dans le schéma suivant.

⁵³ Accès à l'emploi des personnes handicapées en 2011, DARES Analyse, n°066, Octobre 2013

⁵⁴ CNAMTS. Présentation La PDP : Une priorité inscrite dans les plans nationaux, Journée nationale du réseau - 4 juin 2015 « Agir ensemble pour le retour à l'emploi »

Schéma 5 : Parcours santé et travail des patients atteints de maladie chronique évolutive



Source : « Guide du maintien dans l'emploi dans le secteur privé » DIRECCTE Région Centre Val de Loire, février 2014.

La part des porteurs d'une maladie chronique évolutive en emploi n'est pas connue. On sait qu'un peu moins de la moitié de la population en affection de longue durée (ALD) du régime général est âgée de 20 à 64 ans (44 %) soit 4,4 millions de personnes, mais la part des salariés actifs occupés en ALD n'est pas connue. Dans le plan maladies chroniques il est estimé que 15 % des travailleurs français seraient concernés.

Les trois affections de longue durée les plus fréquentes sont, pour les salariés du régime général, le diabète (2,4 millions de personnes, 25 % des exonérations pour affection sur liste), les tumeurs malignes (2 millions, 21 %) et les affections psychiatriques de longue durée (1,2 million, 13 %). Parmi les personnes de 15 – 64 ans en âge de travailler, on relève la part prépondérante de l'ALD « affections psychiatriques » dont plus de la moitié des bénéficiaires a moins de 50 ans. La croissance des effectifs de bénéficiaires du dispositif des affections sur liste est estimée à +4,9 % par an entre 2005 et 2012, puis +2,7 % par an entre 2012 et 2014⁵⁵.

2.3.4 Focus sur le cancer, troubles mentaux et obésité

2.3.4.1 Les personnes présentant un cancer

Les pathologies cancéreuses ont fait l'objet d'une attention particulière avec les trois plans cancers qui se sont succédé de 2003 à ce jour⁵⁶. Le second plan a mis l'attention sur la nécessaire production de connaissances et individualisé une action spécifique sur le maintien en emploi⁵⁷.

⁵⁵ Les bénéficiaires du dispositif des affections de longue durée en 2014 et les évolutions depuis 2005, CNAMTS, points de Repères n°46, CNAMTS, juin 2016

⁵⁶ Plan cancer 2003-2007, 2009-2013 et 2014-2019

⁵⁷ ACTION 29.1 Étudier les moyens de lever les obstacles au maintien dans l'emploi ou à la réinsertion professionnelle des personnes atteintes de cancer et de leurs aidants naturels.

Mais ce thème s'est encore renforcé dans le plan 2014-2019 avec trois actions spécifiques anticipant celles développées dans le 3^{ème} plan santé au travail 2016-2020⁵⁸.

Le cancer est une pathologie de l'âge adulte avec 40 % des nouveaux cas survenant avant 65 ans. L'âge médian au diagnostic est de 68 ans chez les hommes et 67 ans chez les femmes. Les principaux cancers qui représentaient en 2008 les 2/3 des cancers survenant avant 65 ans étaient par ordre décroissant : le cancer du sein (femme), de la prostate (homme), de la thyroïde, du colon rectum, de la peau (femme), du poumon (homme), du corps et du col de l'utérus et du poumon (femme)⁵⁹ ; les taux de mortalité sont en baisse chez les hommes (-2,9 %) et les femmes (-1,4 %).

En 2015, on estime que 146 000 nouveaux cas de cancer sont survenus chez les personnes en emploi soit cinq nouveaux cas pour mille.

Tableau 10 : Incidence et prévalence des pathologies cancéreuses en France

	Prévalence	Incidence
Cancers toute population > 15 ans	* Prévalence totale de la population ayant eu un cancer au cours de sa vie ⁶⁰ : 3 millions soit 6,4 % de la population masculine de 15 ans et plus et 5,3 % de la population féminine * Prévalence partielle à 3 ans : 720 000 ⁶¹	385 000 nouveaux K/an (2015) dont 150 000 chez moins de 65 ans (40 %)
Dont en emploi lors du diagnostic de K	nd.	146 000 nouveaux cas/an soit 5 personnes pour mille personnes en emploi

Source : INVS- INCA/ INSERM/ Enquête VIKAN ²⁶²

2.3.4.2 Focus sur les troubles mentaux

On distingue traditionnellement le handicap psychique dont il sera ici question du handicap mental⁶³. Cinq des dix pathologies les plus préoccupantes de notre 21^{ème} siècle sont, selon l'OMS, des maladies mentales : schizophrénie, troubles bipolaires, addictions, dépression et troubles obsessionnels compulsifs. Ces troubles affecteront au moins une personne sur quatre dans sa vie, dont une part importante à l'âge adulte, chez des personnes en emploi ou en âge de travailler.

⁵⁸ Action 9.5 : Responsabiliser l'entreprise dans toutes ses composantes sur l'objectif de maintien dans l'emploi ou la réinsertion professionnelle / Action 9.6 : Progresser dans la coordination territoriale des différents acteurs qui interviennent pour le maintien dans l'emploi ou son accès./ Action 9.7 : Valoriser le travail réalisé sur le maintien dans l'emploi pour le faire connaître et le développer

⁵⁹ INVS/ Prévalence partielle à 1 an des cancers selon la classe d'âge, en 2008.

⁶⁰ Prévalence totale estime le nombre de personnes atteintes ou ayant été atteintes de cancer et vivantes à une date donnée, quelle que soit l'antériorité du diagnostic Source : INVS

⁶¹ La prévalence partielle estime le nombre de personnes atteintes ou ayant été atteintes d'une pathologie cancéreuse et vivantes à une date donnée dont le diagnostic a été réalisé au cours d'une période de temps limitée. Source : INVS/

⁶² INSERM/INCA La vie après le cancer. De l'annonce à 2 ans à l'après-cancer. Juin 2014

⁶³ Le premier est la conséquence de troubles psychiques limitant l'activité et la participation sociale et professionnelle. Il peut être associé à des troubles cognitifs, mais il n'implique pas de déficience intellectuelle. Le second est la conséquence d'une déficience intellectuelle, que l'OMS définit comme « un arrêt du développement mental ou un développement mental incomplet ».

En France, la prise en charge des pathologies psychiatriques⁶⁴ et des médicaments psychotropes⁶⁵ a représenté le premier poste de dépenses par pathologie du régime général en 2014 (22,6 milliards d'euros, soit 15 % des dépenses totales)⁶⁶. Cette même année, le principal poste de dépenses d'IJ maladie ou ATMP concernait la santé mentale⁶⁷. Ces pathologies sont de plus la première cause d'arrêts de travail de longue durée, dont on sait qu'ils contribuent fortement à la désinsertion professionnelle.

12 % des femmes et 6 % des hommes âgés de 30 à 55 ans qui travaillent déclarent souffrir d'au moins un trouble mental⁶⁸. Dans l'enquête longitudinale 2006-2010 Santé et itinéraires professionnels (SIP), 86 % des femmes et 82 % des hommes porteurs de ces troubles en 2006 avaient conservé une activité professionnelle en 2010, contre respectivement 92 % et 93 % des personnes n'en déclarant pas, soit un écart de respectivement six et neuf points de pourcentage. Pour les hommes, le fait de déclarer souffrir d'un trouble mental en 2006 a été spécifiquement associé à une diminution du maintien en emploi quatre ans plus tard ; concernant les femmes, aucune relation statistique significative de ce type n'a été identifiée, après prise en compte de leur santé générale⁶⁹.

2.3.4.3 Les personnes obèses

L'arrêt de la cour de Justice européenne conduit à ouvrir la reconnaissance du handicap à davantage de situations d'obésité. L'état d'obésité est défini par l'OMS par un indice de masse corporelle supérieur à 30kg/m². Cette situation varie en France, d'après les dernières évaluations dans la population adulte de 30 à 59 ans, de 10 % (tranche des 30-39 ans) à 19,2 % (tranche des 50-59ans) de la population en 2013⁷⁰.

Il existe de nombreuses études relatives à l'impact de l'obésité sur le statut professionnel, tant françaises qu'étrangères. Une récente publication française sur ce sujet exploite les données des deux vagues de l'enquête Santé et itinéraire professionnel, qui ont eu lieu en 2006-2007 et en 2010⁷¹. Sur l'échantillon d'étude, 12,4 % des femmes de 24 à 59 ans en 2010 sont obèses pour 11,1 % des hommes. L'étude confirme que l'obésité est un frein pour l'accès à l'emploi chez les femmes : en moyenne, les hommes obèses ont aussi souvent un emploi que les hommes non obèses ; en revanche, **les femmes obèses ont un taux d'emploi de près de 10 points inférieur à celui des femmes non obèses** (71 % contre 81 % en 2010). Enfin, les salariés obèses reçoivent en moyenne un salaire horaire de 6 à 9 % inférieur à celui des salariés non obèses.

⁶⁴ Groupe comprenant les troubles psychotiques (dont la schizophrénie), les troubles névrotiques et de l'humeur (dont les troubles bipolaires et la dépression), la déficience mentale, les troubles addictifs, les troubles psychiatriques débutant dans l'enfance et l'ensemble des autres troubles psychiatriques (de la personnalité ou du comportement).

⁶⁵ Personnes prenant régulièrement des traitements antidépresseurs et régulateurs de l'humeur, des neuroleptiques, des anxiolytiques et ou hypnotiques (hors patients ayant déjà une pathologie psychiatrique décrits *supra*)

⁶⁶ CNAM. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses 7 juillet 2016 Propositions de l'Assurance Maladie pour 2017. Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie au titre de 2017 (loi du 13 août 2004). 02/07/2016

⁶⁷ Thierry BERT, Carole LEPINE, David KNECHT et Camille FREPPEL. Revue de dépenses. Les dépenses d'indemnités journalières. IGAS 2017-006R /IGF 2017-M-009, juillet 2017 ; Annexe 4.

⁶⁸ Thomas BARNAY et Éric DEFEBVRE, « Troubles mentaux : quelles conséquences sur le maintien dans l'emploi ? », Études et Résultats, n°885, DREES, Juillet 2014.

⁶⁹ Thomas BARNAY et Éric DEFEBVRE, L'influence de la santé mentale déclarée sur le maintien en emploi, ÉCONOMIE ET STATISTIQUE N° 486-487, 2016 45

⁷⁰ Joane Matta et al. Prévalence du surpoids, de l'obésité et des facteurs de risque cardio-métaboliques dans la cohorte Constances, BEH, 35-36, 25 octobre 2016, 640-645

⁷¹ Élise COUDIN et Arthur SOULETIE, Obésité et marché du travail : les impacts de la corpulence sur l'emploi et le salaire, INSEE, Économie et Statistique n° 486-487, juillet 2016

2.4 Approche par les prestations médico-administratives

2.4.1 Les salariés en arrêt de travail

On dispose de sources de données sur l'absentéisme des salariés pour raison de santé et sur les arrêts de travail longs, de plus de 90 jours.

2.4.1.1 L'absentéisme pour raison de santé

On peut s'intéresser, comme le font les sociétés de conseil en matière de GRH ou les assureurs complémentaires, aux évolutions et aux motifs des arrêts de travail pour maladie.

La société Rehalto associée à l'institut de sondage BVA réalise depuis 2014 une enquête annuelle sur les arrêts de travail en France dans les entreprises de plus de 50 salariés : **« En 2016, 40 % des salariés ont été arrêtés au moins une fois dans l'année, sur 14,2 jours en moyenne. Le taux moyen d'absentéisme de 3,9 % masque des fortes divergences : les taux d'absentéisme des salariés seniors (5,7 %), des ouvriers (5,8 %) et des salariés travaillant dans le secteur des transports (6,3 %) sont les plus élevés. A l'inverse les taux d'absentéisme des moins de 30 ans (2,7 %) et des cadres (1,6 %) sont les plus faibles. Les arrêts sont principalement courts : 39 % d'arrêts de 1 à 3 jours et 25 % d'arrêts de 4 jours à 1 semaine. A l'inverse 29 % des arrêts ont une durée d'une semaine à 3 mois et 7 % sont des arrêts longs (supérieur à 3 mois). ...Cette étude met également en évidence une pratique qui va à l'inverse des idées reçues : face à une difficulté nécessitant un arrêt maladie, 41 % des salariés ne posent pas d'arrêts : 31 % se rendent à leur travail et 10 % préfèrent poser un congé (CP ou RTT)....Seuls 43 % des DRH indiquent que leur entreprise a mis en place des actions de prévention pour faire face aux arrêts de travail, actions qui restent essentiellement d'ordre réglementaire »**⁷².

Ces résultats rejoignent ceux de l'enquête annuelle conduite également depuis 2011 par le groupe Mederic-Malakoff auprès de 44 500 entreprises qu'il assure, représentant 3 millions de salariés⁷³ :

- **32,6 % des salariés sont absents au moins une fois dans l'année** pour une durée de 35 jours en moyenne par salarié absent. Chaque salarié s'arrête 0,63 fois par an, chiffre stable depuis 4 ans et pour une durée de 11,4 jours ;
- Les durées d'arrêt sont courtes, comprises entre 1 et 3 jours pour 41 % des arrêts, 27 % entre 4 et 9 jours, 19 % entre 10 et 30 jours et 13 % supérieures à 30 jours ;
- Il existe des disparités sur ces durées liées au genre (les femmes sont plus concernées que les hommes), à l'âge (28,2 jours pour les salariés de plus de 50 ans vs 11 jours pour les moins de 30 ans) et au secteur professionnel (**le secteur de la santé est le plus concerné avec 37,2 % de salariés absents dans l'année**).

De nombreux déterminants de la durée et fréquence des arrêts sont avancés :

- **L'état de santé** : (Les salariés qui souffrent d'un handicap ou déclarent une maladie chronique sont 50 % plus nombreux à être absents que la moyenne des salariés) et l'hygiène de vie (la mauvaise qualité du sommeil augmente de 30 % le taux d'absentéisme) ;

⁷² 3ème enquête BVA-REHALTO sur les arrêts de travail, 15 juin 2017

⁷³ L'absentéisme maladie des salariés du secteur privé. Etude Malakoff Médéric 2015. 4ème édition. Données DADS 2014.

- La **situation d'aidant familial notamment pour les arrêts courts** : Le taux d'absences non prévues de cette population est 40 % supérieur à celui des salariés n'ayant pas de personne à charge ; les aidants familiaux représentent près de 24 % des arrêts non prévus de courte durée (de 3 à 5 jours).
- **Les conditions de travail** : un salarié ayant connu une restructuration ou une réorganisation de son service ou métier dans l'année est davantage absent qu'un salarié qui n'a connu aucun de ces événements (+20 %) ; un salarié reconnu par sa hiérarchie, qui bénéficie d'autonomie dans son travail et qui peut développer ses compétences professionnelles sera moins arrêté au cours de l'année (taux inférieur de 10 %).

« Outre les conséquences humaines, d'organisation, de qualité de service, de relation clients, d'image ou de climat social, **l'impact financier** des arrêts de travail est important pour les entreprises : **en 2014, ils représentaient l'équivalent de 42 emplois à temps plein (ETP) dans une entreprise de 1 000 salariés** ».

2.4.1.2 Les arrêts de travail de plus de 90 jours

En 2016, le régime général a indemnisé 4,8 millions de salariés pour des durées qui, pour **15 % des bénéficiaires, ont été supérieurs à 90 jours**. Ces indemnisations couvrent, d'une part, les arrêts de travail pour maladie ou ATMP, et d'autre part, les temps partiels thérapeutiques, dont la charge est partagée entre l'employeur et le régime d'assurance maladie.

Tableau 11 : Répartition par tranche mensuelle des salariés ayant perçu des indemnités journalières en 2016

Nombre de jours indemnisés 2016	Effectifs bénéficiaires	%
1 à 30 jours	3 242 996	67 %
31 à 60	613 149	13 %
61 à 90	286 740	6 %
91 à 120	181 104	4 %
121 à 150	113 421	2 %
151 à 180	82 240	2 %
181 à 210	60 726	1 %
211 à 240	45 400	1 %
241 à 270	41 446	1 %
271 à 300	34 620	1 %
301 à 330	31 385	1 %
331 à 366	134 363	3 %
Ensemble	4 867 590	100 %

Source : CNAM, Champ : régime général - France entière ; bénéficiaires d'arrêt maladie ayant eu au moins un jour indemnisé.

2.4.2 Les bénéficiaires d'un revenu de remplacement au titre d'une incapacité ou une invalidité

Il existe plusieurs grands dispositifs fournissant des revenus de remplacement ou d'indemnisation d'une incapacité, professionnelle ou pas. L'annexe du programme qualité efficience « Dépendance » du PLFSS 2017 en détaille les principaux effectifs :

- « L'allocation aux adultes handicapés (AAH) est une aide financière qui, sous conditions de ressources, permet d'assurer un revenu minimum aux adultes de 20 ans et plus présentant un taux d'incapacité d'au moins 50 %. En 2015, plus d'un million d'allocataires de l'AAH ont été dénombrés.
- Lorsque, suite à accident ou une maladie d'origine non professionnelle, la capacité de travail est réduite d'au moins deux tiers, les adultes de 20 ans et plus qui ont déjà cotisé à la sécurité sociale, peuvent bénéficier d'une **pension d'invalidité** dont le montant dépend du salaire antérieur, du degré d'incapacité et de la possibilité de retrouver un emploi équivalent. Si l'invalidité est d'origine professionnelle, les individus peuvent se voir octroyer une **rente d'indemnisation** en cas d'incapacité permanente. En 2015, près de 950 000 personnes ont reçu une pension d'invalidité et près de 1,3 million une rente AT-MP.
- Au moment du passage à la retraite, les invalides, les bénéficiaires d'une rente AT-MP ou de l'AAH, voient leur allocation convertie en **pension à destination des ex-invalides ou en pension d'invalidité**. Ils ont ainsi représenté respectivement près de 1,5 million et 800 000 bénéficiaires en tous régimes en 2015. Près de 18 000 personnes ont en outre bénéficié du dispositif dérogatoire de retraite anticipée pour les personnes handicapées (RATH) en 2015. »⁷⁴

Tableau 12 : Effectifs des bénéficiaires des différents types d'aide en matière d'invalidité/dépendance

Allocation aux adultes handicapés (AAH)	1 062 000
Pensionnés d'invalidité (<60 ans)	952 000
Rente d'indemnisation d'incapacité permanente (rente AT-MP)	1 286 000
Pensions des ex-invalides	1 471 000
Pensions au titre de l'invalidité	802 000
Retraite anticipée des assurés handicapés	18 000

Source : Extrait du programme qualité efficience « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA » du PLFSS 2017. Sources : CNAF pour l'AAH ; CNAMTS pour les rentes d'incapacité permanente ; CNAV et autres régimes de retraites pour les pensions des ex-invalides et les pensions d'invalidité et la retraite anticipée ; estimation à partir des données DREES pour les pensions d'invalidité.

Ces données concernent toute la population, active ou pas. On ne dispose pas sauf via des enquêtes ponctuelles de données de prévalence consolidées concernant les populations en âge de travailler, et en emploi, bénéficiant d'une ou plusieurs de ces aides financières, détaillant les principaux facteurs de risque de désinsertion professionnelle. Il existe par contre des données distinctes, par type d'aide, dont les principaux éléments figurent ci-dessous.

⁷⁴ Programme qualité efficience « Invalidité et dispositifs gérés par la CNSA » du PLFSS 2017

2.4.2.1 Les bénéficiaires d'une rente au titre des ATMP

L'immense majorité des accidents de travail ou de trajet ne donne lieu à aucune notification d'incapacité permanente. Par contre, c'est le cas d'une maladie professionnelle sur deux.

Tableau 13 : Proportion d'incapacités permanentes notifiées sur le nombre d'ATMP du régime général en 2016

	Accidents de travail	Accidents de trajet	Maladies professionnelles*
Part des IP notifiées	5,8 %	8,1 %	50,1 %

Source : CNAMTS (statistiques nationales technologiques AT-MP) – 2016, traitement IGAS

Les incapacités permanentes de plus de 10 % donnent lieu au versement d'une rente viagère, celles de moins de 10 % à une indemnisation en capital. S'agissant des premières, les plus sévères, la distribution selon le seuil de l'IP est détaillée dans le tableau suivant :

Tableau 14 : Distribution des IP de plus de 10 % selon le sinistre dans le régime ATMP en 2015

Taux d'IP (%)	Accidents du travail	Accidents de trajet	Maladies professionnelles
10 à 19 %	71 %	63 %	64 %
20 à 49 %	26 %	29 %	21 %
50 à 66 %	1 %	3 %	1 %
sup. à 66 %	2 %	4 %	14 %
Total	100 %	100 %	100 %

Source : CNAMTS (statistiques nationales technologiques AT-MP) - 2016. bases nationales SGE TAPR - extraction des IP en attribution initiale. 9 comités techniques nationaux pour le risque AT / tous secteurs confondus risques accident de trajet et maladie professionnelle

Les bases de données de la branche ATMP ne comportent pas d'information sur le statut en emploi des titulaires d'une rente. On dispose toutefois des données déclaratives du volet *ad hoc* de l'enquête emploi 2011, dans lequel 370 000 personnes déclaraient une reconnaissance administrative pour accident du travail ou maladie professionnelle, dont **47 % se déclaraient en emploi (174 000 salariés)**, 9 % au chômage et 44 % inactives.

2.4.2.2 Les bénéficiaires d'une pension d'invalidité

Les personnes victimes d'un accident ou d'une maladie non professionnelle entrent, sous certaines conditions, dans le champ du handicap reconnu administrativement lorsque leur capacité de travail est réduite d'au moins deux tiers. Selon les conséquences du handicap sur les activités professionnelles et sociales de la personne, une catégorie de pension d'invalidité est attribuée :

- catégorie 1 : si la personne est capable d'exercer une activité professionnelle rémunérée ;
- catégorie 2 : si la personne est dans l'incapacité d'exercer une activité professionnelle ; malgré cette définition, le salarié peut éventuellement travailler de façon réduite (cf. *infra*) ;
- catégorie 3 : si la personne est dans l'incapacité d'exercer une activité professionnelle et a recours à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes de la vie courante.

**Tableau 15 : Evolution des effectifs de bénéficiaires de pensions d'invalidité,
sur la période 2005-2015**

	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	TCAM	2005-2015
MSA	40 502	36 824	38 115	39 345	39 566	39 455	40 590	0,0 %	0,2 %
Fonctionnaires	264 088	281 220	282 689	279 195	275 319	274 639	274 256	0,4 %	3,9 %
Autres*	9 270	8 572	8 592	8 531	12 206	12 413	12 155	2,7 %	31,1 %
Régime général	502 651	541 266	549 300	580 134	586 000	605 400	625 442	2,2 %	24,4 %
Tous régimes	816 511	867 882	878 696	907 205	913 091	931 907	952 443	1,6 %	16,6 %

Source : CCSS septembre 2016, CNAMTS, DREES (estimation DSS)

Près d'un million de pensions d'invalidité ont été servies en 2015. Ce nombre est croissant : il a augmenté de 16,6 % sur la période 2005-2015 et de 1,6 % en moyenne annuelle tous régimes confondus.

En 2014, environ 605 400 pensions d'invalidité étaient en cours dans le régime général. Les pensions de catégorie 2 représentaient 73 % des pensions en cours, contre 24 % pour les catégories 1 et 2 % pour les catégories 3⁷⁵. On ne peut pas déduire directement la proportion de titulaires d'une pension d'invalidité actifs (en emploi ou en recherche d'emploi). La zone grise est en effet celle des titulaires d'une pension de catégorie 2, les plus nombreux, qui peuvent conserver une activité. On rappelle que les titulaires d'une pension d'invalidité cessent d'en bénéficier lorsqu'ils demandent la liquidation de leur retraite ou lorsqu'ils atteignent 67 ans, soit l'âge où ils obtiennent une retraite à taux plein. Avant cette échéance, les titulaires peuvent cumuler pension d'invalidité et revenus d'activité professionnelle.

On dispose, ici aussi, des données déclaratives du volet *ad hoc* de l'enquête emploi 2011 dans lequel, sur les 770 000 personnes qui y déclaraient une reconnaissance administrative pour pension d'invalidité, **27 % se déclaraient en emploi (100 000 salariés)**, 7 % au chômage (soit un taux de chômage de 20 %) et 66 % inactives⁷⁶.

2.4.2.3 Les bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé (AAH)

En 2015, 1 062 000 personnes percevaient une AAH. Dans 40 % des situations il s'agissait de l'AAH 1, soit avec un taux de reconnaissance du handicap compris entre 50 et 79 %, et dans 60 % des situations, d'une AAH 2 correspondant à un taux supérieur à 80 %⁷⁷.

Il est possible sous certaines conditions, de cumuler revenus professionnels et AAH. On rappelle que l'AAH est un minima social versé au titre de la solidarité. Le droit à l'allocation n'est ouvert que lorsque la personne handicapée ne peut prétendre à un avantage de vieillesse, d'invalidité ou une rente d'accident du travail d'un montant au moins égal à celui de l'AAH. Elle est versée principalement aux personnes de 20 ans ou plus jusqu'à l'âge légal de la retraite⁷⁸.

⁷⁵ DARES, Synthèse Stat n°17, novembre 2015 *op.cit.*

⁷⁶ DARES, L'accès à l'emploi des personnes handicapées en 2011, DARES analyse n°2013- 66, octobre 2013 ; champ des 15-64 ans vivant en ménages ordinaires en France métropolitaine, en 2011

⁷⁷ Minima sociaux et prestations sociales, Fiche n°15, DREES, édition 2016

⁷⁸ En cas d'incapacité d'au moins 80 %, le bénéficiaire peut percevoir l'AAH au-delà de l'âge minimum légal de départ à la retraite en complément d'un avantage vieillesse.

Une partie de la population bénéficiaire de l'AAH, bien que faible, est donc en emploi. En 2012, **20 % des allocataires de l'AAH étaient des actifs en activité professionnelle**, 7 % des actifs au chômage et 73 % des inactifs. Le taux d'inactivité est particulièrement élevé pour les 50 – 64 ans⁷⁹.

2.5 Approche par l'inaptitude et les restrictions d'aptitude

2.5.1 Les salariés identifiés par leur employeur ou par les services de santé au travail comme présentant un risque de désinsertion professionnelle

2.5.1.1 Les estimations des employeurs

Par construction, on ne dispose que de données partielles sur ce sujet, mais celles-ci témoignent de l'attention portée par certaines entreprises à ces sujets.

La Ville de Paris, dans le cadre d'un plan d'action relatif à la reconversion pour raisons de santé a rappelé les principaux ordres de grandeur en juin 2017.

Tableau 16 : Prévalence pour les agents gérés par la DRH de la Ville de Paris des situations de risque de désinsertion professionnelle en 2016

Collectivité	Prévalence des agents avec aménagement de poste en 2016	Incidence agents déclarés inaptes en 2016	Effectifs au 31/12/2016
Ville de Paris	12,7 %	0,9 %	55000
Direction de la famille et de la petite enfance	10,5 %	1,9 %	8000
Agents de sécurité publique	10,0 %	4,3 %	2000

Source : DRH Ville de Paris/Présentation devant le CHSCT du 13 juin 2017 ; Traitement IGAS.

Lors de ses déplacements, la mission a pu disposer d'ordre de grandeur établis par certains employeurs.

- Dans une entreprise normande de production de produits alimentaires transformés, l'essentiel des salariés travaillent sur des chaînes de production, postes tenus à 80 % par des femmes. Le risque professionnel est concentré : après 45 ans, sur le travail de nuit et sur les postes d'assemblage avec des gestes répétitifs, avec un fort potentiel d'arrêts de travail plus ou moins longs pour des interventions (type syndrome du canal carpien) ou des TMS de l'épaule (type pathologie de la coiffe des rotateurs) : **10 % des 430 salariés, bénéficient d'aménagements de poste** ; 2 % des salariés sont considérés comme à risque de désinsertion professionnelle. Ex : un salarié porteur d'un parkinson actuellement en arrêt de travail dont on sait qu'il faudra faire évoluer le poste. Sujet non encore discuté avec le médecin du travail ni « connu administrativement » hors de l'entreprise. L'incidence annuelle de ce risque est de l'ordre de 1,5 % des salariés.
- Dans un des cinq sites d'une entreprise de Nouvelle Aquitaine de transformation alimentaire de 850 salariés, 20 % des salariés présentent une maladie chronique⁸⁰ et 10 à 15 % sont repérés par l'entreprise comme à risque de désinsertion professionnelle d'après sa DRH.

⁷⁹ La situation professionnelle des bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés, DARES Analyses, n°36, mai 2015

⁸⁰ ANACT/ARACT Travail & changement N° 360 • juillet/août/septembre 2015

2.5.1.2 Le risque de désinsertion professionnelle en cas de déclaration d'inaptitude

Les services de santé au travail et leurs associations professionnelles conduisent de manière régulière des études sur l'état de santé des salariés et l'activité de leurs services. Parmi celles-ci, de nombreuses études régionales sur le processus conduisant à un avis d'inaptitude et le devenir des salariés ont été réalisées. Ces travaux sur l'inaptitude ont été repris dans plusieurs rapports et notamment celui du groupe de travail « Aptitude et médecine du travail »⁸¹. On rappellera ici une synthèse de ces études publiées dans ce rapport.

Tableau 17 : Tableau récapitulatif des enquêtes relatives aux inaptitudes avec les dénominateurs communs des indicateurs recensés.

	Etude Auvergne n= 1272	Etude NPDC n= 3112 avis	Haute Normandie n= 369 suivis	Bretagne n= 817 avis	AMETRA Montpellier N=259	CMIE n= 495	YST N=464	CIAMT N= 510
Origine des avis d'inaptitude = TMS/RPS	90 %	74 %	88 %	70 %	84,2 %	65 %	68 %	73 %
Origine professionnelle des inaptitudes	31 %	30 %	NR	75 %	21 %	26 %	NR	28 %
Niveau de qualification des salariés inaptes	80 % < Bac	75 % < Bac	90 % < Bac	90 % < Bac	60 % < Bac	NR	NR	NR
Avis d'inaptitude après arrêt de travail	86,6 %	95 %	NR	« Le plus souvent »	82 % VPR	NR	NR	NR
Action de maintien en emploi en amont de l'inaptitude	57 %	22 %	NR	38 %	82 % VPR	NR	36 %	NR
RQTH AVANT/au moment de l'avis d'inaptitude	31 %	51 %	44 %	27 %	44 %	NR	NR	NR
Invalidité au moment de l'avis	40 %	30 % inval 2	NR	27 % en inval 2 (6 % en inval 1)	26 %	NR	NR	NR
Retraite au moment de l'inaptitude	NR	3 %	NC	NC	NC	6,3 %	3,6 %	4,5 %
Maintien en entreprise du salarié au moment de l'inaptitude (= reclassement)	NR Mais 72 % des salariés n'ont reçu aucune proposition de reclassement	6 % maintenus dans l'entreprise	1,6 % reclassés	3 % à 1 an	5 %	4 %	7,7 %	13 %

Source : *Aptitude et médecine du travail*, IGAS n°2014-142, Mai 2015

Certaines de ces études régionales ont comporté également un volet de suivi sur une durée variable. Le rapport précité en fait la synthèse dans le tableau suivant.

⁸¹ Michel ISSINDOU, Christian PLOTON, Sophie FANTONI-QUINTON, Anne Carole BENSADON et Hervé GOSSELIN, IGAS n°2014-142, Mai 2015

Tableau 18 : Devenir des salariés en inaptitude

	Haute Normandie (n= 369 à 12 mois)	Bretagne (n= 104 suivis entre 12 et 18 mois)	CMIE N= 495	YST N= 464	CIAMT N = 510
Maintien en emploi : Dans l'entreprise Hors entreprise	Total = 18 % Pas de détail	Total = 24 % -n= 3 (2,88 %) -n= 22	10,5 % 7,5 %	7,7 % 10,7 %	13 % 10,7 %
Sans emploi (formation/congés maladie/recherche d'emploi/invalidité/ dispense de recherche d'emploi notamment pour retraite)	Total = 82 % avec Demandeur d'emploi = 43 %(/369) Inactivité en lien avec un pb de santé = 27 % Formation = 7 % Inactivité = 5 %	76 % ⁸² et n= 14 /104 soit 13,5 % dispensés de recherche d'emploi)	82 %	73 %	69,2 %

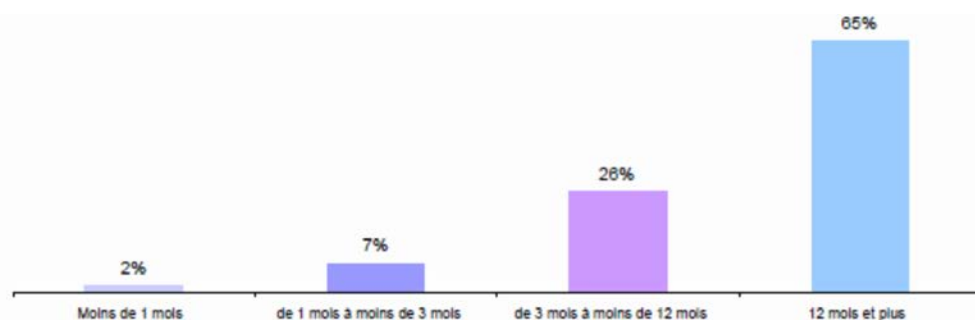
Source : Aptitude et médecine du travail, IGAS n°2014-142, Mai 2015

Les études régionales conduites et publiées depuis 2015, date de ce précédent rapport, aboutissent globalement aux mêmes conclusions que l'on peut rassembler comme suit :

- Les pathologies les plus pourvoyeuses sont les pathologies ostéo-articulaires (dont TMS) et les troubles mentaux et du comportement (dont la souffrance au travail) qui représentent 75 % des pathologies, loin devant les maladies cardio-vasculaires et neurologiques (environ 10 %) ;
- Elles sont rapportées pour les deux tiers d'entre elles à une origine non professionnelle.
- Les troubles ostéo-articulaires prédominent dans les secteurs de la construction et de l'industrie, les troubles mentaux dans ceux du commerce et des services ;
- Les salariés les plus concernés sont globalement moins qualifiés, plus âgés et proviennent plus souvent de petites entreprises ;
- Il existe des recouvrements importants entre licenciement pour inaptitude et d'autres statuts comme celui de bénéficiaire ou en attente de RQTH (entre 30 et 50 % des personnes recevant un avis d'inaptitude) et bénéficiaire d'une pension d'invalidité (estimé entre 26 et 40 % des personnes) ;
- **Le taux de maintien en emploi au moment de l'inaptitude est très faible (entre 1,6 et 13 %) et ne dépasse pas, à 18 mois, plus du quart de salariés ayant reçu un avis d'inaptitude ;** le maintien dans l'entreprise est favorisé par un âge plus jeune, un employeur ayant déjà reclassé des salariés inaptes et une motivation du salarié à rester dans l'entreprise ;
- **L'avis d'inaptitude est le point d'aboutissement d'un processus souvent long de maintien en emploi du salarié, après la mise en œuvre de mesures d'adaptation du poste de travail ou de reclassement dans l'entreprise et souvent une succession d'arrêts de travail longs.** Le tableau suivant, issu d'une enquête régionale conduite en Haute Normandie, illustre ce dernier point.

⁸² Dont 50% disent ne pas rechercher d'emploi

Tableau 19 : Répartition des salariés mis en inaptitude selon la durée de leur arrêt de travail



Source : *Les Inaptitudes médicales et leurs conséquences pour les salariés. Résultats de l'enquête « CASIM » 2009*

L'incidence de l'inaptitude dans la population des salariés est mal appréciée. L'information n'est pas disponible au niveau national. Dans une étude récente conduite dans les Hauts de France, l'incidence de l'inaptitude est estimée entre 430 et 770 pour 100 000 salariés en 2014 parmi les salariés suivis par des services de santé au travail volontaires ayant contribué à l'enquête⁸³.

Dans une évolution qui tend à privilégier la mise en œuvre des mesures de prévention précoce, il apparaît paradoxal que l'on se soit intéressé autant à l'inaptitude et que le nombre d'études sur les restrictions d'aptitudes et leur suites soit quant à lui aussi limité.

2.5.1.3 Les salariés en restriction d'aptitude : des données très parcellaires

Dans une approche préventive, les services de santé au travail sont en effet amenés à prononcer des restrictions d'aptitude et à demander des aménagements de postes. On rappelle qu'une restriction s'entend pour un salarié dans un poste donné, un même salarié pouvant faire l'objet d'une ou plusieurs restrictions successives dans son parcours professionnel, sur le même poste ou sur des postes différents. Il n'existe pas de système d'information permettant de consolider l'ensemble des restrictions d'aptitudes / aménagements de postes prescrits par les services de santé au travail en France (cf. annexe 3). Les chiffres sur lesquels s'appuie la DGT sont à la fois anciens et approximatifs. En outre il s'agit de données d'activité, de flux, et non de prévalence. La proportion de salariés bénéficiant dans leur poste actuel d'une ou plusieurs mesures de maintien dans l'emploi n'est pas mesurée par les services de santé au travail :

- en 2009, **5 % des salariés examinés par les médecins du travail auraient fait l'objet d'avis de restrictions/aménagements de poste**⁸⁴ ;
- L'extrapolation à la France métropolitaine des analyses consolidant les rapports d'activité médicale des services de santé au travail remontés de 14 régions pour l'année 2012 conduit à estimer que près de 840 000 avis de restrictions d'aptitude et/ou préconisations d'aménagement de poste ont été établis en 2012⁸⁵.

⁸³ Gérard ARASZKIERWIRZ et Mireille SURQUIN, Suivi d'indicateurs collectifs sur les inaptitudes médicales en Nord Pas de Calais et en Picardie, Présentation lors de Matinée Marcel Marchand du 8 décembre 2015 à Saint Quentin services de santé au travail / Institut de santé au travail du Nord de la France

⁸⁴ Chiffres clefs : l'emploi des travailleurs handicapés. Document de travail DGEFP. 2014

⁸⁵ Hors le secteur agricole, couvert par les médecins du travail de la MSA

Tableau 20 : Estimation du nombre d'avis de restrictions d'aptitude avec ou sans aménagement de poste en 2012

Nature de l'avis	Données Rapport d'activité des services de santé au travail Quatorze régions	Ordre de grandeur France métropolitaine
Apte	5 795 619	8 384 956
Apte avec restriction ou aménagement + ou inapte temporaire	579 988	839 112
Inapte	1 10 835	160 353
Totaux	6 486 442	9 384 421

Source : DGT Consolidation 14 régions⁸⁶ / Extrapolation aux 21 régions métropolitaines IGAS

Si l'on rapporte ce chiffre aux quelques 16,1 millions de salariés non agricoles du secteur privé en 2012⁸⁷, **le taux d'avis d'aptitude avec restriction ou aménagement serait ainsi un peu supérieur à 5 %**, chiffre du même ordre que celui estimé par la DGT pour l'année 2009.

Il n'existe plus de données nationales consolidées publiées sur sujet depuis 2012.

Plusieurs études locales récentes ont tenté d'estimer la fréquence des salariés concernés par un problème de santé au travail une année donnée parmi la population suivie et se sont par ailleurs intéressées à leur devenir.

➤ **Les études annuelles de la fédération régionale des services de santé au travail interentreprises d'Ile de France depuis 2009**

La fédération régionale des services de santé au travail interentreprises d'Ile de France rassemble 15 services qui suivent 1,3 millions de salariés employés dans plus de 100 000 entreprises, principalement des emplois dans le secteur tertiaire. Elle conduit chaque année depuis 2009 une étude visant à identifier les salariés en « inadéquation santé travail » et leur devenir⁸⁸. Ces salariés sont ceux rencontrés lors de l'activité courante de médecins volontaires (50 % de médecins du travail participant en 2016 dans 8 des 15 services et couvrant 329 902 salariés). Cette méthodologie n'assure pas la garantie d'un échantillon représentatif, mais permet d'obtenir des ordres de grandeur.

4,88 % des salariés suivis ont été inclus car ayant présenté en 2016 un ou plusieurs problèmes de santé et fait l'objet d'un certificat autre que « apte »⁸⁹. Cette proportion était plutôt de 3 % entre 2009 et 2013.

En 2016, les 2/3 avaient 50 ans et plus. Les principaux problèmes de santé identifiés sont les maladies des appareils moteur et locomoteur (57 %), les autres maladies chroniques invalidantes (21 %), les maladies psychiques (19 %) et les déficits sensoriels (2 %). L'origine professionnelle de la pathologie concernait 19 % des salariés inclus (15 % AT et 4 % MP). Le devenir de ces salariés

⁸⁶ Alsace, Aquitaine, Bourgogne, Bretagne, Ile de France, Limousin, Lorraine, Martinique, Midi-Pyrénées, Basse-Normandie, Nord Pas de Calais, Pays de la Loire, Picardie, Poitou-Charentes

⁸⁷ Base de calcul : 17,8 millions de salariés du secteur privé en 2012 selon l'enquête emploi – environ 1,7 millions de salariés relevant du SST de la MSA.

⁸⁸ La période de suivi est variable selon la date d'inclusion, l'enquête de suivi étant réalisée pendant les deux premiers mois de l'année N+1.

⁸⁹ Soit les certificats d'aptitude avec restrictions, avec proposition d'aménagement de poste, avec contraindication et avec inaptitude

suivis entre 2 et 12 mois, a montré que les 2/3 ont pu reprendre leur activité avec un aménagement de poste (62 %), sans (20 %) ou un reclassement interne (2 %) ; enfin 16 % étaient en arrêt de travail lors du suivi. S'agissant du 1/3 des salariés sortis avec ou sans solution sociale, ils étaient indemnisés (61 %), en invalidité (26 %), à la retraite (10 %) et enfin en situation précaire (5 %).

➤ **L'étude de suivi de l'observatoire du maintien en emploi de la région Centre Val de Loire de 2014**

L'association prévention et santé au travail de la région Centre a mis en place en 2013 avec l'ensemble des services de santé au travail interentreprises de la région un observatoire du maintien en emploi dans le cadre de l'objectif du PRST2 « prévenir la désinsertion professionnelle et maintien en emploi » repris par le PRST3 2017 - 2022. L'observatoire a conduit une étude sur les salariés « aptes avec restrictions ou aménagements de poste » et « inaptes » vus entre avril et décembre 2014 par les 52 équipes des 9 SSTI de la région⁹⁰. Le devenir des salariés a été suivi à 2, 6 et 12 mois, soit jusqu'à fin 2015 pour les derniers inclus. Le recrutement a reposé sur les médecins du travail volontaires. Cette méthodologie n'assure pas la garantie d'un échantillon représentatif, par contre le suivi repose sur des périodes homogènes contrairement au travail précédent.

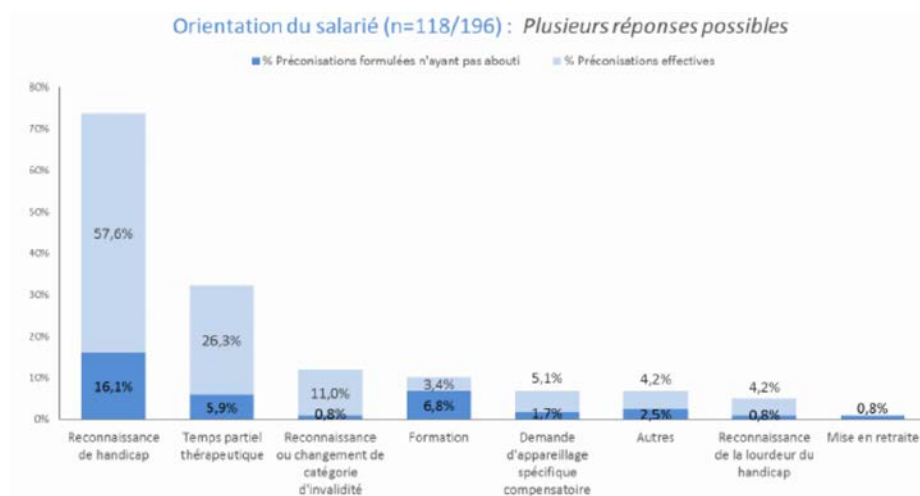
836 salariés ont été inclus et 484 suivis jusqu'à un an. 649 situations ont été au final incluses dans les analyses dont 264 avec un avis initial d'inaptitude (56 %) et 205 avec un avis d'aptitude avec restriction ou aménagement de poste (44 %).

On s'intéressera ci-dessous à cette dernière catégorie, à savoir les salariés ayant reçu un avis d'aptitude avec restriction ou aménagement de poste : près de 62 % ont plus de 50 ans et 87 % plus de 40 ans. Près de 80 % sont des ouvriers ou employés. Au moment de la délivrance de l'avis médical, 31 % ont déjà une RQTH (dont la moitié en lien avec l'avis), 14 % une ATMP reconnue ou en cours et 4 % une invalidité sécurité sociale.

Parmi les préconisations faites par le service de santé au travail, 57 % des avis comportent une ou plusieurs recommandations concernant l'orientation et 77 % une ou plusieurs recommandations demandant un aménagement de poste. S'agissant des premières elles concernent pour 77 % des cas une demande de RQTH (57 % seront effectives à un an), 33 % une demande de temps partiel thérapeutique (26 % effectives à un an) et 12 % une reconnaissance ou un changement de catégorie d'invalidité (11 % effectives à un an). Le graphique *infra* donne le détail des autres préconisations et leur taux de mise en œuvre.

⁹⁰ ROUSSEAU S et al. Inaptitudes et restrictions d'aptitude : nature et efficacité des dispositifs de maintien en emploi en région Centre Val-de-Loire, APST Centre

Graphique 5 : Préconisations des services de santé au travail relatives à l'orientation du salarié et proportion mises en œuvre à un an

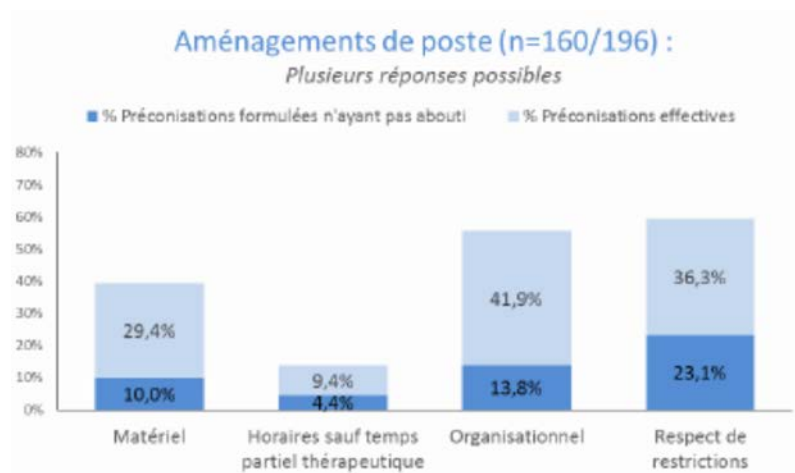


Source : APST, restitution des résultats préliminaires de l'OMDE, 28 avril 2016

Ces éléments témoignent de l'importance des « flux croisés » des salariés entre les différents dispositifs de prise en charge administrative au sein desquels prédomine la question de la RQTH.

S'agissant des préconisations relatives aux aménagements de poste, elles comporteront dans plus de 50 % une dimension organisationnelle et/ou une restriction d'activité. Le graphique *infra* donne le détail des autres préconisations et leur taux de mise en œuvre.

Graphique 6 : Préconisations des services de santé au travail relatives aux aménagements de poste et proportion mises en œuvre à un an

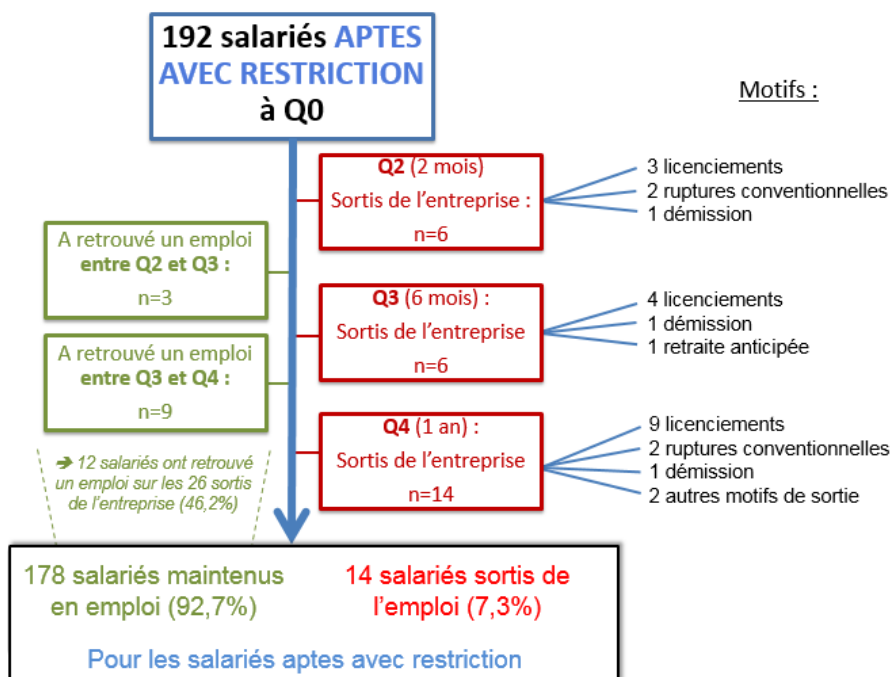


Source : APST, restitution des résultats préliminaires de l'OMDE, 28 avril 2016

Dans 66 % des cas, l'origine de la pathologie ayant motivé un avis d'aptitude avec restriction ou aménagement de poste est une maladie d'origine jugée comme non professionnelle, pour le tiers restant l'origine AT/MP est reconnue (22 %) ou non reconnue (12 %). La pathologie est pour 67 % des cas une maladie du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif, pour 7 % des cas des troubles mentaux et du comportement. Dans 34 % des cas il existe une ou d'autres pathologies associées.

Le devenir des salariés à 12 mois fait état d'un très fort taux de maintien en emploi : 92 % des salariés ont été maintenus en emploi et 7 % sont sortis de l'emploi. Ces taux sont excellents et probablement une limite haute, au regard de l'échantillonnage construit sur la base du volontariat des médecins du travail.

Schéma 6 : Devenir des effectifs de salariés aptes avec restriction⁹¹



Source : APST, Présentation Etude au Congrès National de Santé au Travail, juin 2016

2.5.1.4 Des outils de prédiction du risque de désinsertion professionnelle

La mission a pu prendre connaissance d'outils développés par différents services de santé au travail qui visent à mieux détecter les salariés les plus à risque de désinsertion professionnelle. Ces trames d'analyse doivent être documentées par les médecins du travail lors de leurs consultations mais l'usage en est volontaire et les consolidations en sont rendues difficiles.

En Normandie, le service de santé au travail Santé BTP de Rouen-Dieppe⁹² a produit un outil d'aide à l'orientation vers sa cellule maintien en emploi des salariés présentant un score de risque élevé (Score CRIP pour critères immergés de précarité). Il combine et pondère neuf facteurs de risque individuels (date d'entrée dans la vie active, inclusion sociale, discontinuité de l'emploi, éloignement de la région d'origine pour le travail, Handicap, maîtrise des savoirs de base, niveau de formation et évolution professionnelle, absentéisme répété, conduite addictive) et trois facteurs qualifiés d'événementiels (accident de la vie familial, atteinte à intégrité physique ou psychique, altération du contrat de travail). On dispose d'une mesure réalisée sur les salariés d'une grande entreprise (1 100 salariés) suivie par un médecin du travail : **chez les 15 % de 50-60 ans, 10 % étaient à risque à +/- long terme de désinsertion** selon les critères immergés de précarité.

⁹¹ Données sur 192 des 205 salariés dont on dispose d'une chaîne de réponse complète pour tous les trois questionnaires de suivi à 2, 6 et 12 mois.

⁹² Ce service interentreprises spécifique au secteur du BTP assure le suivi de 2 120 entreprises et de 23 000 salariés sur les arrondissements de Rouen et de Dieppe

Au niveau national, le GIP Evrest (EVolutions et RElations en Santé au Travail) a structuré un recueil d'information standardisé sur la santé des salariés et leurs conditions de travail qui nourrit un dispositif d'observation continu fonctionnant depuis 2009 sur la base du volontariat des médecins du travail. L'échantillonnage est biennal et concerne tous les salariés nés en octobre une année paire vus en visite d'entretien périodique. La base nationale était alimentée par plus de 1000 médecins du travail en 2014-2015 et comporte plus de 25 000 fiches/salariés en 2014-2015. Bien que des données remontent de toutes les régions depuis 2013⁹³, seules onze régions produisent plus de 500 fiches-questionnaires individuels/an. Pour ces raisons, **les données consolidées ne sont pas considérées comme représentatives au plan national**. Le questionnaire comporte des informations sociodémographiques (sexe, âge, catégorie socioprofessionnelle) et explore quatre grands thèmes : les conditions de travail (changement dans le travail en lien éventuel avec l'état de santé, horaires de travail et leur régularité, contraintes de temps et pression temporelle, sens et vécu du travail, charge physique, exposition à certains types de risques professionnels) ; la formation reçue et dispensée ; le mode de vie (sport, tabac, café) ; et enfin l'état de santé.

Ces outils d'évaluation des risques individuels peuvent avoir leur équivalent pour les entreprises. Il s'agit ici de porter un diagnostic sur les entreprises les plus à risque pour le maintien en emploi de leurs salariés. Elles visent à compléter en structurant la cotation des risques, la fiche d'entreprise qui doit être produite par les services de santé au travail avec son avis sur le document unique d'évaluation des risques professionnels ou l'analyse des risques pénibilité faits par l'employeur. La combinaison de ce type d'outil « entreprise » avec ceux issus d'un recueil standardisé de type Evrest, pour les salariés d'une entreprise donnée, permet d'affiner le diagnostic entreprise et risque de désinsertion professionnelle.

2.5.1.5 Synthèse des études des services de santé au travail

Il est dommageable de ne pas pouvoir disposer de données consolidées nationales plus solides méthodologiquement sur la part des salariés actifs occupés considérés comme « à risque de désinsertion professionnelle » et ayant fait l'objet d'une ou plusieurs mesures par les services de santé au travail. Toutefois, les résultats partiels sur l'activité de ces services, témoigne d'une part non négligeable de salariés faisant l'objet de mesures, **estimée entre 3 et 5 % de la population salariée une année donnée**.

La prévalence réelle de salariés en emploi ayant fait l'objet d'une ou plusieurs mesures est inconnue mais elle est vraisemblablement supérieure. Son appréciation nécessiterait de partir non pas de l'activité des services de santé au travail mais de leur fichier salariés pour conduire une enquête sur échantillon directement auprès des salariés +/- complément auprès de l'employeur. On peut faire en effet l'hypothèse qu'un certain nombre d'aménagements de poste permanents et surtout temporaires sont organisés directement dans les entreprises par les salariés, les collectifs de travail et les employeurs. On peut également faire l'hypothèse que certains aménagements permanents ne nécessitent pas, pour le salarié, de revenir consulter auprès du service de santé au travail chaque année.

⁹³ Deux entreprises françaises ont rejoint le dispositif Evrest et forment ainsi leur propre « région » non administrative : les Industries Electriques et Gazières (IEG) et la SNCF.

2.5.2 Les salariés perdant leur emploi pour raison de santé

2.5.2.1 Les estimations sectorielles issues de l'enquête emploi

La rupture du contrat pour maladie ou invalidité (toutes causes confondues) représente 8,5 % des circonstances dans laquelle s'est terminé l'emploi antérieur des personnes inactives ayant déjà travaillé et des personnes au chômage, interrogées dans les enquêtes Emploi 2015 et 2016.

Tableau 21 : Nombre de ruptures de contrat lié à maladie ou invalidité et proportion dans l'ensemble des circonstances dans lesquelles s'est terminé l'emploi antérieur chez les inactifs et chômeurs

Activité économique de l'établissement de l'emploi antérieur pour les inactifs et les chômeurs ayant déjà travaillé	Année 2014	% total 2014	Année 2015	% total 2015
Construction	83 784	12,0 %	88 717	12,9 %
Industrie manufacturière, industries extractives et autres	133 920	9,3 %	127 027	9,2 %
Administration publique, enseignement, santé humaine et action sociale	193 471	9,2 %	168 258	8,1 %
Activités spécialisées, scientifiques et techniques et activités de services administratifs et de soutien	51 803	8,6 %	56 622	9,0 %
Activités financières et d'assurance et activité immobilière	24 455	8,3 %	22 645	8,1 %
Autres activités de services	32 350	8,2 %	25 484	7,2 %
Agriculture, sylviculture et pêche	286 002	7,6 %	271 725	5,9 %
Commerce de gros et de détail, transports, hébergement et restauration	155 190	7,4 %	161 977	7,5 %
Agriculture, sylviculture et pêche	11 401	6,0 %	18 741	8,9 %
Information et communication	11 630	5,4 %	13 207	6,2 %
Secteur non renseigné	4 615	5,1 %	2 284	3,2 %
Total	702 620	8,6 %	684 963	8,5 %

Source : Insee, Enquêtes Emploi 2013, 2014 et 2015 ; traitements DARES et IGAS/ Champ : les personnes âgées de 15 à 64 ans, en ménage ordinaire, France métropolitaine. Lecture : 12,9 % qui travaillaient dans le secteur de la construction et étaient personnes inactives ou au chômage interrogées en 2015 sur la circonstance de perte de leur emploi, l'avaient perdu en raison d'une maladie ou d'une invalidité

2.5.2.2 Les inscriptions à Pôle emploi suite à un licenciement pour inaptitude

A partir des attestations employeurs, Pôle emploi dispose de données sur le nombre d'entrées en assurance chômage à la suite d'un licenciement pour inaptitude. En 2014 et 2015, cette situation a concerné près de 65 000 personnes licenciées, soit environ 15 % des motifs de licenciement.

Tableau 22 : Nombre d'ouvertures de droits en Assurance chômage suite à un licenciement

Motif licenciement	2014	2015
Inaptitude	64 968	64 544
Tous motifs	438 151	426 616
% Inaptitude	14,8 %	15,1 %

Source : Pôle Emploi, traitement IGAS

Cette proportion est particulièrement importante pour certains métiers, relevant en particulier des secteurs de la santé, de l'agriculture et de l'industrie. Le tableau suivant détaille les métiers dont le motif de licenciement pour inaptitude est supérieur de plus de 10 points au taux moyen des autres métiers, soit 25 % ou plus

Tableau 23 : Taux de licenciement pour inaptitude par métiers en 2015

Métiers	Effectifs	% total
Auxiliaires médicaux diplômés, autorisés ou spécialisés	1620	43 %
Métiers qualifiés de la pêche	19	40 %
Personnel non qualifié des services de santé ou des services sociaux	877	40 %
Métiers qualifiés de l'agriculture (sauf ingénieurs agricoles)	590	39 %
Ouvriers qualifiés de la transformation des matières plastiques	43	39 %
Professionnels des activités paramédicales, sages-femmes	537	38 %
Autres personnels de l'agriculture, des forêts ou de la pêche	428	34 %
Métiers de la navigation maritime ou fluviale (sauf pêche)	46	33 %
Ouvriers qualifiés du travail des cuirs et peaux	30	32 %
Ouvriers qualifiés du travail du bois et des métiers connexes	458	31 %
Personnel non qualifié chargé des tâches de nettoyage ou des travaux domestiques	4222	30 %
Ouvriers qualifiés de la production et première transformation des métaux	2109	29 %
Professionnels des services sociaux et des activités culturelles	518	29 %
Ouvriers conducteurs de fours ou chauffeurs (de chaudières) qualifiés	7	28 %
Ouvriers qualifiés de la forge, de la soudure, de la serrurerie, de la chaudronnerie et de la charpente en fer	418	28 %
Métiers de soins corporels	487	26 %
Ouvriers qualifiés des textiles	105	26 %
Ouvriers qualifiés de la chimie	98	26 %
Métiers qualifiés du forestage	20	26 %
Enseignants et moniteurs de la formation professionnelle	236	25 %
Conducteurs de véhicules des transports terrestres	2625	25 %
Conducteurs d'engins de travaux publics et d'appareils de levage	311	25 %
Ouvriers qualifiés de la photographie et de l'impression	30	25 %

Source : Pôle Emploi, traitement IGAS

2.6 Synthèse des principaux ordres de grandeurs observés

Les données précédentes permettent d'estimer les ordres de grandeur des salariés susceptibles d'être menacés par une désinsertion professionnelle.

On mobilise ici deux types de données : des enquêtes de prévalence en population et des données extraites des bases administratives. Ces sources comportent plusieurs limites :

- les indicateurs disponibles recouvrent imparfaitement notre sujet (on peut être en ALD pour un diabète sans être menacé d'une désinsertion professionnelle si la pathologie est bien équilibrée) ;
- les indicateurs se recoupent (on peut être porteur d'une maladie chronique, en ALD et avoir fait l'objet d'une ou plusieurs mesures d'aménagement de poste) ;

- enfin les périmètres des études ne sont pas superposables : actifs, actifs occupés, actifs occupés et salariés, actifs occupés salariés du secteur concurrentiel.
- pour ces raisons, les estimations des personnes susceptibles d'être concernées par la désinsertion professionnelle ne peuvent pas être sommées ou déduites directement de ces indicateurs.

23,4 millions de personnes occupaient un emploi salarié en France en 2016. Le risque de désinsertion professionnelle peut être approché par les observations des employeurs et/ou par celles de la médecine du travail. Les ordres de grandeur recueillis ou calculés par la mission convergent autour de 10 % des postes, soit environ 2,3 millions des « couples salarié-emploi », ayant fait l'objet d'une ou plusieurs mesures d'aménagement ou de restriction de la part de la médecine du travail à un moment donné.

Le risque de désinsertion professionnelle peut être également approché par les pathologies et l'âge. On sait que la fréquence des premières croît avec le temps. La part des seniors a triplé depuis 2005. En 2015 dans l'enquête emploi 2,6 millions d'actifs sont considérés comme en situation de handicap « au sens large » tel que défini par la DARES. En leur sein 0,9 million bénéficient d'une reconnaissance administrative du handicap.

Sur ces bases, on avancera qu'il existe vraisemblablement à un moment donné une population comprise entre un et deux millions de salariés menacée à court moyen-terme par un risque de désinsertion professionnelle.

Toutes ces personnes ne relèvent pas de mesures d'accompagnement spécifiques à un moment t, mais toutes devraient peu ou prou avoir été repérées dans leur parcours professionnel ou personnel par les acteurs du maintien en emploi ou de la santé au titre d'un risque de désinsertion professionnelle. La question est de savoir combien l'ont effectivement été et combien ont bénéficié ou bénéficient d'une prise en charge et de laquelle.

ANNEXE 3

LA CONTRIBUTION DES SERVICES DE SANTE AU TRAVAIL

1 LE MAINTIEN EN EMPLOI DES SALARIES CONFRONTES A UN PROBLEME DE SANTE FAIT PARTIE DU CŒUR DE MISSION DES SERVICES DE SANTE AU TRAVAIL, ET LES REFORMES RECENTES LES INCITENT A DEVELOPPER LEUR IMPLICATION DANS CE DOMAINE

1.1 Les services de santé au travail

Tous les employeurs de droit privé sont tenus de disposer d'un service de santé au travail, dont les dépenses sont à leur charge⁹⁴. Dans le cas de services communs à plusieurs entreprises, ces frais sont répartis proportionnellement au nombre des salariés⁹⁵.

Selon le bilan 2014 des conditions de travail publié par la direction générale du travail (DGT), en 2012, dernière année pour laquelle les rapports d'activité des services de santé au travail ont été consolidés (cf. *infra*), l'effectif de salariés du régime général suivis par ces services était estimé à 16,35 millions⁹⁶, dont 7 % suivis par des services de santé autonomes (SSTA⁹⁷) et 93 % par des services de santé interentreprises (SSTI). Les entreprises de 1 à 10 salariés (TPE) constituent plus de 80 % des entreprises suivies.

Au 31 décembre 2013, les Direccte dénombraient 1 033 services de santé au travail dont 277 SSTI et 756 SSTA, employant 5 048 médecins du travail en équivalent temps plein (ETP)⁹⁸. Ces services sont de taille très variable et restent émiettés malgré une tendance au regroupement⁹⁹ ; le nombre moyen de salariés suivis par médecin du travail est nettement plus faible dans les SSTA que dans les SSTI¹⁰⁰. En moyenne, une équipe pluridisciplinaire de SSTI¹⁰¹ était composée de 28,8 ETP dont 38 % de médecins du travail, 5 % d'infirmiers en santé au travail, 8,5 % d'intervenants en

⁹⁴ Selon le rapport du groupe de travail « aptitude et médecine du travail » de mai 2015 (dit rapport Issindou), ces dépenses représentaient 1,3 milliards d'euros en 2013.

⁹⁵ Art. L4622-6 du code du travail

⁹⁶ Source : Bilan 2014 des conditions de travail, ministère du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social ; ce chiffre ne prend pas en compte certaines régions et collectivités : Centre, Corse, Guadeloupe, Mayotte, Haute Normandie, La Réunion et Saint Pierre et Miquelon, pour lesquelles les données n'étaient pas disponibles, dans plusieurs cas en raison de l'absence d'un médecin inspecteur du travail au sein de la Direccte.

⁹⁷ Un service de santé au travail est organisé sous la forme soit d'un service autonome, qui peut être un service de groupe, d'entreprise, inter-établissements, d'établissement soit d'un service de santé au travail interentreprises (article D 4622-1 du code du travail). Un service de santé autonome peut être créé lorsque l'effectif de salariés suivis atteint ou dépasse 500 salariés.

⁹⁸ Auxquels s'ajoutaient 145 ETP de collaborateurs médecins, nouveau statut prévu à l'article R 4623-25 du Code du travail

⁹⁹ Au 31 décembre 2013, selon la DGT, la moitié des SSTI employaient moins de 10 médecins du travail en ETP alors que seuls 15 % des SSTI employaient au moins 30 médecins du travail (ETP)

¹⁰⁰ 1 488 salariés en moyenne en 2012 dans les SSTA et 3 425 dans les SSTI.

¹⁰¹ Source : Bilan 2014 Conditions de travail, données 2012 portant sur 100 SSTI.

prévention des risques professionnels (IPRP) et 48,5 % de personnels administratifs dont 8 % d'assistants en santé au travail.

Le développement des équipes interdisciplinaires dans les SSTI se poursuit. Selon le Centre Interservices de Santé et de Médecine du travail en Entreprise (CISME)¹⁰², les IPRP seraient en 2015 au nombre de 1 390, dont 50 % d'ingénieurs ou techniciens Hygiène Santé Environnement (HSE), 21 % d'ergonomes et 9 % de psychologues du travail. Le récent rapport de l'IGAS relatif à l'attractivité des professions de santé au travail estime qu'un service de santé au travail, pour pouvoir disposer de chacune de ces trois compétences, doit suivre au minimum un effectif de 60 000 salariés.

Les salariés agricoles relèvent de services de santé et de sécurité au travail spécifiques, organisés par les caisses de mutualité sociale agricole et qui réunissent au sein d'une même caisse les missions de santé au travail et les missions de prévention des risques professionnels¹⁰³.

Dans le cadre de la mission très étendue qui lui est confiée en faveur de la santé au travail, le médecin du travail apparaît de longue date comme l'interlocuteur naturel lorsqu'un salarié rencontre des difficultés à son poste de travail pour des raisons médicales. **Depuis 2011, sa responsabilité en matière de maintien dans l'emploi est inscrite explicitement dans la loi.** Celle-ci confie aux services de santé au travail la mission « *d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail* », et, à cette fin, de conseiller « *les employeurs, les travailleurs et leurs représentants sur les dispositions et mesures nécessaires afin de .../... prévenir ou de réduire les effets de l'exposition à certains facteurs de risque professionnels et la désinsertion professionnelle et de contribuer au maintien dans l'emploi des travailleurs* »¹⁰⁴.

Conjugué au principe général d'interdiction de toute discrimination fondée sur l'état de santé¹⁰⁵, l'encadrement juridique des licenciements pour inaptitude permet au médecin du travail d'influer sur les décisions des employeurs vis-à-vis des salariés dont les problèmes de santé retentissent sur le travail.

En effet, dans le cadre de ses obligations en matière de santé et sécurité au travail, l'employeur doit prendre en compte les préconisations de mesures individuelles d'aménagement de postes émises par le médecin du travail¹⁰⁶. Ces préconisations sont émises notamment à l'occasion des visites de pré-reprise et de reprise du travail (cf. infra), mais peuvent aussi l'être à l'occasion de toute autre consultation de médecine du travail. En particulier, le salarié peut demander à tout moment à bénéficier d'un examen par le médecin du travail, et cette demande ne peut motiver aucune sanction¹⁰⁷.

¹⁰² Association à but non lucratif, le CISME rassemble la grande majorité des services de santé au travail interentreprises et constitue la fédération d'employeurs.

¹⁰³ La mission des conseillers en prévention concerne les salariés mais aussi les non-salariés agricoles.

¹⁰⁴ Article L 4622-2 du code du travail, dans sa rédaction issue de l'ordonnance n°2017-1389 du 22 septembre 2017.

¹⁰⁵ Cf. art. L 1132-1 du code du travail

¹⁰⁶ Si un employeur ne tient pas compte des restrictions médicales émises par le médecin du travail, il ne peut reprocher au salarié de contester devoir continuer à remplir ses fonctions (Cass. Soc., 10 déc. 2014, n°13-19.677).

¹⁰⁷ Cette possibilité définie dans l'art. R 4624-34 CT issu du décret du 29 décembre 2016, existait antérieurement. La nouvelle rédaction ajoute un alinéa spécifique précisant que cette demande peut notamment intervenir lorsque le salarié « *anticipe un risque d'inaptitude .../... dans l'objectif d'engager une démarche de maintien en emploi et de bénéficier d'un accompagnement personnalisé.* »

Lorsque le médecin du travail considère que l'état de santé du salarié est incompatible avec le poste qu'il occupe, même aménagé, et déclare le salarié inapte à son poste de travail, l'employeur a une obligation de reclassement dans un autre emploi « *approprié à ses capacités* » et « *aussi comparable que possible à l'emploi précédemment occupé* »¹⁰⁸. Ce n'est qu'en l'absence de possibilité de reclassement que l'employeur peut procéder à un licenciement pour inaptitude. Ces principes s'appliquent que l'inaptitude soit ou non d'origine professionnelle.

Il faut souligner, toutefois, que ce dispositif juridique n'est réellement opérant que pour les salariés titulaires d'un contrat à durée indéterminée, soit environ 85 % des salariés. Pour ceux qui ont un contrat à durée déterminée, temporaire ou saisonnier, l'employeur n'a pas à justifier la fin de la relation de travail à l'échéance du contrat. En outre, pour les salariés qui enchaînent des contrats de courte durée, le suivi en santé au travail reste défaillant, à la fois du fait des délais d'organisation des visites dans un contexte de saturation des services de santé au travail, et du fait de l'absence de système d'information partagé entre les différents services de santé au travail dont ces salariés sont susceptibles de relever.

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

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

Ces réformes visent en premier lieu à rétablir la capacité de ces services à assurer leurs missions de conseil en matière de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail, qui supposent une connaissance concrète de l'entreprise et des actions en milieu de travail¹⁰⁹. Elles visent également à mieux cibler le suivi médical sur les salariés exposés à des risques particuliers, et à renforcer l'action des services de santé au travail en faveur du maintien en emploi des salariés dont l'état de santé génère des limitations fonctionnelles.

Entrée en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2017, la réforme du suivi médical des salariés doit permettre un rééquilibrage du temps médical disponible. Elle se traduit par¹¹⁰ :

- La suppression de la visite médicale d'embauche systématique pour les salariés affectés à des postes ne présentant pas de risque particulier ; ceux-ci bénéficieront d'une visite d'information et de prévention qui peut être réalisée par un infirmier de santé au travail, à charge pour celui-ci d'orienter le salarié vers le médecin du travail si cela lui semble nécessaire. Cette orientation est systématique pour les travailleurs handicapés ou titulaires d'une pension d'invalidité.
- Le maintien du principe de la visite médicale d'embauche et de la vérification systématique de l'aptitude pour les salariés occupant des postes à risques (risques pour eux-mêmes, pour leurs collègues ou pour des tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail).

¹⁰⁸ Articles L 1226-2 et L 1226-10 CT

¹⁰⁹ Le principe fixé par l'article R 4624-4 CT, selon lequel le médecin du travail doit consacrer à ses missions en milieu de travail le tiers de son temps de travail était rarement respecté.

¹¹⁰ Les développements qui suivent s'appuient essentiellement sur la présentation de la réforme faite par Semaine Sociale Lamy n°1743, 7 novembre 2016

- L'espacement des visites périodiques, réalisées en principe tous les deux ans antérieurement¹¹¹, qui seront désormais effectuées selon une périodicité définie au cas par cas, en fonction des conditions de travail, de l'état de santé, de l'âge et des risques professionnels auquel le salarié est exposé, et pourront également être déléguées à un infirmier de santé au travail. La périodicité des examens médicaux effectués par le médecin du travail ne peut être supérieure à 4 ans pour les salariés affectés à un poste présentant des risques particuliers.

Ainsi, la diminution du nombre de visites d'embauche et de visites périodiques obligatoires doit permettre aux médecins du travail de consacrer plus de temps aux actions en entreprise ainsi qu'aux examens de pré-reprise et de reprise et aux examens à la demande de l'employeur ou du salarié, qui sont plus souvent centrés sur la problématique du maintien en emploi de salariés en risque d'inaptitude.

Par ailleurs, la loi n°2016-1088 du 8 août 2016 réforme significativement la procédure d'inaptitude, en vue d'en améliorer l'efficacité en termes de reclassement, d'en simplifier la mise en œuvre et d'en limiter pour l'employeur les risques contentieux.

L'inaptitude peut désormais être constatée en une seule visite, sauf si le médecin du travail juge qu'une visite supplémentaire est nécessaire¹¹². Il doit alors la réaliser dans un délai maximal de 15 jours. Il peut désormais déléguer l'étude du poste à un membre de l'équipe pluridisciplinaire mais doit obligatoirement échanger avec le salarié et l'employeur sur les mesures envisageables d'aménagement du poste de travail, et éclairer son avis d'inaptitude par des conclusions écrites, assorties d'indications relatives au reclassement du travailleur. Enfin, les cas de dispense de recherche de reclassement sont harmonisés et élargis¹¹³, et les règles de licenciement sont assouplies en cas de refus par le salarié d'une offre conforme aux conclusions écrites du médecin du travail.

Afin de promouvoir l'action des services de santé au travail en matière de maintien en emploi, la loi précise également que le médecin du travail, lorsqu'il propose des mesures d'aménagement du poste ou du temps de travail, ou lorsqu'il rend un avis d'inaptitude, peut « *proposer à l'employeur l'appui de l'équipe pluridisciplinaire ou celui d'un organisme compétent en matière de maintien en emploi pour mettre en œuvre son avis et ses indications ou ses propositions* »¹¹⁴.

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

¹¹¹ Du fait de la saturation des services de santé au travail, ce principe n'était plus respecté, et la loi avait déjà ouvert la possibilité d'autoriser une périodicité supérieure dans le cadre des agréments délivrés à chaque service par les Direccte.

¹¹² Article R 4624-42 du Code du travail ; sous l'empire du texte précédent, l'inaptitude ne pouvait être constatée qu'au terme de deux visites médicales espacées de deux semaines, sauf cas particuliers de danger immédiat pour la santé du salarié ou d'un examen de pré-reprise réalisé dans les trente jours précédents.

¹¹³ Depuis la loi n°2015-994 du 17 août 2015, l'employeur était dispensé de rechercher un poste de reclassement et pouvait donc directement procéder au licenciement du salarié inapte en raison d'un accident ou d'une maladie professionnelle lorsque l'avis du médecin du travail mentionnait expressément que le maintien du salarié dans l'entreprise serait gravement préjudiciable à sa santé (art. L 1226-12 du Code du travail). Cette possibilité est étendue à l'inaptitude d'origine non professionnelle (art. L 1226-2-1 du Code du travail) ainsi qu'à la rupture anticipée des contrats à durée déterminée (art. L 1226-20). L'employeur pourra également licencier le salarié inapte sans recherche préalable de reclassement si le médecin du travail mentionne expressément que l'état de santé du salarié fait obstacle à tout reclassement dans un emploi.

¹¹⁴ Article L 4624-5 du Code du travail

2 EN L'ABSENCE D'OUTILS DE SUIVI ET D'ÉVALUATION LA CONTRIBUTION DE CES SERVICES, BIEN QUE DECISIVE, EST IMPOSSIBLE À APPRÉCIER

2.1 Un manque de recul sur l'impact des réformes récentes et une absence totale d'outils de suivi et d'évaluation de l'efficacité des services de santé au travail

Compte tenu de leurs compétences, de leurs missions, de leurs capacités d'expertise et de médiation entre l'employeur et le salarié, il ne fait pas de doute que les services de santé au travail sont en première ligne et jouent donc un rôle majeur dans le maintien en emploi des salariés confrontés à des difficultés de santé. Pour autant, il n'existe actuellement aucun moyen d'évaluer globalement leur contribution à cet objectif de politique publique, et encore moins leur efficacité en la matière.

Les rapports annuels¹¹⁵ que produisent ces services ne fournissent que des données d'activité, et non des informations sur l'état de santé et le parcours des salariés des entreprises qui leur sont rattachées. Plus grave, ces rapports ne sont plus exploités systématiquement par les services de l'Etat. Certains services d'inspection médicale du travail régionaux, de même que le service national, qui réalisaient traditionnellement cette exploitation, estiment n'avoir plus les moyens de le faire¹¹⁶, et aucun outil informatique n'a été mis en place par la direction générale du travail (DGT) pour collecter et exploiter ces rapports, dont les modèles sont au surplus depuis longtemps obsolètes¹¹⁷. Seuls les services de santé au travail spécifiques au secteur agricole font l'objet d'un suivi centralisé, sans disposer non plus d'un dispositif d'évaluation.

2.1.1 Inaptitudes et restrictions d'aptitude

Le dernier exercice de consolidation des rapports médicaux porte sur l'année 2012 et ne couvre pas l'ensemble du territoire. Il permet d'estimer, dans l'ensemble des avis émis systématiquement sous l'ancienne réglementation, à l'occasion des examens de médecine du travail, la part des avis d'inaptitude et des avis d'aptitude avec restriction ou aménagement de poste. On voit que ces derniers concernaient entre 8,4 % des examens de médecine du travail dans les services interentreprises, et 13,8 % dans les services autonomes¹¹⁸.

¹¹⁵ Chaque service doit produire un rapport d'activité médicale et un rapport administratif et financier.

¹¹⁶ Les médecins inspecteur du travail sont des contractuels, dont le recrutement est de plus en plus difficile du fait de rémunérations nettement inférieures à celles des médecins du travail. A titre d'exemple, en mai 2017, la Direccte Auvergne-Rhône-Alpes dispose de sept postes de médecins inspecteurs dont quatre ne sont pas pourvus.

¹¹⁷ Cette question a été à nouveau soulevée par la Cour des comptes en 2012, dans les termes suivants : « *Les services ou les médecins du travail doivent annuellement des rapports administratifs et financiers et des rapports médicaux mais la matrice date de plus de 40 ans. L'inspection générale des affaires sociales (IGAS) en a souligné l'obsolescence dès 1990, sans effet* ». Selon la médecin inspecteur national du travail, un projet d'informatisation avait été conduit de 2005 à 2012 (SINTRA), mais a été interrompu après des tests dans plusieurs régions ; le modèle de rapport annuel médical n'a pas été revu depuis 1977.

¹¹⁸ Cet écart peut résulter d'un effet sectoriel, mais pourrait aussi refléter une meilleure détection et prise en compte des difficultés du fait d'une plus grande proximité et dialogue entre les médecins du travail et l'entreprise.

Tableau 1 : Inaptitudes et restrictions d'aptitude en 2012 sur 14 régions¹¹⁹

	SSTI	%	SSTA	%	SSTI+SSTA	%
Apte	5249413	89,8 %	546206	85,0 %	5795619	89,3 %
Apte avec restriction ou aménagement + inapte temporaire	491534	8,4 %	88454	13,8 %	579988	8,9 %
Inapte	102715	1,8 %	8120	1,3 %	110835	1,7 %
Totaux	5843662	100,0 %	642780	100,0 %	6486442	100,0 %

Source : Exploitation des RAM par la DGT ; champ : tous types d'examens de médecine du travail, hors secteur agricole

Une extrapolation sur la base des effectifs suivis, tels que déclarés la même année par les SST de 21 régions, permet de donner un ordre de grandeur du nombre total de restrictions d'aptitude et inaptitudes prononcées par les médecins du travail.

Tableau 2 : Estimation du nombre total de restrictions d'aptitude et inaptitudes prononcées en 2012

	pour 14 régions	Ordre de grandeur pour 21 régions
Apte	5 795 619	8 384 956
Apte avec restriction ou aménagement + « inapte temporaire »	579 988	839 112
Inapte	110 835	160 353
Totaux	6 486 442	9 384 421

Source : Extrapolation sur la base des effectifs suivis déclarés dans les RAF des SST et consolidés par la DGT, pour 21 régions (métropole + Martinique) ; tous types d'examens de médecine du travail hors secteur agricole

Le nombre d'avis d'inaptitude peut être estimé à 160 000 en 2012. Il n'existe aucun suivi statistique du devenir des salariés concernés, mais, s'appuyant sur des enquêtes régionales, les experts du sujet font généralement état d'un taux de 95 % de licenciements des salariés déclarés inaptes, malgré l'obligation de reclassement¹²⁰. De fait, en pratique, les médecins du travail ne délivrent généralement un avis d'inaptitude qu'après avoir recherché en amont si des possibilités d'aménagement du poste de travail mais aussi de reclassement interne sur un autre poste peuvent être envisagées. Il serait donc erroné d'en déduire que leur intervention pour le maintien en emploi est inefficace.

On voit en effet que, **la même année, 840 000 examens ont conduit le médecin du travail à informer l'employeur de restrictions d'aptitude et/ou à préconiser des aménagements du poste de travail.** Le nombre de salariés concernés n'est pas connu, mais est sans doute du même ordre de grandeur dans la mesure où la proportion de ceux vus plusieurs fois la même année est probablement faible. Ce chiffre donne une idée de l'ampleur des besoins d'accompagnement des

¹¹⁹ Alsace, Aquitaine, Bourgogne, Bretagne, Ile de France, Limousin, Lorraine, Martinique, Midi-Pyrénées, Basse-Normandie, Nord Pas de Calais, Pays de la Loire, Picardie, Poitou-Charentes

¹²⁰ Chiffre repris notamment dans le rapport de mai 2015 du groupe de travail « Aptitude et médecine du travail » (rapport Issindou)

salariés fragilisés¹²¹, et de la contribution qu'y apportent les services de santé au travail à travers leur expertise médicale, leur connaissance des milieux de travail et leur capacité à dialoguer avec l'employeur dans le respect du secret médical. Toutefois, aucune des données disponibles nationales ne permet de qualifier ces situations, qui sont de nature et de gravité extrêmement variable, ni de connaître le devenir ultérieur des salariés concernés.

Les enquêtes régionales dont la mission a pu prendre connaissance portent pour la plupart sur les salariés inaptes et ne prennent pas en compte la population plus large de ceux qui présentent des restrictions fonctionnelles mais sont maintenus dans leur emploi. Une étude conduite en région Centre-Val de Loire (cf. annexe relative aux populations concernées par la PDP) sur 264 salariés déclarés inaptes et 205 salariés déclarés aptes avec restriction en 2014, qui ont pu être suivis durant un an, apporte cependant un éclairage précieux.

Principaux résultats de l'étude conduite en 2014-2015 en région Centre-Val de Loire

Le bilan à un an confirme le différentiel de réussite de maintien en emploi selon la nature de l'avis.

86,5 % des salariés inaptes sont sortis de leur entreprise, majoritairement dans les deux mois suivant l'avis, mais 36 % d'entre eux ont ensuite retrouvé un emploi. Au total, 56 % des salariés inaptes ne sont plus en emploi à un an.

En revanche, les sorties de l'entreprise ne concernent que 13,4 % des salariés aptes avec restriction ou aménagement de poste ; ces sorties sont plus tardives (entre six mois et un an après l'avis) et un emploi est retrouvé dans 46 % des cas. Au total, 7,3 % de ces salariés ne sont plus en emploi à un an, et 92,7 % ont été maintenus en emploi.

Il faut néanmoins souligner un probable biais de sélection compte tenu de la méthode de suivi (questionnaires à 2 mois, 6 mois et un an, et exclusion des parcours non complets), car les personnes sans emploi peuvent être surreprésentées dans les salariés « perdus de vue ».

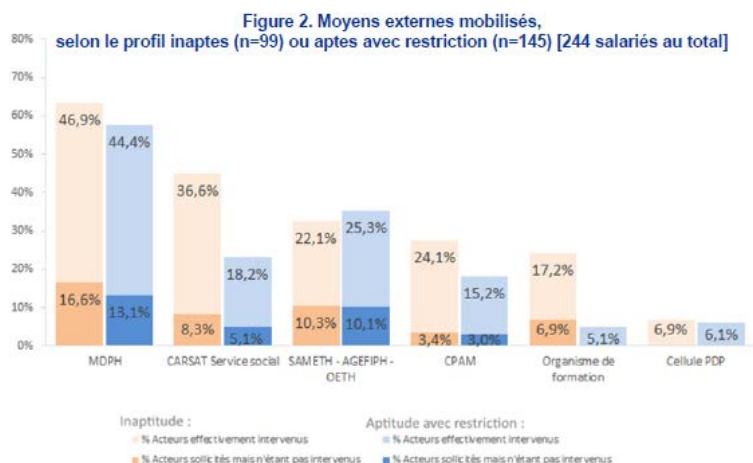
76 % des salariés aptes avec restriction ou aménagement de poste et 64 % des salariés inaptes ont bénéficié d'une mobilisation de moyens ou de dispositifs de maintien en emploi. La mobilisation de moyens spécifiques internes au SSTI concerne 21 % des cas et est en deçà de celle des partenaires institutionnels, mais avec une meilleure effectivité (ce qui paraît logique puisque les personnes sollicitées appartiennent à la même organisation). Elle est plus marquée en cas d'aptitude avec restrictions ou aménagement de poste, avec une sollicitation prédominante des compétences ergonomiques. Les salariés inaptes sont, eux, davantage orientés vers le service social interne et la psychologue du travail.

Figure 1. Moyens internes aux SSTI mobilisés, selon le profil inaptes ou aptes avec restriction (n=69)

Moyens mobilisés internes au service de santé au travail (multi-réponses possibles)	Acteurs sollicités dans le cadre d'une inaptitude	Acteurs sollicités dans le cadre d'une aptitude avec restriction
Assistante sociale	16 (dont 2 non intervenus)	15 (dont 3 non intervenus)
Psychologue du travail	6 (dont 3 non intervenus)	3
Ergonome	4	28 (dont 3 non intervenus)
Toxicologue	3	—
Technicien de prévention	1	—
Total	25 sollicités et intervenus	39 sollicités et intervenus

¹²¹ On peut considérer qu'il s'agit d'une estimation minorant plutôt la réalité, car une grande partie des examens périodiques prévus par la réglementation en 2012 n'étaient pas réalisés.

La mobilisation des partenaires institutionnels est très forte en cas d'inaptitude, en cohérence avec la perspective du licenciement qui incite au « passage de relais » : elle intervient dans 86 % des cas, contre 62 % dans les situations d'aptitude avec restrictions ou aménagement de poste ; elle concerne surtout la MDPH (demandes de RQTH), le service social de la CARSAT, et l'Agefiph/Sameth/OETH.



Enfin, l'appréciation des salariés sur l'appui apporté par le service de santé au travail est globalement positive. 82,8 % des salariés aptes avec restrictions le jugent tout à fait satisfaisant, de même que 75,8 % des salariés inaptés.

Le salarié considère :	Aptes avec restrictions	Inaptés
- Qu'il a pu mobiliser les dispositifs préconisés : (N=409) ***	(n=188)	(n=221)
Oui	67% (n=126)	46,2% (n=102)
Oui partiellement	20,7% (n=39)	22,6% (n=50)
Non	12,2% (n=23)	31,2% (n=69)
- Que sa situation médico-professionnelle sur l'année écoulée s'est : (N=377) ***	(n=165)	(n=212)
Améliorée	74,6% (n=123)	49,1% (n=104)
Dégradée	25,4% (n=42)	50,9% (n=108)
- Que son accompagnement par le SST a été : (N=432)	(n=192)	(n=240)
Tout à fait satisfaisant	82,8% (n=159)	75,8% (n=182)
Partiellement satisfaisant	16,7% (n=32)	21,3% (n=51)
Pas du tout satisfaisant	0,5% (n=1)	2,9% (n=7)

2.1.2 Visites de pré-reprise

Dans les rapports d'activité des SST, la seule autre donnée d'activité liée à la question du maintien en emploi est le nombre de visites de pré-reprise et de reprise réalisées. Le développement des visites de pré-reprise est un objectif important pour faciliter le maintien en emploi, car après un arrêt de travail long la visite de reprise¹²² s'avère trop tardive pour la mise en place d'un aménagement du poste de travail ou la recherche d'une solution de reclassement interne : en effet, l'employeur est tenu de reprendre le versement du salaire à l'issue d'un délai d'un mois à compter

¹²² Une visite de reprise est systématiquement organisée après un congé de maternité, après une absence pour cause de maladie professionnelle et après une absence d'au moins trente jours pour cause d'accident du travail, de maladie ou d'accident non professionnel.

de la date de l'examen de reprise du travail, ce qui le conduit, de fait, à engager la procédure de licenciement si un reclassement n'est pas organisé dans ce délai.

C'est pourquoi, lorsque le salarié est en arrêt de travail d'une durée de plus de trois mois, le code du travail ¹²³ prévoit qu'une visite de pré-reprise « *est organisée par le médecin du travail à l'initiative du médecin traitant, du médecin conseil des organismes de sécurité sociale ou du salarié* ». Cette rédaction, qui date de 2012¹²⁴, tend à rendre cette visite systématique, mais sa portée est en réalité limitée. En effet, si le service de santé au travail doit être l'organisateur de cette visite, il n'en est pas l'initiateur, et son information systématique sur les arrêts de travail des salariés des entreprises adhérentes n'est d'ailleurs pas prévue¹²⁵. Le nombre de visites de pré-reprise dépend donc des initiatives prises par le médecin traitant (mal informé souvent) ou le médecin conseil avec l'accord du salarié, ou directement par le salarié. Dans leur action de maîtrise des dépenses d'indemnités journalières, les médecins conseil sont incités par la CNAM et la CCMSA à orienter de façon croissante les assurés vers leur médecin du travail en vue d'une visite de pré-reprise.

Au cours de l'examen de pré-reprise, le médecin du travail peut recommander des aménagements et adaptations du poste de travail ou faire des préconisations de reclassement. La transmission de ces recommandations à l'employeur permet d'anticiper les mesures à prendre par le collectif de travail pour faciliter le retour du salarié. Afin de lever les inquiétudes des salariés des dispositions protectrices sont prévues : aucun avis d'inaptitude ne peut être émis à l'occasion d'une visite de pré-reprise, et le salarié peut s'opposer à ce que les recommandations du médecin soient transmises dès cette date à son employeur.

Comme pour les autres données d'activité des SST, la dernière consolidation réalisée par la DGT porte sur l'année 2012. On y trouve un décompte du nombre de visites de reprise et pré-reprise réalisées en 2012, mais seulement pour 11 régions. Une extrapolation réalisée par la mission¹²⁶ conduit à **un ordre de grandeur de 230 000 visites de pré-reprise et 1 100 000 visites de reprise en 2012.**

La comparaison des ratios pré-reprise/reprise, sur les 11 régions, montre des écarts importants entre les moyennes régionales.

¹²³ Articles R 4624-29 et 30 du code du travail

¹²⁴ Décret 2012-135 du 30 janvier 2012

¹²⁵ Le médecin du travail n'est informé des arrêts de travail par l'employeur qu'en cas d'accident du travail (Art. R 4624-33 du code du travail). Pour les autres arrêts, il n'est informé qu'à l'occasion des examens de reprise du travail, obligatoirement organisés à l'issue d'un congé de maternité, une absence pour cause de maladie professionnelle, ou une absence d'au moins trente jours pour cause d'accident du travail, de maladie ou d'accident non professionnel.

¹²⁶ Extrapolation sur la base des effectifs couverts du secteur privé déclarés la même année par les SST de 21 régions (chiffres manquants pour les DOM sauf la Martinique)

Tableau 3 : Visites de reprise et pré-reprise en 2012 sur 11 régions

Régions	Services interentreprises		ratio pré-reprise/reprise	Services autonomes		ratio pré-reprise/reprise
	nb d'examens de pré-reprise	nb d'examens de reprise du travail		nb d'examens de pré-reprise	nb d'examens de reprise du travail	
Alsace	891	4387	20,3 %	165	584	28,3 %
Aquitaine	1030	4454	23,1 %	24	262	9,2 %
Auvergne	542,2	2376,2	22,8 %	23,8	190	12,5 %
Bretagne	1746	5305	32,9 %	45	326	13,8 %
Ile-de-France	2904	19308	15,0 %	623	3639	17,1 %
Martinique	40	253	15,8 %	9	53	17,0 %
Midi-Pyrénées	785	4383	17,9 %	55	369	14,9 %
Basse-Normandie	1043	3414	30,6 %	107	189	56,6 %
Nord-Pas-de-Calais	2148	7550	28,5 %	79	567	13,9 %
Pays-de-Loire	1369	6192	22,1 %	87	416	20,9 %
Picardie	738	3052	24,2 %	25	207	12,1 %
Totaux 1/10	13236,2	60674,2	21,8 %	1242,8	6802	18,3 %
Totaux 10/10	132362	606742	21,8 %	12428	68020	18,3 %

Source : Bilan conditions de travail 2014 : exploitation des RAM 2012 par la DGT

Il est difficile de déterminer à quel ratio correspondrait l'application de la loi, car on ne connaît pas, dans les visites de reprise, la part des arrêts de travail d'au moins trois mois. Si toutes les régions atteignaient le ratio d'une visite de pré-reprise pour trois visites de reprise observé en 2012 pour les SSTI de Bretagne, 140 000 visites supplémentaires seraient réalisées.

Si tous les témoignages recueillis par la mission convergent sur le constat d'un développement des visites de pré-reprise, il n'existe aucune donnée permettant d'objectiver les progrès réalisés vers l'objectif de visites systématiques fixé en 2012 par le législateur, ni d'évaluer l'impact de ces visites sur le devenir des salariés en difficultés de santé¹²⁷.

¹²⁷ L'étude citée *supra* conduite par l'observatoire du maintien en emploi de la région Centre-Val de Loire ne retrouve pas de différence significative sur la variable réussite/échec du maintien en emploi selon qu'il y a eu ou non une visite de pré-reprise.

Il est préoccupant également de constater qu'aucun dispositif d'information ne permettra d'apprécier l'impact de la réforme du suivi médical entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2017. Les entretiens conduits par la mission avec la DGT, le CISME et une dizaine de services de santé au travail interentreprises montrent que les perspectives de redéploiement du temps médical vers les actions de prévention en milieu de travail et l'appui au maintien en emploi restent encore mal cernées. Le nombre de salariés en surveillance particulière reste encore imprécis, et la réforme ne prendra son plein effet qu'en 2019, après révision de toutes les périodicités de suivi.

D'autre part, on peut craindre que les instances de gouvernance de certains services arbitrent dans le sens d'une réduction du temps médical en fonction du nombre de visites obligatoires, sans redéploiement de temps médical vers les objectifs de prévention collective et d'appui au maintien en emploi. En effet, la DGT dispose de peu de leviers pour promouvoir les objectifs de politique publique énoncés dans le cadre des réformes des services de santé au travail.

2.2 Des moyens de pilotage insuffisants

En 2012, la Cour des Comptes avait pointé la faiblesse des moyens humains et des pouvoirs régaliens consacrés au pilotage de la santé au travail¹²⁸. Le récent rapport de l'IGAS consacré à l'attractivité et à la formation des professions de santé au travail souligne à nouveau que les Direccte ne sont pas en mesure d'obliger les SST à s'inscrire dans les objectifs des réformes voulues par le législateur. Cette mission a constaté, en effet, que certains services de santé au travail n'ont pas intégré dans leur fonctionnement la notion d'équipe pluridisciplinaire. Les Direccte sont démunies face à ces situations, car il n'existe pas de texte d'application de la loi qui précise l'ampleur de l'intégration des compétences pluridisciplinaires souhaitée, ni la contribution attendue des services de santé au travail en matière de maintien en emploi.

Prévu par les articles D. 4622-48 à D. 4622-53 du code du travail, l'agrément, est obligatoire pour tous les SST, autonomes comme interentreprises, et délivré pour une durée de cinq ans par le Direccte après avis du médecin inspecteur régional du travail. Le guide méthodologique à destination des médecins inspecteurs du travail ne contient aucune rubrique spécifique sur l'organisation et la qualité des actions de maintien en emploi¹²⁹. En outre, il est naturellement très difficile de retirer un agrément lorsqu'un SSTI est seul à desservir les entreprises d'un territoire donné.

Depuis 2012¹³⁰ chaque service de santé au travail interentreprises doit aussi élaborer un projet de service et signer un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) pour une durée maximale de cinq ans avec la Direccte et la Carsat¹³¹. Cependant, cet outil est encore en rodage, et on peut douter de sa capacité à orienter fortement l'évolution des services de santé au travail.

¹²⁸ « Les services de santé au travail interentreprises : une réforme en devenir », rapport public thématique, novembre 2012.

¹²⁹ Ce guide est pourtant substantiel (50 pages) et inclut, par exemple, une rubrique spécifique sur l'organisation des activités de recherche et de veille sanitaire.

¹³⁰ Cf. loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail qui a introduit l'article L. 4622-10 relatif aux CPOM et décrets n° 2012-135 du 30 janvier 2012 et n° 2012-137 du 30 janvier 2012 pris pour son application

¹³¹ Après avis du groupe permanent régional d'orientation du comité régional d'orientation des conditions de travail (CROCT) et de l'agence régionale de santé (ARS).

Une revue des CPOM, réalisée en septembre 2016 par la CNAM, montre que 107 CPOM sur 152 avaient inclus une fiche action « prévention de la désinsertion professionnelle »¹³². Cependant, l'analyse qualitative réalisée sur 47 CPOM relève que les engagements contractuels « *semblent assez mous dans l'ensemble et sans échéances précises* », que beaucoup manquent d'objectifs opérationnels ou ne sont pas traduits en réels plans d'actions, enfin que peu de CPOM intègrent des indicateurs de résultats. L'indicateur le plus souvent retrouvé est le nombre de visites de pré-reprise, qui ne dépend pas de l'initiative des services de santé au travail (cf. *supra*).

En Ile de France, un programme socle commun sur la prévention de la désinsertion professionnelle a été défini pour tous les CPOM, avec quatre objectifs : « *favoriser les contacts en matière de PDP, encourager la mise en place d'une entité dédiée PDP au sein du SIST, promouvoir la PDP, encourager le travail en réseau, optimiser le recours à la visite de pré-reprise* » (voir tableau en fin d'annexe).

La réflexion sur la seconde génération de CPOM est actuellement en cours de lancement, et leur signature devrait être lancée en 2018, sur la base de la réforme de la médecine du travail de 2016, du PST 3 et de la nouvelle COG AT-MP, qui retiennent tous trois le principe d'un renforcement du maintien en emploi dans les missions des services de santé au travail, agissant en lien renforcé avec les autres acteurs institutionnels impliqués. La DGT envisage dans ce cadre d'imposer pour tout CPOM une action relative au maintien en emploi assortie d'indicateurs de suivi.

3 UNE FORTE HETEROGENEITE DES ORGANISATIONS ET MODES D'ACTION EN MATIERE DE MAINTIEN EN EMPLOI

En juin 2016, la société française de médecine du travail, avec l'appui de la caisse nationale d'assurance maladie et de la direction générale du travail, a demandé à la Haute Autorité de Santé (HAS) d'élaborer des recommandations de bonnes pratiques pour la prévention de la désinsertion professionnelle. S'appuyant sur le constat réalisé en 2015 (rapport Issindou cité *supra*), cette demande souligne que « *le rôle central de prévention de la désinsertion professionnelle des médecins du travail est rempli de façon hétérogène en France par les équipes de santé au travail avec des difficultés de coordination avec les différents acteurs de la prévention de la désinsertion professionnelle.* »

La mission a observé plusieurs modes d'organisation dans les SSTI qu'elle a rencontrés.

Comme l'illustre le tableau ci-après, certains services n'ont pas d'organisation particulière : le médecin du travail assure seul et entièrement la prise en charge et le suivi des personnes en risque de désinsertion, en lien avec l'employeur, ou fait appel au Sameth lorsqu'il anticipe chez l'employeur un besoin d'appui spécifique (situation complexe et/ou aide financière nécessaire pour l'adaptation du poste), et que le salarié est reconnu travailleur handicapé ou accepte de demander ce statut. La proximité physique du SSTI avec le Sameth facilite ce mode de fonctionnement (Sameth sur le même site ou partenariat prévoyant des permanences régulières dans les locaux du SSTI). Lorsque l'équipe de préventeurs comporte un ergonomiste, il peut aussi demander ponctuellement à celui-ci de réaliser une étude de poste, afin d'appuyer sa discussion avec

¹³² Selon la DGT les CPOM ont retenu un nombre très variable de priorités, le schéma le plus fréquent et le plus probant consistant à retenir 4 ou 5 priorités, parmi lesquelles a) des priorités de prévention thématiques (le plus souvent : CMR, chutes, TMS, RPS) b) une action consacrée à la PDP/maintien en emploi c) une action consacrée à la veille épidémiologique ou à la traçabilité des expositions.

l'employeur sur un diagnostic précis. En revanche, pour initier une démarche de reconversion externe, il ne dispose d'aucune ressource interne.

Dans d'autres services, une ou deux personnes sont spécialisées sur le sujet « maintien en emploi », avec un profil orienté vers l'appui aux démarches administratives et à l'insertion sociale et professionnelle (assistant(es) sociaux(ales) conseiller(es) du travail, psychologue(s) du travail). Dans ce cas, le médecin du travail peut aussi proposer aux salariés pour lesquels une inaptitude est probable un appui psycho-social et administratif, pour faciliter l'engagement dans un projet de reconversion ou la recherche d'une solution financière permettant la sortie du marché du travail.

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

Tableau 4 : Les équipes de maintien en emploi dans neuf SSTI

SSTI	Population salariée suivie	Effectif	Existence d'une équipe dédiée au maintien en emploi	Composition équipe maintien en emploi	Nombre de dossiers ME pris en charge (flux annuel)
SMI Voiron	25 000	11 médecins (8,7 ETP) 3 infirmiers(es) + pôle prévention	non		
AST Grand Lyon	215 000	78 médecins	oui	Un(e) médecin (temps partiel), un(e) ergonome, un(e) psychologue, un(e) conseiller(e) social(e) du travail, un(e) assistant(e)	500
OSTRA (IdF)	150 000	44 médecins	oui	5 personnes dont 2 ergonomes, un(e) psychologue, un(e) conseiller(e) social(e) du travail	500
AMI (IdF)	100 000	27 médecins (ETP)	non	un(e) psychologue du travail deux jours/semaine	190
ASTAV Lille		100 dont 32 médecins	Oui : Sameth 5 personnes géré par le SST + recours à l'équipe pluridisciplinaire pour les salariés non RQTH		
CMAIC (Normandie)	80 000	110 dont un tiers médecins + IDE, un tiers préventeurs et assistants sociaux, un tiers support	Recours au Service social	Deux conseillers(es) sociaux (ales) du travail, un(e)assistant(e)	360
AMSN (Normandie)	80 000	105	Non : recours au Sameth qui est sur le même site		
Santé BTP (Normandie)¹³³	23 000	6 médecins, 6 infirmiers(es), 7 IPRP ¹³⁴ , 6 assistants(es)	oui	un(e) psychologue du travail et un(e) conseiller(e) social(e) du travail	
SSTI Libourne	24 500	6 médecins, 3 infirmiers(es), 4 IPRP, 5 assistants(es)	Non Partenariat avec Sameth (une dizaine de dossiers par an)		

Source : Mission IGAS sur la base des entretiens et documents remis

¹³³ Chiffres issus du CPOM

¹³⁴ Dans les SSTI, les personnels dont l'emploi conventionnel est le suivant bénéficient de l'appellation IPRP : technicien hygiène sécurité. psychologue du travail, ergonome, toxicologue, épidémiologiste et ingénieur hygiène sécurité/ chimiste.

A titre d'illustration, l'encadré ci-dessous synthétise quelques éléments transmis par le service AST Grand Lyon, où près de 80 médecins assurent le suivi de 215 000 salariés.

Le pôle d'appui au maintien en emploi de l'AST Grand Lyon

Dans l'organisation du service, la cellule maintien en emploi est clairement distinguée du service prévention, qui rassemble pour sa part 23 experts. Cette cellule comprend 5 personnes :

- un.e médecin du travail responsable de la cellule, qui s'y consacre à temps partiel essentiellement pour faciliter de manière informelle les liaisons avec les médecins, ceux du service mais aussi parfois les médecins traitants ou médecins conseil (*« quand il faut appeler un médecin conseil ce n'est pas possible pour un non médecin »*) ;

- un ergonome, un psychologue du travail, une conseillère sociale du travail, une assistante administrative.

L'appui de cette cellule est proposé au salarié par le médecin du travail : environ deux tiers prennent effectivement contact et en 2016, près de 500 appuis ont été initiés. La procédure distingue les appuis spécialisés (le médecin oriente directement sur un des membres de la cellule, selon le besoin) et l'appui pluri-professionnel, pour les dossiers plus complexes (30 % des cas, concernant presque toujours des personnes relevant de la RQTH).

Une grande diversité de pratiques est observée parmi les 78 médecins du service : certains adressent au service maintien en emploi un cas, d'autres 20 cas ; certains ne recourent qu'à l'ergonome, certains qu'au psychologue, certains qu'à la conseillère sociale du travail¹³⁵.

87 % des salariés pris en charge à ce titre sont en arrêt de travail, 60 % sont reconnus travailleur handicapé ou ont déposé une demande, leurs problèmes de santé relèvent pour 75 % de troubles musculo-squelettiques, et ont dans 40 % des cas une origine professionnelle.

Le pôle d'appui au maintien en emploi participe aux réunions du comité départemental du maintien en emploi du territoire du Rhône, et rencontre régulièrement ses partenaires (Fongecif, Cap emploi, CIBC, Sameth, Adapt, MDPH...).

Source : Entretien avec le responsable du pôle et bilan d'activité 2016

Compte tenu de cette diversité d'organisations, la répartition des interventions de maintien en emploi entre SSTI et Sameth n'obéit pas à des principes homogènes. Ceux des services de santé au travail qui peuvent recourir pour ces dossiers à des compétences internes (ergonome en particulier) affirment être en capacité de faire le même travail que le Sameth ; ils recourent néanmoins à ce dernier lorsqu'il apparaît qu'un dossier d'aide de l'Agefiph devra être monté, car les Sameth, seuls habilités en la matière, maîtrisent l'ingénierie financière des aides de l'Agefiph.

Dans les Hauts de France, un réseau Santé Travail Maintien dans l'Emploi (STME) existe depuis 1998, abrité par l'institut de santé au travail du Nord de la France (ISTNF). Il réunit d'une part les médecins du travail, d'autre part les assistants santé au travail¹³⁶ désignés comme « référents maintien en emploi » par les 17 SSTI de la région et facilite les échanges de pratiques ainsi que l'organisation d'enquêtes et la diffusion des connaissances sur cette problématique.

A la demande de la mission, le CISME a conduit une enquête flash auprès de ses adhérents, afin de repérer ceux qui ont mis en place une cellule ou un service, dédié spécifiquement à la prévention de

¹³⁵ Les mêmes écarts de pratiques sont observés par le SST OSTRA en Ile de France où, selon la représentante rencontrée par la mission, 10 des 44 médecins du travail ne recourent jamais à la cellule maintien en emploi.

¹³⁶ Ces assistant.e.s accompagnent les salariés en risque de désinsertion professionnelle pour monter le dossier de RQTH, jusqu'au passage devant la MDPH.

la désinsertion professionnelle et/ou au maintien en emploi. Sur 157 SSTI répondants¹³⁷, 71 soit 45 % ont répondu oui à cette question. En y ajoutant 18 SSTI qui indiquent ne pas disposer de cellule maintien en emploi mais être support d'un Sameth¹³⁸, on peut donc estimer que, dans plus de la moitié des SSTI répondants, la mission de maintien en emploi bénéficie d'une organisation et de compétences dédiées. L'enquête ne permet pas de repérer les SSTI qui ont organisé un partenariat pour le maintien en emploi avec des services externes ou des associations spécifiques, notamment dans le secteur du BTP.

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

Tableau 5 : Principaux résultats d'une enquête flash auprès des SSTI adhérents au CISME

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

Source : Données collectées par le CISME et la FFB – traitement par la mission IGAS

¹³⁷ Dont 24 des 28 services spécialisés du secteur BTP, dont les réponses ont été collectées par la fédération française du bâtiment.

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

Pièce jointe

DM-PDP Tableau de suivi version du 17 avril 2014

CPOM Ile de France

Programme socle commun PDP

SIST : _____ **date :** _____

	Objectif	Indicateurs	Avancement / descriptif (1)
1	Favoriser les contacts en matière de PDP.	• Existence d'un contact PDP identifié au sein du SIST.	
		• Communication de la marche à suivre pour contacter un médecin du travail sur un problème de PDP.	
		• Communication des coordonnées départementales des médecins conseils.	
2	Encourager la mise en place d'une entité dédiée PDP au sein du SIST.	• Description de l'entité dédiée PDP au sein du SIST.	
		• Définition d'indicateurs internes d'activité de l'entité et de ses actions de suivi	
3	Promouvoir la PDP.	• Nombre de réunions d'information ou de formations internes au SIST, nombre et fonction des personnels concernés.	
		• Modalités de déploiement de l'information vers les entreprises adhérentes et leurs CHSCT/DP, cibles.	
		• Modalités et supports de sensibilisation des salariés.	
4	Encourager le travail en réseau.	• Nombre et types de partenariats réalisés.	
		• Mise en place d'échanges de pratiques au sein du SIST ou entre SIST (nombre) ou avec des partenaires extérieurs.	
5	Optimiser le recours à la visite de pré reprise.	• Données quantitatives relatives aux visites de pré reprise, données qualitatives relatives aux actions qui en découlent et analyse.	

(1) Nota : Ce tableau pourra être complété par des pièces annexes explicatives et tous commentaires

ANNEXE 4

LA CONTRIBUTION DES SERVICES DE PROTECTION SOCIALE

Les organismes gestionnaires des régimes obligatoires d'assurance maladie et accidents du travail-maladie professionnelle ont investi depuis de nombreuses années sur des programmes visant à réduire le risque de désinsertion professionnelle lié aux arrêts de travail de longue durée.

L'objet de la présente note vise à décrire les acteurs et les principales activités et outils dédiés à cet objectif par la CNAMTS et de la MSA, qui couvrent la quasi-totalité des salariés du secteur privé.

1 LE RESEAU DE LA CNAMTS

1.1 Présentation générale du réseau de la CNAMTS et du cadre de pilotage national de la PDP

La caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés gère le risque maladie, invalidité et maternité de 18,8 millions de personnes salariées et le risque AT-MP de 18,5 millions de salariés de 2,2 millions d'entreprises (chiffres CNAMTS 2015¹³⁹). Ces effectifs sont stables sur la période 2010-2014 (DGT¹⁴⁰). On rappelle que, selon l'enquête emploi de l'INSEE, il y avait en 2015 25,5 millions d'actifs ayant un emploi dont 22,8 millions de salariés.

Le réseau de la CNAMTS est constitué de la caisse nationale, la CNAMTS, qui impulse la stratégie au niveau national, notamment en tant que cheffe de file des régimes obligatoires d'assurance maladie, et pilote le réseau de **102 caisses primaires d'assurance maladie** (CPAM) en métropole et de **5 caisses générales de sécurité sociale** (CGSS) dans les collectivités d'outre-mer ; de **20 directions régionales du service médical** (DRSM) ; de 13 unions de gestion des établissements de caisse d'assurance maladie (UGECAM), qui regroupent 221 établissements sanitaires et médico-sociaux. En gestion partagée avec la caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV), la CNAMTS mobilise également les **21 caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) ou exerçant ces fonctions**¹⁴¹ qui assurent, outre la gestion des retraites sous la responsabilité directe de la CNAV, des missions spécifiques de tarification et de prévention des risques professionnels ainsi que des missions de suivi et d'action sociale.

Le régime général de l'assurance maladie emploie plus de **80 000 collaborateurs (près de 70 000 ETP)**, et constitue l'acteur le plus important des différents régimes d'assurance maladie obligatoire.

Plusieurs directions sont directement impliquées dans la prévention de la désinsertion professionnelle : la direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins (DDGOS), la direction déléguée aux opérations (DDO) et enfin la direction des risques professionnels (DRP).

¹³⁹ Statistiques sur la sinistralité de l'année 2015 suivant la nomenclature d'activités française (NAF)

¹⁴⁰ DGT, Conditions de travail Bilan 2015, novembre 2016

¹⁴¹ 15 CARSAT, 1 CRAMIF, 4 CGSS et 1 CSS. Cf. *Infra*.

Les deux premières gèrent les risques de la branche maladie, (maladie, invalidité, maternité et décès) pour le seul régime général. Pour ce faire, elles s'appuient notamment sur les réseaux opérationnels (réseau des médecins conseils, réseau administratif et, partagé avec la CNAV, réseau des travailleurs sociaux).

La direction des risques professionnels (DRP) est en charge de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) et élabore la politique de gestion du risque et de prévention en la matière pour l'ensemble des régimes (général, agricole, indépendants, fonctionnaires et régimes spéciaux...). Elle mobilise directement les services des CARSAT intervenant en matière de prévention et de tarification des risques professionnels ; ces services accompagnent les entreprises dans leurs démarches de prévention afin de diminuer la fréquence et la gravité des Accidents du Travail et des Maladies Professionnelles (AT/MP), et déterminent le taux de cotisation couvrant le risque AT/MP des établissements. Pour la reconnaissance et la réparation des accidents du travail et maladies professionnelles, la DRP s'appuie sur les services de la branche maladie (administratifs et médicaux).

Les effectifs du régime général, directs et indirects¹⁴², affectés aux activités ATMP étaient respectivement de 12 032 ETP en 2004¹⁴³ et de 11 007 ETP en 2016. La baisse est globalement de 8.5 %, principalement marquée pour les effectifs des DRSM (-36,3 %).

Au regard de cette architecture imbriquée, plusieurs conventions d'objectifs et de gestion (COG) qui régissent les relations entre l'Etat et les caisses nationales, traitent des moyens opérationnels mobilisés en matière de prévention de la désinsertion professionnelle : la COG Etat-CNAMTS relative à l'assurance maladie, la COG Etat - branche AT-MP et la COG Etat-CNAV de la branche Vieillesse (en raison notamment du partage des ressources du réseau des travailleurs sociaux des CARSAT).

Plusieurs actions des deux premières COG, ATMP et Maladie dont les agendas ont été synchronisés depuis 2014, concernent la prévention de la désinsertion professionnelle :

- Dans la COG Etat – branche AT/MP 2017-2017, l'action 1.3 « Agir pour prévenir la désinsertion professionnelle »¹⁴⁴ ;
- Dans la COG Etat CNAMTS 2014-2017, dans le programme « Développer un accompagnement personnalisé pour mieux répondre aux besoins des assurés sociaux les plus fragiles », l'action 2.14 « Prévenir les risques de précarisation des assurés en arrêt de travail » et, dans une moindre mesure car s'appliquant au seul champ des établissements UGECAM, l'action 21.7. « Participer aux programmes de PDP »¹⁴⁵.

L'organisation actuelle fait coexister s'agissant du risque AT-MP le réseau des caisses régionales, relevant directement de la DRP pour la prévention et la tarification, et les CPAM et DRSM pour la reconnaissance – réparation, qui relèvent de la branche maladie de la CNAMTS, ce qui rend plus complexe le pilotage et la coordination des actions de PDP. Ces actions sont en pratique principalement mises en œuvre et suivies par la branche maladie. Si la direction des risques

¹⁴² Les personnels « directs » sont ceux qui sont directement rattachés au processus métier ; les personnels « indirects » sont ceux qui relèvent des fonctions support (immobilier, logistique, GRH,...) tout en concourant à la réalisation du processus métier.

¹⁴³ Laurent CAILLOT, Gilles LECOQ et Frédérique SIMON-DELAVALLE, Evaluation de la COG 2009-2012 de la branche ATMP du régime général, Rapport IGAS RM2012-128P

¹⁴⁴ Convention d'objectifs et de gestion 2014-2017 de la branche Accidents du travail et Maladies professionnelles (COG AT/MP)

¹⁴⁵ Convention d'objectifs et de gestion entre l'Etat et la CNAMTS 2014-2017

professionnels collabore avec la direction déléguée aux opérations (DDO)/DAPF¹⁴⁶ et participe aux travaux et aux réflexions des groupes de travail intra et interinstitutionnels, le pilotage est assuré par la DAPF et les actions locales sont portées par les services sociaux, rattachés au DAPF, qui est donc de facto, l'acteur chef de file de la PDP.

1.2 Présentation des acteurs locaux du réseau CNAMTS les plus impliqués dans la PDP

Au niveau local, les services les plus directement impliqués dans la politique de prévention de la désinsertion professionnelle sont les services sociaux des CARSAT et les directions des échelons régionaux et locaux du service médical (DRSM et ELSM).

1.2.1 Le service social de la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (CARSAT)

Les services sociaux de la CARSAT sont répartis sur le territoire national avec 21 caisses régionales¹⁴⁷, 229 lieux d'implantation (un ou plusieurs par département) et 1 785 lieux d'accueil du public en 2016. Ils mobilisent 2800 professionnels dont 1750 assistants de service social¹⁴⁸ (1 650 ETP¹⁴⁹) sur un effectif global de 2 750 agents. Ces services sociaux spécialisés en santé interviennent dans trois domaines définis par circulaire de décembre 2011 CNAMTS-CNAV¹⁵⁰ : l'accès aux soins et droit aux soins des personnes en situation de précarité, la prévention de la désinsertion professionnelle des assurés malades ou handicapés, la prévention de la perte d'autonomie des personnes malades, handicapées et/ou âgées.

En regard de ces missions, le service social propose sept offres de service aux assurés :

- Prévention des risques de précarisation médico-sociale pour tous les assurés percevant des Indemnités journalière depuis plus de 90 jours :
- Prévention de la désinsertion professionnelle :
- Accompagnement des sorties d'hospitalisation ;
- Assurés n'ayant pas utilisé leur chèque d'Aide au paiement d'une Complémentaire Santé (ACS) à 3 mois ;
- Accompagnement du passage à la retraite ;
- Accompagnement des pathologies lourdes et invalidantes ;
- Jeunes en situation de vulnérabilité.

Ces interventions sociales s'intègrent dans les politiques générales des caisses maladie et vieillesse et seront refondues afin d'accompagner la nouvelle génération de COG en cours d'élaboration. Il apparaît d'ores et déjà que le domaine santé et employabilité en constituera un des grands axes¹⁵¹.

¹⁴⁶ Département d'accompagnement des publics fragiles, CNAMTS, mars 2014

¹⁴⁷ 15 CARSAT, CRAM en Île-de-France, 4 caisses générales de sécurité sociale (CGSS) en Martinique, Guadeloupe, Guyane et à la Réunion, 1 caisse de sécurité sociale Mayotte

¹⁴⁸ CNAMTS, Bilan du service social 2015

¹⁴⁹ CNAMTS Mission de réflexion stratégique sur le Service social, octobre 2016

¹⁵⁰ Circulaire CNAV N° 2011-86 et CNAMTS N° 26-2011 du 19 décembre 2011, Missions et priorités du service social des CARSAT, CRAM ET DES CGSS,

¹⁵¹ CNAMTS, Mission de réflexion stratégique sur le Service social, octobre 2016, op. Cit.

1.2.2 Les services médicaux

Les services médicaux sont répartis entre 20 directions régionales du service médical (DRSM) qui disposent d'antennes locales, les ELSM, au nombre de 106, adossées aux caisses primaires d'assurance maladie. L'échelon départemental est l'unité d'organisation de référence de ce réseau.

Ces services emploient 1 743 ETP de praticiens conseil assistés de 4 711 ETP de personnels administratifs. Plus de la moitié de ces ressources intervient sur le pôle « avis sur prestations » qui suit, entre autres, le bien fondé des arrêts de travail ou les demandes d'invalidité, mais aussi les actions de prévention de la désinsertion professionnelle.

Tableau 1 : Nombre d'ETP du service médical CNAMTS en 2015

	praticien conseil	personnel administratif
pôle CPR2A¹⁵²	966,9	3011,2
avis sur prestation	862,4	2518,5
revue de dossier	5,5	7,9
action PDP	4,7	4,3
Pôle RPS	250,3	272,6
maîtrise médicalisée en ville	93,7	80
maîtrise médicalisée établissements et entreprises	58,2	101,4
suivi hors cadre conventionnel	31,3	26
Pôle contentieux	334,9	337,4
établissements	75,2	99,1
prestations en nature	60,8	58,1
médicaments	30,2	36,5
pôle activité transverse	190,9	1089,7
pilotage stratégique dont CPG	100,3	356,7
formation	37,7	96,5
GRH	28,7	274,7
Total	1 743	4 710,9

Source : CNAMTS/DDO/DMOA/DPAM, 2017

Le service médical accompagne l'ensemble des politiques des caisses qui nécessitent un avis médical et son activité recoupe tous les risques gérés par les branches maladie et AT-MP. Elle est localement répartie entre :

- L'activité de contrôle des prestations (CPR2A) ;
- L'activité accompagnement des professionnels de santé (RPS) ;
- L'activité de contrôle contentieux (CCX) et de contrôle T2A .

¹⁵² Contrôle des prestations et relations avec les assurés

Ses objectifs relatifs à la politique de prévention de la désinsertion professionnelle prévoient :

- de renforcer les contrôles des arrêts de travail longs par un contrôle des entrées en arrêts de longue durée, après examen des assurés, pour les décisions d'ouverture d'une affection de longue durée non exonérante ;
- de mettre en place un accompagnement précoce pour prévenir la désinsertion professionnelle en lien avec le service social et les services de santé au travail d'une part et d'autre part en s'appuyant sur les évaluations et le suivi organisé par des agents facilitateurs en lien avec des infirmières (cf. *infra*).

1.3 Les activités de prévention de la désinsertion professionnelle de la CNAMTS

La démarche développée à partir des années 2000 par les branches maladie et AT-MP préexistait, sous forme de maintien dans l'emploi ou d'appui au reclassement professionnel.

L'activité PDP s'est structurée progressivement ces 15 dernières années et a pris une place de programme à part entière : dans la COG AT-MP 2004-2006 et son avenant de 2007-2009, prolongée par celles de 2009-2012 et 2014-2017, puis avec les COG Assurance Maladie 2010- 2013 et 2014-2017. Cette place devrait être confortée à l'occasion du renouvellement des COG en cours d'élaboration fin 2017.

Les objectifs affichés étaient de prévenir le risque de désinsertion professionnelle par **une détection et une intervention précoce** en vue de maintenir dans ou en emploi. La définition de ces termes est celle reprise dans le corps de ce rapport : le maintien dans l'emploi est défini par toute action visant à aider les assurés à se maintenir dans leur poste, leur emploi ou leur entreprise ; le maintien en emploi, est défini par toute action visant à aider les assurés à retrouver les conditions nécessaires à la reprise d'une activité professionnelle (hors entreprise initiale).

On détaillera rapidement les différentes phases de détection, signalement et interventions réalisées dans le cadre de ce programme.

1.3.1 La détection et le signalement des salariés fragiles et à risque de désinsertion professionnelle

1.3.1.1 Les modalités de repérage

Le repérage des salariés est principalement basé sur des requêtes sur les durées d'arrêt de travail qui sont complétées par des signalements des situations individuelles vues dans le cadre des contacts directs entre les assurés et les différents acteurs du réseau CNAMTS :

- Par le service social qui fait une offre de services par courrier systématique à tous les salariés en arrêt de travail de plus de 90 jours. Dans le cadre du programme d'action prioritaire du service social « Prévenir les risques de précarisation médico-sociale et/ou professionnelle des assurés en arrêt de travail » mis en place depuis le 1er avril 2007, des requêtes mensuelles permettent au service social de proposer son offre de services à tous les assurés en arrêt de travail depuis plus de 90 jours. Cette « Requête « IJ 90 j », non ciblée initialement sur la thématique PDP, contribue à la détection des assurés présentant ce risque. Elle est réalisée par la CPAM ;

- Par le service médical peut repérer les assurés « à risque » à l'occasion de son activité générale de contrôle direct des prestations ou d'un bilan médico-socio-professionnel (BMSP)¹⁵³ ; il recourt également à deux requêtes sur la durée des IJ (supérieures à 45 jours et à 100 jours) ;
- Par les services administratifs de la CPAM (via une échéance du SI Medialog) : front office (accueil physique et plateformes téléphoniques), techniciens gérant les revenus de remplacement (AS et AT), techniciens en charge de la reconnaissance AT-MP, agents assermentés en charge des contrôles et des enquêtes, enquêteurs AT-MP, agents en charge des informations sur le parcours Invalidité... Ces signalements remontent vers le service social également.

Les sources de signalement peuvent reposer enfin sur des acteurs extra-institutionnels via une orientation et/ou une demande d'intervention concernant un salarié : SAMETH, Services de santé au travail (médecin du travail ou service social du SST), employeurs, partenaires sociaux, MDPH, médecins traitants, établissements de santé. Parfois, enfin, il s'agit d'une demande spontanée d'un assuré ou à la suite d'une intervention individuelle ou collective menée par le service social (cf. *infra*).

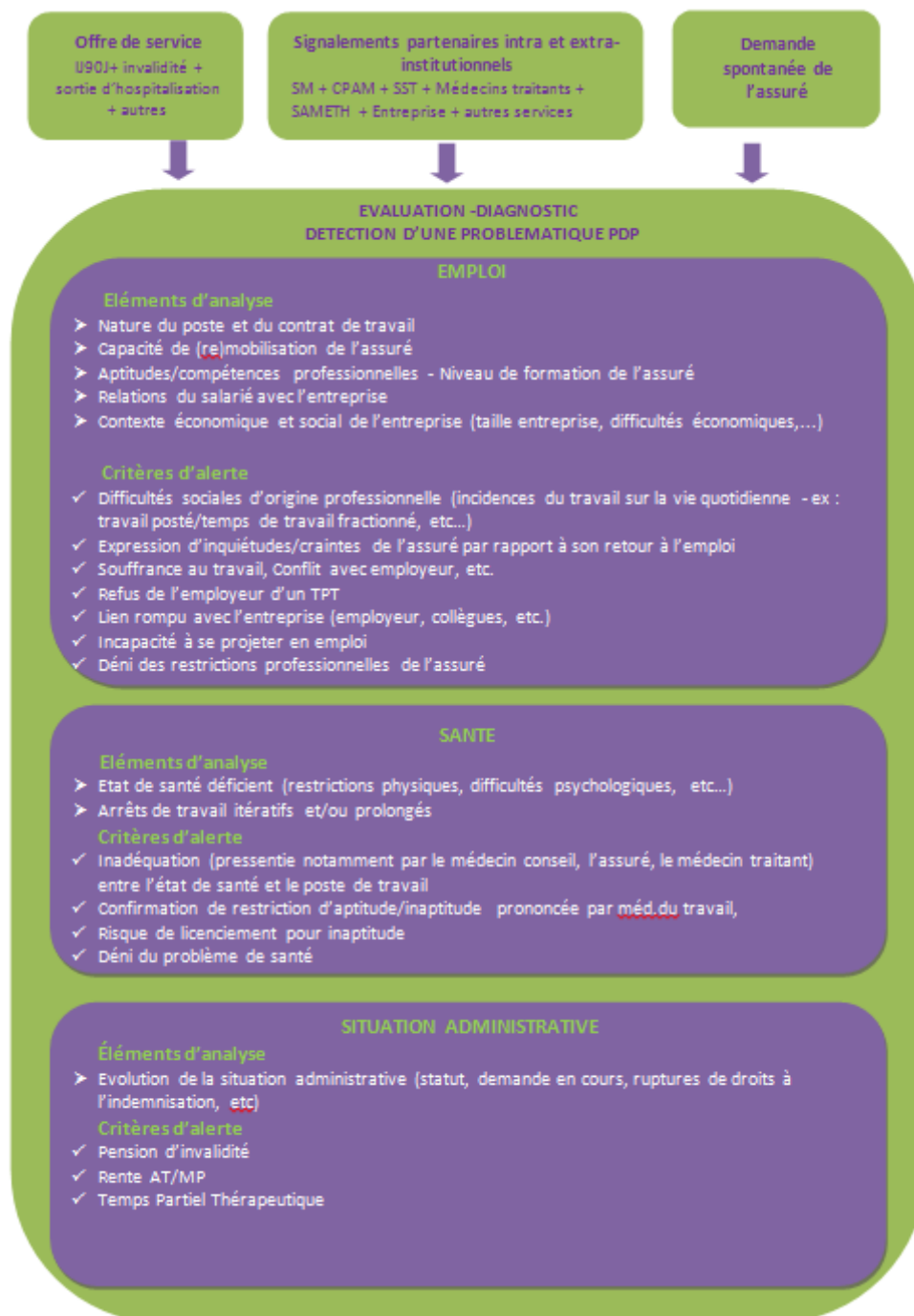
La CNAMTS a proposé en 2014 des critères de signalement et d'orientation dans une lettre réseau et ses annexes pour ses services sociaux, médicaux, administratifs ainsi que pour les services de prévention des risques professionnels¹⁵⁴.

On détaillera ci-dessous, les critères des deux services qui génèrent l'essentiel des signalements, les services sociaux et médicaux.

¹⁵³ Le BMSP était un outil initialement proposé pour prévenir le risque de passage en invalidité pour tous les arrêts de travail longs, supérieurs à 1 an (Circulaire 76/2004 du 25/06/2004).

¹⁵⁴ Lettre Réseau LR-DDO-119/2014, relative à la prévention de la désinsertion professionnelle : bilan de l'intervention du service social et optimisation du dispositif de coordination, CNAMTS, 24/07/2017

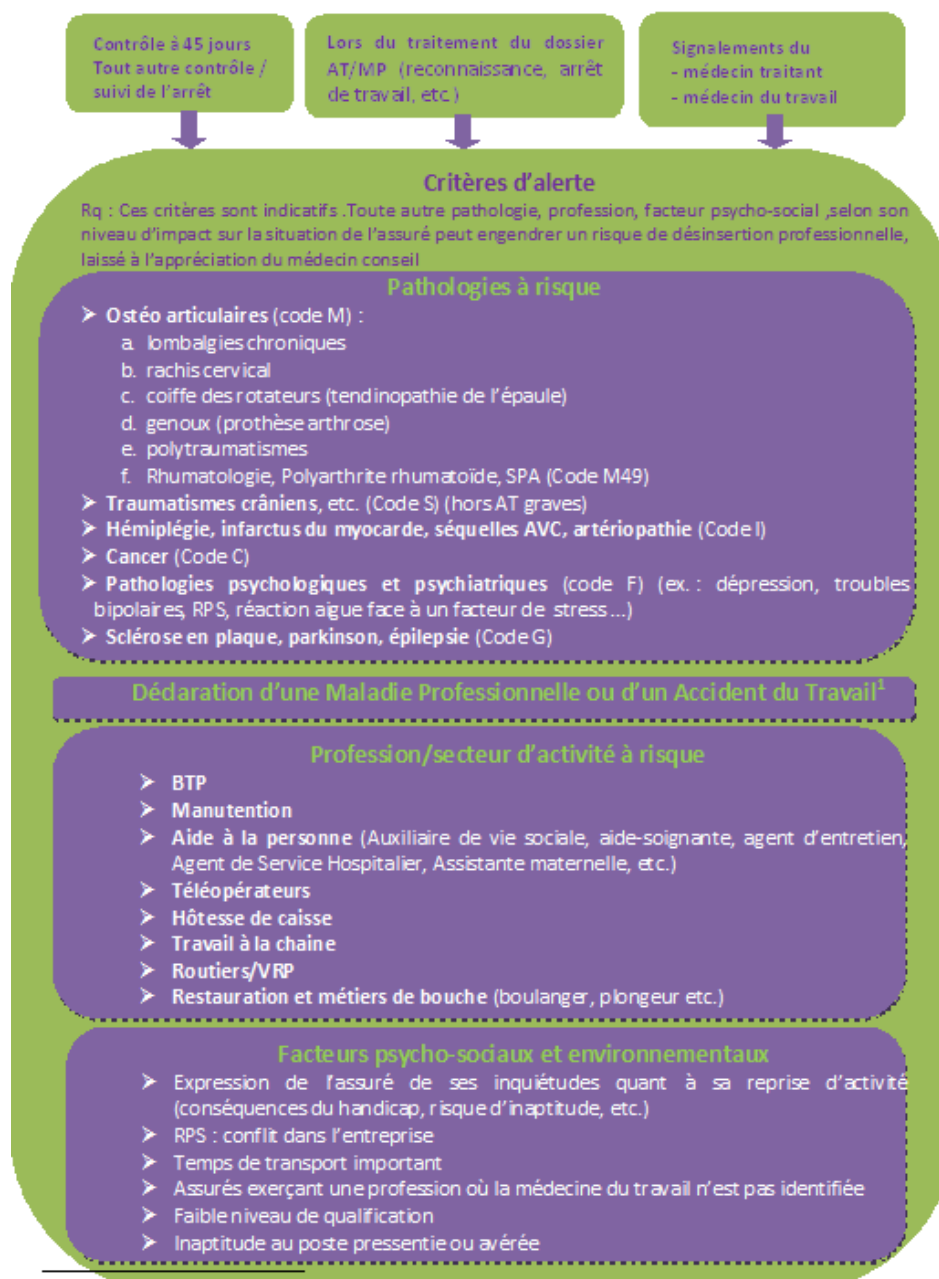
Encadré 1 : Encadré Critères de détection des situations PDP - service social



Source : Lettre Réseau LR-DDO-119/2014 Annexe 4

Des critères ont été également proposés par la CNAMTS pour sensibiliser les médecins conseil sur ce sujet : ils croisent pathologies, métiers et secteurs d'activité à risque et facteurs psychosociaux et environnementaux (cf. Encadré infra).

Encadré 2 : Encadré Critères de détection des situations PDP - service médical



Source : Lettre Réseau LR-DDO-119/2014, Annexe 1

1.3.1.2 L'augmentation de l'activité de signalement

L'activité de signalement a été régulièrement croissante ces dernières années notamment sous l'effet de la procédure « IJ 90 jours » (+ 14 % entre 2013 et 2016)¹⁵⁵, qui suit mécaniquement l'augmentation des arrêts de travail longs, mais aussi en raison d'une plus grande mobilisation des réseaux.

L'essentiel des détections et signalements repose aujourd'hui sur l'activité des services sociaux et médicaux. L'activité de front-office des services administratifs est pourtant source potentielle de détections. De même, les professionnels des services de prévention sont au contact, au sein des entreprises, avec des employeurs, dont on a pu mesurer qu'ils peuvent avoir une vision assez précise des salariés menacés (cf. Annexe 2 sur les populations concernées).

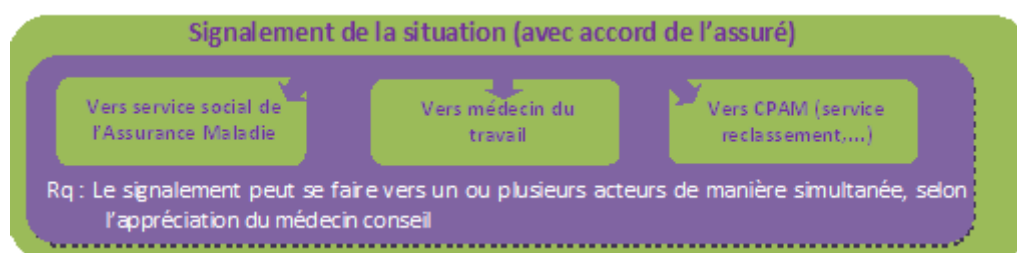
L'activité nationale de signalement des médecins conseils au service social, qui est restée globalement stable de 2010 (35 858) à 2013 (35 601), puis a crû modestement entre 2013 et 2015, a progressé beaucoup plus significativement entre 2015 (37 840) et 2016 (41 067), soit + 15 % entre 2013 et 2016¹⁵⁶.

Il n'existe pas de données consolidées sur les signalements selon les services médicaux régionaux ou locaux¹⁵⁷, mais la mission a pu constater dans certaines DRSM visitées, comme les précédentes évaluations l'ont également montré, qu'il existe une hétérogénéité du nombre de signalements entre les ELSM, signe pour beaucoup d'acteurs de l'inégal engagement des médecins conseil sur ce sujet.

1.3.2 Les interventions faites après les signalements au titre de la PDP

Suite au repérage d'un risque de désinsertion professionnelle, le service médical peut orienter le salarié, selon sa situation et son accord, vers la médecine du travail pour une visite de pré-reprise, et/ou vers le service social de l'Assurance Maladie pour rechercher des solutions spécifiques (une fiche de signalement spécifique existe depuis 2004 pour ce faire¹⁵⁸).

Tableau 2 : Orientation des signalements du service médical



Source : CNAMTS/DDO/D20M/DAPF Annexe 1 - Note de service CPR2A n°03/2017-V3

¹⁵⁵ Données d'activité /CNAMTS/DDO/D20M/DAPF 2016 (Hors CGSS) ; traitement IGAS

¹⁵⁶ Données : Ibid. Cit.

¹⁵⁷ Il n'y a pas de taux cible de déclaration calculé sur ce sujet par les ERSM, qui permettrait de comparer les volumes déclarés et attendus des différents échelons.

¹⁵⁸ Fiche nationale de liaison médico-sociale disponible en version bureautique dans le SI Hippocrate du service médical

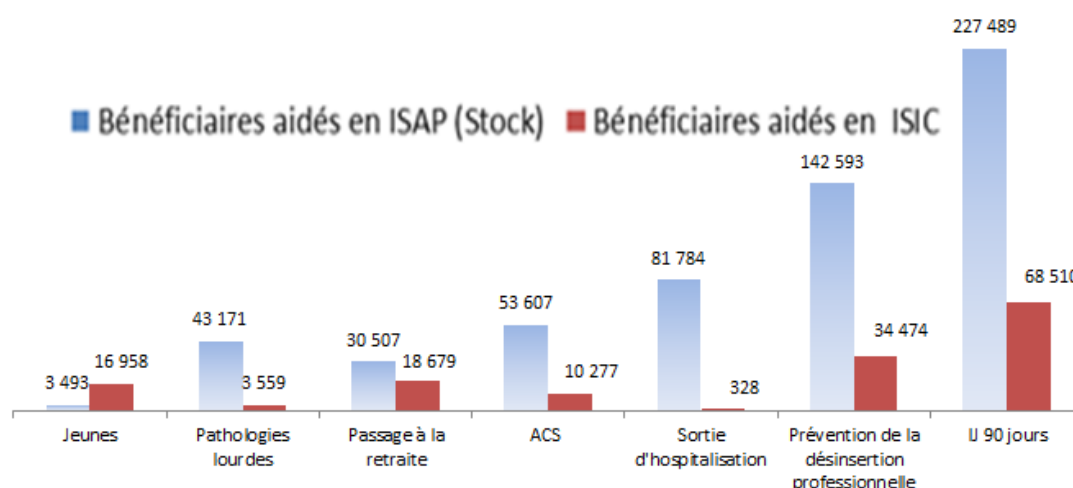
Les médecins conseil ont adressés 45 666 signalements aux services de santé au travail en 2016, principalement pour des visites de pré-reprise ou de reprise, ou des reprises de travail à temps partiel, et plus marginalement pour des mises en situation professionnelle comme les essais encadrés, des CRPE (cf. partie 3). Ils ont adressé la même année 41 067 signalements aux services sociaux des CARSAT¹⁵⁹. Il n'existe pas de données sur les suites données par les services de santé au travail à ces signalements, par contre, cette activité est tracée s'agissant des suites données par les services sociaux.

Les signalements adressés au service social ou ceux issus de son activité propre conduisent à deux niveaux d'offre de sa part en première ou deuxième intention.

- Une offre d'information collective est proposée à toutes les personnes en arrêt de travail > 90 jours (1 séance avec 25 personnes maximum). On rappelle que cette requête vise à repérer les salariés en situation de fragilité médico-sociale et pas uniquement ceux menacés par la désinsertion professionnelle.
- Une offre « attentionnée » proposée, sous la forme d'un accompagnement social individuel dit « Interventions Sociales d'Aide à la Personne » (ISAP) ou collectif dit « Interventions Sociales d'Intérêt Collectif » (ISIC). Ces dernières interventions, qui réunissent entre 10 et 15 salariés sur un maximum de trois séances, peuvent s'appuyer sur l'intervention de partenaires extérieurs (SAMETH, Cap Emploi, médecin du travail....) lorsque le thème principal abordé dans la séance porte sur l'emploi et le projet professionnel.

Les bénéficiaires d'une intervention, PDP ou autre, sont très majoritairement vus en interventions individuelles (81 %). Dans 30 % des cas, celle-ci a été réalisée en un seul entretien dit d'information conseil (face à face ou téléphone). Dans 70 % des cas, le bénéficiaire a été accompagné sur une ou plusieurs séances sur la base d'un contrat négocié et un plan d'aide associé. En moyenne, l'accompagnement individuel d'un bénéficiaire du service social en 2016 a comporté 4,4 entretiens sur une durée de 11 mois¹⁶⁰.

Graphique 1 : Nombre de bénéficiaires par offre des services sociaux CARSAT 2016



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

¹⁵⁹ Prévention de la désinsertion professionnelle, Bilan 2016. Service social de l'Assurance maladie. 11/2017

¹⁶⁰ Données d'activité du service social /CNAMTS/DDO/D20M/DAPF 2016

Le dispositif de repérage a un « rendement » très différent selon son origine : requêtage administratif et offre de service par courrier, puis personnalisée, ou repérage par le service médical : le taux de suite donné après la procédure de contact courrier apparaît nettement plus faible et interroge sur l'absence de processus de relance en cas de non réponse, ou sur la mise en place d'autres modes de contact (téléphonique par exemple) mieux adaptés aux publics les plus fragiles.

Tableau 3 : Signalements IJ > 90 jours ou du service médical et suites données par les services sociaux en 2016

Origine du signalement	du Service médical	requête IJ à 90 jours de la CPAM
Nombre de signalements	41 067	572 556
Nombre de bénéficiaires aidés individuellement par le service social	34 883	295 999
Part des bénéficiaires aidés à titre individuel	85 %	52 %
Nombre de bénéficiaires aidés à titre individuel <u>au titre de la PDP</u>	32 156	120 887
Part des assurés signalés aidés par le Service social au titre de <u>la PDP</u>	92 %	21 %

Source : Données d'activité /CNAMTS/DDO/D20M/DAPF 2016 (Hors CGSS) ; traitement IGAS

La sélectivité inégale des voies de signalement avait déjà fait l'objet d'une observation similaire en 2012¹⁶¹ et il semble que, malgré les efforts faits pour mieux discriminer, la situation ait globalement peu changé.

Il existe une résistance historique à s'engager sur des démarches trop standardisées dans le champ social. La culture du service social repose sur des approches individuelles pro actives et une démarche d'empowerment¹⁶². Il serait cependant utile de prévoir un suivi et des procédures de relance ciblées pour les non-répondants à l'invitation faisant suite à la requête « IJ 90 jours ». Un contact oral serait plus adapté qu'un courrier souvent mal compris, mais cette démarche implique de sélectionner les personnes à relancer *a fortiori* ceux présentant par ailleurs d'autres critères de fragilité notamment médicaux comme cela est envisagé par ailleurs par la CNAMTS¹⁶³.

Le nombre de bénéficiaires et leur part au titre de la PDP dans l'ensemble de l'activité du service social ont crû ces dernières années (16 % en 2008¹⁶⁴, 20,6 % en 2013 et 29,5 % en 2016).

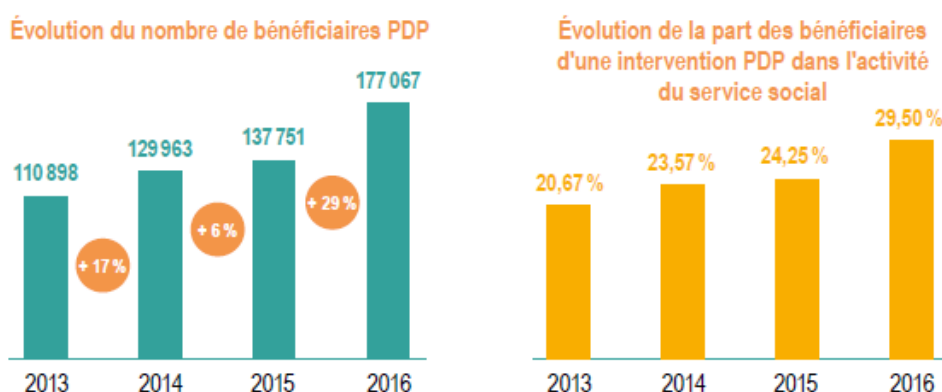
¹⁶¹ Audit du projet de prévention de la désinsertion professionnelle (PDP), Rapport définitif, CAISSE NATIONALE/DAGRCG/DAUG, Décembre 2012, 99 pages + annexes informatives,

¹⁶² Empowerment : Processus visant à rendre les individus ou communautés plus autonomes et responsables via un transfert des connaissances visant à développer un potentiel caché ou ignoré et à accroître le pouvoir d'agir et à influencer favorablement leur situation.

¹⁶³ Les programmes nationaux socles, leurs publics, leurs objectifs, leur part dans l'ensemble de l'activité du Service social, Rapport d'étape : travaux en cours et premières propositions, Groupe de travail CNAMTS, V12, Octobre 2016

¹⁶⁴ Rapport IGAS RM2012-128P. Op. Cit.

Graphique 2 : Evolution du nombre de bénéficiaires PDP dans l'activité du service social



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

Dans une étude régionale la tranche d'âge des 41-50 ans représentait 41 % et celle des 51 ans et +, 20 %. Au niveau national, près de 90 % des bénéficiaires accompagnés à titre individuel (ISAP) par les services sociaux avaient entre 26 et 59 ans en 2016 et 53,6 % ont entre 46 et 59 ans.

Tableau 4 : Caractéristiques des assurés en risque de désinsertion professionnelle bénéficiaires d'un accompagnement individuel en 2016

Tranche d'âges	Total	%
< 16	1	0,0 %
16/25 Ans	2460	1,7 %
26/45 Ans	50448	35,4 %
46/59 Ans	76439	53,6 %
60/74 Ans	13033	9,1 %
75/84 Ans	46	0,0 %
> 84	20	0,0 %
Non renseigné	158	0,1 %
Total	142605	100,0 %

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

La répartition hommes- femmes est paritaire (50-50). On retrouve dans la population prise en charge un fort risque de désinsertion chez les salariés peu qualifiés et vieillissants, comme cela est également décrit dans d'autres populations (cf. Annexe 2).

1.3.3 L'activation des mesures d'accompagnement des bénéficiaires

De nombreuses mesures d'accompagnement, détaillées en partie 4.3 de cette annexe, peuvent être activées par les services sociaux. On rappellera les principales :

- des actions de remobilisation collective (réunions d'informations, ateliers de travail) ou, l'orientation vers des actions de droit commun (bilans de compétences, prestation spéciale d'orientation professionnelle de l'Agefiph notamment) ;
- **Erreur ! Signet non défini.** des outils de remobilisation individuelle : temps partiel thérapeutique (Maladie) ou reprise de travail léger (AT-MP) ; et essai encadré (Maladie et AT-MP) ; contrat de rééducation professionnelle en entreprise (CRPE) ; mise en invalidité ; Indemnité temporaire d'incapacité (ITI).

1.3.3.1 Les éléments d'évaluation du dispositif de prévention de la désinsertion professionnelle

On rappelle en préambule que les résultats de l'intervention de PDP sont la résultante d'interactions complexes dont chaque acteur n'a qu'une maîtrise partielle, à l'exemple de la durée de la pathologie à l'origine de l'arrêt de travail. Les résultats en termes de maintien en emploi ne peuvent donc pas être portés au seul crédit ou discrédit des services de la CNAMTS.

1.3.3.2 La précocité de l'intervention proposée par les acteurs du réseau

Le suivi de la précocité des signalements n'est pas consolidé au niveau national. Ceci est une faiblesse évidente du processus d'évaluation du programme, dont la finalité est de proposer des interventions les plus précoces possible. On dispose toutefois de données produites en région.

En Aquitaine, le délai médian entre début de l'arrêt de travail et le signalement en 2016 était de 208 jours, et de 263 jours en 2015. La proportion de signalements réalisés après 6 mois du début de l'arrêt de travail était respectivement de 53 et 59 %¹⁶⁵.

Tableau 5 : Précocité des signalements (délai entre signalement et début Arrêt de travail)

	Année 2016	Année 2015
Précocité des signalements (délai médian en jours)	208	263
Délai moins d'un an	70,9 %	65,0 %
Délai entre 0 et 3 mois	22,3 %	17,5 %
Délai entre 3 et 6 mois	24,6 %	23,5 %
Délai entre 6 et 9 mois	9,9 %	10,3 %
Délai entre 9 et 12 mois	14,1 %	13,7 %
Délai entre 1 et 2 ans	24,3 %	28,4 %
Délai de plus de 2 ans	4,8 %	6,6 %

Source : CARSAT Grande Aquitaine, bilan activité 2016, traitement IGAS

On ne dispose pas de données consolidées sur le délai entre repérage et proposition de rencontre et finalement, début des accompagnements. Or cette question est également essentielle s'agissant d'une « course contre le temps » qui accroît le risque de désinsertion professionnelle.

1.3.3.3 La précocité entre début d'arrêt de travail et début d'une action de remobilisation

De même, il n'existe pas de données consolidées concernant les délais entre date du début de l'arrêt de travail et début d'une action de remobilisation, quelle qu'elle soit. En Normandie, en 2016, dans une étude portant sur les assurés suivis par la cellule de Seine Maritime ayant bénéficié d'une remobilisation (14 % des bénéficiaires suivis dans le cadre de la PDP), la durée moyenne des arrêts de travail avant de commencer l'action était de 414,8 jours en 2016, soit entre 13 et 14 mois, tous motifs d'arrêts confondus¹⁶⁶ (les assurés en arrêt maladie étaient les principaux concernés par une action (91,97 %)). Pour l'ensemble de la région normande, ce délai était de **12,5 mois**.

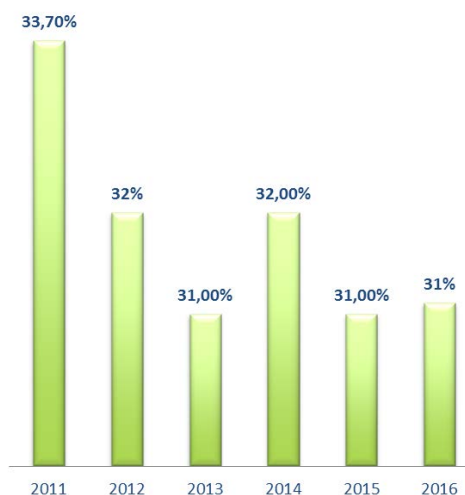
¹⁶⁵ CARSAT Aquitaine, bilan activité 2016

¹⁶⁶ Direction Action Sociale, Service Social CARSAT Normandie, Bilan Cellule 76 RED 2016

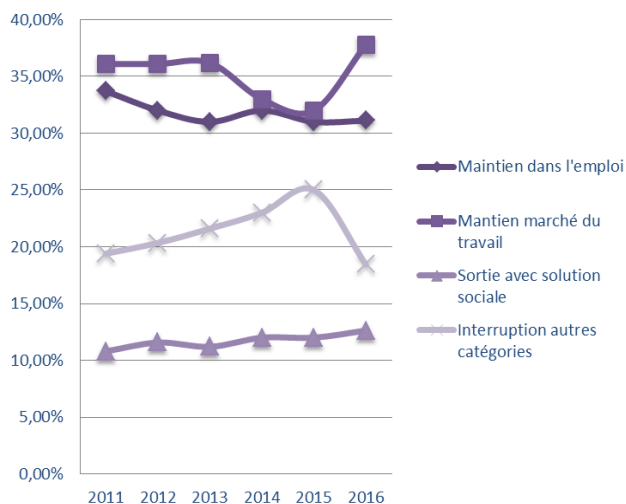
1.3.3.4 Le taux d'emploi en fin de suivi

Les premières mesures de l'impact des activités d'accompagnement par le service social ont été mises en place avec le déploiement de la démarche en 2011.

Graphique 3 : Evolution du taux de maintien en emploi



Graphique 4 : Evolution des situations de fin d'action de 2011 à 2016



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

A la fin de l'action, environ un tiers des bénéficiaires accompagnés sont maintenus dans leur emploi, un autre tiers étant maintenu sur le marché du travail (recherche d'emploi) ; ces taux restent globalement stables.

1.3.3.5 La satisfaction des bénéficiaires et les évaluations à 3 et 6 mois

La CNAMTS réalise également des études sur les suites des interventions et la perception de l'utilité de l'intervention du service social.

Encadré 3 : Etude 2016 sur l'utilité sociale de l'accompagnement par les services sociaux

Nombre de répondants : 4030 / Taux de retour : 32,5 % Favoriser le maintien du lien avec l'entreprise, suite à la rencontre avec le service social : 73 % déclarent avoir pris contact avec le médecin du travail (73 % en 2015) 58 % ont pris contact avec leur employeur (59 % en 2015) Mobiliser les assurés au regard de leur situation pour lever les freins du retour à l'emploi : 71 % déclarent avoir engagé des démarches pour leurs droits (71 % en 2015) 68 % déclarent que le service social les a aidés à préparer leur retour à l'emploi (68 % en 2015) 56 % déclarent que le service social les a aidés à construire un nouveau projet professionnel (55 % en 2015)
--

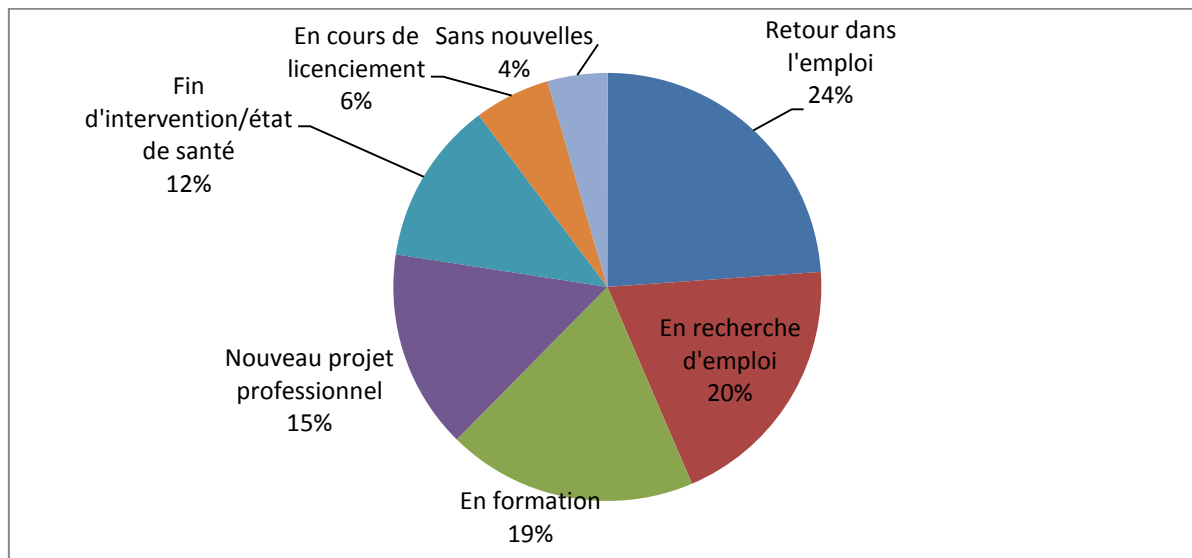
Source : CNAMTS Etude d'impact du service social menée auprès des assurés en 2016

Ces études sur plus longues durées étaient recommandées par un audit conduit en 2012, et commencent à être pratiquées également par les autres acteurs comme les services de santé au travail (cf. Annexe 2).

La CNAMTS ne dispose toutefois pas de données nationales consolidées sur le devenir à six mois. Force est là également de regarder les résultats produits en région.

En Normandie, 58,45 % des bénéficiaires d'une intervention du service social au titre de la prévention de la désinsertion professionnelle n'étaient plus en arrêt à 3 mois et 75,5 % à 6 mois dans l'étude conduite en 2016. Le graphique suivant détaille la situation de ces assurés.

Graphique 5 : Bilan du devenir à 6 mois des personnes (Normandie 2016)



Source : CARSAT Normandie, Bilan activité PDP 2016, traitement IGAS

1.3.3.6 L'impact des dispositifs PDP sur le taux d'emploi des salariés suivis par le réseau CNAMTS

L'évaluation des dispositifs de prévention de la désinsertion professionnelle permettant de garantir leur efficience économique, recommandée dans l'audit de 2012¹⁶⁷ et inscrite dans la COG AT-MP 2014-2017, n'a pas été réalisée. Il s'agissait de « *mettre en place un suivi de cohorte sur le plan économique en complément des évaluations qualitatives du service médical.* ». La direction déléguée aux opérations (DDO), interrogée sur ce point par la récente mission IGAS d'évaluation de cette COG, a fait valoir qu'une « *évaluation rétrospective nous semble demander de réaliser des enquêtes mobilisant des ressources importantes, sur des délais assez longs, sans pour autant garantir la production de résultats clairs et valides sur le niveau d'efficacité et d'efficience du dispositif* »¹⁶⁸.

La mise en place d'une évaluation prospective mériterait d'être envisagée.

¹⁶⁷ Audit du projet PDP, 2012, op.cit.

¹⁶⁸ Eléments de conclusions de la DSES transmis par la DDO à la mission.

1.4 La coordination interne des services de la CNAMTS et le développement des cellules de PDP

1.4.1 La nécessité de renforcer la coordination des services de la CNAMTS

La prévention de la désinsertion professionnelle, comme d'autres activités dont le service social assure le portage avec les autres services de la CNAMTS, renforce les besoins de coordination d'organisations construites historiquement en silo. Il faut faire communiquer les systèmes d'information, harmoniser les modalités de repérage mais aussi et avant tout, rendre compatibles les cultures professionnelles des CPAM (l'accès aux droits et la gestion du risque), des ERSM (la justification médicale et la gestion du risque), des DRP (la prévention collective des risques professionnels) et enfin des services sociaux des CARSAT (le primum de l'approche individuelle et globale de l'assuré).

Tous les diagnostics internes^[169,170] témoignent d'une culture insuffisante en la matière : **« La relation «santé emploi» est au cœur du Service social, du Service médical et des Risques professionnels. Néanmoins, les trois acteurs se connaissent mal et se parlent peu. La méconnaissance réciproque et l'absence de gouvernance coordonnée entrave les dynamiques qui pourraient se mettre en place et crée de l'insatisfaction, même si comme pour beaucoup de sujets certains territoires font exception »**. Ce diagnostic n'est pas récent : un audit de 2003, qui avait pour objet le maintien dans l'emploi et le reclassement professionnel, avait déjà mis en évidence, la nécessité d'un renforcement de la coopération « institutionnelle »¹⁷¹.

Dans ce contexte, la mise en place et la généralisation des cellules de prévention de la désinsertion professionnelle réunissant ces acteurs constitue un enjeu de management interne important pour le réseau de la CNAMTS. Il s'agit de faire vivre ensemble et converger les objectifs de « gestion attentionnée », de « prévention des risques professionnels » et de « gestion des risques ».

Si les dossiers simples considérés comme relevant de la prévention de la désinsertion professionnelle reposent sur les différents acteurs décrits ci-dessus, chacun pouvant œuvrer dans son propre espace, la gestion des cas complexes et/ou urgents a conduit à la constitution des cellules locales de coordination auxquelles sont amenés à participer l'ensemble de ces acteurs.

La mise en œuvre du programme 8 de la COG AT-MP 2009-2012 a conduit à la généralisation du dispositif de cellules de coordination locale PDP expérimenté à la fin de la COG 2004-2009 en Bretagne et en Normandie¹⁷². Il existe aujourd'hui au moins une cellule de coordination locale de prévention de la désinsertion professionnelle par ressort de CPAM¹⁷³ et une cellule régionale¹⁷⁴.

¹⁶⁹ Audit du projet PDP, 2012, op.cit.

¹⁷⁰ CNAMTS, Mission de réflexion stratégique sur le Service social, octobre 2016, op. Cit.

¹⁷¹ Cf. supra

¹⁷² En régions Bretagne et Normandie, par la LR-DRP-80/2007 du 2 août 2007.

¹⁷³ Dans certaines régions, les cellules PDP peuvent être démultipliées par rapport au nombre de CPAM. Exemple en région Hauts de France : passée de 18 à 9 CPAM pour 6 départements depuis 2010, elle conserve 14 cellules locales prévention de la désinsertion professionnelle, notamment conserver la proximité avec les services de santé au travail interentreprises, au nombre de 17 en 2017.

¹⁷⁴ CNAMTS, Lettre réseau LR-DRP-32/2009 relative au déploiement national du dispositif des cellules de coordinations régionale et locale de prévention de la désinsertion professionnelle du 15/05/2009

Parallèlement, le dispositif de l'offre de service attentionné pour les assurés en risque de désinsertion professionnelle a été précisé¹⁷⁵.

Dès la fin 2011, la majorité des cellules locales (79 sur 102) et des cellules régionales (14 sur 20) étaient en place, coordonnées principalement par un référent du service social ; une formation des référents des cellules locales et régionales a été déployée entre février 2009 et février 2011 à raison de 15 sessions de formation de 5 jours ; la montée en charge du dispositif était achevée au premier semestre 2011¹⁷⁶. Cet effort de formation n'a malheureusement pas été poursuivi dans ce format interprofessionnel et, comme cela était mentionné dans l'audit de 2012 déjà cité¹⁷⁷, la formation actuelle des membres des cellules repose sur le tutorat des nouveaux par les anciens.

Cet audit approfondi du projet PDP a été réalisé en 2011-2012 afin de tirer plus largement un bilan des nombreuses évolutions précédentes et des outils mis à disposition. Il s'agissait du second audit d'envergure réalisé sur la PDP, après celui réalisé en 2003 qui lui a servi de référence. Les principaux constats de l'audit de 2012 ont servi à leur tour de référence à la présente mission pour mesurer notamment les avancées et les faiblesses du fonctionnement des cellules de PDP rencontrées sur le terrain.

On rappelle dans le tableau suivant, l'ensemble des recommandations au-delà du seul fonctionnement des cellules locales.

¹⁷⁵ LR-DDO-144/2010 relative à la création d'une offre de service attentionnée pour les assurés en risque de désinsertion professionnelle du 26/07/2010

¹⁷⁶ Lettre réseau LR-DRP-32/2009 op. Cit.

¹⁷⁷ Audit du projet PDP, 2012, op.cit.

Tableau 6 : Principales recommandations de l'audit du projet PDP de 2012.

Recommandations	Contenus
<i>Optimiser l'identification du projet de PDP, es qualité</i>	Doter le projet de PDP d'une existence à part entière au regard des autres stratégies (Gestion du risque, Prévention des risques professionnels...)
<i>Rendre plus cohérent le pilotage national du projet de PDP</i>	Mettre en place un pilotage national du projet unifié
<i>Encourager le systématisme et la rationalité dans l'action du Service Médical</i>	Systématiser les procédures de détection des dossiers de PDP par la communication à l'assuré d'un questionnaire socio professionnel lors de l'envoi du protocole de soins dans le cadre de l'article L 324-1, comme le font les organismes bretons ou lors des contrôles au 45ème jour d'arrêt de travail, qu'ils soient réalisés sur pièces ou sur personne ; Formaliser des procédures de détection et d'orientation des situations détectées vers le service social ou vers les services de santé au travail.
<i>Mieux formaliser l'orientation des assurés</i>	Développer des référentiels écrits indicatifs, sur les critères d'orientation vers les différentes mesures de remobilisation
<i>Œuvrer pour l'unicité des structures de travail et de coordination sur le plan local</i>	Rationaliser le modèle de partenariat local des cellules PDP en distinguant : gestion des dossiers complexes individuels et gestion institutionnelle du projet
<i>Accélérer le déploiement d'un applicatif de partage de données</i>	Généraliser l'applicatif OLYMPE utilisé en Bretagne à l'ensemble du réseau
<i>Accroître l'implication des Départements des Risques Professionnels dans le dispositif de coordination de la PDP</i>	Valoriser les données de prise en charge <u>individuelles</u> PDP des services sociaux, pour la conception et le développement des actions <u>collectives</u> de prévention primaire en entreprise conduites par le DRP
<i>Renforcer la mobilisation des médecins traitants</i>	Inclure dans la rémunération à la performance des praticiens un nouveau critère relatif à la PDP dans la négociation conventionnelle
<i>Repositionner les UGECAM en amont du dispositif de prévention de la désinsertion professionnelle</i>	détection précoce de situations à risque de désinsertion professionnelle par les structures UGECAM de médecine physique et de réadaptation (MPR) et leurs services de suite et de réadaptation (SSR),
<i>Développer le partenariat extra institutionnel</i>	Assurer la pérennité du financement de modules de remobilisation précoce avec les partenaires AGEFIPH et DIRECCTE. Envisager la création d'une ligne de crédits dédiés sur le FNASS et sur le FNAT.
<i>Initialiser une évaluation qualitative des résultats du projet de PDP</i>	Etude comparant des cohortes d'assurés bénéficiaires ou pas, Tester un dispositif de ciblage précoce de certains assurés se trouvant dans une situation à risque de désinsertion professionnelle sur deux ou trois régions

Source : Audit du projet PDP, 2012, op.cit.

A la suite de cet audit, au niveau national une direction chef de file a été identifiée au sein de la DDO. Des groupes de travail ont été organisés sur la question des référentiels de détection et d'orientation par les médecins conseil (cf. *supra*). L'ensemble des acteurs internes (service social, service médical, service prévention des risques professionnels et services administratifs des CPAM) se sont impliqués dans l'élaboration d'un processus national coordonné favorisant la mise en œuvre des dispositifs et l'information des assurés et partenaires¹⁷⁸ et les instructions générales de fonctionnement des cellules de coordination régionale et locale ont été précisées en juillet 2014¹⁷⁹.

¹⁷⁸ Prévenir la désinsertion professionnelle, Point de Repères, Service social de l'assurance maladie, CNAMTS, Juin 2014

¹⁷⁹ LR DDO 119/2014 du 24 juillet 2014, Op. Cit.

Le partenariat externe a été systématisé : 81 % des cellules prévention de la désinsertion professionnelle intègrent en 2016 des représentants des services de santé au travail/SSTI et 87 % des SAMETH. Des partenariats se développent entre certaines CARSAT et les services de Pôle Emploi ou les MDPH, notamment pour l'activation des mesures de RQTH¹⁸⁰.

On a vu que le dispositif d'évaluation médico-économique a été écarté car jugé trop lourd à conduire ; cette évaluation n'a été finalement commandée qu'à l'occasion d'un projet expérimental de « case management » des AT-MP lourds, conduit par la DRP à partir de 2014, et décrit plus bas.

Plus récemment, le département d'accompagnement des publics fragiles (DAPF) de la CNAMTS a travaillé à la mise en place d'un espace collaboratif partagé qui devrait être opérationnel au 1^{er} trimestre 2018. Ce point est probablement l'un des plus sensibles : l'absence de SI partagé entre les services sociaux, médicaux et administratifs est souligné de longue date¹⁸¹. Plusieurs projets visant à faciliter les échanges en matière de PDP ont échoué : après l'abandon de la généralisation de l'appliquetif OLYMPE développé en région Bretagne en 2008¹⁸², un groupe de travail a défini un cahier des charges pour un espace partagé intégré à GAIA (outil de gestion du service social) mais ce nouveau projet n'a pas non plus été développé et c'est la solution d'un espace collaboratif en cours de développement qui est aujourd'hui privilégiée.

1.4.2 La gestion des situations urgentes et/ou complexes

Les évaluations conduites depuis 2012 se sont interrogées, comme la présente mission, sur la notion de situation « complexe », qui fonde en partie la nécessité de réunir les acteurs institutionnels de la CNAMTS autour de leur examen en cellule locale.

La lettre réseau LR-DRP-32/2009 rappelle que *« les cellules locales n'ont pas vocation à traiter l'ensemble des dossiers des assurés en risque de désinsertion professionnelle, mais plutôt à apporter le cas échéant une solution rapide sur un dossier urgent (risque de rupture d'indemnisation, risques psychosociaux, etc.) ou un dossier complexe (nécessitant l'intervention de plusieurs services ou organismes) »*. Cette définition laissait une large marge d'appréciation aux acteurs locaux.

En 2013, un groupe de travail « optimisation du dispositif PDP » a proposé d'en définir plus précisément les contours et la lettre réseau DDO/219 les a diffusés¹⁸³. Ces recommandations ont été reprises dans les DRSM rencontrées par la mission.

¹⁸⁰ Prévention de la désinsertion professionnelle, Bilan 2016. Service social de l'Assurance maladie. 11/2017

¹⁸¹ Audit du projet PDP, 2012, op.cit.

¹⁸² Cette généralisation était annoncée en 2010 dans la lettre réseau LR-DDO-144/2010 Op. Cit.

¹⁸³ LR DDO 119/2014 du 24 juillet 2014. Op. Cit.

Encadré 4 : Encadré. Situations urgentes et/ou complexes examinées en cellule locale PDP

Pré-requis / conditions de réussite d'un maintien dans l'emploi

- o Un lien social maintenu entre le salarié en arrêt de travail et l'entreprise
- o Une dynamique de remobilisation de l'assuré permettant de déclencher rapidement l'élaboration du projet professionnel
- o Une durée prévisionnelle d'arrêt de travail suffisante pour permettre la mise en œuvre d'un dispositif de retour à l'emploi
- o Un accompagnement du salarié en arrêt de travail par un référent (social/médical) vers une reprise de l'activité professionnelle
- o Une dynamique partenariale des services de l'Assurance Maladie et avec les acteurs extra-institutionnels de la PDP : médecin du travail, SAMETH, AGEFIPH, etc.

Situations examinées en cellule locale PDP

La cellule locale est compétente pour :

- Examiner, traiter et suivre toutes les situations :
 - o pour lesquelles l'état de santé est identifié comme un frein pour exercer l'ancien poste de travail et plus largement pour la reprise d'activité
 - o dont la problématique est la souffrance au travail
 - o nécessitant la confrontation des expertises et logiques d'actions pour parvenir à une solution adaptée quant à la reprise d'activité
 - o présentant un caractère d'urgence, notamment lorsqu'il y a un risque de rupture de droits
- Valider et assurer le suivi, conformément aux instructions nationales :
 - o des demandes relevant des articles L.323-3-1 et L.433-1 du CSS : actions de formation professionnelle continue ou actions d'évaluation, d'accompagnement, d'information et de conseil pendant l'arrêt de travail
 - o des demandes de CRPE

Le cumul des facteurs de risque permet d'évaluer le niveau de complexité de la situation. Si l'assuré présente 2/3 facteurs de risque, la situation est dite « complexe ».

Service

social

- restriction d'aptitude sur le poste de travail, énoncée par avis médical
- titulaire d'un contrat de travail et en risque de licenciement pour inaptitude
- crainte/inquiétude exprimée par l'assuré quant à la tenue de son poste de travail du fait de son état de santé
- Repli/éloignement du monde de travail
- relation salarié/employeur dégradée

**Service
médical**

- Pathologies à risque (par ordre de fréquence décroissant) :
 - code « M » : pathos ostéo-articulaires
 - code « S » : pathos des articulations
 - code « F » : pathos psychiatriques (facteurs dépressifs)
 - code « G » : pathos neurologiques invalidantes
 - code « C » : pathos cancers
- Arrêt de travail > 3 mois
- Arrêts itératifs
- AT graves (hors AT pris en charge dans le cadre du service « Accompagnement après un accident du travail » dans les CPAM pilotes : Melun, Versailles, Lille-Douai, Artois, Nice)
- MP/TMS multiples
- Inaptitude pressentie au poste et à tout poste dans l'entreprise
- Signalement de reclassement professionnel sur le Protocole de Soins Electronique (PSE) par le médecin traitant

**Service
administratif
CPAM**

AT graves (hors AT pris en charge dans le cadre du service « Accompagnement après un accident du travail » dans les CPAM pilotes : Melun, Versailles, Lille-Douai, Artois, Nice)¹⁸⁴
Arrêt de travail > 3 mois

**Service
Prévention
Risques
Prof.**

Situations signalées comme pouvant être problématiques par l'entreprise ou l'assuré à l'ingénieur conseil ou au contrôleur

NB : Attention, la cellule locale n'a pas vocation à examiner toutes les situations présentant un ou plusieurs facteurs de risque.

Source : LR DDO-119/2014 Annexe 9.

¹⁸⁴ Cf. Description du programme pilote AT graves infra.

Quantitativement, l'activité des cellules est centrée sur la validation par le service médical des demandes présentées par le service social au titre des articles L.323-3-1 et L.433-1 du CSS, qui permettent d'engager des actions d'évaluation, d'accompagnement, d'information et de conseil ou de formation professionnelle continue pendant l'arrêt de travail (cf. *infra*).

Dans une région, le règlement intérieur précise que sont qualifiés de « dossiers complexes » : « les dossiers pour lesquels il existe plusieurs solutions possibles pour mettre en œuvre un reclassement ; les dossiers qui nécessitent la mise en œuvre d'un dispositif lourd et qui requièrent un soutien indispensable de la personne et une coordination des acteurs ; les dossiers justifiant une urgence particulière (risque de rupture d'indemnisation, etc..) »¹⁸⁵.

Les acteurs d'une cellule rencontrés, pourtant engagés dès 2009, témoignent qu'ils ne respectent pas la définition de la lettre réseau car « *elle ne nous semble pas très opérationnelle* ».

Le nombre de dossiers soumis est variable selon les cellules, de l'ordre d'une dizaine à une trentaine par cellule se réunissant entre 6 et 14 fois par an dans une région comme l'Aquitaine en 2015, et en moyenne 9 fois par an pour 26 dossiers par séance en Normandie¹⁸⁶.

Tableau 7 : Volume d'activité 2015 des cellules locales de PDP de l'ancienne région Aquitaine

Département	Nombre de cellules locales	Nombre de dossiers examinés en 2015	Nombre de dossiers par cellule locale
Dordogne	6	186	31
Gironde	11	283	26
Landes	14	62	4
Lot-et-Garonne	8	96	12
Bayonne	8	35	4
Pau	5	65	13
	52	727	14

Source : CARSAT Aquitaine, PDP Rapport annuel d'activité 2015

Le bilan national 2016 du service social rapporte que 12 066 situations de bénéficiaires ont été étudiées en cellule locale au cours de 747 réunions, soit un examen de 16 situations en moyenne par réunion.

Pour conclure, et s'agissant des pratiques observées localement dans les cellules PDP, les situations soumises semblent dépendantes du degré de maturité de la cellule et en partie liées à son ancienneté : lorsque la connaissance des acteurs internes et externes s'exerce sur la durée et que la confiance s'installe, la nature de dossiers présentés et leur nombre évolue. Pour ces raisons, un dossier jugé complexe dans une cellule ne le sera plus dans une autre.

¹⁸⁵ R09-DI-Règlement intérieur de la cellule locale de prévention de la désinsertion professionnelle de la CPAM de Lille Douai. 01 2017

¹⁸⁶ CARSAT Normandie, Bilan 2016 d'activité PDP, document remis à la mission, mai 2017

Une des cellules locales rencontrées, dissocie dans son rapport d'activité, parmi les situations présentées, les situations pour validation d'actions (cf. *supra*) de celles, considérées comme complexes et « *présentées pour éclairage et avis d'expertise des membres de la cellule* ». Celles-ci ne représentent que 23 dossiers sur les 270 étudiés cette année-là soit 8,5 %¹⁸⁷.

L'activité d'examen des cas « complexes » même considérés au sens large, i.e. « tous les dossiers présentés », ne constitue en définitive qu'une part réduite de l'ensemble des dossiers « PDP » traités par les acteurs de l'assurance maladie sur leur territoire, proportion de l'ordre de 7 % des bénéficiaires signalés au service social et ayant accepté un accompagnement. Cette part serait encore plus réduite, si on ne retenait que la part des cas « véritablement complexes », comme dans l'exemple cité ci-dessus.

Cette faible proportion s'inscrit dans le schéma d'emploi des cellules locales, défini par la lettre réseau 2009 et rappelé dans l'instruction de 2014.

1.4.3 Focus sur les dispositifs expérimentaux

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

Devant le constat ancien qu'une minorité de sinistres (2 %) génère 40 % de la dépense d'indemnisation journalière dans le champ des accidents de travail, la direction des risques professionnels de la CNAMTS a choisi d'expérimenter dans la COG 2014-2017, un nouveau dispositif d'aide aux victimes d'AT graves¹⁸⁸. L'expérimentation, débutée en 2014, a concerné cinq sites¹⁸⁹. Deux conseillers par site, agents de la DRP basés dans les CPAM, ont suivi entre 35 et 45 personnes en moyenne chacun pendant plusieurs mois. Il s'agissait d'organiser un accompagnement personnalisé et de coordonner le retour à l'emploi avec l'assistant de service social, le médecin conseil, le médecin du travail et les autres partenaires externes.

En 2016, sur 26 500 dossiers sélectionnés, 1 019 ont été considérés comme éligibles et 690 victimes ont été suivies sur 30 heures en moyenne/personne. L'essentiel de l'accompagnement s'est fait le plus souvent par téléphone, hormis deux rencontres, en face à face, incontournables pour la signature de l'engagement initial et de clôture¹⁹⁰. 15 % des 260 assurés ayant repris le travail ont fait l'objet d'une action en faveur de la reprise du travail ; les 85 % restants ont repris le travail sans action particulière en entreprise. La DRP a fait le constat de la complexité des démarches vers les employeurs et estimé que le profil de CRP tel que recruté au début de l'expérimentation n'était pas dimensionné pour cette mission¹⁹¹.

¹⁸⁷ Direction Action Sociale, Service Social CARSAT Normandie, Bilan Cellule 76 RED 2016

¹⁸⁸ Victimes d'accident de travail ayant des lésions susceptibles d'entraîner un arrêt de plus de 45 jours ou une IP>10%. Les pathologies du périmètre de l'expérimentation sont : la traumatologie (orthopédie dont amputations/ Traumatismes crâniens), le stress post-traumatique, la lombalgie.

¹⁸⁹ Sites Artois, Seine et Marne, Yvelines, Alpes maritimes et Lille-Douai

¹⁹⁰ L'efficacité d'un accompagnement distant vs. un accompagnement en face à face a été jugée comparable sinon meilleure, dans la plupart des cas hormis les cas les plus graves (étude SUVA 2015).

¹⁹¹ Profil de niveau 4 pour une majorité des CRP recrutés

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

Cette expérimentation a débuté en mars 2015, afin de contribuer à la maîtrise de l'évolution des indemnités journalières (IJ) et à la prévention de la désinsertion professionnelle des assurés en arrêt de travail, tout en apportant un nouveau service aux médecins prescripteurs. Elle a concerné 18 sites en 2016¹⁹², où deux agents¹⁹³ par site ont exercé la mission à temps partiel (0,2 ETP par agent).

Le suivi concernait les assurés ayant des difficultés à organiser et suivre leurs démarches dans le cadre d'un arrêt de travail, sans notion de complexité ou gravité médicale particulière contrairement au dispositif CRP¹⁹⁴. Il s'agissait principalement de s'assurer que l'assuré a pris les rendez-vous prévus dans son plan de soins (examens complémentaires, expertises, visite de pré-reprise) ou administratif (dossier MDPH, ouverture des droits sociaux...).

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

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

2 LE RESEAU DE LA MUTUALITE SOCIALE AGRICOLE

2.1 Présentation générale du réseau CCMSA

« Avec près de 27,5 milliards de prestations versées pour 5,6 millions de bénéficiaires, la MSA est le deuxième régime de protection sociale en France. Elle comprend 17 000 salariés, répartis entre 35 caisses, et une caisse centrale (CCMSA). Elle couvre l'ensemble de la population agricole et des ayants droit (non-salariés et salariés). La MSA gère l'ensemble des branches de la sécurité sociale, à savoir non seulement la maladie, la famille, la vieillesse, ainsi que les accidents du travail et les maladies professionnelles, mais également le recouvrement. En plus du versement des prestations, elle assure donc la collecte et le contrôle des cotisations sociales dues par les employeurs de main-d'œuvre et les non-salariés » ¹⁹⁵.

¹⁹² En 2015 3 sites : Loire-Atlantique, Doubs, Bouches du Rhône. En 2016 18 ELSM, au moins un site par DRSM de France métropolitaine : Hauts de Seine, Moselle, Périgueux, Clermont Ferrand, Finistère, Hérault, La Rochelle, Toulouse, Nancy, Somme, Angers, Loiret, Drôme, RED 76 (Rouen Elbeuf Dieppe) et Le Havre.

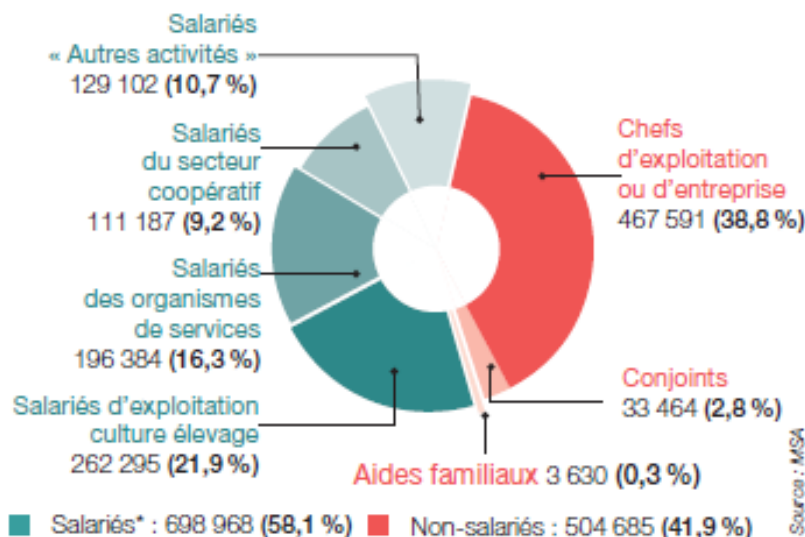
¹⁹³ Profils de niveaux 3 ou

¹⁹⁴ Critères : en arrêt de travail pour une maladie ou un AT-MP, quelles que soient les pathologies, dans le cadre du contrôle médical des arrêts de travail ou suite à un signalement du médecin traitant, en situation d'emploi (CDI, CDD, intérimaire) ou sans emploi.

¹⁹⁵ Source : CCMSA www.msa.fr/lfr/identite/le-guichet-unique

Les bénéficiaires MSA peuvent être couverts pour tout ou partie des risques. Pour les actifs¹⁹⁶, l'ensemble des actifs affiliés à l'un des régimes agricoles exprimé en équivalent temps plein, représente 1,2 million de personnes en 2015. Parmi ces actifs, 41,9 % sont affiliés au régime des non-salariés et 58,1 % au régime des salariés.

Graphique 6 : Les actifs agricoles par statut et/ou secteur d'activité en 2015



Source : Rapport d'activité annuel 2016 CCMSA

Pour le risque AT-MP, centré par définition sur les bénéficiaires en activité professionnelle, on compte 1,7 million de salariés agricoles couverts en 2014 et 550 000 non-salariés agricoles couverts en 2015.

La MSA gère de façon globale, via un guichet unique, la protection sociale des salariés et non-salariés agricoles ainsi que leurs ayants droit et les retraités. Elle prend en charge la médecine du travail et la prévention des risques professionnels ; elle mène des actions à caractère sanitaire et social. Chaque caisse de MSA rassemble service de santé au travail, action sociale, médecins conseils et services administratifs dans un même périmètre administratif local qui couvre l'équivalent des services membres d'une cellule de prévention de la désinsertion professionnelle du régime général.

La médecine du travail, fonctionnellement indépendante, est intégrée par construction dans ce périmètre. Les services de santé au travail du réseau disposent en 2017 de 350 médecins, 120 infirmiers sur 150 (cible dédiée au suivi des seuls salariés), 280 conseillers en prévention¹⁹⁷ et des agents des services administratifs. Trente postes de médecins du travail dans le réseau MSA sur 350 ne sont pas pourvus en 2017 et 20 postes de médecins conseil sur 220.

¹⁹⁶ Les actifs non-salariés agricoles pris en compte sont les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole installés au plus tard le 31 décembre 2014 et présents au 1er janvier 2015 ainsi que leur conjoint et aides familiaux, qui sont assujettis à l'une au moins des quatre branches : assurance maladie des exploitants agricoles (Amexa), assurance vieillesse agricole (AVA), prestations familiales agricoles (PFA) et assurance accidents du travail des exploitants agricoles (Atexa). Les actifs salariés correspondent au nombre d'emplois en cours au 31 décembre 2014 au régime agricole. Source : Chiffres clefs 2016.

¹⁹⁷ Profils : Bac + 2 type hygiène et sécurité à ingénieurs agricole ou agronome

2.2 Les activités de prévention de la désinsertion professionnelle de la MSA

C'est poussée par la nécessité d'articuler mieux ses actions avec les différents acteurs du champ du handicap, et notamment à l'occasion de la convention multipartite, que la CCMSA a structuré son réseau pour la prévention de la désinsertion professionnelle. Il s'agissait, en ce début des années 2010, de définir un cadre de référence national des offres et préciser sa déclinaison régionale et locale¹⁹⁸.

Un état des lieux concernant les actions réalisées dans les différentes caisses en matière de maintien en emploi des travailleurs handicapés a précédé la définition de l'offre de service institutionnelle « maintien en emploi », et conduit à étendre à l'ensemble des caisses, les cellules de coordination locales.

2.2.1 L'état des pratiques au sein du réseau en 2014

Le constat établi par les 27 caisses ayant répondu (soit près de quatre sur cinq) établissait l'existence de cellules de coordination créées localement, à la composition et aux modes de fonctionnement hétérogènes.

Les différents services participant à ces cellules locales étaient principalement les services de santé au travail, le service médical, les services sociaux et le service de prévention des risques professionnels (PRP).

Tableau 8 : Composition des différents services des MSA participants aux cellules locales

Santé au travail (MT / IST)	Contrôle médical	ASS	ATMP	PRP	Externes
17	12	19	3	11	4

Source : CCMSA, Lettre à toutes les caisses n°DDPS-2015-295 du 09/07/2015, Données 2014

Les partenaires externes principalement représentés étaient les SAMETH, l'AGEFIPH et CAP Emploi.

Tableau 9 : Partenaires externes participants aux cellules locales MSA en 2014

Partenaires						
SAMETH	AGEFIPH	CARSAT	ARS	CPAM	CAP EMPLOI	Autre
19	18	2	1	3	7	11

Source : CCMSA, Lettre à toutes les caisses n°DDPS-2015-295 du 09/07/2015

¹⁹⁸ Lettre à toutes les caisses n°DDPS-2015-295 du 09/07/2015, CCMSA 59 pages

Dans quelques cellules, des CARSAT ou des CPAM étaient associées.

Les données d'activité sur l'examen des situations réalisé par ces cellules lors de l'enquête conduite en 2014 :

- 1 635 situations examinées, à majorité hommes (60 %) et salariés (75 %) ; 90 % des bénéficiaires d'âge compris entre 30 et 60 ans ;
- 726 personnes orientées (72 %), principalement sur des aménagements de poste (26 %) ou des études de postes (17 %).

Tableau 10 : Orientations principales des situations vues en cellule locale MSA en 2014 (en %)

Orientations proposées (%)									
Etudes de poste	Aménagement de poste	Reclassement interne	Reclassement externe	CRPE Contrat de rééducation professionnelle en entreprise	MOAJ Module d'orientation approfondie des assurés en IJ	RLH	Inaptitude	PSOP Prestation spécifique d'orientation professionnelle	Autres
17	26	9	2		7	4	6	2	27

Source : CCMSA, Lettre à toutes les caisses n°DDPS-2015-295 du 09/07/2015

La fréquence des orientations « médecine du travail » témoigne de la forte présence de ces services qui, on l'a dit, sont intégrés aux Caisses locales. Les lettres réseaux insistent également sur les outils de détection précoce que sont les visites de pré-reprise (leur développement figure dans l'engagement n°43 de la COG Etat CCMSA 2011-2015). Leur part dans l'ensemble de l'activité des services de santé au travail croît d'ailleurs, de 1 % de l'ensemble des examens réalisés en 2000 à 3 % en 2013.

Dans une des MSA rencontrées par la mission, le service prestation informe de l'existence des arrêts de travail en direct et cette information s'inscrit dans le dossier médical du SST.

2.2.2 La généralisation des cellules entre 2015 et 2017 et leur outillage

La lettre à toutes les caisses de 2015 demande le déploiement à l'ensemble des caisses et propose un modèle de composition type, proche de celui observé, et définit les modalités de saisine, de pilotage et de fonctionnement.

La priorité affichée est de **détecter de façon précoce les difficultés médico-sociales pouvant empêcher le travailleur de reprendre son activité professionnelle.**

La détection repose sur l'activité clinique des médecins du travail, conseil et du médecin traitant et doit conduire à la mise en place de synergies internes à la caisse. Il existe, comme dans le réseau CNAMTS, un enjeu de coordination interne autour de ces situations.

Tableau 11 : Rôle des intervenants MSA au sein de la cellule de coordination

LES METIERS	COMPETENCES	LEGITIMITE
EQUIPE SST	• Médecin du travail - Aptitude/ inaptitude - Connaissance de l'entreprise et du poste de travail - Connaissance des dispositifs existants concernant le maintien dans l'emploi • Conseiller PRP / Infirmier - Connaissance de l'entreprise et du poste de travail (contraintes TH) - Connaissance des dispositifs existants concernant le maintien dans l'emploi	• Médecin du travail - Organiser des solutions dans l'entreprise : Aménagement de poste, changement de poste... - Être partenaire et associé à l'étude de poste réalisée par le SAMETH - Concertation / articulation avec le Contrôle Médical concernant la mise en place des mesures possibles • Conseiller PRP / Infirmier - Explorer si un aménagement de poste ou d'autres solutions sont envisageables dans l'entreprise concernée
TRAVAILLEUR SOCIAL	- Accompagnement social - Connaissance des dispositifs existants concernant au maintien dans l'emploi	- Faciliter l'accès aux droits et à l'information, moment d'écoute - Aider à l'obtention d'un titre loi 1987 (RQTH, rente, Pension invalidité...) - Faire le lien si besoin avec les organismes concernant le handicap (MPDH, SAMETH, contrôle médical...)
MEDECIN CONSEIL	Analyse des éléments du dossier en vue de l'expression du devenir administratif de l'assuré	- Mission de gestion du risque - Accompagnement des assurés agricoles
LES TROIS METIERS ENSEMBLE	Élaborations de solutions	S'il existe des solutions internes au sein de l'entreprise : - MT seul avec l'employeur - MT avec PRP (éclairage aménagement ou pas et si oui orientation vers le SAMETH) - MT avec service social (écoute, volet social) - fiche de signalement Sameth pour un maintien ou reclassement professionnel au sein de l'entreprise S'il n'existe pas de solutions : - hors des subventions AGEFIPH : information faite à la personne avec un courrier de la cellule de coordination - hors cadre : lien avec les services retraite et/ou cotisation et information faite à la personne par la cellule de coordination - pour un licenciement pour inaptitude : liaison entre le MT et le service social (ouverture de droits, information, orientation Pôle Emploi...)

Source : CCMSA, Lettre à toutes les caisses n°DDPS-2015-295 du 09/07/2015

Il n'existe pas de données consolidées sur l'activité de signalement dans le réseau.

Dans une des CPME rencontrée, les trois quarts des signalements résultaient des appels sur une plateforme téléphonique, après envoi d'un courrier d'offre de service aux assurés en arrêts de travail indemnisés compris entre 6 mois et un an, maladie ou AT-MP, quel qu'en soit le motif. Les autres signalements provenaient de l'activité :

- Des travailleurs sociaux (tous les assurés malades après 3 mois reçoivent une offre de participation à une réunion collective, mais le taux de participation était faible (20 %) et le sujet désinsertion professionnelle pas très fréquemment posé) ;
- des médecins conseil (le service médical convoque tous les arrêts de travail à 45 jours). Les signalements par les médecins traitants étant rares.

Dans une autre CPME, le requêtage porte sur tous les salariés en arrêt de travail de plus de trois mois, dont les médecins conseil, après analyse des dossiers, décidaient de les convoquer. Les salariés en AT peuvent être convoqués plus tôt, selon leur pathologie.

Les principales mesures proposées pour une remobilisation précoce sont les prestations spécifiques d'orientation professionnelle de l'Agefiph (PSOP), le contrat de rééducation en entreprise (CRPE) et le module d'orientation approfondie des assurés en indemnités journalières (MOAJ). Les deux premiers outils sont identiques à ceux mobilisés dans le réseau CNAMTS et nécessitent une RQTH. Le troisième est spécifique au réseau CCMSA et ne la nécessite pas (cf. *infra*). Les autres mesures sont les mesures d'aménagement de poste par les services de santé au travail, l'accompagnement des mesures de temps partiel thérapeutique par les médecins conseil. Le réseau des CCMSA peut enfin mobiliser, via ses services sociaux, des actions d'accompagnement individuelles ou collectives.

L'ensemble de ces mesures et leur activation a fait l'objet en 2016 d'une nouvelle lettre toutes caisses décrivant de manière complète et détaillée les outils de gestion interne (fiches navette entre les acteurs internes, fiche de suivi individuel...), les outils préparatoires du maintien en emploi (foire aux questions, rappel concernant la visite de pré-reprise, récapitulatif des actions possibles) et un certain nombre d'autres outils dits « opératoires »¹⁹⁹.

Les CPME ont pris en charge 1 633 actifs agricoles (salariés et indépendants) en 2016. L'objectif de généralisation des CPME est inscrit dans la COG Etat-CCMSA 2016-2020 et serait presque atteint en 2017 puisque 33 CPME sont considérées comme opérationnelles en octobre 2017²⁰⁰.

Comme dans le réseau de la CNAMTS, l'activité des cellules est concentrée sur les cas dits complexes. *« Peuvent bénéficier de l'expertise de la CPME, suite à la détection d'un cas complexe, les ressortissants MSA, salariés ou non-salariés agricoles, en emploi ou en contrat de travail au moment de l'arrêt de travail (si présence d'un arrêt), en risque de désinsertion professionnelle suite à un problème de santé ou un handicap nécessitant l'intervention des services sanitaires et sociaux, de santé et sécurité au travail et du contrôle médical. Le cas complexe doit s'entendre comme l'impossibilité de trouver une solution adaptée à la situation de l'assuré lors de l'activité habituelle des trois services ci-dessus mentionnés »*²⁰¹.

2.2.3 Une absence de données sur l'activité de base en matière de prévention de la désinsertion professionnelle et sur le fonctionnement des CPME

La majorité des situations de prévention de la désinsertion professionnelle se traite hors CPME et de manière informelle, en bi ou trilatéral. Cette activité est intégrée aux activités de base des services et n'est pas tracée.

La mobilisation des mesures de type PSOP et CRPE a fait toutefois fait l'objet d'une enquête spécifique en 2016. Elle témoigne de la faible mobilisation de ces mesures, de l'ordre d'une centaine sur trois ans pour l'ensemble du réseau.

Tableau 12 : PSOP et CRPE 2013-2015 mobilisés dans le cadre du réseau des MSA

Nombre de PSOP - CRPE							
MSA	Dép.	2013		2014		2015	
		PSOP	CRPE	PSOP	CRPE	PSOP	CRPE
	Total	14	7	22	10	38	16

Source : MSA, Enquête flash 2016

Le réseau des CPME est de constitution récente et la CCMSA ne disposait que de peu d'informations sur son activité et son fonctionnement à la date où le présent rapport est rendu.

¹⁹⁹ Lettre à toutes les caisses DDPS-2016-568 du 28/11/2016 80 pages.

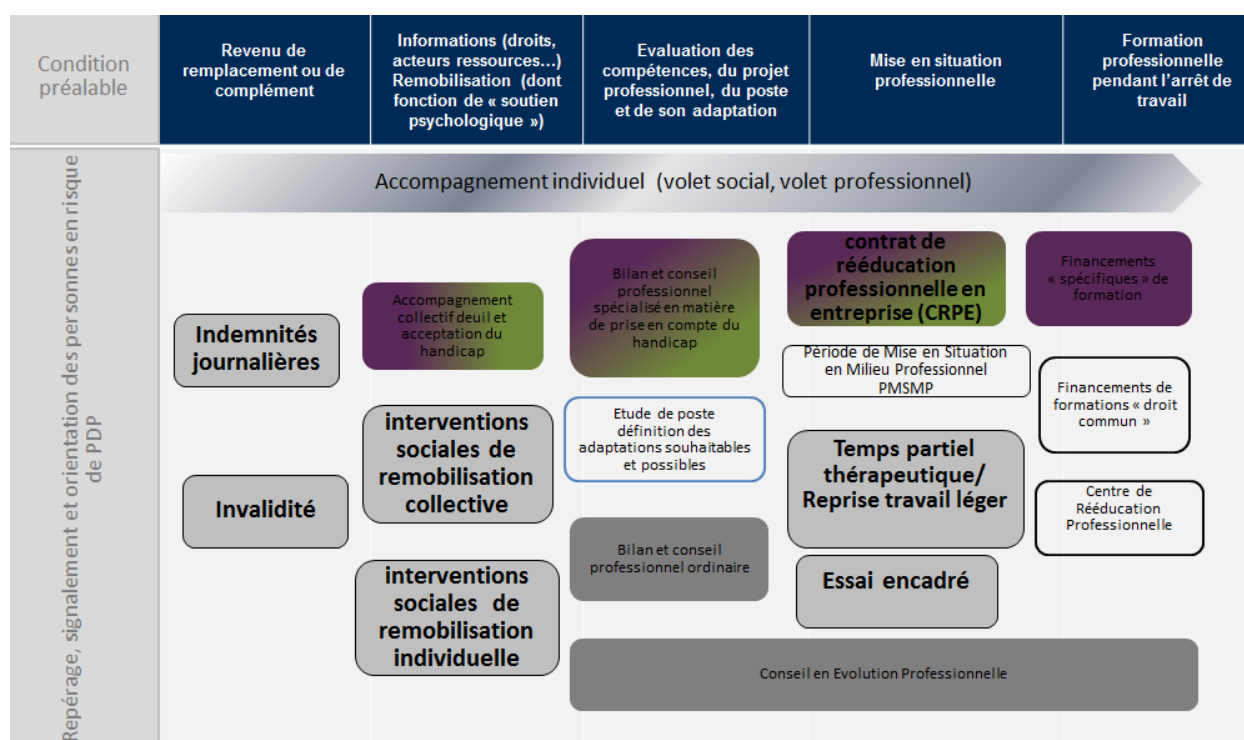
²⁰⁰ Conférence de presse de rentrée de la CCMSA – 10 octobre 2017 -

²⁰¹ LTC DDPS-2016-568 Ibid. Cit

3 LES PRINCIPAUX OUTILS ET FINANCEMENTS MOBILISES PAR LES ACTEURS DE LA PROTECTION SOCIALE

De nombreux outils et dispositifs peuvent être aujourd'hui mobilisés par les différents acteurs dès lors que le risque de désinsertion professionnelle est repéré. Le schéma suivant rassemble les principales mesures mobilisées par les acteurs de la protection sociale (gris et en gras) en lien avec les acteurs du handicap (violet), lorsqu'est identifiée une impossibilité de retour au travail sur le poste initial.

Schéma 1 : Les principales mesures contribuant au maintien en emploi



Source : Mission IGAS, d'après Pluricité. Evaluation des actions de remobilisation. Bilans et formations spécifiques proposées pour les personnes en Arrêt de travail. Rapport final 2017

On ne présentera dans cette annexe que les outils et leviers organisés et financés directement par les acteurs de la protection sociale (en gras dans ce schéma). On détaillera succinctement pour chaque mesure son objet et son cadre juridique, sa volumétrie (si disponible) et ses principales caractéristiques.

3.1 Les revenus de remplacement

3.1.1 Les arrêts de travail et les indemnités journalières

3.1.1.1 Le cadre général des arrêts de travail

L'article L 1226-9 du Code du travail interdit de rompre le contrat de travail, sauf raison étrangère au problème de santé, pendant la période de suspension d'un arrêt de travail. Premier levier mobilisé dans un objectif de contribution aux soins, l'indemnisation de la perte de salaire résultant d'un arrêt de travail pour raison de santé est un levier qui peut aussi contribuer au maintien en emploi, notamment lorsque la période d'arrêt de travail peut être utilisée pour préparer ce retour. Cette question se pose notamment lorsque les arrêts de travail se prolongent.

Comme cela était demandé dans le plan cancer (action 9.8), le décret du 30 janvier 2015 a assoupli à 150 heures les conditions d'ouverture des droits aux IJ, conditionnés antérieurement à un seuil de 200h²⁰².

La répartition des IJ est principalement concentrée sur la maladie et sur les IJ de moins de 3 mois. Dans le régime général, 10 % des arrêts de travail durent plus de 3 mois et représentent à eux seuls 60 % des dépenses de santé.

Les dépenses d'indemnités journalières, tous risques et régimes confondus, s'élèvent à 13,7 Md€ en 2015, soit 6 % de l'ONDAM. Leur évolution annuelle a alterné périodes de fortes hausses et de baisses, mais il existe une tendance linéaire sur la période 2000-2015, évaluée à + 180 M€ par an pour le risque maladie et + 100 M€ par an pour le risque AT-MP. Sur la période 2005-2015, la croissance est particulièrement dynamique dans la branche AT/MP (+ 41 % vs + 27 % pour la branche maladie)²⁰³.

Ce dynamisme des dépenses concerne également les assureurs privés versant les compléments d'indemnités journalières.

Tableau 13 : Evolution des dépenses d'indemnités journalières tous assureurs publics et privés pour les risques maladie et AMTP

en millions d'euros	2011	2012	2013	2014	2015	2011/2015
Indemnités journalières	9 543	9 436	9 398	9 775	10 145	6,3 %
Maintien de salaire / complément d'indemnités journalières	1 840	1 977	2 114	1 974	2 133	15,9 %
Total IJ	11 383	11 412	11 511	11 749	12 278	7,9 %

Source : DREES, Les dépenses de santé en 2015, Edition 2016, Fiche 11. Extraction IGAS sur les IJ.

Ces évolutions ont conduit les assureurs, et notamment la CNAMTS qui porte l'essentiel du risque (91 %) et des augmentations observées, à concevoir plusieurs plans d'action destinés à maîtriser la « sinistralité IJ ». L'objectif général était de réduire le nombre d'arrêts de travail non médicalement justifiés.

²⁰² Article R313-3 du code de sécurité sociale

²⁰³ Revue de dépenses 2017. L'évolution des dépenses d'indemnités journalières. IGF N° 2017-M-009/ IGAS N°2017-006R

Au cours de la période 2004-2006, une première vague d'intensification des contrôles a eu pour effet une forte baisse du nombre d'IJ, qui leur a été directement attribuée²⁰⁴. L'accélération du passage en invalidité des personnes en arrêt de longue durée a contribué à réduire la durée des IJ avant mise en invalidité²⁰⁵. Mais ceci a été insuffisant pour peser significativement sur l'évolution générale et la progression de ces dépenses est toujours considérée comme non maîtrisée à ce jour.

Plusieurs outils ont été développés dans le cadre des plans d'action successifs, dont des outils de requêtage sur les durées d'IJ, qui ont également outillé la politique de dépistage des salariés en risque de désinsertion professionnelle (cf. *supra*)²⁰⁶ :

- « A partir de 2007, un ciblage « systématique » des arrêts de plus de 45 jours a été instauré²⁰⁷ dans le but d'éviter la « chronicisation » de l'arrêt. La lettre réseau de décembre 2015, qui complète le dispositif de contrôle à la suite du plan décidé en 2015, précise le sens de ce contrôle.
- Les autres actions ont consisté principalement en un contrôle entre 45 et 180 jours, centré à partir de 2016 sur la prévention de l'entrée en arrêt de longue durée en procédant à un contrôle avant 60 jours, avant l'admission en longue durée, avec examen pour les personnes dont l'analyse de la consommation de soins ne suffit pas à expliquer le motif de l'arrêt et à accompagner les personnes en affection longue durée non exonérante pour prévenir la désinsertion professionnelle²⁰⁸. »

3.1.1.2 L'articulation des IJ et de la préparation du retour à l'emploi

Afin de faciliter la réalisations d'actions préparatoires au maintien ou au retour à l'emploi, l'Etat a autorisé à l'occasion de la LFSS 2009 le versement des IJ à des salariés victimes d'AT-MP qui bénéficient, pendant leur arrêt de travail, d'« actions de formation professionnelle continue (FPC), au sens de l'article L. 6313-1 du code du travail » ou « d'autres actions d'évaluation, d'accompagnement, d'information et de conseil auxquelles la caisse primaire est partie prenante »²⁰⁹. Cette seconde catégorie a permis utilement de couvrir une large gamme d'actions de remobilisation précoce.

Une disposition analogue a été prise en LFSS 2011 au bénéfice des assurés au titre du risque maladie²¹⁰ et a fait l'objet d'une instruction d'accompagnement pour les réseaux CNAMTS²¹¹ et CCMSA. Il y est rappelé que « la durée des actions de remobilisation / formation doit être compatible avec la durée prévisionnelle d'arrêt de travail médicalement justifié. En effet le dispositif ne doit pas conduire à prolonger les durées des arrêts de travail pour faciliter la mise en œuvre d'actions dont la durée serait incompatible avec la période d'arrêt médicalement justifiée. »

Le « vide juridique » qui entourait le maintien des IJ par les caisses primaires, parfois déjà accordé à titre dérogatoire avant 2010 pour conduire des démarches de prévention de la désinsertion professionnelle, a ainsi en partie été comblé.

²⁰⁴ Cf. travaux de la DREES

²⁰⁵ Source : rapport « Les dépenses d'indemnités journalières : analyse des évolutions et propositions d'actions », groupe de travail coordonné par Dominique POLTON, CNAMTS, 2015

²⁰⁶ Source : IGAS, Rapport Annexe 3/ La maîtrise et le contrôle des indemnités journalières (CNAMTS)

²⁰⁷ Lettre-réseau LR-DDO-199/2007 relative au contrôle des arrêts de travail à 45 jours d'indemnités journalières prescrites

²⁰⁸ Affections qui nécessitent une interruption de travail ou des soins continus d'une durée prévisible égale ou supérieure à six mois mais qui n'ouvrent pas droit à l'exonération du ticket modérateur

²⁰⁹ Au 1° du I de l'article 100 de la LFSS pour 2009, qui a complété l'article L. 433-1 du code de la sécurité sociale.

²¹⁰ Aux 1° et 2° du I de l'article 84, qui a créé l'article L. 323-3-1 du code de la sécurité sociale (disposition applicable aux arrêts de travail résultant d'un AT-MP et pris en charge provisoirement au titre de la maladie).

²¹¹ Lettre réseau : LR/DDGOS/53/2012 concernant l'application de l'article L323-3-1 et du L.433-1 alinéa 4 du CSS

Par ailleurs, une indemnité temporaire d'incapacité (ITI) a également été instituée par la LFSS pour 2009 et complétée par des textes d'application²¹². Dans une logique de parcours attentionné, elle permet aux victimes d'AT-MP déclarés inaptes à leur poste de travail de bénéficier d'une indemnisation jusqu'à la décision de reclassement ou de licenciement par l'employeur (cf. *infra*).

Ces nouvelles prestations sont venues compléter la liste des prestations accessibles pendant leur arrêt de travail, aux victimes d'AT-MP, qui comprenait déjà

- Deux prestations légales, communes aux branches AT-MP et maladie, de réadaptation fonctionnelle (prestation en nature) et de reprise du travail à temps partiel thérapeutique (maintien de tout ou partie des IJ) ;
- Deux prestations légales spécifiques à la branche AT-MP les primes de fin de rééducation professionnelle et les prêts d'honneur en fin de stage de rééducation ;
- Enfin, on mentionnera pour mémoire une prestation extralégale, dite prestation supplémentaire n°9, de participation au financement de la rééducation professionnelle. Cette prestation, commune aux branches AT-MP et maladie est financée par le FNASS, lui aussi commun, et consiste en une indemnité attribuée aux assurés ou titulaires d'une pension d'invalidité admis pour une formation professionnelle en centre de rééducation professionnelle (CRP) ou pour un contrat de rééducation professionnelle en entreprise (CRPE).

la possibilité d'articuler maintien des IJ et actions de redynamisation (formation et remobilisation précoce) apparaît comme une des novations importantes sur le principe. Mais leur circuit de mise en œuvre reste lourd (acceptation du dossier par la caisse primaire, après avis du médecin conseil et sur accord écrit du médecin traitant) et leur application hétérogène selon les DRSM.

3.1.2 Le temps partiel thérapeutique (TPT)

Dans le cadre du risque maladie, si le médecin traitant estime que son patient ne peut reprendre une activité à temps plein mais que la reprise d'une activité peut contribuer à son rétablissement, il peut prescrire une reprise à temps partiel pour motif thérapeutique. Le dispositif est accessible uniquement après un arrêt de travail indemnisé à temps complet le précédant immédiatement, sauf pour les assurés pris en charge au titre d'une affection de longue durée (ALD).

Aucune disposition réglementaire ne fixe les modalités d'application dans l'entreprise d'une reprise du travail à temps partiel pour motif thérapeutique. Le médecin traitant fixe la quotité d'activité (par ex une reprise à 50 % par semaine). Mais c'est le salarié et son employeur qui déterminent la répartition de ces heures de travail. En cas de reprise à temps partiel thérapeutique, la perte de salaire peut être indemnisée par l'Assurance Maladie, en tout ou partie, sous certaines conditions.

La décision de reprise du travail à temps partiel nécessite l'avis du médecin traitant, du médecin du travail, l'accord du médecin conseil de la caisse d'Assurance Maladie, mais aussi celui de l'employeur, car celui-ci peut toujours invoquer l'impossibilité de cet aménagement de temps en rapport au fonctionnement de l'entreprise.

Dans le régime général, en assurance maladie, près de 135 000 salariés ont perçu des indemnités journalières au titre d'un temps partiel thérapeutique en 2016, pour un montant de 417, 7 millions d'euros.

²¹² Décret du 9 mars 2010, circulaire DSS du 1^{er} juillet 2010 et LR-DRP-32/2010 du 8 juillet 2010.

Tableau 14 : Répartition par âge des effectifs prise en charge par la CNAM pour un temps partiel thérapeutique en assurance maladie

Age en fin d'année 2016	Total du montant versé pour des journées indemnisées appartenant à l'année 2016 (en euros)	Nombre de personnes ayant bénéficié d'au moins un arrêt avec au moins une journée indemnisée durant l'année 2016	Total du nombre de journées indemnisées appartenant à l'année 2016	% cumulé effectifs bénéficiaires
<= 24 ans	2 539 950	1 670	123 713	1,2 %
25-29 ans	12 029 614	5 806	490 705	5,5 %
30-34 ans	26 247 001	10 325	980 883	13,2 %
35-39 ans	42 601 444	14 816	1 505 067	24,2 %
40-44 ans	60 069 291	19 515	2 057 949	38,7 %
45-49 ans	73 985 133	23 607	2 538 997	56,2 %
50-54 ans	88 787 551	27 245	3 000 255	76,4 %
55-59 ans	83 878 645	24 475	2 736 242	94,5 %
=> 60 ans	27 647 536	7 388	886 690	100,0 %
Ensemble	417 786 165	134 847	14 320 502	

Source : CNAMTS, Données 2016

La durée de prise en charge était, dans une étude régionale conduite en 2015 pour les temps partiels thérapeutiques toutes catégories confondues²¹³, de moins d'un mois (14 %), 1 à 3 mois (39 %), 3 à 6 mois (30 %), 6 à 12 mois (15 %) et plus de 12 mois (2 % des salariés)²¹⁴.

3.1.3 La reprise de travail léger (RTL)

La reprise de travail léger est un dispositif de retour à l'emploi proche du temps partiel thérapeutique mais accessible au titre des seuls bénéficiaires du risque AT-MP. Ce dispositif peut moduler, outre le temps de travail, depuis 2017 et à titre expérimental dans le programme CRP exposé *supra*, la charge de travail pour les salariés. La mobilisation de ce dispositif croît en valeur : 69 M€ en 2012 et 82 M€ en 2016 (soit 18,8 % ces cinq dernières années)²¹⁵.

Il est accessible après un arrêt de travail indemnisé à temps complet sans nécessité que celui-ci le précède immédiatement, contrairement au temps partiel thérapeutique. Il est prescrit par le médecin traitant car pouvant contribuer au rétablissement de l'assuré et doit conduire à terme à la reprise d'activité à temps et/ou charge complète dans l'entreprise d'origine. Il est soumis à l'accord du médecin conseil et de l'employeur, auxquels cas, l'assurance AT-MP verse les IJ et l'employeur une partie du salaire. Ses modalités de mise en œuvre sont établies entre employeur, médecin du travail et salarié.

²¹³ Patients pris en charge au titre des affections de longue durée (ALD) et hors ALD

²¹⁴ Etude DGRCC, département gestion, avril 2017

²¹⁵ Rapport annuel ATMP 2016, Tableau 37

3.1.4 La pension d'invalidité (PI)

La pension d'invalidité est attribuée personnellement à l'assuré en compensation de la perte de salaire qui résulte de la réduction de sa capacité de travail ou de gain. Elle est attribuée à titre temporaire (article L. 341.9 du code de la sécurité sociale). En effet, elle peut être supprimée dans certaines conditions si la capacité de travail ou de gain de l'assuré s'améliore (article R. 341-15 et R 341-16 du code de la sécurité sociale). Elle est soumise à des conditions administratives et médicales. Sur le plan médical, la notion d'invalidité est globale car elle tient compte de critères d'ordre médical, professionnel et social²¹⁶.

La pension d'invalidité est calculée à partir du salaire annuel moyen et en fonction de la catégorie dans laquelle l'invalidé est classé :

- 1ère catégorie : invalides capables d'exercer une activité rémunérée. Elle concerne des assurés pouvant effectuer un travail léger ;
- 2ème catégorie : invalides absolument incapables d'exercer une activité professionnelle quelconque ;
- 3ème catégorie : invalides qui sont en outre dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

Au montant ainsi calculé peut s'ajouter une allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) soumise à certaines conditions.

Quelques chiffres clés pour l'année 2014 (données régime général) :

- Nombre de décomptes de pensions invalidité traités ➔ 6 582 970
- Nombre de pension d'invalidité²¹⁷
 - 674 546 pensions « avantages de base »
 - 68 987 pensions « allocation supplémentaires »
- Nombre actuel de sites CPAM gérant le processus PI ➔ 49
- Montant versé : 5 539 millions d'euros

La reconnaissance en invalidité par un organisme de protection sociale peut être considérée comme une mesure contribuant au maintien dans l'emploi. En effet, la pension d'invalidité de première catégorie peut être mobilisée pour permettre une reprise du travail pérenne à temps partiel, en limitant la perte de revenu²¹⁸.

²¹⁶ Source : CNAMTS. Lettre réseau DDO – Annexe 6 Cahier des charges Gestion des pensions d'invalidité

²¹⁷ Rappel. On décompte en 2016, 952 000 bénéficiaires d'une pension d'invalidité, tous régimes confondus.

²¹⁸ D'un point de vue juridique, la personne invalide, quelle que soit sa catégorie, peut exercer une activité professionnelle rémunérée en complément du versement de la pension compensant l'état de handicap suivant des règles de cumul. En pratique, ce sont les cumuls s'observent essentiellement pour les invalides de première catégorie

3.1.5 L'Indemnité temporaire d'incapacité (ITI)

Dans le régime AT-MP, une indemnité temporaire d'incapacité (ITI) a été instituée par la LFSS pour 2009, complétée par des textes d'application en 2010²¹⁹. Dans une logique de parcours attentionné, elle permet aux victimes d'AT-MP déclarés inaptes à leur poste de travail de bénéficier, pendant au plus un mois, d'une indemnisation entre la fin de leur arrêt de travail et la décision de reclassement ou de licenciement par l'employeur.

Tableau 15 : Montants des indemnités temporaires d'incapacité de 2012 à 2016

Année	M€	% évolution	Estimation nombre bénéficiaires
2012	14	9,7 %	1200
2013	14	1 %	1200
2014	15	6 %	1286
2015	15	1 %	1286
2016	16	4 %	1371

Source : Rapport Annuel ATMP, 2016, Traitement IGAS

La prestation est rapidement montée en charge en 2011-2012 jusqu'à 14 M€/an pour atteindre 16 M€ en 2016 (+ 3.5 % par an)²²⁰ ; elle bénéficiait, en 2012, à une moyenne de 1 200 victimes d'AT-MP pour un coût mensuel moyen de 1,2 M€²²¹. On ne dispose pas du nombre de bénéficiaires après 2012 mais celui-ci peut être estimé, sous l'hypothèse d'un montant servi comparable, à 1370 bénéficiaires en 2016.

3.2 Les mesures de remobilisation et d'accompagnement du retour à l'emploi mis en place par les caisses de protection sociale

3.2.1 Les actions de remobilisation collective

Des mesures de remobilisation et accompagnement sont proposées sous formes de réunions d'information ou d'ateliers collectifs, soit délivrées individuellement. Ces offres pouvant se compléter.

On détaille ci-dessous tout d'abord les activités collectives proposées par les services de l'assurance maladie obligatoire (CNAMTS ou MSA).

A la CNAMTS, les informations collectives visent à transmettre de l'information sur les droits et les dispositifs et à vérifier leur appropriation. Elles sont animées par les services sociaux en lien avec les services administratifs des caisses et, selon les thématiques, des acteurs des SAMETH, services de santé au travail, service de DRH d'entreprise... Ces séances regroupent 25 personnes maximum. Elles sont ponctuelles pour un assuré donné. Les interventions sociales d'intérêt collectif (ISIC) permettent l'échange sur plusieurs séances (minimum 3) d'un même groupe de 15 personnes

²¹⁹ Décret du 9 mars 2010, circulaire DSS du 1^{er} juillet 2010 et LR-DRP-32/2010 du 8 juillet 2010.

²²⁰ Rapport Annuel ATMP, 2016

²²¹ Laurent CAILLOT, Gilles LECOQ et Frédérique SIMON-DELAVALLE, Evaluation de la COG 2009-2012 de la branche ATMP du régime général, Rapport IGAS RM2012-128P

environ et s'appuient sur la dynamique qui se crée entre les participants. Le travail social de groupe réunit sur 6 séances un même groupe de 6 à 8 personnes et vise à faire émerger un projet de remobilisation individuel. En 2016, 15 200 actions collectives ont été réalisées. 34 474 personnes ont participé à une ISIC.

La MSA propose également une offre d'actions collectives de remobilisation (« l'Avenir en Soi », « Parcours Confiance », « Séjour Ensemble pour Repartir », « Coup de pouce connexion », « Continuer autrement ») dont l'objet concerne l'insertion ou le maintien en emploi. S'y ajoutent des actions conduites uniquement par certaines caisses, dites « labellisées ». Au total, en 2015, 178 sessions ont été réalisées sur 32 des 35 caisses.

Si l'efficacité de ce type d'animation sur le maintien en emploi d'un salarié donné est par nature difficile à mesurer, une récente étude commandée par l'AGEFIH témoigne que « *les différentes actions étudiées apportent des effets positifs en termes de dynamiques de parcours, la **valeur ajoutée des approches collectives** est particulièrement mise en avant par les bénéficiaires comme les professionnels rencontrés* »²²².

3.2.2 Les outils de remobilisation individuels

Il existe, outre le versement des indemnités journalières, le temps partiel thérapeutique ou la reprise du travail léger, décrits ci-dessus, des mesures individuelles spécifiques mises en œuvre par les acteurs de la protection sociale ; les autres mesures sont détaillées dans les annexes relatives aux « services de santé au travail » et à l'« Agefiph ».

3.2.2.1 L'essai encadré

Il s'agit d'un dispositif de remobilisation pendant l'arrêt de travail, ouvert aux bénéficiaires de l'assurance maladie (L.323-3-1 du code de sécurité sociale) et au titre du régime AT-MP (L.433-1 alinéa du code de sécurité sociale), qui permet de tester et valider le projet professionnel (retour au poste, aménagement, reclassement) dans l'entreprise d'origine ou une autre. Il repose sur la collaboration entre médecin du travail de l'entreprise d'accueil et cellule de prévention de la désinsertion professionnelle. Il n'est pas subordonné à une RQTH. Sa durée est limitée à une période de 1 à 3 jours ouvrés maximum, en continu ou fractionnables, pendant laquelle la caisse verse les IJ. L'employeur ne verse aucune rémunération.

La démarche est soumise à l'accord du médecin traitant, à l'avis du médecin conseil sur la compatibilité de l'action avec la durée prévisionnelle de l'arrêt de travail, à la réalisation d'une évaluation globale de la situation et d'un accompagnement social conjoint avec les partenaires (SAMETH, service de santé au travail, COMETE, CAP EMPLOI...), à la validation du projet, au cours d'une visite médicale d'aptitude à l'essai encadré par le médecin du travail de l'entreprise d'accueil, en lien avec l'employeur et enfin à la validation de la mesure par la cellule locale PDP, qui la notifie à l'assuré.

²²² Manon MEUNIER, Aude DEFASY, Benoît GIFFARD et Florent CHEMINAL Pluricité. Evaluation des actions de remobilisation. Bilans et formations spécifiques proposées pour les personnes en Arrêt de travail. Rapport final suite au comité de pilotage du 2 mai 2017. 90 pages.

Dans une évaluation pré-généralisation réalisée en 2013-2014 dans le réseau-Nord Pas de Calais et Picardie de la CNAMTS, le dispositif concernait majoritairement des salariés bénéficiant de la RQTH ou en cours d'obtention, pour moitié pris en charge au titre de la maladie et pour moitié au titre du risque ATMP. Trois quarts des essais se sont déroulés dans l'entreprise d'origine, un quart dans une autre entreprise, sur une durée égale ou supérieure à deux jours dans trois quarts des essais. A six mois, 57 % des salariés avaient repris le travail et le dispositif était considéré comme globalement positif.

Généralisé en 2016²²³, le dispositif est en cours de montée en charge et concerne fin 2016 peu de bénéficiaires : 137 assurés France entière (hors région Pays de la Loire). L'essentiel des mesures (96) a été mobilisé en région Nord Picardie, siège de l'expérimentation initiale²²⁴.

3.2.2.2 Le contrat de rééducation professionnelle en entreprise (CRPE)

Ce contrat est destiné aux assurés reconnus inaptes à leur poste et bénéficiant d'une RQTH. La particularité de ce dispositif est de permettre à des assurés qui ne pourront pas reprendre leur emploi, d'apprendre l'exercice d'une nouvelle profession, dans leur entreprise d'origine ou dans une autre entreprise, avec dans la majorité des cas une perspective de CDI à l'issue de la formation. Le coût du CRPE est limité à la rémunération de l'assuré pendant la durée du contrat, rémunération partagée entre l'Assurance Maladie et l'employeur.

Encadré 5 : Encadré Les principales modalités du CRPE

Sont éligibles au CRPE, les assurés sociaux du Régime Général qui remplissent les conditions suivantes :

- * ne peuvent pas reprendre leur poste de travail car ils ont été déclarés inaptes par le médecin du travail du fait d'une maladie ou d'un AT-MP,*
- * reconnus travailleurs handicapés par la CDAPH,*
- * orientés vers un CRPE avec l'accord de la CDAPH,*

Qu'ils soient bénéficiaires de l'invalidité, rentier ou en affection longue durée (ALD). Les retraités qui poursuivent une activité professionnelle ne peuvent pas bénéficier du dispositif.

Le CRPE bénéficie d'un financement dans les conditions suivantes :

- * en AT-MP : dès le 1er jour du CRPE (reprise d'une activité de rééducation professionnelle),*
- * en Maladie : dès le 1er jour du CRPE (reprise d'une activité de rééducation professionnelle).*

Les principes de rémunération sont les suivants :

- * baser la rémunération du CRPE sur le salaire de la future profession,*
- * une répartition entre l'U et salaire à 50/50 entre la caisse et l'employeur,*
- * la part l'U de l'Assurance Maladie n'excède pas le montant de l'U initiale versée au titre de la maladie ou de l'accident du travail à l'origine de l'incapacité.*

Le versement est effectué, a posteriori, sur présentation de l'attestation de l'employeur, pour le mois échu. Dans le cas d'une subrogation de l'employeur, cette subrogation couvre la totalité de la durée du CRPE, ainsi que les arrêts de travail intervenus pendant cette durée.

Le CRPE est assimilable à un contrat de travail à durée déterminée (CDD) :

- * d'une durée fixée par les parties,*
- * renouvelable une fois dans la limite de la durée maximale du CDD,*
- * qui peut déboucher sur un CDI,*
- * soit conclu avec l'entreprise d'origine de l'assuré. Dans ce cas le contrat de travail initial est suspendu et le salarié bénéficie du maintien des droits afférents à celui-ci,*
- * soit conclu avec une autre entreprise. Dans ce cas, le contrat de travail initial est rompu au motif de licenciement pour inaptitude. Il est préconisé dans l'intérêt de l'assuré de prévoir un CRPE d'une durée minimale ouvrant droit à allocation chômage.*

Source : CNAMTS²²⁵

²²³ Cf. Lettre réseau LR-DRP-23/2016

²²⁴ Prévention de la désinsertion professionnelle, Bilan 2016. Service social de l'Assurance maladie. 11/2017

²²⁵ Note CNAMTS 2016

Ce dispositif de reclassement professionnel ancien (1953) est aujourd'hui peu utilisé sur le territoire (317 CRPE en 2015 pour le régime général dont 70 dans la branche AT-MP). Le financement du dispositif est assuré entièrement par le biais des IJ depuis 2014. Il s'est élevé à 122 000 € en 2016, toutes branches confondues.

Plusieurs freins au recours à ces prestations de rééducation professionnelle ont été identifiés, outre la fragilité de leur financement : le préalable (de niveau législatif) d'une RQTH – le dépôt d'une demande en ce sens n'étant pas une condition suffisante –, l'accord ou l'orientation préalable (de niveau réglementaire) par la MDPH et en sus, l'accord de la DIRECCTE prévu dans un formulaire CERFA de 1972 servant de support au contrat, et sans base réglementaire.

En 2012, la mission IGAS sur l'audit de la COG AT-MP relevait que *« la procédure est inappropriée, à deux titres : elle témoigne d'une approche statutaire (travailleur handicapé) alors que précisément la prévention de la désinsertion professionnelle vise à une action préventive précoce ; elle interpose sans justification des formes d'agrément externe pour l'accès à des prestations financées par l'assurance maladie au bénéfice de ses assurés sociaux (en AT-MP comme en maladie). Ces constats justifient une remise à plat rapide du cadre juridique et administratif de la rééducation professionnelle, suivie d'une campagne de communication. Il est en effet paradoxal d'avoir rendu possibles de nouvelles prestations de maintien ou retour à l'emploi (LFSS pour 2009) sans avoir simultanément modernisé les outils préexistants »*²²⁶.

La mission proposait donc de *« Simplifier l'accès à la rééducation professionnelle (en centre de rééducation ou en entreprise) en rendant ces prestations éligibles à toute victime d'AT-MP, sous la seule condition d'un accord de la caisse primaire et en supprimant les prérequis d'obtention de la RQTH, d'accord de la MDPH et de la DIRECCTE. »*.

La possibilité d'engager un CRPE sur simple avis de réception de la demande de RQTH (procédure d'urgence) est aujourd'hui possible²²⁷. Pour le reste le constat et la recommandation restent valides en 2017.

La CNAMTS entend relancer le dispositif et des travaux sont également conduits dans le cadre de la convention nationale multipartite des travailleurs handicapés afin d'en promouvoir l'utilisation dans un cadre juridique renforcé²²⁸ :

- La question se pose de savoir si l'on considère que le contrat de travail initial est suspendu ou rompu lorsque le salarié contracte un CRPE : dans la seconde hypothèse, la conclusion d'un CRPE sous forme d'un CDD peut s'avérer très pénalisante si le salarié n'est pas ensuite embauché par l'entreprise d'accueil, notamment pour le montant et la durée de son indemnisation par l'assurance chômage ;
- La question de la durée du CRPE n'est pas définie par les textes²²⁹. La CNAMTS a recommandé de limiter sa durée à 18 mois et il conviendrait de le préciser par voie réglementaire.

²²⁶ Evaluation COG ATMP 2009-2012

²²⁷ Article R 5213-11 du code du travail

²²⁸ Mesure annoncée lors du comité interministériel du handicap du 2 décembre 2016.

²²⁹ L'article L. 1242-8 du code du travail qui fixe la durée maximale du CDD ne s'applique pas aux CDD conclus en application de l'article L. 1242-3 du même code

Enfin, afin d'amplifier sa relance, il serait souhaitable aussi d'ouvrir l'accès à ce dispositif aux salariés reconnus inaptes par le médecin du travail, même s'ils ne demandent pas une reconnaissance administrative d'un handicap, de fixer une durée minimale et une durée maximale de rééducation et d'ouvrir aux CPAM la possibilité de déléguer la préconisation et la négociation de CRPE à un SAMETH ou à un SSTI.

ANNEXE 5

LA CONTRIBUTION DU SYSTEME DE SOINS ET MEDICO-SOCIAL

Plusieurs acteurs clefs des services de soins contribuent à la lutte contre la désinsertion professionnelle et au maintien en emploi : les professionnels du service de soins primaire, au premier rang desquels viennent les médecins traitants, mais aussi les acteurs du réseau de soins secondaire, spécialistes principalement hospitaliers qui assurent la prise en charge des pathologies invalidantes (pathologies traumatiques, cancers, pathologies cardio-vasculaires ou neurologiques...) dans les phases aiguës ou lors des traitements de réadaptation. D'autres acteurs du champ médico-social, en partie articulés avec ceux du soin, proposent des accompagnements et formation professionnelle,

La présente annexe vise à décrire ces acteurs, leur réseau et principales activités en matière de prévention de la désinsertion professionnelle.

1 LE RESEAU DE SOINS PRIMAIRES

1.1 Une offre de soins primaires en forte réorganisation qui pourrait offrir une opportunité pour renforcer la prévention de la désinsertion professionnelle

Le nombre de médecins en activité totale²³⁰ inscrits au tableau de leur conseil de l'ordre s'élève à 215 941 en 2017. Les modèles de projection linéaire aboutissent à une forte probabilité de progression de ce nombre d'ici 2025, de l'ordre de 0,3 %, pour atteindre 216 650 médecins. En leur sein, les effectifs de médecins qualifiés en médecine générale vont continuer à baisser : on recense 88 137 médecins généralistes en activité régulière, soit une diminution de 9,1 % des effectifs depuis 2007 ; cette baisse aurait une forte probabilité de se confirmer jusqu'en 2025 pour atteindre 79 262 médecins généralistes en activité régulière, toujours d'après les estimations de l'instance ordinale²³¹.

L'offre de soins primaires repose principalement sur les médecins généralistes exerçant en cabinet libéral ou en tant que salariés d'un centre de santé. Une partie des médecins généralistes n'exerce pas la médecine de premier recours, les effectifs « actifs » sont donc moindre que ceux exposés *supra* qui concernent tous les modes d'exercice des généralistes y compris hospitaliers. Le collège de médecine générale, qui recense principalement les médecins libéraux exerçant la médecine de famille telle que définie par les instances européennes²³² estimait en 2016 leur effectifs à 55 000 praticiens. Une autre estimation établie par l'IGAS en intégrant les praticiens salariés, notamment

²³⁰ L'activité totale est définie par le conseil de l'ordre national des médecins comme composée des médecins en activité régulière, des médecins remplaçants ainsi que des médecins temporairement sans activité.

²³¹ Atlas de la démographie médicale au 1^{er} janvier 2017, Conseil de l'Ordre des médecins.

²³² WONCA Europe. Une définition européenne de la médecine générale, médecine de famille. World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA) Europe, 2002

des centres de santé et assimilés, fait état de 58 000 à 70 000 médecins, soit entre 66 et 80 % des effectifs totaux des médecins qualifiés en médecine générale²³³.

Les modalités d'exercice des médecins généralistes ont beaucoup évolué ces dernières années avec le regroupement des praticiens dans des cabinets médicaux, principalement de médecine générale : ce mode d'exercice, libéral, en cabinet de groupe est devenu majoritaire dans les années 2000²³⁴ ; il laisse une plus grande place à la formation, l'encadrement des étudiants et s'appuie également plus fréquemment sur l'outil informatique d'après l'IRDES²³⁵. Mais la taille de ces cabinets reste modeste : deux ou trois praticiens en moyenne.

D'autres formes de regroupement ont cohabité avec les cabinets de groupe ou se sont développés plus récemment :

- Les centres de santé historiques, anciens dispensaires municipaux, pluri professionnels, où des praticiens principalement salariés œuvrent au côté d'autres professions paramédicales voire sociales. On dénombre environ 1200 centres de santé, dont 400 centres de santé polyvalents, la majorité étant implantée en milieu urbain²³⁶ ;
- Depuis le début des années 2000, des maisons pluridisciplinaires (MSP) et des pôles de santé (PSP) se sont constituées, sous l'impulsion des pouvoirs publics et/ou des initiatives locales, en relation avec la volonté de maintenir un maillage territorial construit sur des modes d'exercice jugés plus attractifs par les jeunes professionnels. Elles sont inscrites dans la loi depuis 2007²³⁷. La taille des équipes est de l'ordre de 4 médecins généralistes et de 8 à 9 autres professionnels de santé dans une MSP ; elle peut atteindre plusieurs dizaines de professionnels au sein d'un PSP.

Les regroupements en MSP ou PSP concernaient 5 % des généralistes libéraux en 2014²³⁸. Le plan gouvernemental visant à « *renforcer l'accès territorial aux soins* » présenté en octobre 2017, prévoit un doublement du nombre des maisons de santé d'ici cinq ans, pour atteindre un effectif de 2000 maisons pluridisciplinaires. Le recours aux outils standardisés est encouragé voire rendu obligatoire en cas de conventionnement (système d'information avec des dossiers patients partagés, procédures communes pour la qualité et la continuité des soins...).

²³³ M FOURCADE et P ABALLEA, Analyse des missions, de la gouvernance et des modalités de financement des conseils nationaux professionnels (CNP), IGAS, 2016-029R, Juillet 2016. Annexe 2.

²³⁴ La part des médecins généralistes libéraux déclarant travailler en groupe est passée de 43 % en 1998 à 54 % en 2009.

²³⁵ François BAUDIER et al. La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009, IRDES, Question d'économies de la santé, n°157, Septembre 2010.

²³⁶ Philippe GEORGES et Cécile WAQUET, « Les centres de santé : situation économique et place dans l'offre de soins de demain ». IGAS, RM2013-119P, Juillet 2013

²³⁷ Art. L. 6323-3 du CSP - La maison de santé est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. »

Article L6123-4 Les pôles de santé assurent des activités de soins de premier recours au sens de l'article L. 1411-11, le cas échéant de second recours au sens de l'article L. 1411-12, et peuvent participer aux actions de prévention, de promotion de la santé et de sécurité sanitaire prévues par le schéma mentionné à l'article L. 1434-5. Ils sont constitués entre des professionnels de santé et, le cas échéant, des maisons de santé, des centres de santé, des réseaux de santé, des établissements de santé, des établissements et des services médico-sociaux, des groupements de coopération sanitaire et des groupements de coopération sociale et médico-sociale.

²³⁸ Cécile FOURNIER. « Concevoir une maison de santé pluri-professionnelle : paradoxes et enseignements d'une innovation en actes », Sciences sociales et santé, 2014/2 (Vol. 32)

Ces regroupements pluri-professionnels rejoignent les grandes orientations de l'OMS Europe en matière d'organisation de soins primaires et de médecine de famille, qui rappelle que « développer le travail d'équipe autour du patient avec des professionnels de la santé permet d'améliorer la qualité des soins ». La déclaration de l'OMS précise que l'une des sept caractéristiques du mode d'exercice de famille est de tenir compte du contexte individuel et notamment, des circonstances familiales, des réseaux sociaux et culturels et enfin des circonstances liées à l'emploi et au lieu de vie.

1.2 Un rôle et des pratiques des médecins généralistes peu étudiés s'agissant des problématiques de santé au travail, des freins persistants dans la collaboration des acteurs clefs

La prescription des arrêts de travail repose principalement sur les généralistes du réseau de soins primaires. Les généralistes en tant que médecins traitants ont également une fonction clef dans d'autres processus détaillés en Annexe 4 : la prescription d'un temps partiel thérapeutique, les demandes d'invalidité, de reconnaissance de maladie professionnelle ou de reconnaissance de travailleur handicapé.

On dispose de peu d'informations sur la manière dont sont abordés et traités les sujets « emploi » dans la pratique des médecins généralistes français.

En 2009, l'institut national de prévention et d'éducation en santé (INPES)²³⁹ a interrogé des médecins généralistes, dans un volet spécifique de son enquête Baromètre santé, sur leurs opinions et pratiques en matière de santé-environnement et de santé au travail²⁴⁰. Les objectifs de l'enquête « santé au travail » étaient de *« connaître le degré d'information et de formation des médecins généralistes en ce domaine, repérer leurs sources d'information ; appréhender les pathologies au travail rencontrées par les généralistes ; repérer les freins à la déclaration de maladie professionnelle ; et enfin appréhender les relations entre médecins généralistes et médecins du travail »*²⁴¹. Alors même que plus d'un généraliste sur cinq déclarait avoir suivi une formation ou un diplôme universitaire en santé au travail et un sur quatre avoir suivi une formation continue, *« les médecins généralistes, hommes comme femmes, se déclaraient plutôt mal informés sur les maladies professionnelles et les problèmes de santé au travail, seuls 2 % s'estimaient très bien informés, le quart (24 %) plutôt bien informés, 61 % plutôt mal informés et 13 % très mal informés sur les maladies professionnelles et les problèmes de santé au travail »*.

Pour pouvoir répondre à leurs patients sur des questions de santé au travail *« seuls 10 % s'estimaient tout à fait en mesure de le faire, 42 % pensaient pouvoir le faire, 44 % « plutôt pas » et 4 % « pas du tout »*. *Près de huit médecins sur dix (78 %) déclaraient interroger fréquemment (« assez souvent » à « très souvent ») leurs patients sur leurs conditions de travail du moment ; ils n'étaient plus que 48 % à le faire fréquemment sur leurs conditions de travail passées »*.

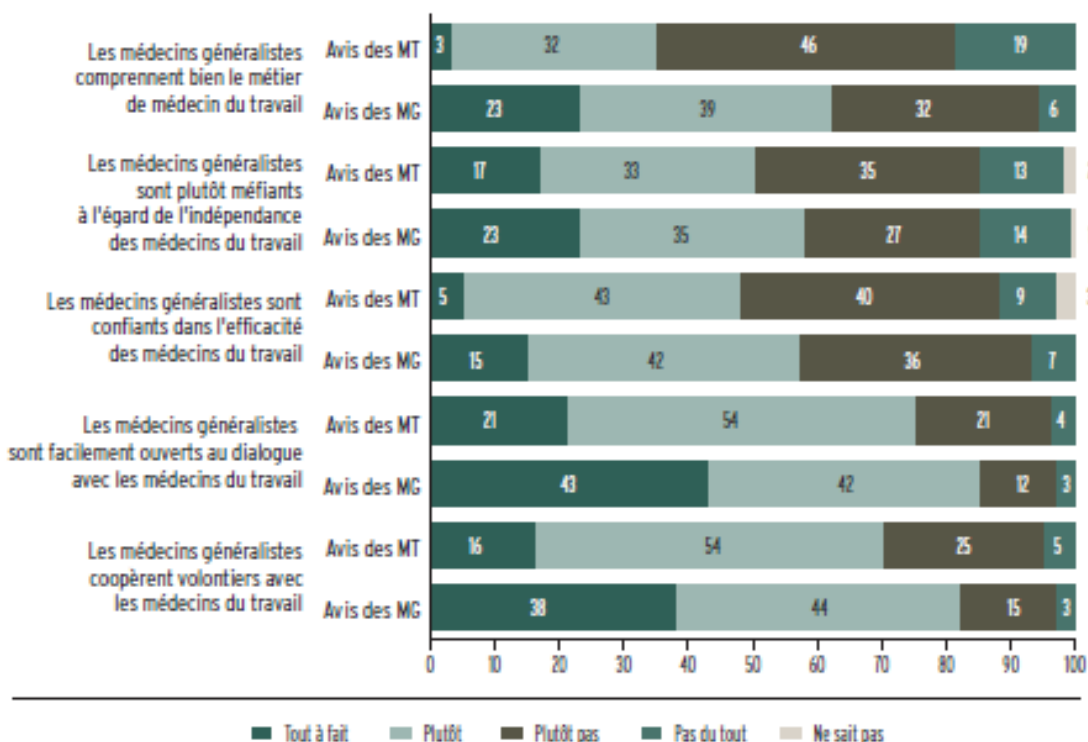
²³⁹ L'INPES a rejoint l'agence nationale de santé publique (ANSP) créée en 2016.

²⁴⁰ Colette MENARD et al, « Enquête « Médecins généralistes et santé au travail » in Médecins du travail/médecins généralistes: regards croisés », INPES, *Collection "Études santé"*, janvier 2012, 113-186.

²⁴¹ Jean Baptiste RICHARD et François BECK « Méthodologies des enquêtes « Médecins du travail » et « Médecins généralistes et santé au travail », in « Médecins du travail/médecins généralistes: regards croisés », INPES, *Collection "Études santé"*, janvier 2012, 20-25,

Cette enquête est la première en France d'envergure nationale à avoir exploré la perception croisée des médecins généralistes et du travail sur leurs relations : « *La majorité des médecins généralistes (57 %) déclaraient être confiants dans l'efficacité des médecins du travail, mais doutaient en revanche de l'indépendance des médecins du travail. Du côté des médecins du travail, 48 % partageaient le sentiment que les médecins généralistes font confiance à leur efficacité et 50 % ressentaient un sentiment de méfiance à leur égard concernant leur indépendance* ».

Tableau 1 : Opinions des médecins du travail sur la fréquence de leurs sollicitations par les médecins généralistes (Enquête 2009)

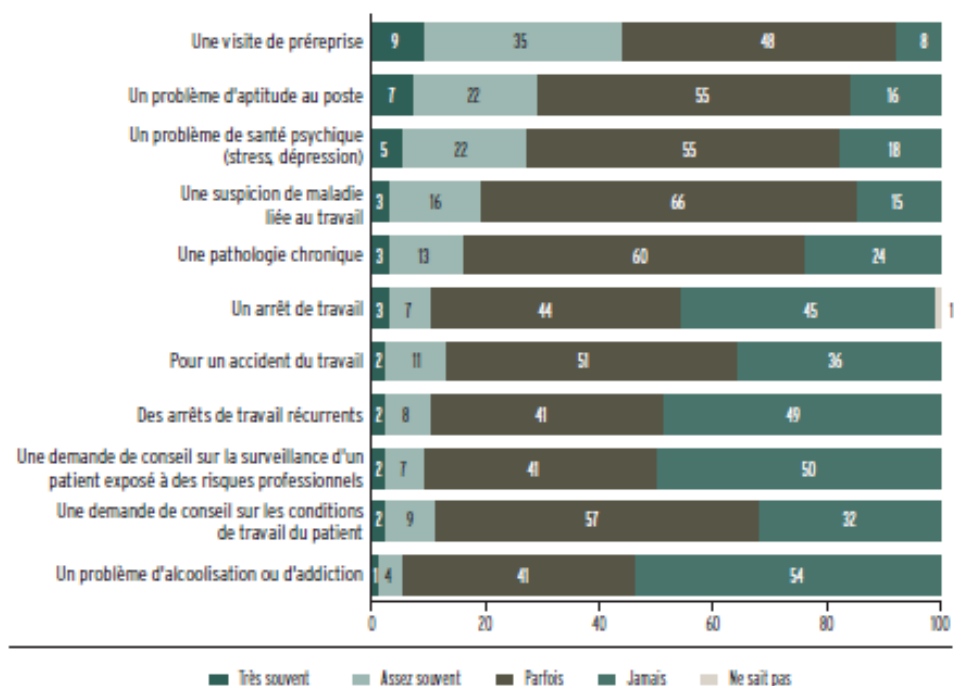


Source : INPES, *Médecins du travail/médecins généralistes : regards croisés*, Collection "Études santé", janvier 2012

Enfin et s'agissant du sujet du maintien en emploi, « *près de six médecins sur dix (56 % des généralistes et 59 % des médecins du travail) s'accordaient sur le fait que le généraliste a un rôle à jouer pour aider à la réinsertion professionnelle des patients, une opinion davantage partagée par les médecins du travail des services autonomes (72 % vs 59 % des autres services ; $p < 0,01$)* ».

« *Les principaux motifs pour lesquels les médecins du travail s'étaient déclarés « assez souvent ou très souvent » sollicités par les généralistes étaient, par ordre décroissant : les visites de pré-reprise (pour 44 % des médecins du travail), les problèmes d'aptitude au poste d'un patient (29 %), les problèmes de santé psychique comme le stress ou la dépression (29 %), une suspicion de maladie liée au travail (19 %) et les pathologies chroniques (16 %). Sur ces thèmes, seul un quart au maximum (entre 8 % et 24 %) des médecins du travail déclaraient n'être jamais sollicités.../... Les priorités des sujets des contacts déclarés par les généralistes sont bien les mêmes que celles mentionnées par les médecins du travail* » comme cela figure dans le tableau suivant.

Tableau 2 : Opinions des médecins du travail sur la fréquence de leurs sollicitations par les médecins généralistes (Enquête 2009)



Source : INPES, *Médecins du travail/médecins généralistes : regards croisés*, Collection "Études santé", janvier 2012

La fréquence de sollicitations des médecins du travail par les médecins généralistes variait selon l'importance de l'activité du généraliste (davantage de sollicitation si activité supérieure à 25 actes par jour), le mode d'exercice (travail en réseau, exercice de groupe) et la nature de la demande : 4.9 contacts/an/ généraliste pour une visite de pré-reprise (aptitude au poste, problème de santé psychique)²⁴² ; 2.8 contacts pour un arrêt de travail ; beaucoup plus rarement pour un conseil sur les conditions de travail.

Cette étude témoigne des freins à une collaboration renforcée entre les deux spécialités médicales dont la principale relève d'une défiance sur l'indépendance des médecins du travail, cette défiance est encore plus marquée s'agissant des médecins du travail des services de santé autonomes en ce qu'ils sont directement rémunérés par l'employeur. Toutefois l'étude souligne aussi que « *le rôle des généralistes dans la réinsertion professionnelle fait aussi consensus, même si les pourcentages d'accord ne dépassent pas 60 % dans les deux spécialités. Les médecins du travail constituent le pivot des dispositifs de maintien dans l'emploi et de réinsertion professionnelle. Mais le rôle du généraliste est important pour orienter les patients vers le médecin du travail, quand cela est nécessaire et de façon suffisamment anticipée (notamment dans le cadre de la visite de pré-reprise)* ».

L'étude de l'INPES, réalisée dans le contexte du plan santé au travail n°2 2010-2014, apparaît isolée et n'a pas été reproduite récemment, alors même que la nécessité de renforcer les liens entre les acteurs médicaux de base, médecin du travail, médecin traitant et médecin conseil, ont été régulièrement rappelés.

²⁴² Les auteurs de l'enquête interrogent ces résultats et évoquent un biais de compréhension qui aurait conduit les médecins généralistes à regrouper visites de pré-reprise et visites de reprise dans leurs réponses. D'autres études ultérieures attesteront que la pratique des visites de pré-reprise reste globalement sous utilisée.

Une récente étude de la DREES, relative au suivi par les médecins généralistes des patients atteints de cancer, donne une actualité à notre sujet. 53,6 % des généralistes jugent important leur rôle dans la réinsertion professionnelle, mais cette appréciation vient en dernière position comparativement à l'importance qu'ils accordent à leur rôle en matière de soutien psychologique (93.4 %) ou de soutien médical après la phase initiale du traitement (77.8 %). Ils estiment par ailleurs que ce rôle les expose à une part élevée de difficultés (32 %), juste après celles rencontrées pour accompagner les fins de vie (37 %) ²⁴³.

Le sujet santé au travail et rôle du généraliste est donc bien repéré, mais les praticiens apparaissent toujours peu ou insuffisamment armés pour y faire face. Les pratiques en réseau et regroupées apparaissent être des environnements favorables à l'investissement dans ce domaine.

Mais d'autres freins ont été soulevés lors des entretiens individuels que la mission a pu conduire. Ils portent notamment sur la difficulté pour les généralistes de suivre des processus médico-administratifs longs et souvent complexes, comme ceux qui sont mobilisés par le maintien en emploi, dans le cadre de leur activité soignante qui doit intervenir sur une multitude de décisions de soins de court terme dont certaines peuvent engager le pronostic vital.

Il est souhaité qu'ils puissent disposer d'une adresse contact vers qui référer pour ces sujets qu'ils ne peuvent traiter directement. Un témoignage d'une médecin généraliste faisait état du « sésame » qu'avait constitué pour elle sa relation avec une assistante sociale de CARSAT, dont elle conserve les coordonnées précieusement. Cette situation est probablement rare : dans son bilan de 2016 sur l'activité des services sociaux des CARSAT, il est noté que « *Les médecins traitants sont au quotidien en prise avec des assurés en arrêt de travail qui en raison de leur situation médicale peuvent se trouver en difficulté professionnelle. Ils ne connaissent pas le Service social dans leur grande majorité, et pour ceux qui le connaissent, n'ont que le « 3646 » pour le contacter* » ²⁴⁴.

Il apparaît ainsi un besoin de facilitation des contacts, à commencer par le plus basique en la matière, qui concerne les coordonnées du service de santé au travail de leurs patients. Cette donnée élémentaire n'est pas toujours connue des intéressés et pourrait figurer dans le DMP et/ou sur la carte vitale, à côté des coordonnées du médecin traitant.

Par ailleurs, un plan de communication devrait être relancé.

A la mise en place des cellules de prévention de la désinsertion professionnelle (PDP) au début des années 2010, la CNAMTS a communiqué vers les assurés, les professionnels de santé et les employeurs, comme cela était prévu dans le cadre de la COG ATMP 2009-2012. Le thème de la prévention de la désinsertion professionnelle a été abordé lors de rencontres et d'événements régionaux ²⁴⁵ et locaux ²⁴⁶. Trois brochures ²⁴⁷ destinées aux assurés, aux médecins traitants, aux médecins du travail et aux employeurs ont été produites en 2010.

Enfin, après une phase d'expérimentation en Bretagne, une campagne de visites des délégués de l'assurance maladie (DAM) auprès de médecins traitants, sur les thèmes de la PDP et des troubles musculo-squelettiques (TMS) s'est déroulée en 2011 sur l'ensemble du territoire : près de 25 000 praticiens ont été ainsi approchés, avec un très bon retour : faible taux de refus (7 %),

²⁴³ Dominique REY et al. « Suivi des patients atteints de cancer : les généralistes favorables à des échanges renforcés avec l'hôpital », DREES, Etudes et Résultats n°1034, octobre 2017

²⁴⁴ CNAMTS, Mission de réflexion stratégique sur le Service social, octobre 2016, op. Cit.

²⁴⁵ Salons et journées régionales partenariales sur le maintien dans l'emploi

²⁴⁶ Matinées employeurs, réunions d'information collective

²⁴⁷ « Quand mon état de santé devient un problème pour mon emploi », « La visite de pré-reprise », « Reprendre une activité professionnelle après une maladie ou un accident ».

sensibilisation appréciée par les généralistes rencontrés dans la mesure où elle leur apportait une nouvelle possibilité d'orientation pour les patients concernés²⁴⁸. Cette action ne paraît pas avoir été poursuivie avec le même engagement : en 2016, les DAM d'une région sur deux (au sens CARSAT²⁴⁹) ont réalisé une présentation PDP mais on ne sait combien de praticiens ont été concernés ; il serait utile de reprendre ce travail de communication en le généralisant.

2 LE RESEAU HOSPITALIER DE COURT ET MOYEN SEJOUR

Un certain nombre de professionnels des soins de second recours, principalement hospitaliers, ont développé des offres de prise en charge qui incluent une réadaptation à l'emploi. Il s'agit principalement, dans le réseau de court séjour, de services d'oncologie, de cardiologie et de neurologie. Mais ces services sont surtout développés en tant que tels dans les réseaux dits de moyen séjour : les services de soins de suite et de réadaptation.

2.1 L'action des services de court séjour hospitalier est mal appréhendée et ne bénéficie pas de financements spécifiques pour les services concernés

Les services hospitaliers de court séjour ont pris en charge en 2016, 12 millions de patients environ pour 18,3 millions de séjours hospitaliers, ainsi que 12,3 millions de séances²⁵⁰. Ces séjours sont par définition très courts et centrés sur les soins. L'évolution des organisations pousse vers un raccourcissement accru des séjours en hospitalisation complète et au développement des activités ambulatoires²⁵¹.

L'ouverture aux problématiques de réinsertion professionnelle y est récente et ne se concrétise pas ou peu dans des activités *ad hoc*, à l'exception de ce qui est observé dans certaines disciplines comme la cancérologie, où il peut être proposé information et accompagnement spécifique des patients par des équipes pluridisciplinaires, principalement lorsque la phase de traitements lourds est déjà bien engagée. La mission a pu rencontrer des acteurs de cancérologie (INCa, Institut Bergonié à Bordeaux). Les services d'oncologie ont été conduits à développer une offre croissante d'accompagnement de leurs patients. Ces initiatives ont été encouragées par l'INCa notamment avec un appel à projet en 2010 sur les parcours personnalisés de soins et d'après-cancer.

A l'institut Bergonié, le projet retenu a permis la mise en place d'une cellule dédiée à l'accompagnement (Assistante sociale et infirmier de coordination) en charge du suivi d'une cohorte de patientes traitées pour cancer du sein. Celle-ci a concerné environ 50 % de la file active de l'institut. C'est notamment à cette occasion que l'institut a créé des liens avec ses partenaires CPAM/CARSAT/MSA/RSI/DIRECCTE/médecins du travail sur le sujet du maintien en emploi.

Les principaux constats réalisés auprès des femmes accompagnées étaient les suivants :

- Les patientes se sentent perdues entre tous les intervenants dont les discours et les directives par rapport à la reprise du travail ne convergent pas véritablement. Il existait un manque de concertation entre les professionnels et globalement une absence d'utilisation du carnet de liaison mis à leur disposition par l'institut ;

²⁴⁸ Mission d'évaluation IGAS COG ATMP en 2012-2013, op. Cit.

²⁴⁹ On compte « 27 régions CARSAT » et 101 départements en 2017 qui correspondent au découpage administratif d'avant la loi NOTRE

²⁵⁰ Source ATIH

²⁵¹ La durée moyenne de séjour est de 6,2 jours en médecine et 5,5 jours en chirurgie en 2016

- Les patientes appréhendaient la prise de contact du service social avec les médecins du travail et les médecins conseil : cette approche était perçue comme intrusive et risquée, notamment avec la crainte d'effets pervers auprès des employeurs ;
- Il existait chez beaucoup de patientes de fortes difficultés à anticiper la reprise du travail et un sentiment d'isolement et de défaut d'information sur les dispositifs de réadaptation et maintien au travail disponibles.

L'institut a été conduit à produire en 2015-2016 sur la base de ces constats, un livret d'accompagnement « Comment préparer son retour au travail »²⁵² disponible en libre-service et destiné aux patients et aux médecins généralistes. La mission n'a pas cherché à faire un recensement exhaustif des outils d'information disponibles pour les différents publics concernés par un cancer et en risque de désinsertion professionnelle, mais on trouve facilement des supports accessibles sur internet. On citera à titre d'exemple la brochure de l'INCa de 2012 destinée aux patients, en cours d'actualisation en 2017²⁵³, ou la maquette, en cours d'élaboration en 2016, support potentiel de déclinaisons régionales, produite par l'association francophone pour les soins de support AFSOS et destinée principalement aux soignants²⁵⁴.

Dans l'expérience bordelaise, la question du maintien en emploi est rarement abordée lors de la phase d'annonce, mais plutôt un à deux mois plus tard, voire en fin de phase de traitement initial. Une offre d'accompagnement est faite alors. C'est dans cette période que les contacts avec les médecins conseils et du travail sont les plus utiles mais ceci ne peut pas provenir, d'après les professionnels de soins en oncologie, d'une démarche systématique déclenchée sur le seul critère de durée d'arrêt de travail, en raison des risques de décalage avec la situation clinique. Est posée ici aussi, comme avec les médecins généralistes du réseau de soin primaire, la question de la nature et des modalités d'échange des informations médicales entre les trois médecins impliqués dans le processus de maintien en emploi : médecin traitant, médecin conseil et médecin du travail.

Il n'existe pas à la connaissance de la mission de données consolidées sur l'activité d'accompagnement des établissements de santé publics ou privés de court séjour. Le financement d'équipes dédiées repose sur le modèle de financement général à l'activité (T2A) de ces établissements et (parfois) sur l'obtention de financements sur projets comme celui obtenu par l'Institut Bergonié auprès de l'INCA.

2.2 Les consultations spécialisées de pathologie professionnelle

Les centres de consultations de pathologie professionnelle (CCPP) ont pour but d'aider le médecin, médecin traitant ou médecin du travail, à faire le diagnostic de l'origine professionnelle ou environnementale d'une pathologie, en vue d'une éventuelle reconnaissance en maladie professionnelle.

Ce réseau dont la mission première est de constituer un centre d'expertise sur l'origine professionnelle des maladies, a aussi pour rôle de proposer des moyens pour prévenir l'exposition et, le cas échéant, envisager la meilleure prise en charge médico-sociale en cas d'inaptitude ou de risque de désinsertion professionnelle du patient.

²⁵² Institut BERGONIE, « Préparer son retour au travail, Comment faire ? » Département coordination, Accompagnement, Réhabilitation et Education ; Centre de coordination et cancérologie ; Département de radiothérapie.

²⁵³ INCA, « Démarches sociales et cancer », Collection Guides des patients, Mars 2012

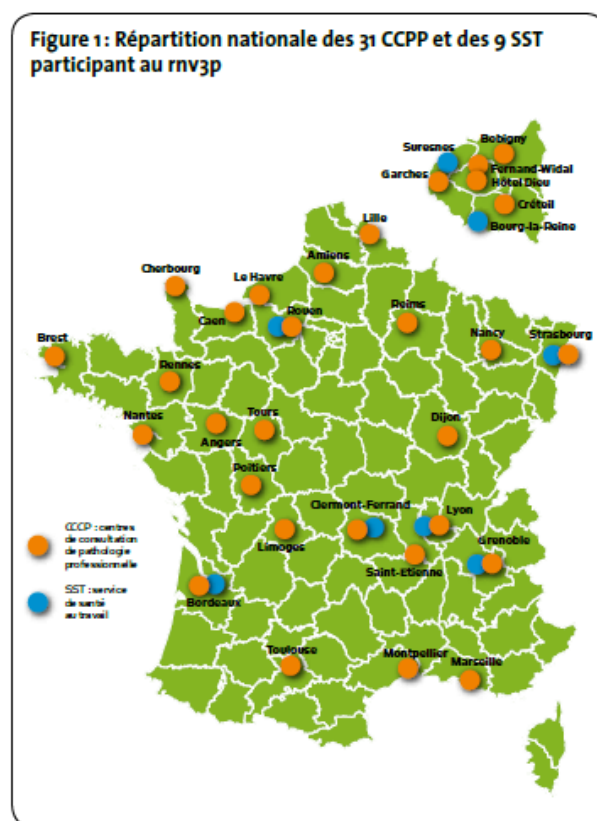
²⁵⁴ Nathalie NOURRY, coordinatrice du groupe de travail, « Cancer et travail » Référentiels inter régionaux en soins oncologiques de support, Version de travail, 15/11/2016

Une consultation peut être demandée par le médecin traitant, spécialiste, ou médecin du travail qui veulent un avis complémentaire, mais aussi sur l'initiative du patient.

Les CCPP participent également à une fonction de veille et d'alerte sur des maladies émergentes ou rares, pour lesquelles ils contribuent à établir un lien avec l'exposition professionnelle. La mise en commun des observations entre les consultations, est réalisée depuis 2001, au sein du Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P) abrité par l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES). Enfin, les CCPP ont pour la plupart des activités d'enseignement et de recherche.

Implantées le plus souvent dans des centres hospitalo-universitaires, ces consultations disposent d'un plateau technique hospitalier et sont assurées par des praticiens spécialisés en pathologie professionnelle, appuyés par des équipes pluridisciplinaires réunissent médecins spécialistes des pathologies professionnelles (allergologues, dermatologues, pneumologues, rhumatologues, psychiatres...), psychologues, infirmiers spécialisés et assistants sociaux.

Schéma 1 : Répartition des Centres de consultation de pathologies professionnelles (CCPP) en 2015²⁵⁵

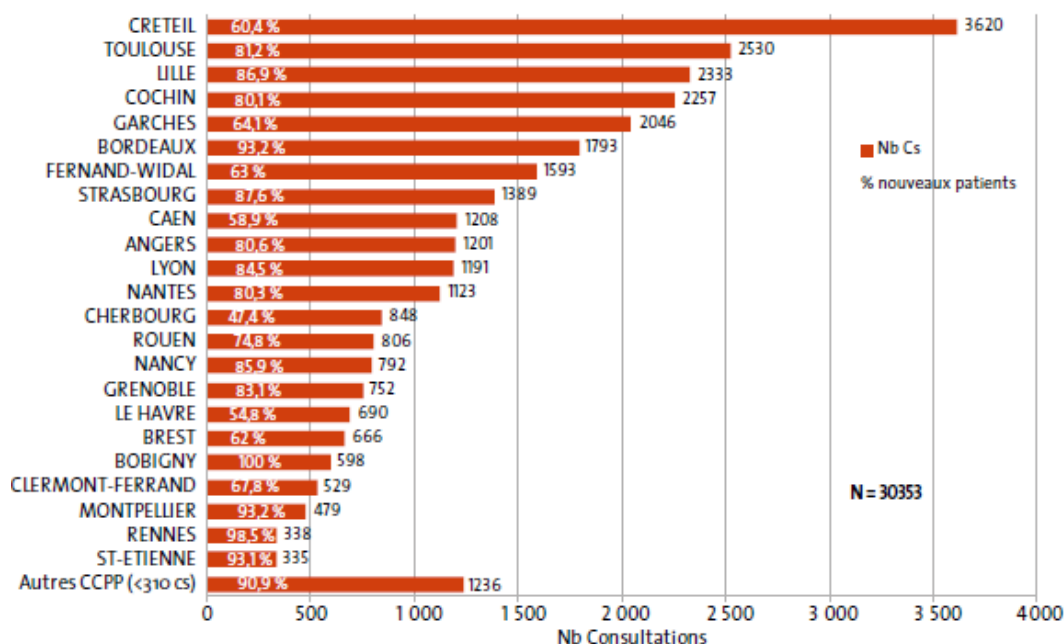


Source : ANSES/ RNV3P Rapport annuel d'activité 2015

Concentrée sur une douzaine de centres imparfaitement répartis sur le territoire, l'activité a pratiquement doublé depuis 2001. 17 305 nouveaux patients ont été vus en 2015 dont 9 939 (32,7 %) pour une expertise, un conseil, ou une orientation et reclassement.

²⁵⁵ Le RNV3P repose, outre les CCPP sur 6 services de santé au travail.

Graphique 1 : Répartition des consultations et % de nouveaux patients enregistrés par les CCPP en 2015 selon les centres



Source : ANSES/ RNV3P Rapport annuel d'activité 2015

2.3 Les services de soins de suite et de réadaptation ont une mission générale de réinsertion professionnelle dont le développement apparaît nécessaire

2.3.1 Le dispositif de soins de suite « généraliste »

Au terme du décret du 17 avril 2008, les activités de préparation et d'accompagnement de la réinsertion professionnelle (PARP) sont une activité à part entière des structures de soins de suite et de réadaptation (SSR)²⁵⁶.

D'après le dernier recensement de la DREES « *En 2015, 1847 établissements ont déclaré une activité de soins de suite et de réadaptation en France métropolitaine et dans les DOM. Ils disposent de 117 600 lits et places dédiés au moyen séjour, soit 24 % des capacités d'hospitalisation complète ou partielle offertes sur le territoire. 1,5 million de séjours et 38 millions de journées d'hospitalisation complète ou partielle ont été comptabilisés, soit 27 % de l'activité hospitalière totale de 2015. L'hospitalisation complète reste prédominante (90 % des capacités).* »²⁵⁷.

La patientèle des SSR est âgée (la moitié sont âgés de 71 ans ou plus). Les soins s'effectuent fréquemment à la suite de lésions traumatiques, de pathologies cardiovasculaires, de syndromes paralytiques ou d'arthropathies (pose de prothèses). Chez les patients potentiellement en emploi, ces caractéristiques diffèrent : « *Entre 18 et 34 ans, les séjours sont fréquemment provoqués par des lésions traumatiques (genou), les dorsalgies et les paralysies d'origine traumatique, mais aussi*

²⁵⁶ Article R 6123-118 « L'activité de soins de suite et de réadaptation mentionnée au 5° de l'article R. 6122-25 a pour objet de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques ou sociales des déficiences et des limitations de capacité des patients et de promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion. Elle comprend, le cas échéant, des actes à visée diagnostique ou thérapeutique » créé par le décret n° 2008-376 du 17 avril 2008 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation

²⁵⁷ DREES, Les établissements de santé - Édition 2017, juin 2017 Fiche 22.

vasculaire et cérébrale. De 35 à 69 ans, ce sont les soins dans les suites de pose de prothèses pour arthropathies (hanche ou genou) qui prédominent, ainsi que les suites d'hémiplégie après accidents vasculaires cérébraux ou cardiopathies ischémiques »²⁵⁸.

On ne dispose que de données anciennes sur les besoins de prise en charge au titre de la réinsertion professionnelle. En 2011, un rapport de l'IGAS sur les SSR et la réinsertion professionnelle²⁵⁹ faisait état d'une étude menée par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) à partir des données du PMSI 2009 : les pathologies du système nerveux, ostéo-articulaire (traumatique ou non) des 18-55 ans étaient estimées à 102 000 patients (sur 950 000 patients hospitalisés alors dans un SSR). Les patients éligibles aux actions de réinsertion professionnelle représentaient donc un patient sur dix accueilli en SSR. Ces patients éligibles avaient été pris en charge dans 1 251 établissements de santé, dont plus de la moitié en avait accueilli moins de 20 et seulement 120 établissements plus de 250. Il était donc souhaité le financement de moyens d'intervention concentrés sur un nombre limité d'équipes maillant les territoires, auxquelles serait attribué un financement mixte, forfaitaire et à l'activité.

Le modèle de financement des SSR est en cours de transformation afin d'introduire une part de recettes basées sur l'activité, dans l'esprit de ce qui a été conduit en court séjour à partir des années 2000²⁶⁰. On rappelle que les recettes actuelles des SSR sont basées, pour les établissements de santé publics, sur une dotation annuelle de fonctionnement (DAF), et pour les établissements de santé privés, sur des prix de journée (PJ). Dans le modèle cible, à l'échéance de 2020, le financement du SSR reposera sur quatre grands secteurs : une dotation modulée à l'activité (DMA), des Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation (MIGAC), des forfaits Plateaux Techniques Spécialisés (PTS) et enfin le financement des molécules onéreuses (MO). Les établissements anciennement sous DAF pourront par ailleurs facturer les Actes et Consultations Externes (ACE) réalisés dès 2018 à 100 %.

La dotation modulée à l'activité (DMA), introduite progressivement par la DGOS, ne représente en 2017 qu'environ 10 % des recettes des établissements et se limite uniquement à la valorisation de l'activité. Dans le modèle cible, elle sera composée d'une part socle et d'une part activité. La valorisation des activités reposera sur des groupes médico-économique (GME) décrivant l'ensemble des séjours de SSR (ou case-mix), à l'image des groupes homogènes de malades (GHM) pour les activités de court séjour. L'orientation vers tel ou tel GME sera dépendante de la présence de diagnostics médicaux, parfois de l'âge ou du score de dépendance physique et psychique, de comorbidités puis d'actes figurant dans le catalogue spécifique des actes de rééducation et réadaptation (CSARR)²⁶¹. Un certain nombre d'actes de l'actuelle classification sont en relation avec les activités d'insertion et de prévention de la désinsertion professionnelle²⁶². Durant la phase de montée en charge, l'introduction de ces actes conditionne un coefficient d'intensité des actes de

²⁵⁸ DREES, Les établissements de santé - Édition 2017, juin 2017 Fiche 23

²⁵⁹ Patrick BROUDIC, « Organisation et financement des actions de préparation et d'accompagnement de la réinsertion professionnelle des patients hospitalisés en soins de suite et réadaptation », IGAS, Rapport RM 2011-152P, Octobre 2011

²⁶⁰ Ministère des affaires sociales et de la santé, « manuel des groupes médico économiques en soins de suite et de réadaptation 2e version de la classification Version 2.4 de la fonction groupe Volume 1 Présentation et annexes générales, Bulletin officiel No 2016/1 bis ».

²⁶¹ ATIH, Coefficients, DMA et ACE théoriques, Campagne SSR 2017, Fiche explicative,

²⁶² Chapitre 11.02.03 Actes de prise en charge relatifs à la scolarité et à l'emploi : ZGT+017 Présentation d'atelier de travail ; ZGR+068 Séance d'atelier de travail ; ZGT+044 Restitution après atelier de travail ; ZGR+043 Séance de réentraînement professionnel sur poste de travail ; ZGM+247 Préparation et suivi de l'avancement de dossier pour réinsertion professionnelle / Autre chapitre : ZZE+026 Déplacement hors de l'établissement pour accomplissement de démarche socio-administrative, juridique, éducative et/ou de réinsertion scolaire ou professionnelle Avec ou sans : accompagnement du patient et/ou son entourage ; ZZQ+184 Évaluation de la situation sociale, professionnelle et/ou scolaire ; ZZQ+042 Évaluation pour adaptation du poste de travail ou de l'environnement scolaire

rééducation et réadaptation (RR), appelé coefficient de spécialisation et appliqué globalement à l'établissement sur la base de son activité globale N-1. Une nouvelle classification médico-économique, la V2018, ambitionne de mieux prendre en compte l'activité de rééducation et réadaptation. Si elle est mise en place, l'utilité du coefficient de spécialisation et sa valeur seront réinterrogés. En effet, dans la nouvelle classification, les différents GME tiennent compte plus souvent et plus finement de l'intensité de ce coefficient RR. La DGOS relève enfin que la DMA permet la valorisation de l'activité et de son intensité au cours du séjour d'hospitalisation et n'a pas vocation à prendre en compte le travail fait en amont et en aval, notamment sur le long terme, comme proposé dans le réseau COMETE (cf. *infra*).

Compte tenu des mécanismes exposés ci-dessus, du choix de la cible et de l'agenda de montée en charge de la partie activité dans les recettes des SSR ces prochaines années (20, 30, 40 % ?) ceci ne devrait pas suffire à valoriser significativement les activités de prévention de la désinsertion professionnelle.

L'accompagnement financier des activités d'insertion professionnelle restera donc essentiellement forfaitaire ces prochaines années. Le forfait repose depuis 2016 sur une mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) «réinsertion professionnelle en soins de suite et de réadaptation ». Courant 2017, 6,2 M€ ont été délégués à ce titre aux ARS²⁶³. D'un montant moyen de 227 000 €, le forfait permet le financement pour chaque établissement ou groupe d'établissement, de 2,7 ETP pour l'accompagnement de 150 patients par an. Ces 2,7 ETP se répartissent en 1 ETP chargé d'insertion, 0,8 ergonome ergothérapeute, 0,5 ETP Assistante sociale, 0,2 secrétariat et 0,2 ETP de praticien de médecine physique et réadaptation.

Ces crédits ne sont cependant mobilisables que pour les seuls SSR d'un réseau spécialisé, le réseau COMETE, en complément d'un financement AGEFIPH-FIPH globalement équivalent.

2.3.2 Les services de soins de suite et de réadaptation du réseau COMETE

Le réseau COMmunication, Environnement-Tremplin pour l'Emploi (COMETE) est constitué sous forme d'une association loi 1901. Il regroupe des services de soins de suite et réadaptation qui souhaitent mettre en œuvre une démarche précoce d'insertion socioprofessionnelle. Il s'agit d'augmenter les chances d'inclusion sociale de patients relevant d'une rééducation de l'appareil locomoteur ou d'affections neurologiques traumatiques ou pathologiques. Les « piliers » de l'action reposent d'après ces acteurs sur la précocité (dès la phase d'hospitalisation) ; l'interdisciplinarité (interne et externe à l'établissement de santé), la personnalisation de l'intervention et sa globalité (toutes les dimensions du projet de vie sont traitées). Enfin, la démarche doit être poursuivie sur une période longue après la sortie de l'hôpital, pouvant aller jusqu'à 12 mois afin de sécuriser les parcours professionnels.

Le réseau associatif COMETE regroupait six établissements entre 1992 et 1998 dans le Grand Ouest. Il comporte en 2017 47 établissements de santé dans 42 départements et mobilise environ 300 professionnels. Il a suivi 9 575 personnes en 2016²⁶⁴.

Deux évaluations comparatives de type ici-ailleurs ont été réalisées sur cette démarche²⁶⁵ :

²⁶³ INSTRUCTION N° DGOS/R1/2017/223 du 10 juillet 2017 relative à la campagne tarifaire et budgétaire 2017 des établissements de santé de soins de suite et de réadaptation. L'enveloppe pourrait être abondée de 0,7 M€ en fin d'exercice ce qui porterait son montant à 6,9 M€ sur l'exercice budgétaire

²⁶⁴ COMETE France, Rapport national d'activité 2016.

- En 2000-2002 la moitié des patients des établissements adhérents au réseau COMETE travaillait contre 27 % des établissements « non COMETE » ; les patients COMETE étaient deux fois plus bénéficiaires d'une aide AGEFIPH, 80 % avaient une RQTH vs 57 % chez les « non COMETE » ;
- Dans une seconde étude en 2003-2004, les résultats n'ont pas montré de différence sur le taux de reprise du travail entre population COMETE et non COMETE, hormis pour les plus graves (patients dits médullaires et cérébro-lésés).

A compter de 2009, l'AGEFIPH et le FIPHFP ont reconnu et cofinancé l'association COMETE France et son Réseau. Les financements hospitaliers tant de court séjour que du SSR ne couvrent par construction que le séjour lui-même. La mission de 2011, sus citée, confiée à l'IGAS, visait à définir les conditions de pérennisation et de développement financier de ce réseau. On a vu qu'elle avait proposé un double financement, à l'activité et forfaitaire. Elle justifiait notamment la nécessité d'un co-financement AGEFIPH-FIPHFP pour les actions conduites par les équipes hospitalières, après la sortie, « *quand le dispositif de droit commun ne garantit pas que soit assurée la continuité de l'accompagnement* ».

Un accord-cadre entre le FIPHFP, l'AGEFIPH et la tête du réseau, l'association COMETE France, a été signé pour la période 2011-2013 puis prolongé par avenant pour la période 2014-2016. Les dotations aux établissements proviennent, en 2017, à 55 % des ARS sous forme de MIG et à 45 % de l'AGEFIPH et du FIPHFP, versées directement aux établissements ou regroupements d'établissements membres du réseau. Aucun financement opérationnel ne transite par COMETE France, en dehors de son financement propre de 360 K€, constitué à 45 % par l'AGEFIPH, 45 % par le FIPHFP, les 10 % restant étant issus des cotisations des établissements membres.

Une recommandation de bonne pratique « démarche précoce d'insertion professionnelle » a été labellisée en juin 2011 par la HAS²⁶⁶. Un référentiel d'auto-évaluation est en cours de finalisation en 2017 ; il pourrait commencer à s'appliquer mi 2018. Un audit réalisé par des membres d'une commission *ad hoc* de COMETE France devra contrôler la bonne utilisation de cette auto-évaluation.

On remarquera que les besoins sont loin d'être couverts par ce seul réseau si le nombre de patients éligibles atteint l'ordre de grandeur estimé par l'ATIH en 2009 (100 000/an).

Il existe d'après le réseau COMETE deux demandes d'extension importantes qui ne peuvent être satisfaites faute de financement ; elles concernent :

- les déficiences sensorielles, dont les services qui ont développé une offre spécifique sont considérés comme des services polyvalents de soins de suites, voire ne sont pas reconnus (il y aurait 170 lits et places en France sur ce sujet) ;
- Le secteur des associations en cancérologie porte également une demande d'intégrer des « lits spécialisés cancers » dans les établissements de soins de suite, membres du réseau COMETE.

Il existe enfin des besoins de développer l'accompagnement pour le maintien en emploi des patients porteurs d'une maladie psychique, mais le réseau COMETE déclare n'en pas avoir les

²⁶⁵ IGAS, Rapport RM 2011-152P, Octobre 2011, op.cit.

²⁶⁶ Association Comète France, Société Française de Médecine du Travail et Société Française de Médecine Physique et de Réadaptation, « Démarche précoce d'insertion socioprofessionnelle en établissements de soins de suite et de réadaptation spécialisés relevant des champs de compétences de la médecine physique et de la réadaptation », Label de la HAS -Juin 2011.

compétences et suggère de transposer le modèle intervention précoce en l'adaptant aux spécificités de la maladie psychique.

La question du maillage du territoire reste également posée afin d'étendre l'offre de prise en charge précoce à l'ensemble des patients qui le requièrent (cf. partie 3 *infra*). Ce sujet est bien identifié, et les nouvelles adhésions au réseau COMETE sont acceptées depuis 2010 en privilégiant plusieurs établissements de santé d'un territoire qui se partagent une même équipe COMETE. On relèvera que la progression du maillage territorial ne s'est pas articulée, d'après la direction de COMETE France, avec le développement des groupements hospitaliers de territoire (GHT) ni celui de leurs prédécesseurs les Communautés hospitalières de territoires (CHT). On peut s'interroger de savoir si ceci n'est pas en partie l'effet d'une centralisation nationale importante de la gestion et des financements spécifiques MIGAC, qui a écarté les ARS de cette problématique, celles-ci se contentant de déléguer les enveloppes fléchées que la DGOS leur attribue pour les « établissements COMETE ».

Une seconde question porte sur la croissance de la couverture dans le contexte financier contraint : 2018 pourrait voir une seule nouvelle équipe financée. Une nouvelle évaluation du réseau COMETE, demandée par ses financeurs, a été rendue fin 2017²⁶⁷. Elle compare les prises en charge en termes d'accompagnement professionnel d'un panel d'établissements « SSR COMETE » à celles réalisées par des SSR « non COMETE ». Comme dans les années antérieures, les résultats sont toujours meilleurs au sein du réseau COMETE que dans les SSR sans équipe dédiée. Ceci n'est toutefois clairement démontré que pour les patients ayant bénéficié d'un accompagnement complet (dit de phase 3) qui concerne 20 % des prises en charge : « *« 73 % de situations positives à l'issue de la phase 3, et 76 % un an après la fin de la prise en charge »*. La question du coût de montée en charge du réseau devra être traitée : cette dernière évaluation relève « *des écarts importants entre équipes en ce qui concerne le coût théorique d'une prise en charge d'un patient (de 600 à 2 000 €) ainsi que le coût théorique d'une situation positive en fin de phase 3 (d'environ 6 000 € à un peu plus de 45 000 €). Les éléments explicatifs de ces écarts sont sans doute à rechercher dans les niveaux de rémunération des professionnels positionnés sur le dispositif COMETE, les frais de fonctionnement, les pathologies des personnes accompagnées et, s'agissant du coût des « situations positives », du nombre de phases 3 engagées* ».

²⁶⁷ Conclusions provisoires de l'évaluation, transmises fin novembre 2017 par l'AGEFIPH, à la demande de la mission.

3 LES SERVICES MEDICO-SOCIAUX EN CHARGE DE LA REEDUCATION PROFESSIONNELLE

Quatre types principaux de structures médico-sociales peuvent être mobilisés pour l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés : les établissements et services d'aide par le travail (ESAT), les centres de rééducation professionnelle (CRP), les centres de pré-orientation pour les personnes handicapées (CPO) et les unités d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale (UEROS). L'activité des ESAT ne concerne pas les personnes en emploi ordinaire, à l'inverse des trois autres dispositifs qu'on détaille ci-dessous et qui ont accueilli environ 13 000 personnes en 2016 (cf. *infra*).

3.1 Missions, évolution et répartition des structures de rééducation professionnelle (CRP, CPO et UEROS)

Les CRP accueillent en tant que stagiaires des salariés orientés par les MDPH et ont pour mission :

- de favoriser l'intégration professionnelle durable de personnes handicapées qui, à la suite notamment d'un accident ou d'une maladie, sont obligées de changer de métier et d'envisager une reconversion professionnelle ;
- d'entraîner ou de ré-entraîner la personne au travail, en vue d'une insertion ou d'une réinsertion professionnelle, en priorité vers le milieu de travail ordinaire ou le cas échéant vers un établissement ou service d'aide par le travail ;
- et de dispenser une formation qualifiante ou diplômante.

Les CRP sont des établissements médico-sociaux au sens de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles, dont l'ensemble des dépenses de fonctionnement relève de l'assurance maladie. La loi du 5 mars 2014²⁶⁸ les a intégrés dans le service public régional de la formation professionnelle ; la rémunération des stagiaires relève depuis janvier 2015 de la compétence exclusive des conseils régionaux.

L'accueil en CRP peut être précédé d'un stage de pré-orientation afin de permettre l'élaboration d'un nouveau projet professionnel, prenant en compte les souhaits, les compétences, les capacités d'apprentissage et la réalité du handicap. Une majorité des CPO est adossée à un CRP.

Les UEROS accueillent des personnes cérébro-lésées pour un parcours d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale ou professionnelle, l'accès relève comme pour les CRP/CPO d'une décision de la MDPH. Il s'agit de structures plus récentes, créées à titre expérimental (1996)²⁶⁹ puis confortées à la fin des années 2000²⁷⁰. Elles sont le plus souvent adossées à des établissements de santé.

La DREES dénombrait en 2011 88 CRP, 32 CPO et 32 UEROS.

²⁶⁸ LOI n° 2014-288 du 5 mars 2014 relative à la formation professionnelle, à l'emploi et à la démocratie sociale

²⁶⁹ Circulaire DAS/DE/DSS n° 96-428 du 4 juillet 1996 relative à la prise en charge médico-sociale et à la réinsertion sociale et professionnelle des personnes atteintes d'un traumatisme crânien

²⁷⁰ Décret n° 2009-299 du 17 mars 2009 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des unités d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et socioprofessionnelle (UEROS) pour personnes cérébro-lésées

Le secteur de la reconversion employait près de 3 800 Equivalent Temps Plein en 2014²⁷¹. « Les dispositifs s'appuient sur une alliance de compétences complémentaires conciliant formation et prise en charge médico-sociale. Formateurs, médecins, psychologues, chargés d'insertion, infirmiers forment des équipes pluridisciplinaires »²⁷².

Le nombre d'établissement a doublé depuis 1995 et se stabilise autour de 150-154.

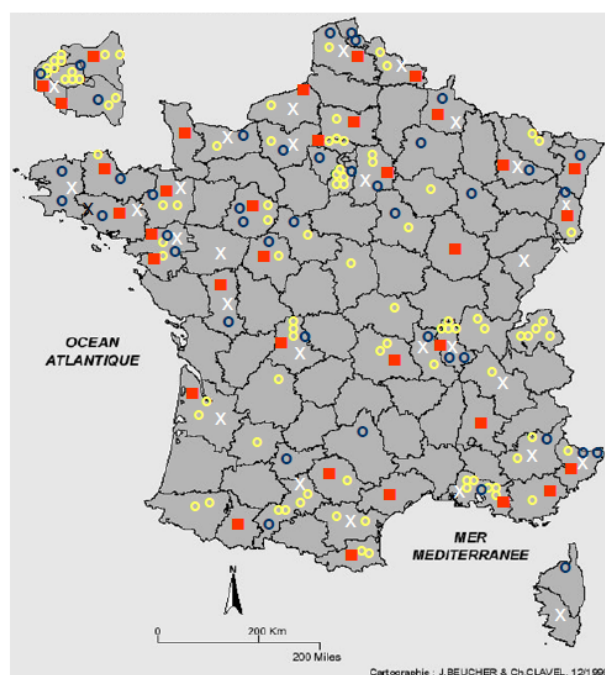
Tableau 3 : Evolution des CRP, CPO et UEROS de 1995 à 2015

	Nombre établissements	Nombre de places	Nombre de personnes accueillies
1995	85	9 546	nd.
2006	120	10 489	8 541
2016	154	10 636	13 354*

Source : DREES, FINES, enquêtes ES-handicap, * estimation IGAS

L'offre de service est inégalement répartie sur le territoire, le schéma produit dans le cadre d'une mission sur le réseau des SSR COMETE en 2011, détaille l'inégale répartition des structures. Le constat est globalement inchangé sur ce point compte tenu de la faible croissance du nombre de nouvelles structures.

Schéma 2 : Localisation des structures de rééducation professionnelle en 2011



Légende : Equipes COMETE : carrés rouges ; UEROS : croix blanches ; CRP : ronds jaunes ; Préorientation : ronds bleus

Source : IGAS, Rapport RM 2011-152P, Octobre 2011

²⁷¹ Ida FALINOWER, L'offre d'accueil des personnes handicapées dans les établissements et services médico-sociaux entre 2010 et 2014, Etudes & Résultats n°975, Septembre 2016

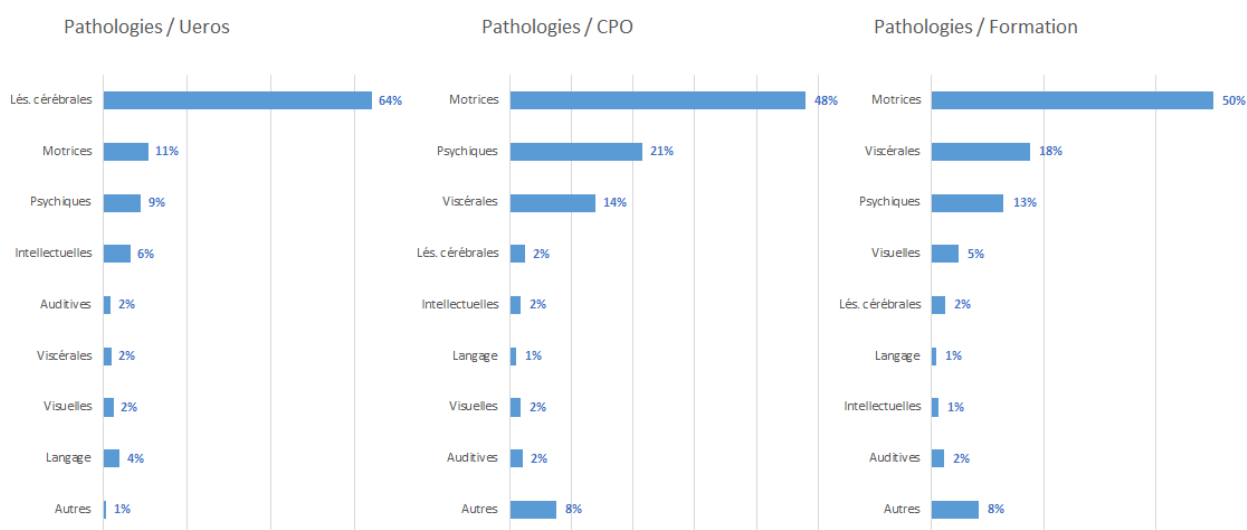
²⁷² Source : FAGERH. Observatoire de la réadaptation professionnelle, 2016.

Le maillage rare et inégal de ces offres conduit les MDPH à orienter différemment selon la disponibilité réelle de l'offre pour des handicaps similaires.

3.2 Population accueillie et principaux résultats en matière d'insertion professionnelle

Le graphique suivant détaille les principales pathologies à l'origine de la prise en charge selon les établissements du réseau de la fédération des établissements de reconversion professionnelle et de leurs organismes gestionnaires (FAGERH), association loi 1901 qui fédère 95 % de ces établissements.

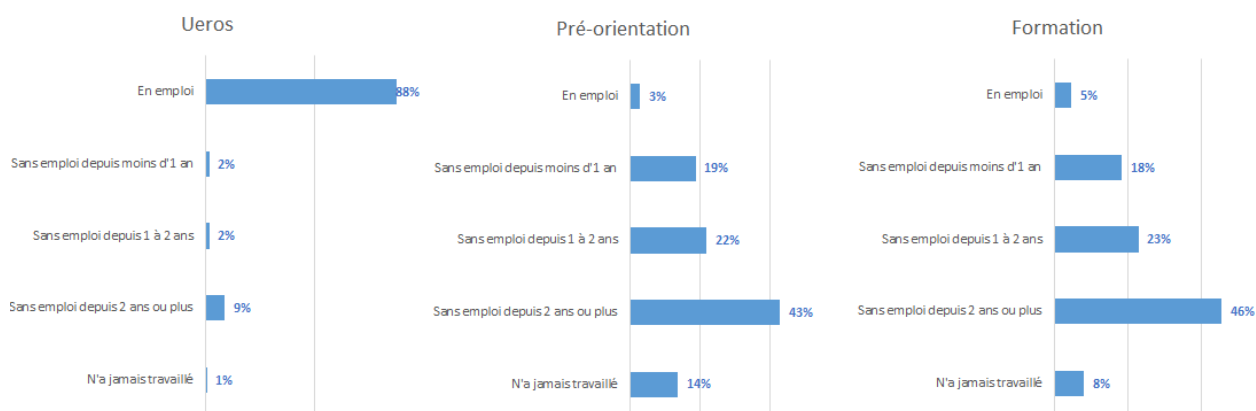
Graphique 2 : Pathologies des stagiaires des établissements du réseau FAGERH



Source : FAGERH, Bilan national 2016

La majorité des stagiaires des UEROS était en emploi avant de bénéficier de leur service, à l'inverse la majorité des stagiaires des CRP/CPO étaient sans emploi.

Graphique 3 : Situation des stagiaires au regard de l'emploi à l'entrée dans les établissements du réseau FAGERH



Source : FAGERH, Bilan national 2016

L'offre actuelle permet d'accéder à 200 formations réparties dans 14 secteurs d'activité, d'après la FAGERH.

Concernant les publics accueillis, « Près de 2/3 tiers des stagiaires sont des hommes, cette proportion monte à 3/4 dans les UEROS. Environ la moitié des stagiaires des CPO et des CRP souffre de difficultés motrices. Pour près de 60 % des stagiaires en pré-orientation et en formation, la maladie est à l'origine de(s) pathologie(s). Plus de 75 % des stagiaires ont un niveau inférieur ou égal à V (BEP / CAP) à leur entrée en formation et pré-orientation. La formation représente en effet non seulement l'opportunité de se réinsérer dans le monde du travail mais aussi la possibilité de monter en qualification. Les situations de décrochage social et professionnel sont fréquentes : les 3/4 des stagiaires en formation ne travaillaient pas depuis plus d'un an lors de l'entrée en stage ». ²⁷³

En 2016, 74 % de ces stagiaires ont obtenu leur diplôme ou leur titre professionnel et 62 % ont trouvé un emploi dans l'année ²⁷⁴. « Ce taux d'insertion augmente fortement en fonction de l'élévation du niveau de formation (79 % pour le niveau III et 63 % pour le niveau IV contre 52 % pour le V bis). Ce sont les secteurs des « professions de santé et du médico-social », de la mécanique et de la « chimie, biologie et biochimie » qui offrent les meilleurs taux d'insertion ; respectivement 79 %, 73 % et 72 % (contre seulement 58 % pour celui des services administratifs et commerciaux) » ²⁷⁵.

²⁷³ FAGERH. Observatoire de la réadaptation professionnelle, 2016

²⁷⁴ FAGERH. *Ibid. cit.*

²⁷⁵ DGCS, Réponse à une question parlementaire, PLFSS 2017

ANNEXE 6

DONNEES SYNTHETIQUES SUR L'ACTION DE L'AGEFIPH EN FAVEUR DU MAINTIEN EN EMPLOI

Cette annexe présente les principales actions de l'Agefiph en faveur du maintien en emploi des travailleurs handicapés. Elle s'appuie principalement sur quatre sources²⁷⁶ :

- Le rapport d'activité 2016 de l'Agefiph (partie 1) ;
- La synthèse de l'activité et des résultats du réseau Sameth en 2015 et 2016 (partie 2) ;
- Le rapport d'évaluation de l'offre d'interventions 2012-2015 de l'Agefiph (partie 3 Amnyos groupe, 13 novembre 2015) ;
- Le rapport d'évaluation des actions de remobilisation, bilan et formations spécifiques proposées pour les personnes en arrêt de travail (partie 4 Pluricité, rapport final suite au comité de pilotage du 2 mai 2017).

1 LES DIFFERENTES CATEGORIES D'INTERVENTIONS

Le montant des dépenses dédiées au maintien en emploi s'élève à 145 M€ en 2016, soit 36 % du budget d'intervention de l'Agefiph. Cette proportion a augmenté depuis 10 ans, essentiellement entre 2006 (26 %) et 2011 (32 %) ²⁷⁷. Ces dépenses se répartissent en trois grandes catégories :

- Le financement de **réseaux spécialisés** : les 99 services d'appui pour le maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés (Sameth), d'une part, les 40 équipes Comète France situées dans des établissements hospitaliers, d'autre part ;
- Le financement de **prestations techniques d'évaluation ou d'orientation** :
 - études préalables à l'aménagement et à l'adaptation de situations de travail (EPAAST) et prestations ponctuelles spécifiques par type de handicap (PPS), que les Sameth peuvent mobiliser en appui de leur intervention ;
 - prestations spécifiques d'orientation professionnelle (PSOP), pour les salariés qui ne peuvent reprendre leur poste de travail, même aménagé, et doivent élaborer un nouveau projet professionnel dans le cadre d'un reclassement interne ou externe.
- Le versement **d'aides financières au maintien dans l'emploi**, principalement aux employeurs, mais également aux personnes (aides au transport et prothèses auditives).

Deux tableaux en fin d'annexe présentent ces différentes aides, en rappelant leurs montants et destinataires, d'une part, et l'évolution des dépenses qui y sont consacrées de 2006 à 2016.

²⁷⁶ Ainsi que sur les éclairages recueillis auprès des services du siège et de quatre délégations régionales

²⁷⁷ Toutefois la répartition des dépenses par finalité (insertion ou maintien dans l'emploi) ne date que de 2015, les chiffres antérieurs ont été reconstruits par projection de la part relative 2016 de certaines dépenses non spécialisées sur le maintien dans l'emploi.

Les postes principaux de dépenses sont :

- L'aide à l'emploi des travailleurs handicapés (AETH) qui mobilise 52,7M€, est attribuée pour trois ans pour compenser les charges pérennes qui demeurent après mise en place de l'aménagement optimal du poste de travail²⁷⁸ ; elle a concerné 7 919 bénéficiaires en 2016 ;
- Les Sameth qui ont pris en charge en 2016 21 400 nouvelles situations dans le secteur privé et auxquels l'Agefiph a consacré 25,4 M€ (cf. infra) ; s'y ajoutent près de 6 M€ pour le financement d'études d'aménagement des situations de travail et de prestations ponctuelles spécifiques, complétant l'expertise des équipes des Sameth pour environ 20 % des bénéficiaires²⁷⁹ ;
- Les aides à l'aménagement des situations de travail, destinées à compenser les dépenses engagées par l'employeur pour adapter un poste de travail : 9 577 aides attribuées en 2016 pour un montant de 23,4 M€
- Les aides techniques, au nombre de 8 422 en 2016, pour un montant de 12,4 M€.

D'autres types d'aides ont un impact moindre, tant en dépenses qu'en nombre de bénéficiaires.

- L'orientation professionnelle et la formation des salariés dans le cadre du maintien en emploi a mobilisé 9,8 M€ en 2016.
 - La prestation spéciale d'orientation professionnelle (PSOP) a bénéficié à 2 128 personnes dans le cadre du maintien en emploi, dont 90 % étaient en arrêt de travail. S'y ajoutent 593 bénéficiaires de dispositifs de remobilisation cofinancés par l'assurance maladie et l'Agefiph dans quatre régions (Auvergne, Centre, Bretagne et Pays de Loire).
 - L'Agefiph a aussi participé aux coûts pédagogiques de formations à finalité de maintien en emploi pour 1 581 personnes, dans le cadre de conventions partenariales avec des organismes collecteurs agréés (OPCA, OPACIF). L'intervention sous forme d'abondement du compte personnel de formation (CPF) reste marginale avec une centaine de bénéficiaires en 2016.
- Les aides au maintien dans l'emploi (forfait initial et aide complémentaire) sont des aides d'urgence aux employeurs, attribuées sur prescription des Sameth dans le cadre des parcours « ingénierie », dans l'attente de la mise en œuvre d'une solution pérenne ; elles sont utilisées dans un parcours ingénierie sur 7 pour un coût de 5 M€²⁸⁰.
- L'action des équipes Comète France, situées dans des établissements de SSR, concerne des personnes souffrant majoritairement de déficiences motrices et psychomotrices lourdes et/ou complexes (cf. annexe 5) ; ces équipes sont cofinancées par l'assurance maladie (55 %), l'Agefiph (36 %) et le FIPHFP (9 %) ; Selon le rapport d'activité de Comète France, elles ont accueilli 9 575 personnes en 2016, dont 1 509 pour l'étape 3 de mise en œuvre d'un plan d'action. Une évaluation de ce dispositif est conduite en 2017.

Enfin quelques aides concernent un faible nombre de bénéficiaires : aide au maintien dans l'emploi en fin de carrière, qui permet à l'employeur de réduire le temps de travail du salarié jusqu'à son

²⁷⁸ L'ouverture de ce droit est conditionnée à une reconnaissance administrative de la lourdeur du handicap (RLH). Cette décision est attribuée à taux normal lorsque le taux de lourdeur du handicap est au moins égal à 20 %. S'il est au moins égal à 50%, le taux est majoré.

En cas de décision favorable de RLH, l'entreprise peut opter entre une minoration de sa contribution à l'Agefiph et l'aide à l'emploi (AETH), dont le montant annuel est de 450 fois le SMIC pour un taux de RLH minoré et peut s'élever à 900 fois le SMIC pour le taux majoré.

²⁷⁹ 1 100 EPAAST et 2 762 PPS en 2016 pour 21 400 nouvelles situations prises en charge par les Sameth dans le secteur privé en 2016.

²⁸⁰ 2 027 bénéficiaires d'une aide initiale et 416 bénéficiaires d'une aide complémentaire en 2016.

départ en retraite (272 bénéficiaires pour 2,8 M€) ; aides à la mobilité, le plus souvent pour l'aménagement du véhicule (613 bénéficiaires pour 2,1 M€) ; aides au tutorat (125 bénéficiaires pour 0,2 M€), aides au contrat de génération (0,1 M€).

L'intervention de l'Agefiph est subordonnée à la reconnaissance administrative d'un handicap ; toutefois, afin de limiter les retards d'intervention, seul le dépôt du dossier de reconnaissance est exigé. En 2016, près de 20 % des bénéficiaires d'une prise en charge par un Sameth ont bénéficié de cet assouplissement.

2 L'ACTIVITE DES SAMETH

► **Un réseau national cofinancé par l'Agefiph et le FIPHFP, appelé à fusionner avec le réseau Cap emploi en 2018**

Une offre de services nationale des Sameth est organisée depuis 2005. Présents sur l'ensemble des départements, ils peuvent intervenir pour toute situation individuelle dans laquelle une personne risque de perdre son emploi du fait d'une situation de handicap.

Ce réseau est cofinancé par l'Agefiph et le FIPHFP, dans le cadre d'appels d'offres nationaux. Plusieurs types d'organismes peuvent être support d'un Sameth : des organismes de placement spécialisés labellisés « Cap emploi », qui en portent près des deux tiers (64 sur 99 titulaires du marché 2017), des services de santé au travail interentreprises, des sociétés privées de conseil²⁸¹.

Cette répartition est appelée à évoluer, car la loi du 8 août 2016 a prévu que les organismes de placement spécialisés (réseau Cap emploi), chargés d'accompagner les demandeurs d'emploi handicapés, en partenariat avec Pôle emploi, verraient leur mission élargie, dès janvier 2018 ; au maintien en emploi²⁸². Dans cette perspective, un appel à projets a été lancé en septembre 2017 en vue de sélectionner les organismes en charge de ces missions pour les cinq prochaines années²⁸³ ; afin de faciliter les transitions, les projets peuvent être portés par un porteur de projet seul ou par un porteur de projet lié à d'autres organismes par une convention de partenariat.

► **21 400 bénéficiaires en 2016 dans le secteur privé, avec des taux de succès très élevés**

Les Sameth ont accompagné au total en 2016 plus de 24 500 nouvelles situations, dont 21 400 dans le secteur privé, et contribué à plus de 21 000 maintiens dans l'emploi, dont 18 200 dans le secteur privé (soit une progression de 19 % par rapport à l'année 2012).

Deux types de parcours sont distingués : les parcours « facilitation », où le Sameth valide et facilite la mise en œuvre de solutions déjà identifiées, notamment en mobilisant les aides de l'Agefiph, et les parcours « ingénierie », où le Sameth doit rechercher lui-même puis mettre en œuvre des solutions. Ces derniers sont considérés comme le cœur de métier des Sameth et ont représenté 65 % des parcours en 2016.

²⁸¹ Ex : JLO emploi, qui porte 5 Sameth sur 6 départements

²⁸² Cf. article 101 de la loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels, modifiant l'article L. 5214-3-1 du code du travail.

²⁸³ Cette désignation est confiée à un comité présidé par l'Etat et composé de représentants de l'Agefiph, du FIPHFP et de Pôle emploi.

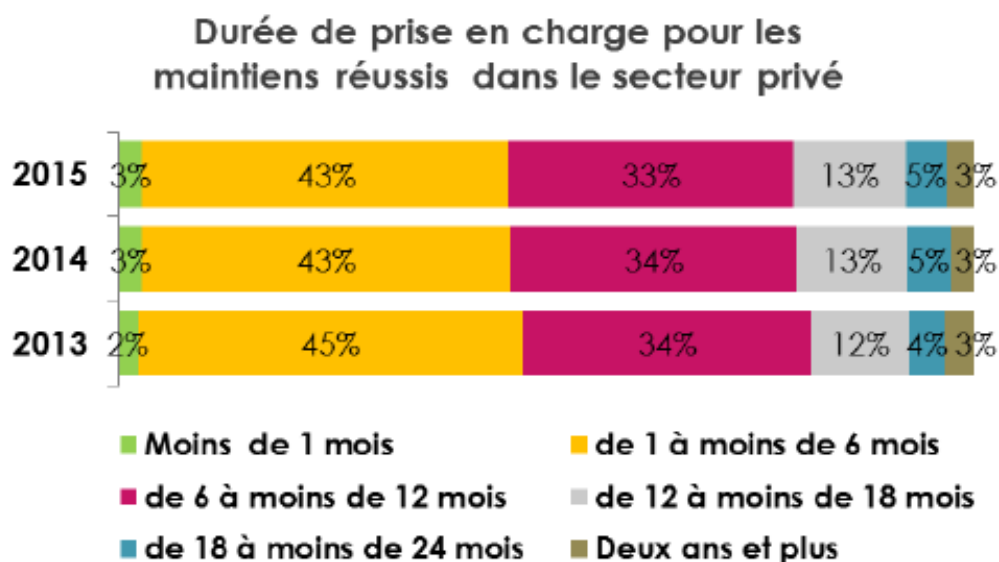
Les taux de succès sont très élevés : 98 % de maintiens dans l'emploi pour les parcours « facilitation » et 90 % pour les parcours « ingénierie ». Ces résultats doivent toutefois être relativisés, compte tenu du mode de financement qui repose pour environ un tiers sur des parts variables attribuées aux seuls parcours réussis²⁸⁴.

On relève d'autre part que la majorité des personnes sont maintenues au même métier (92 %), et même au poste d'origine (89 %).

L'activité des Sameth apparaît donc centrée sur les cas où, compte tenu du type de handicap et du contexte de l'entreprise, l'adaptation du poste de travail apparaît réalisable.

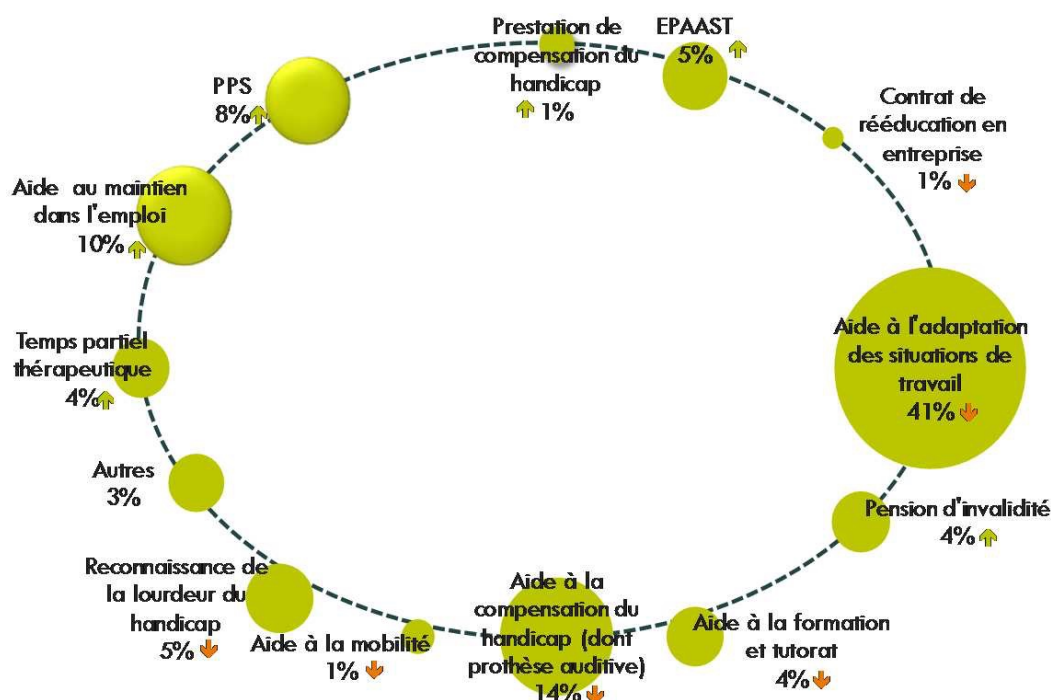
Afin d'inciter les Sameth à améliorer le suivi des personnes qui ne peuvent être maintenues dans l'entreprise, un parcours « reconversion » a été identifié dans le dernier marché ; il ne concerne encore qu'un très faible nombre de bénéficiaires (367 au premier semestre 2017). La fusion avec les organismes Cap emploi, prévue en 2018, devrait permettre d'aller plus loin dans ce sens, en facilitant la mobilisation de compétences d'appui à la reconversion et à la recherche d'emploi, lorsque le maintien dans l'entreprise n'est pas possible ou pas souhaité.

La durée des accompagnements est très variable. Près de la moitié des maintiens dans l'emploi réussis le sont en moins de six mois dans le secteur privé, mais dans plus de 20 % des cas, l'accompagnement dure un an ou plus.



Le schéma ci-dessous illustre la diversité des aides et prestations mobilisées par les Sameth dans le cadre d'un maintien réussi en entreprise du secteur privé en 2016.

²⁸⁴ En 2017, la part variable est de 124 euros pour un maintien « facilitation » et 763 euros pour un maintien « ingénierie ».



► Les profils des salariés et entreprises bénéficiaires de l'appui des Sameth

Les personnes suivies par les Sameth et maintenues en emploi en 2016 dans le secteur privé ont en majorité un handicap moteur (53 %) ; 19 % ont une déficience auditive, et 18 % une maladie invalidante. La part des handicapés mentaux et psychiques reste très faible : respectivement 2 % et 1 %.

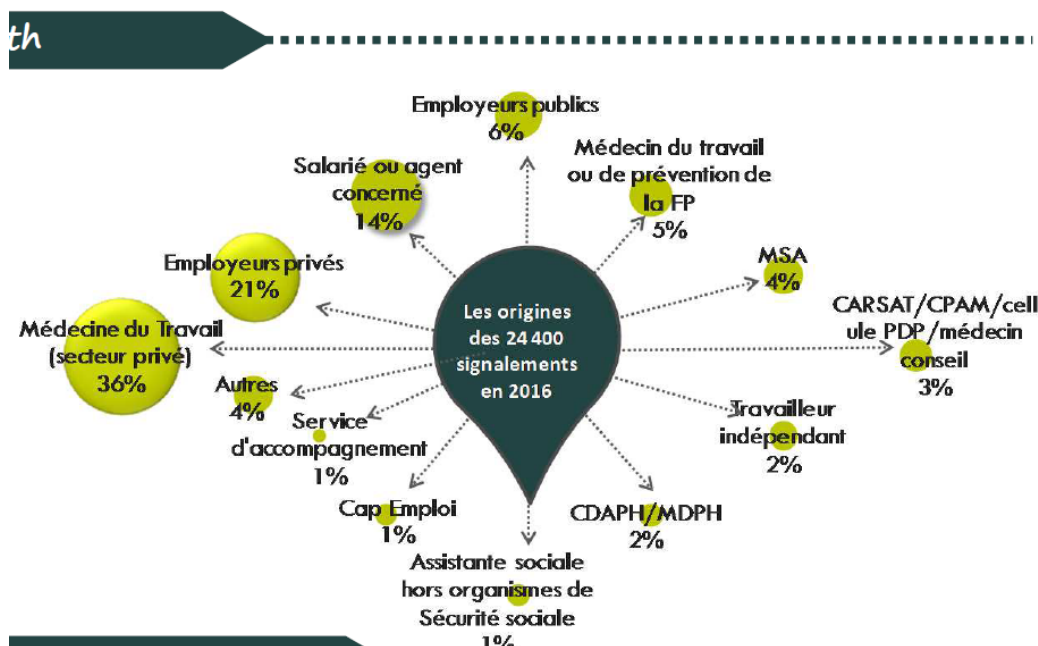
61 % sont des employés, et 23 % des ouvriers. 45 % ont 50 ans et plus, et 55 % ont au moins 10 ans d'ancienneté dans l'entreprise.

Du côté des employeurs, on note une surreprésentation de l'industrie et de l'agriculture au regard de leur part dans la population active en emploi.

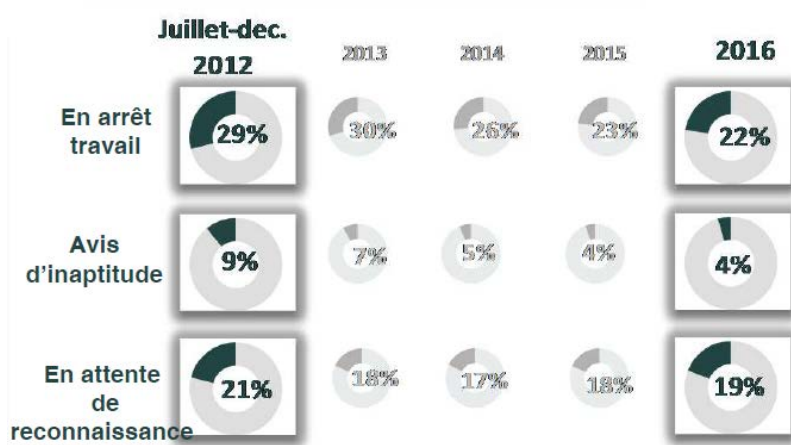
Plus de la moitié des entreprises bénéficiaires ont moins de 50 salariés et plus d'un tiers ont moins de 20 salariés. A contrario, moins de 20 % ont 250 salariés et plus.

► Des conditions de saisine très variées

Les demandes d'intervention des Sameth proviennent pour plus d'un tiers des médecins du travail, et pour un cinquième des employeurs privés. La part des organismes de protection sociale est beaucoup plus faible : 3 % seulement pour les saisines provenant du régime général (CARSAT, CPAM, médecins conseil et cellules de prévention de la désinsertion professionnelle).



Au démarrage de l'intervention, 22 % des bénéficiaires sont en arrêt de travail. Plus de 80 % sont déjà reconnus travailleur handicapé, les autres ayant un dossier en cours. Seulement 4 % ont été déclarés inaptes par le médecin du travail, contre 9 % en 2012, ce qui dénote une tendance à des saisines plus précoces.



Selon une enquête par téléphone conduite en 2016 par l'Agefiph auprès de 500 employeurs et 500 personnes handicapées ayant bénéficié d'une aide ou prestation de maintien en emploi en 2014, « c'est moins un acteur seul que la dynamique complexe du système d'acteurs (Sameth – Médecin du travail / entreprise – salarié) qui aboutit au déclenchement des actions de maintien dans l'emploi ». D'autre part, chez les employeurs, « l'intervention d'un Sameth semble créer un « réflexe Sameth » qui joue lorsque d'autres cas de maintien se présentent »²⁸⁵.

²⁸⁵ 72 % des entreprises qui avaient été accompagnées par un Sameth et ont eu à traiter une nouvelle situation de maintien ont à nouveau fait appel au Sameth, contre 43 % de celles qui n'avaient pas été accompagnées.

► De fortes disparités régionales

L'Agefiph a réalisé une comparaison entre l'activité des Sameth et la répartition régionale des emplois, qui fait apparaître de fortes disparités (cf. tableau ci-après). L'Ile de France, les Antilles et dans une moindre mesure la Bretagne, apparaissent nettement moins bien couvertes que les autres régions. Inversement, la Corse, le Centre-Val de Loire, la Normandie, bénéficient plus de l'activité des Sameth.

Tableau 1 : Disparités régionales de l'activité des Sameth (2016)

Régions	Nombre de nouveaux parcours pour 100.000 emplois	Nombre de maintiens réussis pour 100.000 emplois
Antilles-Guyane	59	42
Guadeloupe	45	42
Martinique	57	41
Guyane	95	43
Auvergne-Rhône-Alpes	117	98
Bourgogne-Franche-Comté	96	88
Bretagne	90	75
Centre-Val de Loire	133	126
Corse	248	191
Grand Est	112	93
Hauts-de-France	111	94
Île-de-France	28	25
Normandie	127	107
Nouvelle-Aquitaine	105	94
Occitanie	105	86
Provence-Alpes-Côte d'Azur	92	80
Pays de la Loire	95	83
La Réunion	114	96
Total	90	77

Source : Agefiph

Ces disparités peuvent tenir en partie à la structure des emplois ou aux caractéristiques de la population active des différentes régions, mais reflètent aussi et peut-être surtout des différences dans l'information et les comportements des acteurs locaux susceptibles de faire appel aux Sameth. En effet, selon l'Agefiph, les enveloppes régionales semblent jusqu'à présent suffisantes, il y a peu de demandes de financement complémentaires.

3 QUELQUES ENSEIGNEMENTS DE L'EVALUATION DE L'OFFRE D'INTERVENTIONS 2012-2015 DE L'AGEFIPH

Dans le cadre de l'évaluation confiée par l'Agefiph au cabinet Amnyos en 2015, des enquêtes téléphoniques ont été conduites auprès de personnes handicapées et d'employeurs bénéficiaires de l'offre d'intervention de l'Agefiph, à visée d'insertion ou de maintien dans l'emploi²⁸⁶.

²⁸⁶ Echantillons de 1 800 personnes handicapées et 1 600 employeurs

Parmi les employeurs bénéficiaires d'une aide ou prestation de maintien dans l'emploi, 40 % estimaient avoir été à l'origine de la mobilisation de la mesure. 18 à 24 mois après, le taux de maintien dans l'entreprise était de 83 %.

Selon les personnes handicapées ayant bénéficié d'une aide ou d'une prestation à finalité de maintien, 18 à 24 mois après le taux de maintien dans l'entreprise était de l'ordre de 75 %, taux auquel s'ajoutaient 6 % de maintiens en emploi hors entreprise.

Les évaluateurs confirmaient ainsi les bons résultats des mesures de maintien, tout en soulignant :

- Une **faible couverture des besoins**, les 24 000 parcours engagés avec l'appui des Sameth représentant une proportion minime des salariés ayant chaque année un avis de restriction d'aptitude ou d'inaptitude (plus d'un million) ;
- Des interventions souvent focalisées sur les aspects techniques « durs » du poste de travail et de la compensation, prenant moins facilement en charge les problématiques d'organisation du travail, de management, de formation ; une faible mobilisation de la formation dans les parcours de maintien (1 385 bénéficiaires en 2014) ;
- Des besoins d'accompagnement importants pendant la période d'attente du licenciement pour inaptitude (pour faire le deuil de son ancien métier et enclencher une dynamique) alors que les personnes ont beaucoup le sentiment d'être seules.
- De grosses difficultés pour les 25 % de publics bénéficiaires d'une aide ou prestation de maintien mais finalement non maintenus au sein de l'entreprise :
 - 12 % de licenciés dont 7 % pour inaptitude²⁸⁷ et 5 % pour un autre motif ;
 - 5 % ayant rompu leur contrat de travail sans licenciement dont 2,4 % de démission et 2,2 % de ruptures conventionnelles ;
 - 3 % ayant terminé un CDD ;
 - 5 % partis à la retraite ;

18 à 24 mois après le départ de l'entreprise, la moitié avaient été principalement ou tout le temps au chômage ou en inactivité, l'autre moitié se décomposant à part égale entre ceux qui ont trouvé un emploi dans une autre entreprise et ceux qui sont partis à la retraite.

Au vu de ces difficultés, les évaluateurs soulignaient l'absence d'objectif de reclassement externe assigné aux Sameth, dont l'intervention semble souvent se limiter à une information des bénéficiaires, et le caractère très insuffisant de la prise de relais par les acteurs du retour à l'emploi.

La création d'un parcours « reconversion » dans le cadre du marché passé pour 2017 répond en partie à ce constat.

Cette évaluation a confirmé également l'existence d'une dynamique positive d'approfondissement de l'articulation opérationnelle entre les Sameth et leurs partenaires du droit commun, notamment les services de santé au travail et les services sociaux des CARSAT.

²⁸⁷ Les licenciements pour inaptitude représentaient donc moins d'un tiers de ces sorties de l'emploi

4 PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS DE L'ÉVALUATION DES ACTIONS DE REMOBILISATION, BILAN ET FORMATIONS SPÉCIFIQUES PROPOSÉES POUR LES PERSONNES EN ARRÊT DE TRAVAIL

Cette évaluation conduite d'octobre 2016 à mai 2017 par le cabinet Pluricité a été commanditée et pilotée par l'Agefiph, et partagée avec le groupe « maintien » de la convention nationale pluriannuelle multipartite d'objectifs et moyens pour l'emploi des travailleurs handicapés (Etat, CNAM, RSI, MSA, Agefiph).

Elle porte sur l'offre en matière de « remobilisation, bilan et formations » pour les personnes en arrêt de travail, ce qui recouvre :

- Des outils financés par l'Agefiph, en particulier la prestation spéciale d'orientation professionnelle (cf. supra point 1), qui a bénéficié en 2015 à environ 4 200 personnes en arrêt de travail ; c'est une prestation de 20 à 40 heures, réalisable sur trois mois maximum et comportant généralement une alternance d'entretiens individuels, de regroupements collectifs et, dans certains cas, la possibilité d'effectuer des mises en situation professionnelle.
- Des actions portées par les différents régimes de protection sociale, en particulier les accompagnements réalisés par les services sociaux des CARSAT au titre de la prévention de la désinsertion professionnelle, qui ont bénéficié à plus de 135 000 personnes en 2015, ainsi que des prestations spécifiques mises en place par certaines caisses²⁸⁸.
- Sur cinq territoires, des dispositifs spécifiques cofinancés par les délégations régionales de l'Agefiph et les caisses de protection sociale, dits « dispositifs indemnités journalières »²⁸⁹ ; ce sont des actions longues (120 à 140 heures étalées sur deux à quatre mois), généralement collectives et alternant périodes d'accompagnement en centre et périodes d'immersion en entreprise²⁹⁰. Le nombre de bénéficiaires est limité (685 en 2015).
- Différents outils des politiques de droit commun d'orientation et de formation professionnelle, accessibles aux actifs en arrêt de travail (bilans de compétences, périodes de mise en situation en milieu professionnel, compte personnel de formation, congé individuel de formation, conseil en évolution professionnelle...), en pratique encore peu mobilisés à l'exception des bilans de compétences.

Elle éclaire ainsi l'articulation entre l'intervention de l'Agefiph et celle des autres acteurs pour une partie du public concerné par le maintien en emploi : les personnes qui doivent, compte tenu de leur état de santé, construire un autre projet que le retour sur le poste de travail initial.

Concernant l'offre d'intervention de l'Agefiph, cette évaluation montre en particulier :

- Que l'accès à la PSOP dans le cadre du maintien en emploi est très inégal selon les territoires²⁹¹ ; certaines délégations régionales réservent en effet la PSOP aux demandeurs d'emploi (ex : Bretagne), alors que d'autres (Rhône-Alpes, Normandie et Centre) en ont ouvert la prescription au service social de la CARSAT ; l'orientation vers la PSOP ou un dispositif spécifique « IJ » répond donc à des configurations variables selon les territoires, en fonction des possibilités de prescription, des places disponibles et des spécificités des dispositifs locaux.

²⁸⁸ L'offre est beaucoup plus dense pour les assurés du régime général que pour ceux de la MSA et plus encore du RSI.

²⁸⁹ MOAIJ (Pays de la Loire), PARME (Auvergne), PRESIJ (Normandie), ARIPIJ (Bretagne), AMPP (Centre Val-de-Loire).

²⁹⁰ A l'exception du dispositif PRESIJ de Normandie, action individuelle d'immersion professionnelle.

²⁹¹ Les chiffres régionaux réunis par Pluricité montrent que la PSOP bénéficie à 0,4 % à 5 % des personnes accompagnées par l'assurance maladie dans le cadre de la prévention de la désinsertion professionnelle.

- Que les PPS et les cofinancements de formation, en théorie accessibles aux personnes en arrêt de travail, sont dans les faits très peu mobilisés.

Elle conclut également à la pertinence d'une offre spécialisée pour l'appui à la définition d'un projet professionnel, car le deuil de l'ancien métier, l'acceptation du handicap, la prise en compte des potentialités au regard de l'état de santé constituent des besoins spécifiques.

Elle souligne enfin que les approches collectives (qui caractérisent les dispositifs « IJ »), intégrant le cas échéant des mises en situation professionnelle, apparaissent particulièrement pertinentes pour ces publics, mais sont paradoxalement plus difficiles à organiser que les actions individuelles car les dates de démarrage doivent être compatibles avec la durée de l'arrêt de travail.

Dispositif	Complémentarité par rapport au droit commun	Complémentarité par rapport aux autres dispositifs Agefiph
Sameth	Expertise handicap, appui au maintien	Pas de rôle (aujourd'hui) sur les reconversions
PSOP	Spécialisation « handicap » par rapport aux bilans de compétences traditionnels, travail sur l'acceptation du handicap et le « deuil » de l'ancien métier Possibilité d'ouverture aux différents « régimes »	Par rapport aux dispositifs « IJ », une mesure individuelle, moins soumise aux difficultés de calendrier
Dispositifs « IJ » cofinancés par l'Agefiph dans 5 régions	Des prestations longues, de la remobilisation au travail sur le projet Prise en compte du handicap Possibilité d'ouverture aux différents « régimes »	Par rapport à la PSOP, dynamisation facilitée par le collectif + périodes de stage

PIÈCES JOINTES

TABLEAU DES AIDES, PRESTATIONS ET SERVICES A FINALITE MAINTIEN DANS L'EMPLOI

TABLEAU DES CREDITS CONSACRES AUX ACTIONS A FINALITE MAINTIEN DANS L'EMPLOI DE 2006 A 2016

Les aides de l'offre d'intervention	Prescription	Bénéficiaire	Type d'aide	Montant	Renouvellement
Aide au maintien dans l'emploi : recherche de solution / mise en œuvre de la solution	oui	Employeur	Forfait	2.000€	
		Employeur	Plafond	3.000€	
Aide au maintien en fin de carrière (selon taux de réduction du temps de travail)	oui	Employeur	Plafond	20 100 €	Non renouvelable
Aide aux DA - prothèse(s) auditive(s)	-	Personne	Forfait	800 €	Dans un délai de 3 ans
		Personne	Forfait	1.600 €	
Aide à l'aménagement de véhicule	-	Personne	Plafond	9.000 €	Dans un délai de 5 ans
Aide à l'aménagement de véhicule avec acquisition	-	Personne	Plafond	10.000 €	Dans un délai de 5 ans
Aide ponctuelle aux trajets	-	Personne	Plafond	4.000 €	-
Aide au permis de conduire	-	Personne	Forfait	1.000 €	-
AST - Aide à l'aménagement des situations de travail		Employeur	-	-	En tant que de besoin
AST - Aide à la communication handicap Auditif	-	Employeur	Plafond	9.150 €	Non renouvelable
		Employeur	Plafond	2.600 €	Si nécessaire
		Employeur	Plafond	1.300 €	Non renouvelable
AST - Aide à l'auxiliariat professionnel	-	Employeur	Plafond	9.150 €	Non renouvelable
AETH	-	Employeur	Plafond		durée des droits : 3 ans maximum

RAPPORT IGAS N°2017-025R

Aide à la formation	Aide à la fonction tutorale (selon la durée du contrat de travail)	non		Employeur		Plafond	1000 € 2000 €	Non renouvelable
	Formation du tuteur	non				Plafond	1000	Non renouvelable
	Form. individuelle : maintien dans l'emploi	oui		Employeur				
Les prestations	Prestations ponctuelles spécifiques (PPS)	oui	Personne	Employeur		appel d'offres		Renouvelable selon la prestation
	prestations spécifiques d'orientation professionnelles (PSOP)	oui	Personne			appel d'offres		-
	L'Etude Préalable à l'Aménagement et à l'Adaptation des Situations de Travail (Epaast)	oui		Employeur		appel d'offres		Renouvelable
Les services	Sameth	-	Personne	Employeur		appel		-

RAPPORT IGAS N°2017-025R

Nature des actions - En M€	Réalisé 2006	Réalisé 2007	Réalisé 2008	Réalisé 2009	Réalisé 2010	Réalisé 2011	Réalisé 2012	Réalisé 2013	Réalisé 2014	Réalisé 2015	Réalisé 2016
LE MAINTIEN DANS L'EMPLOI	99,3	104,9	127,7	166,5	191,0	141,1	131,6	142,5	141,0	136,6	144,8
Poids dans l'offre d'intervention	26%	24%	23%	26%	27%	32%	33%	32%	30%	32%	36%
Le réseau Sameth						19,5	20,1	21,8	22,0	23,0	25,4
Le réseau Comète	19,2	17,5	19,3	23,0	22,9	2,9	2,4	3,7	3,8	3,9	4,1
Les autres dispositifs			3,8	11,5	10,9	2,3	0,3	0,9	0,8	0,9	0,6
L'outil Parcours H (50%)			0,8	1,0	0,8	0,5	0,5	0,4	0,5	0,4	0,5
Les réseaux	19,2	17,5	23,9	35,6	34,6	25,3	23,3	26,7	27,2	28,3	30,5
L'aide au maintien - forfait initial	5,1	5,8	6,8	12,0	9,8	5,1	2,8	4,2	4,1	3,5	4,1
L'aide au maintien - plafond complémentaire							0,3	1,1	1,2	0,9	1,0
L'aide au maintien dans l'emploi en fin de carrière								2,0	2,9	2,4	2,8
Aide à l'aménagement du temps de travail				6,0	25,6						
L'aide au contrat de génération								0,1	0,1	0,1	0,1
Les aides au tutorat			0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,4	0,2	0,2
L'aide à l'emploi des travailleurs handicapés (AETH)	43,0	40,1	46,5	52,4	56,8	65,4	64,3	58,9	53,9	52,1	52,7
Les aides pour le maintien	48,1	45,9	53,3	70,5	92,3	70,5	67,4	66,3	62,5	59,2	60,8
Les études d'aménagement des situations de travail	2,9	3,7	4,7	5,1	4,1	3,7	2,8	4,9	4,4	3,2	3,5
L'aide à l'aménagement des situations de travail	13,7	16,6	19,4	22,5	21,6	16,7	19,6	23,5	24,2	22,3	23,4
Les aides à la mobilité	5,3	5,4	6,9	8,5	8,1	7,8	3,0	2,4	1,9	2,0	2,1
Les aides techniques	2,4	4,2	5,1	6,3	6,5	6,8	7,9	8,6	9,6	11,2	12,4
Les aides humaines	0,4	0,2	1,5	1,8	2,5	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Les prestations ponctuelles spécifiques	1,2	1,5	1,7	1,7	6,4	1,4	1,3	1,3	1,7	1,5	2,3
La compensation du handicap des salariés	25,8	31,5	39,2	45,8	49,2	37,5	34,6	40,8	41,8	40,2	43,7
La formation des salariés dans le cadre du maintien	6,1	10,0	10,9	13,7	13,1	7,9	6,3	6,8	6,3	6,1	6,3
La formation des salariés hors maintien (Vie au travail- CPF)			0,4	0,9	1,8					0,0	0,5
La prestation spécifique d'orientation professionnelle								1,9	3,1	2,5	2,7
La remobilisation des salariés en arrêt de travail										0,3	0,3
La formation des salariés	6,1	10,0	11,3	14,6	14,9	7,9	6,3	8,7	9,4	8,9	9,8
TOTAL Offre d'intervention	380,5	436,5	546,6	652,0	695,6	435,7	403,9	443,2	462,6	425,5	402,7

Précisions sur les données :

- La présentation des données par finalité n'est en vigueur que depuis 2015; aussi, pour les années antérieures, les aides et prestations communes aux demandeurs d'emploi et aux salariés ont été affectées au maintien selon la proportion constatée en 2016
- Les données ci-dessus intègrent une interprétation étendue du maintien dans l'emploi, dans la mesure où le dispositif Vie au Travail, en vigueur entre 2018 et 2011, y est intégré. Il concernait des salariés qui n'avaient pas forcément un risque d'incapacité à leur poste.
- les actions visant à remobiliser les salariés en arrêt de travail ne sont identifiées distinctement que sur 2015 et 2016, pour autant elles étaient en vigueur avant cette date sans qu'il soit possible d'isoler leur montant (au demeurant peu significatif dans l'ensemble)

ANNEXE 7

LES CHARTES REGIONALES DE MAINTIEN DANS L'EMPLOI : L'EXEMPLE DE TROIS REGIONS

Inscrites comme démarche systématique dans le protocole national de collaboration institutionnelle pour le Maintien dans l'Emploi des personnes handicapées du 13 juillet 2006, les chartes régionales ont succédé pour certaines d'entre elles à des partenariats antérieurs.

Elles ont été en général initiées avant les plans régionaux d'insertion des travailleurs handicapés (PRITH), généralisés par la circulaire DGEFP n°2009-15 du 26 mai 2009 qui précisait : « *Les axes suivants peuvent utilement structurer le PRITH : l'accès à la formation professionnelle (au travers des politiques régionales concertées de formation), l'accès à l'emploi, la sensibilisation des employeurs privés et publics et enfin le maintien dans l'emploi. L'organisation des partenariats doit être intégrée dans chacun de ces axes. (...) Une attention particulière doit être portée sur l'accompagnement vers l'emploi des demandeurs d'emploi les plus éloignés de l'emploi, comme les bénéficiaires de l'AAH, ainsi que sur le maintien dans l'emploi notamment des salariés menacés de licenciement pour inaptitude médicale.* ». Il était proposé qu'un chef de file soit désigné pour chaque thématique, l'Agefiph étant suggérée pour le thème Maintien en emploi.

Les chartes se sont inégalement intégrées aux PRITH. Elles peuvent en constituer l'axe Maintien dans l'Emploi mais ont souvent généré des lieux d'animation propres (Copil de la charte) et relativement autonomes. La convention multipartite de 2013 a prévu ensuite un rattachement systématique au PRITH.

En 2014, la DGEFP a dressé un bilan des actions conduites dans le cadre des chartes qui montrent une réelle diversité d'initiatives.

Tableau 1 : Bilan des actions conduites dans le cadre des chartes Maintien

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

Source : Bilan 2014 des PRITH et chartes par la DGEFP

La présente annexe décrit succinctement les démarches de cadrage stratégique et de pilotage conduites dans les régions Rhône-Alpes, Aquitaine et Nord-Pas de Calais, visitées par la mission, ainsi que les éléments partiels dont elle a pu disposer concernant les modalités de coordination opérationnelle au plan local.

Différents changements de contexte impactent la dynamique des chartes régionales :

- d'une part la création des nouvelles régions a parfois, comme en Aquitaine, suspendu les démarches engagées, ou imposé un travail de mise en synergie de logiques parfois différentes de travail (Auvergne/Rhône-Alpes, avec deux régions dynamiques mais ayant des priorités distinctes) ;
- d'autre part, la nécessité de clarifier le positionnement relatif des chartes, PRITH et plans régionaux de santé au travail (PRST) de 3e génération, en cours de construction, qui ont désormais vocation à traiter plus largement de maintien en emploi, sur un champ plus large que celui du seul handicap (restrictions d'aptitude, maladies chroniques évolutives ...) et relèvent d'une nouvelle instance, le comité régional d'orientation des conditions de travail (CROCT).

1 RHONE-ALPES

1.1 Avant 2015, une dynamique forte et ancienne

Les acteurs de la Région Rhône-Alpes se sont dotés très tôt d'un dispositif de maintien dans l'emploi original. Dès 2003, une convention de collaboration a été signée entre la DIRECCTE, la CARSAT et l'Agefiph (alors que le protocole national formalisant la coopération interinstitutionnelle date de 2006). En 2007, lui succède un protocole de collaboration institutionnelle dont la Mutualité Sociale Agricole (MSA) est devenue partie prenante, puis une Charte d'engagement pour la période 2012-2015

Le dispositif rhônalpin présente diverses caractéristiques qui le singularisent par rapport aux autres dispositifs de maintien dans l'emploi, notamment la recherche d'une forte implication des partenaires sociaux, et d'une déclinaison territoriale opérationnelle, avec des comités départementaux du maintien en emploi (CDME) et des cellules techniques de maintien en emploi (CTME) locales, assurant, grâce à une animation territoriale confiée à des organismes tiers (AT), la coordination entre acteurs de terrain autour des dossiers individuels .

Au niveau régional, l'instance de gouvernance est le Comité de Pilotage Régional (CPR). Composé des différents financeurs du dispositif, il s'est doté d'un appui technique afin de l'aider sur un plan logistique et technique à animer le dispositif et à l'outiller.

Les finalités et les fonctions de l'organisation mise en place sont clairement explicitées²⁹² :

- Les finalités :
 - Limiter les licenciements pour inaptitude médicale aux seuls cas où la solution de maintien (dans l'entreprise) n'apparaît pas possible ou pas souhaitable ;
 - Faire en sorte que tout licenciement pour inaptitude médicale ait été précédé par la mobilisation de toutes les compétences nécessaires à sa détection et à la recherche d'une solution de maintien dans l'entreprise ;
 - Faire en sorte que tout salarié menacé d'un risque de licenciement pour inaptitude médicale et son employeur se voient proposer une assistance.
- Les fonctions assurées :
 - Détection du risque,
 - Traitement du signalement,
 - Déclenchement et suivi d'une opération de maintien,
 - Recherche et mise en œuvre des solutions,
 - Si nécessaire, accompagnement de la rupture du contrat de travail et préparation du reclassement externe,
 - Recueil, retour d'informations et pilotage.

Une évaluation conduite en 2014²⁹³ soulignait les atouts et les difficultés de la démarche. Les développements qui suivent en sont extraits :

- Parmi les difficultés :
 - Le caractère partiel de la fonction de guichet unique et d'observatoire : de nombreux acteurs ont tendance à fonctionner en subsidiarité, le recensement des situations n'est pas exhaustif. Les acteurs valorisent la logique « d'utilité » du signalement et font remonter à la coordination des situations qui nécessitent soit un diagnostic partagé, soit l'intervention d'un partenaire (du Sameth notamment).
 - De fortes différences dans le poids des signaleurs selon les territoires. Selon les départements, la part des signalements effectués par la MDPH varie entre 5 % et 50 %, celle des SST entre 11 % et 55 %, celle du réseau assurance maladie entre 4 % et 18 %, et enfin celle du Sameth entre 0 % et 19 %.
 - Des différences aussi dans le processus de qualification des signalements, mission essentielle des coordinations, et dans le fonctionnement des cellules techniques : la part des dossiers examinés en cellule ne représente que 8 % des dossiers pris en charge en Savoie, alors qu'elle atteint 90 % des dossiers suivis en Drôme-Ardèche. Sur certains territoires, il peut s'agir simplement d'évoquer un dossier en quelques minutes pour échanger une information entre partenaires, alors que dans certains départements où le taux de dossiers passés en CTME est particulièrement élevé, l'essentiel de la qualification se déroule de fait en CTME.
 - Le coût de fonctionnement des coordinations sur les territoires : 900 000 euros par an.

²⁹² Cf. schéma cible validé en 2003.

²⁹³ Évaluation du dispositif de maintien en emploi Rhône-Alpes, ASDO, pour le comité de pilotage régional Maintien en emploi, septembre 2014

➤ Parmi les atouts :

- Un pilotage territorial impliquant tous les acteurs et notamment les partenaires sociaux ;
- Le périmètre large d'intervention, limité au secteur privé mais incluant l'ensemble des personnes ayant un problème de santé, et non seulement les personnes reconnues travailleur handicapé ou en voie de reconnaissance. L'enquête conduite auprès de 250 salariés montre que 70 % ont bénéficié d'un arrêt maladie de plus de trois mois avant d'être pris en charge par le dispositif. Parmi eux, près de la moitié (46 %) n'a pas participé à une séance d'information collective ou eu d'entretien avec une assistante sociale de la Carsat. Sur l'ensemble des personnes interrogées, l'offre de service de la Carsat couvre 38 % des bénéficiaires. S'agissant de la demande de RQTH, celle-ci a été faite par la grande majorité des répondants (89 %).
- Le gain de temps important pour l'ensemble des partenaires généré par la capacité de la coordination à faire un tri et à orienter les dossiers signalés vers le bon référent ;
- Le fait que le dispositif permet bien à une grande majorité des personnes d'avoir un référent identifié, ce qui joue un rôle important dans la satisfaction des personnes face à un système complexe.

Concernant la nomination du référent, dans la plupart des cas, il s'agissait du Sameth, parfois de la Carsat ou d'un médecin du travail.

Le rapport d'évaluation note aussi qu'en prenant en charge l'information du salarié sur sa situation, les démarches à entreprendre et, le cas échéant, en le réorientant vers le bon interlocuteur, les coordinations prennent le relais des médecins du travail. C'est un plus pour les salariés, mais qui n'incite pas les SST à améliorer leurs pratiques.

Trois grands modèles de coordination se dégagent :

- Un modèle plutôt administratif : Dans ce modèle, la coordination occupe avant tout une fonction de centralisation des informations, de suivi administratif des situations individuelles et de relais auprès des partenaires. La qualification des signalements ne met pas en jeu d'expertise particulière. Ce modèle n'est pas conflictuel au sens où il n'empiète pas sur les compétences des uns et des autres : la coordination respecte les offres de service de chaque partenaire institutionnel, prend soin de ne pas ingérer dans leurs missions et se contente d'enregistrer les avis de chacun. En revanche les acteurs et partenaires peuvent douter de sa plus-value.
- Le modèle du chef d'orchestre : La coordination non seulement qualifie les demandes mais elle se veut garante des parcours et de leur continuité. Ce modèle est apprécié par certains partenaires : les services de santé au travail pour qui la coordination rend un vrai service en suivant leurs dossiers, ou bien les MDPH qui bénéficient elles aussi de la qualification et du suivi de situations. Ce suivi des dossiers peut en revanche paraître trop intrusif pour certains partenaires qui ont le sentiment de devoir rendre des comptes.
- Le modèle du facilitateur : La coordination accorde beaucoup de temps à la qualification de la demande, au partenariat, aux services rendus aux partenaires et dans certains cas aux personnes. Sa posture est celle de la facilitation contrairement aux deux modèles précédents. L'action de facilitation est en direction des services de santé au travail, des Sameth (à travers son rôle de filtre), de la MDPH. La coordination rend service en aidant très concrètement les acteurs.

La légitimité du portage de la coordination est paradoxalement facilitée lorsque la structure porteuse cumule d'autres fonctions (SAMETH et/ou SST).

Concernant l'impact du dispositif, le rapport concluait à l'impossibilité d'obtenir une évaluation comparée au plan national du nombre de situations détectées et prises en charge au titre de l'ensemble des offres de services existantes. Au regard de la seule donnée mesurée de manière homogène, à savoir le nombre de maintien dans l'emploi réalisés par les Sameth sur un an, il notait que la région Rhône-Alpes se situe dans le tiers des régions qui réalisent (proportionnellement à leur population active) le plus de maintiens dans l'emploi.

A la suite de cette évaluation, le dispositif rhônalpin a évolué en 2015, sous la contrainte notamment de la réduction de ses financements, avec le retrait du financement dédié de l'assurance maladie. L'objectif alors énoncé par la CNAMTS était de faire converger le dispositif régional et le dispositif institutionnel de l'assurance maladie (cellules PDP).

1.2 La charte régionale 2015-2020

Les grandes lignes du dispositif perdurent, à l'exception de la fonction de guichet unique. Les missions de l'animation territoriale sont recentrées sur l'appui aux acteurs du maintien en emploi, l'intervention sur des cas individuels étant limitée selon un principe de subsidiarité.

L'animation territoriale du maintien en emploi a désormais comme missions :

- Favoriser la coopération des acteurs au plan local, dans un souci de complémentarité opérationnelle pour le traitement des situations individuelles des bénéficiaires tels que définis dans le préambule, et dans le respect des offres de services de chacun des acteurs.
- Déployer la politique régionale de maintien en emploi sur le territoire donné, en lien avec le plan d'actions établi par chaque CDME, s'inscrivant dans les orientations régionales, et qui tient compte de ses spécificités.
- Mettre en œuvre la déclinaison locale, validée par le CDME, du plan de communication régional.
- Accompagner et outiller, si nécessaire, les acteurs de droit commun pour leur permettre, à terme, de qualifier, seuls, les situations individuelles des bénéficiaires (travail à réaliser en priorité auprès de certaines MDPH et de certains SST afin que progressivement, sur la durée du dispositif (5 ans), ils soient en capacité de qualifier et d'orienter vers le bon interlocuteur).
- Qualifier les cas de maintien en emploi en provenance des seuls acteurs qui rencontrent des difficultés pour réaliser cette qualification.
- Organiser des Cellules Techniques de Maintien en Emploi lorsque la solution pour le bénéficiaire se révèle particulièrement complexe à élaborer et qu'un examen entre plusieurs partenaires est nécessaire. Ces CTME regroupent les acteurs compétents afin d'obtenir un diagnostic et une préconisation partagés.
- Elaborer des procédures visant la mobilisation des acteurs compétents en cas de réorientation externe.
- Assurer la préparation et le secrétariat des CDME en coordination avec leur président.
- Etablir un suivi et une restitution de l'activité selon les modalités définies par le CPR

Les signalements arrivant directement aux opérateurs en capacité de qualifier le dossier (service de santé au travail, SAMETH, l'Assurance maladie de l'ensemble des régimes) doivent donc être traités par l'opérateur en question en respectant le principe du réfèrent unique et en subsidiarité. Les signalements provenant d'autres sources (« numéro vert », MDPH, certains services de santé au travail, certaines situations relevant du RSI, les travailleurs et les employeurs, les médecins traitants...) continuent d'être qualifiés par l'animateur territorial en respectant le principe de la

désignation d'un réfèrent unique. Si besoin, l'animateur sollicite les acteurs du maintien afin de favoriser le regard croisé sur la situation rencontrée.

Pour assurer la fonction de primo-information, un « numéro vert » est mis en place au plan régional : il s'agit d'un numéro de téléphone gratuit, chargé d'orienter les demandeurs vers l'interlocuteur du maintien en emploi le plus approprié, en tenant compte de leur situation et de leur régime d'appartenance, ou vers l'animateur territorial pour les cas le nécessitant.

Dans les territoires où cela est possible, la volonté est d'aller vers un portage de l'animation territoriale par un service de santé au travail pour s'assurer d'une grande proximité avec cet acteur clé du maintien en emploi. Se pose en effet la question de l'articulation du dispositif avec les interventions de droit commun des acteurs du maintien en emploi et de la disparition progressive des moyens dédiés d'animation (AT) au niveau local.

C'est ce qu'explicitait clairement le comité de pilotage régional fin 2016 : « *L'objectif est (...) de faire en sorte que les acteurs ne soient pas dépendants de l'AT pour l'organisation à terme (organiser son retrait progressif et l'autonomisation des acteurs sur l'organisation des CTME)* » « *L'enjeu n'est pas en effet de (...) voir disparaître (les CTME) à horizon de 5 ans mais bien que les acteurs soient autonomes pour les organiser et que ces pratiques de regards croisés inter-institutions et pluridisciplinaires s'inscrivent pleinement dans le paysage du maintien et les habitudes de travail. On entend par là « autonomie du système d'acteurs » et pas autonomie des acteurs au sens travail en vase clos* ». En ex-Auvergne (...) Des « cellules » partenariales se réunissent à échéances régulières localement. (...) (pas d'appui technique extérieur). La Carsat joue toutefois un rôle de coordination. Un partage d'expérience apparaît utile pour tirer tous les enseignements de cette bonne pratique. Et voir comment elle peut inspirer les CME rhônalpins.»

2 AQUITAINE

2.1 L'accord-cadre portant sur la Politique Régionale Concertée pour l'Emploi et la Formation des Personnes Handicapées 2015-2018

En ex-Aquitaine une charte régionale de collaboration interinstitutionnelle avait été signée pour la période 2008-2011 avec un Comité de pilotage régional, dans le cadre d'un partenariat Direccte, CRAM, DR Agefiph existant depuis 2005.

Un séminaire régional et des rencontres départementales sur le maintien en emploi ont été organisés en 2012. Les voies de progrès identifiées dans sa conclusion reflètent, en creux, les difficultés rencontrées pour la coordination des acteurs ²⁹⁴ :

- Rendre le dispositif lisible pour l'ensemble des parties prenantes : salariés, entreprises, acteurs de la détection, acteurs du maintien ou de l'insertion, partenaires sociaux... ;
- Améliorer l'interconnaissance des structures afin de favoriser la qualité des signalements et agir de façon plus complémentaire ;
- Travailler sur la portabilité des informations de parcours afin de construire chaque accompagnement sur la base des éléments de parcours antérieur ;
- Aller vers plus de détection précoce ;

²⁹⁴ Séminaire Bazas, 5 juillet 2012

- Agir quantitativement et qualitativement sur les signalements ;
- Amplifier les collaborations avec les Services de santé au travail ;
- Développer une meilleure capacité d'évaluation du dispositif ;
- Renforcer le lien entre les acteurs des deux réseaux Maintien et Insertion.

L'accord-cadre 2015-2018 a été signé le 13 Octobre 2015 par tous les acteurs concernés : la DIRECCTE, l'AGEFIPH, le FIPHFP, l'ARS, le Conseil Régional, les cinq Conseils Généraux, les MDPH des 5 départements, Pôle Emploi, et pour le réseau de l'Assurance Maladie : la CARSAT, l'ERSM et les six CPAM, la MSA Sud Aquitaine, la MSA Gironde, la MSA Dordogne-Lot et Garonne ; le RSI a vocation à intégrer les travaux auparavant développés dans une charte.

Cet accord cadre porte sur l'emploi des personnes handicapées et n'est pas limité au maintien en emploi. Son objectif est « *d'améliorer quantitativement, qualitativement, et durablement les conditions d'accès l'emploi, à la formation et à la qualification des personnes handicapées ainsi que leur maintien en emploi* ». Il désigne comme instance de concertation le comité régional de l'emploi, de la formation et de l'orientation professionnelle (CREFOP) et la commission handicap, mais prend aussi en compte le comité de pilotage régional du maintien en emploi déjà en place.

Il fixe des principes, notamment la recherche de la meilleure complémentarité entre les dispositifs de droit commun et les dispositifs spécifiques, et définit des thématiques transversales de travail : professionnaliser les acteurs de l'emploi et de la formation professionnelle sur les questions relatives au handicap ; organiser la capitalisation régionale des données.

Il s'articule en sections et axes stratégiques ; la section 3 qui traite du maintien en emploi est développée dans 4 axes stratégiques.

Synthèse des objectifs

Section 1 la fluidité des parcours des bénéficiaires de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés

Section 2 l'accès à la formation professionnelle et la complémentarité entre le droit commun et les mesures spécifiques (bâtir un programme régional d'accès à la formation professionnelle des personnes handicapées)

Section 3 le maintien en emploi : organiser et animer une chaîne d'acteurs et d'offres de services, identifier les zones de rupture d'accompagnement, définir les modalités et outils de traçabilité des parcours et de portabilité des informations, améliorer le repérage et le traitement des situations des personnes menacées d'inaptitude et augmenter le nombre des personnes maintenues en emploi ; poursuivre la coopération institutionnelle.

Section 4 le renforcement de la mobilisation des employeurs et acteurs économiques : les accompagner pour faire face à leur obligation d'emploi ; les outiller.

SYNTHESE DES AXES STRATEGIQUES

AXES	SECTIONS CONCERNEES
Mettre en œuvre un programme de professionnalisation des acteurs	Section transversale
Constituer une ressource régionale	Section transversale
Améliorer la coordination des interventions des professionnels lors des étapes successives des parcours d'insertion	Section 1- 2 - 4
Définir et partager les modalités et critères d'analyse des situations individuelles qui guident les orientations	Section 1
Améliorer la qualité des informations transmises aux personnes handicapées	Section 1 - 2 - 3 - 4
Eviter les ruptures de parcours et favoriser l'orientation en milieu ordinaire des jeunes sortant de l'éducation nationale ou d'établissements spécialisés	Section 1
Améliorer la coordination des interventions dans le cadre du maintien dans l'emploi	Section 3
Optimiser et élargir le réseau de détection précoce des situations de salariés ou d'agents en risque d'invalidité	Section 3
Favoriser l'accès à la formation des personnes en situation de handicap, qu'elles soient en recherche d'emploi ou en activité	Section 2 - 3
Favoriser l'émergence de nouveaux modes de coopération avec les employeurs et les acteurs économiques	Section 4

2.2 Le rôle des cellules PDP du régime général d'assurance maladie

En ex-Aquitaine, toutes les cellules PDP ont été composées dès 2009 avec l'échelon local du service médical (ELSM), la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) et la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT). Le service social régional qui a piloté leur mise en place a veillé par souci d'implication des différents acteurs à diversifier les présidences.

Six cellules ont été constituées : quatre coordonnées par les CPAM (cadre du service d'action sociale), une par l'ELSM (Gironde), une par le service social de la CARSAT.

Si le service des risques professionnels participe à la cellule régionale, il ne prend pas part aux cellules locales parce que le champ d'intervention des cellules PDP est en aval de la prévention primaire et qu'il est difficile de consolider leurs résultats par entreprise ou secteur d'activité, pour en dégager les enseignements collectifs qui l'intéresserait pour lancer des actions préventives au vu des situations constatées de risques de désinsertion professionnelle.

Depuis 2011 ces cellules ont intégré les SAMETH et les principaux services de santé au travail interprofessionnels (SSTI). La mission a rencontré les membres de la cellule PDP de Gironde.

Focus sur la cellule PDP de Gironde

La cellule de Gironde est présidée depuis 2011 par un médecin conseil référent PDP de l'échelon régional du service médical (ERSM). Les différents référents PDP des unités territoriales du service social assurent une présence régulière. De la même façon, les différentes unités territoriales de l'ELSM sont représentées par des techniciennes référentes PDP.

Deux SSTI sur trois sont représentés, dont un par un médecin du travail référent du maintien en emploi, qui porte les dossiers de ses collègues. Le plus petit SSTI, celui de Libourne, n'est pas représenté bien qu'il arrive que certains de ses dossiers soient traités. Cette relation s'est construite dans la durée et mérite encore d'être consolidée : « Cela a pris plus de 2 ans pour créer la confiance avec les services externes, notamment avec les médecins du travail » (médecin conseil) » « Il faut sans cesse « faire tomber les barrières. » (médecin du travail référent PDP) ».

Pour le responsable du Sameth présent aux cellules PDP, cette participation permet, soit de «*repêcher*» en vue d'un reclassement interne des situations trop vite considérées comme nécessitant un licenciement, soit de présenter des demandes d'autorisation de formation/bilan sur l'arrêt de travail ou parfois de financement sur les moyens du fonds d'action sociale.

Chaque participant adresse avant la réunion, les dossiers qu'il souhaite présenter parce qu'il recherche un regard collectif sur des dossiers qu'il peut difficilement traiter seul. On prend en fait tous les dossiers apportés par ceux qui les proposent, en ne respectant pas nécessairement la définition des dossiers complexes de la lettre réseau.

Les flux croissent : 207 en 2014, 283 en 2015, 453 dossiers en 2016 (84 demandes de formation, 244 demandes de bilan de compétences, 125 situations complexes). D'où des réunions de la cellule d'une ½ journée/ mois jusqu'en 2016. 1 journée/mois depuis 2017.

Une ouverture vers d'autres partenaires a également été recherchée : les assistantes sociales ont ainsi rencontré les 11 OPCA-OPACIF qu'elles sollicitent le plus, pour « fluidifier » les relations et obtenir des prises en charge de formations pendant l'arrêt dans de meilleurs délais d'examen, ou pour lever les obstacles au refus persistant de financement de quelques OPACIF pendant le temps de l'arrêt en dépit des avancées de la loi du 5 mars 2014.

Une convention régionale CARSAT /Pôle Emploi est envisagée de façon à faciliter / fluidifier le parcours des personnes licenciées pour inaptitude ayant bénéficié d'actions dans le cadre de la PDP. L'objectif est de ne pas perdre cet acquis lors des démarches ultérieures à Pôle emploi ou dans un Cap emploi.

3 HAUTS DE FRANCE

3.1 La Charte Nord Pas de Calais 2014-2018 pour le maintien dans l'emploi des personnes handicapées

Cette charte a été élaborée dans le prolongement d'une charte antérieure qui avait permis, depuis 2001, un élargissement progressif de la démarche au RSI, à la fonction publique et à la MSA ; elle s'inscrit dans l'axe « maintien en emploi » du PRITH. Les partenaires sociaux ont été consultés dans le cadre de la commission paritaire interprofessionnelle régionale.

Le public cible est l'ensemble des personnes des secteurs public et privé, confrontées à un risque d'inaptitude ou à une aptitude ou capacité professionnelle réduites, RQTH ou en voie de RQTH.

Cinq objectifs sont définis :

- Objectif 1 Optimiser les procédures de signalement en améliorant le repérage des situations à risque, - en veillant à la bonne articulation entre les outils de signalement, - en soutenant les dispositifs de remobilisation et de retour à l'emploi (bilans de compétence, formations, validation des acquis de l'expérience, essai encadré en entreprise), - en associant les partenaires sociaux aux projets régionaux.
- Objectif 2. Favoriser les coopérations opérationnelles entre acteurs locaux - en communiquant sur les offres de service de l'ensemble des signataires de la charte, - en capitalisant les expériences transférables en matière de maintien dans l'emploi, - en réalisant des rencontres régionales annuelles invitant experts et professionnels à échanger et à nourrir une réflexion autour du maintien dans l'emploi, - en s'appuyant sur les cadres institutionnels régionaux (CPOM des SST, PRST, ...) - en analysant les besoins non couverts et en y apportant des réponses coordonnées entre les acteurs locaux.

- Objectif 3. Eviter les ruptures de parcours - en rendant lisibles les interventions des acteurs du maintien dans l'emploi, - en faisant la promotion des outils facilitant le maintien dans l'emploi (visite de pré-reprise, procédure de reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé), - en allant à la rencontre des médecins généralistes et des professionnels de l'insertion professionnelle et du reclassement.
- Objectif 4. Augmenter le nombre de maintiens dans l'emploi - en organisant des démarches expérimentales autour de nouveaux dispositifs, - en communiquant sur l'évolution des dispositifs opérationnels, - en informant le public sur les offres de services et les aides, afin de proposer aux personnes menacées de licenciement pour inaptitude d'engager les démarches pour un maintien dans l'emploi ou un parcours de réinsertion le plus en amont possible.
- Objectif 5. Disposer d'une information quantitative et qualitative permettant le pilotage de l'activité conduite au titre du maintien dans l'emploi en région Nord – Pas-de-Calais - en définissant des indicateurs de suivi et d'évaluation des actions, en alimentant les tableaux de bord régionaux des indicateurs du maintien dans l'emploi sur le modèle du protocole national, en améliorant la collecte des données, en analysant et en exploitant les tableaux de bord régionaux, - en synthétisant et en diffusant les informations recensées chaque année par les parties signataires de la Charte, - en permettant à chaque acteur d'avoir une vision globale des projets en cours.

Un Comité de Pilotage régional se réunit au moins deux fois par an.

Dans le champ du maintien dans l'emploi, L'institut de santé-au travail du nord de la France (ISTNF), en tant que tête de réseau, aide à l'animation régionale des acteurs santé-travail.

Le réseau régional Santé Travail Maintien dans l'Emploi (STME) est constitué de médecins du travail et d'assistants(es) référents(es) sur cette thématique au sein des services de santé au travail interentreprises, interbanques, de la MSA et des services autonomes du Nord et du Pas-de-Calais. Ce réseau permet des échanges sur les pratiques, des rencontres avec les autres acteurs (CARSAT, Sameth, MDPH...) la réalisation d'outils communs, le recueil de données (enquête inaptitudes). Son existence incite les équipes pluridisciplinaires des SST de la région à investir le sujet du maintien en emploi.

3.2 Le PRITH Hauts de France et son articulation avec le PRST

Un accord-cadre pour le pilotage du plan régional d'insertion professionnelle des travailleurs handicapés 2016 – 2020 des Hauts de France a été élaboré à la suite de la fusion des régions Nord-Pas de Calais et Picardie. Il est structuré sur la base de cinq axes, dont **l'axe 4 « Rester dans l'emploi »** :

- mobiliser les employeurs publics/privés et les partenaires sociaux ;
- valoriser les accords d'entreprises agréés ;
- développer les remobilisations pendant l'arrêt de travail ;
- accompagner la reconversion professionnelle de salariés en centres de rééducation professionnelle ;
- sensibiliser les acteurs à la désinsertion ;
- communiquer sur les dispositifs, les services, les aides pour augmenter le nombre de maintiens dans l'emploi ;
- favoriser la coopération entre acteurs du maintien – médicaux en premier lieu ;
- optimiser les procédures de signalement.

Présidé par le Préfet de région, le Comité de pilotage réunit des représentants des services de la DIRECCTE, du Rectorat, de l'ARS, de la Région Hauts-de-France, de la Direction Régionale de Pôle Emploi, des cinq MDPH, de la CARSAT, de l'AGEFIPH, du FIPHFP, de CHEOPS Hauts-de-France et des partenaires sociaux. Il détermine les objectifs et actions du PRITH « *en cohérence avec le cadre conventionnel existant, notamment .../... : la charte régionale sur le maintien dans l'emploi des TH* ».

Pour garantir une articulation cohérente des différents documents stratégiques, le PRITH propose de réunir au sein d'une instance commune et transverse les commissions techniques du PRITH et celles issues du Plan régional de santé au travail (PRST), avec un pilotage conjoint du Pôle 3E et du Pôle T de la Direccte. La **Commission maintien dans l'emploi** est ainsi positionnée au croisement des politiques d'emploi des travailleurs handicapés et de santé au travail.

