

Prévention de la désinsertion professionnelle : détecter le risque, coordonner les acteurs

2025-004R
JUILLET 2025

• TOME 1 : RAPPORT

Hervé
Léost

François
Schechter

Membres de l'Inspection générale
des affaires sociales



Suivez-nous sur LinkedIn

SYNTHESE

[1] La prévention de la désinsertion professionnelle (PDP), apparue à partir des années 2000 dans les missions de l'assurance maladie et des services de santé au travail, désigne l'ensemble des politiques destinées à repérer le plus en amont possible les risques de désinsertion et à mettre en place des dispositifs permettant de les éviter et ainsi de maintenir en emploi le travailleur, ou de favoriser son retour en emploi. Le maintien en emploi des salariés fragilisés par des problématiques de santé constitue une priorité depuis plusieurs décennies, mise en œuvre par une pluralité d'acteurs auprès des entreprises et des salariés eux-mêmes : il s'agit d'une des missions des services de prévention et de santé au travail (SPST), de l'assurance maladie et de leurs partenaires (Cap emploi...).

[2] Pourtant, en 2023, plus de 130 000 déclarations d'inaptitude ont été comptabilisées, chiffre en progression constante, conduisant dans une grande majorité des cas au licenciement du salarié concerné. L'enjeu de mieux prévenir la désinsertion devient d'autant plus prégnant dans la période actuelle de vieillissement de la population active, de progression des maladies chroniques et de recul de l'âge de départ en retraite.

[3] C'est dans ce contexte que l'Igas a été saisie par le ministre du Travail d'une mission d'évaluation portant sur deux dimensions de la politique de PDP :

- établir un diagnostic sur les indices de risque de désinsertion professionnelle (IRDP) en cours de diffusion dans les SPST interentreprises dans la perspective de l'éventuelle généralisation d'un indice national.
- faire le point sur la coordination entre les nombreux acteurs de la PDP, qu'il s'agisse des SPST, des services de l'Etat, de l'assurance maladie, des Cap emploi, de l'Agefiph... Compte tenu de la complexité de cet environnement institutionnel, les défaillances de coordination peuvent nuire à la fois à l'implication des employeurs, qui sont des acteurs centraux du maintien en emploi de leurs salariés, et à la continuité du parcours des travailleurs (risque de rupture dans l'accompagnement).

La loi de 2021 a porté de fortes ambitions en matière de prévention de la désinsertion professionnelle qui constitue un des trois axes de l'offre socle des SPST interentreprises

[4] Les insuffisances de coordination entre acteurs de la PDP ont fait l'objet d'analyses convergentes dans les années 2010, notamment à l'occasion d'un rapport de l'Igas de 2017 qui mettait en avant le faible outillage en systèmes d'information, une détection trop tardive des situations à risque, un lien limité entre médecin du travail, médecin traitant et médecin conseil.

[5] Dès lors, sur la base des orientations de l'accord national interprofessionnel du 9 décembre 2020, la loi du 2 août 2021 a apporté plusieurs évolutions à la structuration du système de PDP :

- Création de cellules de PDP dans chaque SPSTI, chargées de détecter et d'accompagner certaines situations individuelles et d'agir auprès des employeurs. Jusqu'alors, les cellules de

PDP étaient positionnées à l'assurance maladie et une partie des SPST avait développé ses propres cellules de maintien en emploi ;

- **Amélioration des échanges de données par plusieurs dispositions légales qui ne sont cependant pas encore opérationnelles quatre ans après la loi :** accès du médecin du travail au dossier médical personnel, interopérabilité des systèmes d'information des SPST, mise en place de flux de données avec l'assurance maladie permettant aux SPST de recevoir l'information sur les arrêts de travail à des fins de détection du risque de désinsertion.
- **Création de nouveaux dispositifs contribuant à la PDP :** visites de mi-carrière à 45 ans, rendez-vous de liaison.

[6] **Cette réforme répond à des ambitions de meilleure coordination des acteurs et de détection plus précoce des risques qui structurent le quatrième plan santé au travail (2021-2025) et les plans régionaux qui le déclinent.** La PDP constitue également le premier volet d'action obligatoire des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens mais la signature des CPOM de nouvelle génération a pris du retard. Le processus de certification, en cours de mise en œuvre au moment de l'achèvement du présent rapport, s'avère structurant pour formaliser l'organisation des services en matière de PDP, qui constitue l'un des trois axes de l'offre socle des SPSTI.

Quatre ans après la loi, les cellules de PDP sont intégrées dans le paysage institutionnel malgré une organisation hétérogène selon les SPSTI

[7] **Les investigations de terrain de la mission, les données issues de l'enquête annuelle de la DGT tout comme celles issues du questionnaire de la mission montrent que les cellules PDP ont pris leur place dans la quasi-totalité des SPSTI** (88 % des services en 2023). A partir d'un cadre national relativement souple, les SPSTI ont fait des choix d'organisation différents, parfois en structurant des cellules en plusieurs niveaux ou en formalisant de manière plus ou moins précise les situations appelant une intervention de la cellule auprès des équipes pluridisciplinaires.

[8] Certaines DREETS ont mis en place des chartes régionales de fonctionnement des cellules afin d'harmoniser les pratiques qui dépendent encore beaucoup du positionnement des médecins du travail au sein des services. La PDP est par nature pluridisciplinaire et la mise en place des cellules a favorisé la montée en puissance de nouvelles fonctions (chargés de mission PDP...).

[9] **En revanche, la mise en place des cellules dédiées n'a pas clarifié l'organisation partenariale de la PDP, d'autant moins que la loi ne leur a pas confié de rôle de coordination des nombreux partenaires directement impliqués.**

La PDP reste marquée par une répartition des rôles peu visible entre partenaires

[10] **Le premier partenaire des SPSTI en matière de PDP est l'assurance maladie, dont le réseau a parfois mal ressenti la loi de 2021 qui positionne les SPSTI en première ligne sur la PDP.** Cette politique mobilise trois acteurs de l'assurance maladie : la CPAM (versement des IJ, détection des situations à risque), le service médical (validation de dispositifs tels que les essais encadrés ou les conventions de rééducation professionnelle en entreprise) et le service social (accompagnement des assurés). En outre, la branche maladie travaille avec la branche des risques professionnels pour les actions de prévention auprès des entreprises. Cette complexité des acteurs a conduit la CNAM à prioriser la coordination interne à son réseau.

[11] Pour autant, la mission a relevé des bonnes pratiques de collaboration entre service social de l'assurance maladie et SPSTI, qui passent par des protocoles dédiés. La généralisation de ce type de protocoles pourrait permettre notamment de mettre en place des circuits courts de validation de certains dispositifs de remobilisation nécessitant l'accord du service médical et de clarifier la répartition des situations individuelles entre cellules PDP et instances de l'assurance maladie. Des actions communes peuvent également être conduites à destination des médecins libéraux en passant en particulier par les communautés professionnelles territoriales de santé.

[12] La mise en place des cellules de PDP est l'occasion de renforcer les liens avec les acteurs du handicap et de l'emploi :

- Les partenariats se développent avec les Cap emploi et l'Agefiph, notamment pour permettre une meilleure connaissance de leurs dispositifs par les professionnels des SPST. Toutefois les signalements vers les Cap emploi sont encore souvent trop tardifs, intervenant au moment du licenciement pour inaptitude ;
- Les dispositifs de transitions professionnelles sont trop peu connus et mobilisés au profit des salariés en risque de désinsertion. Le recours aux projets de transition professionnelle doit être renforcé dans le cadre de la mise en place du fonds d'investissement pour la prévention de l'usure professionnelle (Fipu) ;
- Plusieurs initiatives locales illustrent l'intérêt des collaborations avec France travail, lui permettant d'intervenir de manière plus précoce auprès des licenciés pour inaptitude.

[13] La complexité de la répartition des rôles entre tous ces acteurs rend le système peu lisible et peu évaluable. L'organisation de la PDP est peu lisible pour les employeurs et les salariés : la mission recommande de tester un logigramme établissant, en partant du parcours du salarié, qui intervient à quel moment pour l'accompagner. Qui plus est, la performance de la PDP est peu évaluable : chaque acteur dispose de ses propres indicateurs, il n'existe pas d'indicateur de résultat partagé, ceci d'autant qu'aucun objectif global et mesurable n'est fixé aux partenaires.

L'outilage des échanges de données entre partenaires est historiquement insuffisant

[14] La santé au travail se caractérise par un déficit historique de systèmes d'information, particulièrement préjudiciable au suivi du parcours de PDP des salariés. Les investigations de la mission confirment l'avancement très hétérogène des SPSTI dans ce domaine, en particulier en fonction de l'éditeur de leur logiciel. Certains logiciels métier outillent le processus de PDP quand d'autres ont pris beaucoup de retard. Les services et éditeurs les plus en retard doivent être mobilisés par le niveau national et des refus de certification doivent être envisagés quand le retard est trop important.

[15] Envisagée de longue date et inscrite dans la loi en 2021, l'interopérabilité entre SI des SPST est un chantier qui va prendre du temps et doit être lancé sans attendre. La mission recommande de mobiliser l'Agence du numérique en santé pour appuyer la Direction générale du travail ce qui suppose de prioriser ce champ dans le programme de travail de l'ANS. Des premiers travaux peuvent être lancés dès 2025 dans l'attente de l'application à venir des normes de l'espace européen des données de santé. L'interopérabilité entre SI des SPST constitue la première étape d'une cible plus globale dans laquelle les données pourront circuler entre les différents acteurs, SPST, assurance maladie, Cap emploi. Sans attendre la cible, la transmission par l'assurance

maladie des arrêts de travail doit faire l'objet d'une programmation rigoureuse pour tenir l'échéance de mise en œuvre début 2027 au plus tard.

Les employeurs n'ont pas suffisamment conscience de l'apport qu'ils peuvent avoir à la prévention de la désinsertion professionnelle

[16] **La mobilisation des employeurs est une tâche centrale mais difficile, notamment concernant les TPE/PME qui disposent de peu d'outils RH et de peu de postes de reclassement pour les salariés inaptés.** La coordination entre les acteurs intervenant auprès des entreprises peut avoir une vraie valeur ajoutée : par exemple, partage d'informations issues des visites d'entreprises, déclenchement d'actions de prévention des risques pour des entreprises comptant de nombreuses situations individuelles de désinsertion. Ces actions pourraient être systématisées par des démarches de guichet intégré qui existent dans certaines régions dans le champ de l'emploi et pourraient être élargies à la PDP. Des outils opérationnels d'évaluation par l'employeur du risque de désinsertion dans son entreprise gagnent également à être diffusés.

La généralisation d'un indice national de risque de désinsertion professionnelle présenterait de multiples intérêts y compris pour améliorer la coordination des acteurs

[17] **La mission n'avait pas vocation à valider un IRDP sur le plan scientifique mais à analyser les projets d'indices en cours afin de mettre en avant les conditions de réussite d'un indice national ainsi que les usages qui peuvent en être faits par les SPST et leurs partenaires.** En effet, plusieurs types d'indices se développent en ordre dispersé dans les SPSTI depuis cinq ans, parfois sous l'impulsion d'une Dreets sur son territoire, parfois sous l'influence d'un logiciel métier permettant de classer les salariés en différents niveaux de risques de désinsertion et d'inaptitude. Ces différents indices ont pour point commun de se fonder sur l'expertise du médecin du travail, souvent éclairée par un questionnaire rempli par le salarié sur sa capacité à rester sur son poste.

[18] **Le partage d'un indice harmonisé par l'ensemble des SPST présenterait de multiples intérêts :**

- **Pour outiller le suivi individuel du salarié** : utilisation de l'indice pour orienter un salarié vers le médecin du travail ou vers la cellule PDP selon les cas, pour suivre l'évolution de la situation individuelle, pour fonder les décisions d'orientation vers un partenaire ;
- **Pour piloter un service et mieux connaître un tissu d'entreprises ou une population de salariés** : en consolidant les indices individuels, le SPST peut cibler des entreprises concernées par des indices moyens dégradés ou évaluer sa propre activité en suivant dans le temps l'évolution de l'indice des salariés qu'il suit.
- **Pour disposer de données comparables au niveau national**, qui pourraient venir nourrir la mesure des résultats de cette politique ou encore des études de santé publique.

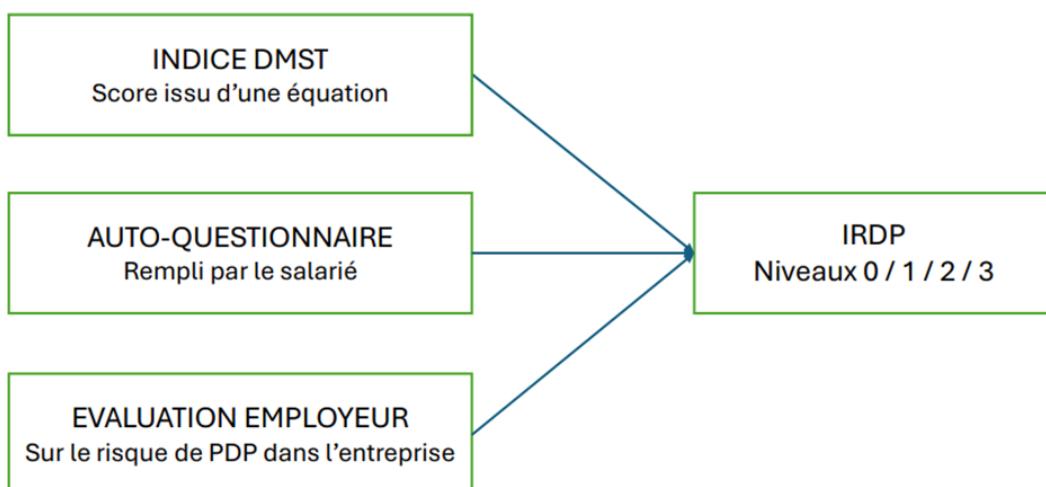
Plusieurs conditions de réussite à réunir pour garantir l'appropriation d'un indice national

[19] **Un indice de risque est en cours de test sous l'égide de l'association Presanse, qui regroupe la quasi-totalité des SPSTI, et le pilotage scientifique d'une équipe de l'Inserm.** Les paramètres de l'indice Presanse sont des informations issues des dossiers médicaux en santé au travail (DMST) qui reflètent des données de santé, de nature professionnelle et sociale relatives au salarié. Un

premier test auprès d'un SPSTI a montré un bon caractère prédictif de l'indice (80 %), désormais en cours de test dans une trentaine de services.

[20] **La nature de l'indice Presanse suppose plusieurs conditions techniques à son éventuelle généralisation**, d'abord une évolution des logiciels mais aussi une qualité de saisie dans les DMST qui nécessite une adhésion des équipes, notamment les médecins du travail. Or, des interrogations se font jour sur la capacité de l'indice Presanse à refléter l'ensemble des facteurs de la désinsertion. En effet, l'IRDP en cours de test, issu des DMST, reflète avant tout une vision médicale et individuelle du risque de désinsertion. Il gagnera à être complété par des informations issues des questionnaires remplis par le salarié et par l'évaluation par l'employeur lui-même des risques de désinsertion dans son entreprise.

Schéma 1 : Les trois composantes d'un indice national



Source : mission

[21] **La légitimité d'un futur IRDP national nécessite que sa construction fasse l'objet d'une prise de position de la société française de santé au travail et d'informations régulières auprès des partenaires sociaux.** Ce travail devra porter également sur les modalités de protection de cette donnée sensible et sur les usages qui seront faits de l'indice, deux points qui suscitent aujourd'hui des interrogations de la part de certains syndicats.

Au-delà de la détection en amont, le suivi en aval du parcours des salariés constitue l'enjeu majeur pour mieux les accompagner et pour évaluer les résultats de la politique de PDP

[22] **Si la détection précoce constitue un objectif légitime des politiques de PDP, elle ne doit pas faire passer au second plan l'impératif de progresser sur le suivi des résultats de la PDP.** Aujourd'hui, ni les SPSTI ni l'assurance maladie ne sont suffisamment investis dans le suivi ex post des salariés qu'ils ont accompagnés dans le cadre de la PDP. Généraliser un suivi à six mois ou un an permettrait de progresser dans la mesure de la performance de la politique de PDP et parfois de remobiliser des salariés perdus de vue.

[23] **C'est dans cette même logique de mesure de la performance du système que la mission appelle de ses vœux une étude nationale sur les inaptitudes afin de mieux les comptabiliser, de comprendre les trajectoires des salariés concernés et l'accompagnement qui leur est proposé.** La

progression préoccupante des décisions d'inaptitude, dont plus de 40 % prononcées avec dispense de reclassement, montre que l'apport des cellules de PDP peut encore progresser pour mobiliser l'ensemble des dispositifs de maintien en emploi et de transitions professionnelles.

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

n°	Recommandation	Autorité responsable	Échéance
COORDINATION			
1	Prévoir des circuits courts de validation des dispositifs par le service médical sur les situations urgentes de PDP via des protocoles entre assurance maladie et SPSTI précisant leurs modalités de collaboration.	DGT/CNAM	2026
2	Identifier un chef de file entre SPSTI et assurance maladie en fonction des grands types de situation de désinsertion listés dans la « pyramide des fragilités » de la CNAM, le service social ayant vocation à coordonner les situations les plus dégradées	DGT / CNAM	2026
3	Viser l'intervention la plus précoce possible des Cap emploi via un indicateur des CPOM des SPSTI et formaliser des conventions territoriales SPSTI / Cap emploi / AGEFIPH prévoyant notamment des circuits courts de mobilisation de certains dispositifs de l'Agefiph par la cellule PDP.	Cap emploi / SPSTI / Agefiph	2026
4	Assouplir la liste des métiers cibles vers lesquelles des reconversions sont autorisées dans le cadre des projets de transition professionnelle financés par le Fipu et mieux informer les SPSTI sur le rôle des associations Transitions pros et les règles des PTP	DGEFP / DGT	S2 2025
5	Intégrer les acteurs du maintien en emploi et du retour à l'emploi au niveau national (convention quinquapartite en cours de négociation) et au niveau régional par des temps d'échanges réguliers entre acteurs de la santé au travail et acteurs du handicap, de l'emploi et des transitions professionnelles.	DGEFP / DGT	2026
6	Impliquer les CPTS dans la sensibilisation des médecins sur la PDP, notamment l'information sur les outils de maintien en emploi, le rôle du médecin du travail et de la cellule de PDP, l'importance de la visite de pré-reprise	ARS	2026
7	Tester sur un territoire un logigramme de répartition des rôles entre acteurs de la PDP construit autour du parcours du salarié	Dreets	2026
SYSTEMES D'INFORMATION			
8	Indiquer aux SPSTI que les non conformités relevées sur les logiciels constitueront un motif de refus de certification dès 2026. Sensibiliser les éditeurs au niveau national pour accélérer l'évolution de leurs outils.	DGT	S2 2025
9	Identifier les données de l'assurance maladie hébergées sur la plateforme Demeter qui pourraient être mises à disposition des	CNAM	2026

RAPPORT IGAS N°2025-004R – TOME 1

n°	Recommandation	Autorité responsable	Échéance
	SPST à des fins de prévention primaire et de prévention de la désinsertion professionnelle.		
10	Etablir une programmation rigoureuse de la mise en œuvre de l'article 19 de la loi sur la transmission par l'assurance maladie des arrêts de travail, en envisageant de passer directement à la solution cible pour début 2027	DGT / DSS / CNAM	S2 2025
11	S'assurer dans l'ensemble des régions du caractère fonctionnel des adresses de messageries génériques permettant aux SPST de contacter le service médical de l'assurance maladie	CNAM	S2 2025
12	Construire un macro-planning du chantier d'interopérabilité des systèmes d'information des SPST et mobiliser l'Agence du numérique en santé afin de lancer les travaux dès 2025 : validation des thesaurus et préparation des spécifications fonctionnelles détaillées	DNS	S2 2025
13	Chiffrer le coût global du chantier d'interopérabilité et mettre en place des incitations financières aux éditeurs, en commençant par exemple par un ciblage des crédits en fonction de la bonne implémentation des thesaurus ou de l'utilisation de l'INS	DGT	2026
MOBILISATION DES EMPLOYEURS			
14	Elargir aux enjeux de santé au travail tous les outils d'accompagnement des entreprises dans le champ de ressources humaines (actions des Opco, de France travail...) et promouvoir des guichets intégrés pour les entreprises au niveau régional	Dreets, France travail	2026
15	Impliquer les employeurs dans l'évaluation des risques de désinsertion professionnelle dans leur entreprise en intégrant systématiquement le risque de désinsertion dans les outils d'évaluation des risques qui leur sont proposés afin de préparer leur DUERP	SPSTI	S2 2025
16	Demander aux employeurs la transmission systématique au SPSTI des arrêts de travail de plus de trente jours et leur proposer d'envoyer au salarié en arrêt de travail, avec sa première fiche de paie, une information sur les dispositifs de maintien en emploi auxquels il peut avoir recours	SPSTI	S2 2025
INDICE DE RISQUE DE DESINSERTION PROFESSIONNELLE			
17	Comparer les résultats, en termes de capacité de détection du risque de désinsertion, des auto-questionnaires et de l'indice fondé sur les DMST afin d'évaluer leur complémentarité ou leurs recouplements éventuels	Une équipe de recherche sur saisine DGT	2026
18	Intégrer trois paramètres dans la construction d'un futur indice national de risque de désinsertion : des données issues du dossier médical en santé au travail, des informations issues d'auto-questionnaires remplis par le salarié et une évaluation du risque de désinsertion professionnelle dans l'entreprise intégrant le point de vue de l'employeur.	DGT	2026
19	Saisir la société française de santé au travail pour construire un avis sur les composantes d'un IRDP national, ses usages individuels et	DGT	S2 2025

RAPPORT IGAS N°2025-004R – TOME 1

n°	Recommandation	Autorité responsable	Échéance
	collectifs et les garanties quant à son utilisation. Informer régulièrement le CNPST sur l'avancée des travaux		
MESURE DE LA PERFORMANCE DU SYSTEME DE PDP			
20	Déterminer un nombre limité d'indicateurs de résultat de la PDP, en commençant par la situation du salarié à six mois après sa sortie du dispositif de PDP, et confier leur suivi aux cellules de PDP	DGT / CNAM	2026
21	Lancer une étude nationale sur les inaptitudes : suivi quantitatif, pertinence du cadre juridique et organisationnel, trajectoire des salariés concernés, stratégie des salariés et des employeurs, rôle des médecins du travail et des cellules de PDP	DGT	2026

SOMMAIRE

Synthèse	1
Recommandations de la mission	6
Sommaire	9
Rapport.....	12
1 La loi de 2021 a constitué une étape importante dans la structuration des politiques de prévention de la désinsertion professionnelle.....	13
1.1 La PDP constitue à la fois un enjeu pour les entreprises et une priorité de santé publique.....	13
1.2 Des actions de PDP anciennes dont les insuffisances ont fait l'objet de plusieurs diagnostics.....	15
1.2.1 Des actions qui reposent en premier lieu sur les employeurs et les services de santé au travail.....	15
1.2.2 Une politique de maintien en emploi développée par l'assurance maladie à partir des années 2000	16
1.2.3 Des difficultés de coordination faisant l'objet d'analyses convergentes qui ont nourri la loi d'août 2021.....	17
1.3 La loi de 2021 a apporté une forte impulsion à la structuration de la politique de PDP	17
1.3.1 Pour renforcer la PDP, la loi de 2021 crée de nouveaux dispositifs et généralise les cellules dédiées dans les SPSTI	17
1.3.2 Des orientations nationales récentes qui mettent l'accent sur la structuration du système de PDP et le rôle des cellules	20
1.3.3 Les stratégies régionales sous l'égide des Dreets.....	20
2 La prévention de la désinsertion professionnelle nécessite une coordination entre acteurs qui est encore insuffisante.....	23
2.1 Un champ très complexe que la mise en place des cellules de PDP n'a pas simplifié	23
2.1.1 Des outils de maintien en emploi qui font intervenir de nombreux acteurs auprès des entreprises et des salariés.....	23

2.1.2 Des cellules de PDP aux structurations différentes et qui s'insèrent progressivement dans l'organisation et les pratiques des SPSTI	24
2.2 Une répartition des rôles qui reste peu lisible entre partenaires	27
2.2.1 L'assurance maladie a priorisé des enjeux de coordination interne mais l'articulation avec les SPSTI a progressé dans certains territoires	27
2.2.2 Le rôle nouveau des cellules de PDP doit être l'occasion de renforcer les liens avec les acteurs du handicap et de l'emploi.....	32
2.2.3 Des marges de progrès sur l'action auprès des professionnels de santé libéraux.....	37
2.2.4 Une absence de définition claire des rôles entre les partenaires qui rend le système peu lisible et peu évaluable	38
2.3 La PDP n'est pas outillée par des systèmes d'information à la maturité suffisante	41
2.3.1 Une situation historique de fragilité des systèmes d'information....	41
2.3.2 Les logiciels des SPST : des avancées récentes en matière de PDP qui restent cependant très inégales selon les éditeurs.....	42
2.3.3 La PDP ne s'appuie pas sur des échanges de données structurés entre partenaires	43
2.3.4 Les difficiles avancées dans les échanges de données illustrent l'absence de pilotage national des chantiers numériques en SPSTI	46
2.4 La nécessaire mobilisation des employeurs sur la PDP	48
2.4.1 L'employeur a un rôle central dans l'efficacité des mesures de PDP mais n'en a pas toujours conscience.....	48
2.4.2 Améliorer la coordination de l'ensemble des intervenants auprès des entreprises.....	49
2.4.3 Intégrer la PDP dans une démarche plus globale d'évaluation et de prévention des risques par l'employeur	51
2.4.4 Des actions concrètes impliquant les employeurs afin de favoriser la détection précoce du risque de désinsertion	52
3 Le développement d'un indice de risque de désinsertion professionnelle peut s'avérer mobilisateur pour les partenaires de la PDP mais sa généralisation supposera de nombreuses conditions de réussite	52
3.1 Les nombreux indices en construction témoignent d'un intérêt pour la démarche mais aussi de la diversité des objectifs poursuivis selon les territoires	53

3.1.1	Les études réalisées sur les facteurs de désinsertion, un contexte favorable au développement d'indices de risque.....	53
3.1.2	Depuis cinq ans, l'émergence d'indices de risque de désinsertion professionnelle en ordre dispersé	55
3.2	Le partage d'un indice par l'ensemble des SPST présenterait de multiples intérêts y compris pour la coordination des acteurs	58
3.2.1	Des indices utiles pour outiller le suivi individuel d'un salarié	58
3.2.2	Des indices utiles pour piloter un service et mieux connaître un tissu d'entreprises ou une population de salariés.....	59
3.2.3	Une utilité qui serait renforcée si les SPST partageaient un même outil au niveau national.....	59
3.3	Un projet d'indice standardisé est en cours de test dans une partie des SPSTI	60
3.3.1	Un projet d'indice national conçu sous l'égide de l'association Presanse	60
3.3.2	Le chantier de construction de l'indice Presanse piloté par une équipe de recherche : état d'avancement de l'étude à juin 2025.....	61
3.4	La généralisation d'un indice standardisé à l'ensemble des SPSTI suppose de nombreuses conditions de réussite	63
3.4.1	Que signifierait généraliser un indice de risque de désinsertion à l'ensemble des SPSTI ?.....	63
3.4.2	La nécessité de clarifier les paramètres et les usages d'un futur indice national	65
3.4.3	L'ensemble des conditions de réussite de l'IRDP doit faire l'objet de travaux préalables à sa généralisation	69
3.5	Intégrer les indices dans une stratégie globale d'évaluation des résultats en matière de PDP	70
LISTE DES ANNEXES	73
LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	74
Sigles utilisés	86
Lettre de mission	87

RAPPORT

Introduction

[24] Par lettre du 4 décembre 2024, la ministre du Travail a confié à l'Igas une mission « relative à l'élaboration d'un indice de repérage des salariés en désinsertion professionnelle et à l'amélioration de la coordination des acteurs chargés de leur maintien en emploi ». La mission a été confiée à Hervé Léost et François Schechter qui ont conduit leurs investigations entre janvier et juin 2025¹.

[25] **Prévenir les risques de désinsertion professionnelle pour l'ensemble des salariés fragilisés, soit par des problèmes de santé (maladies chroniques évolutives, cancer, addiction...), soit par des situations de handicap constitue un défi pour les entreprises et la société en général :** 5 à 10 % des salariés sont menacés à court ou moyen terme par des difficultés à se maintenir en emploi, proportion appelée à croître avec le vieillissement de la population active, l'allongement des carrières et l'augmentation des maladies chroniques². Face à cet enjeu, la prévention de la désinsertion professionnelle (PDP) renvoie aux « dispositifs et accompagnements mis en œuvre à destination des salariés potentiellement vulnérables du fait d'un état de santé difficilement compatible avec la poursuite de leur activité. Ces situations de vulnérabilité peuvent être d'origine professionnelle ou non. »³

[26] **Quatre ans après la loi du 2 août 2021, qui a porté des évolutions majeures sur la politique de PDP, notamment par la création de cellules dédiées dans les services de prévention et de santé au travail inter-entreprises (SPSTI), la mission avait deux objets :**

- **Etablir un diagnostic sur les indices de risque de désinsertion professionnelle (IRDP) en cours de diffusion dans les services dans la perspective d'une éventuelle généralisation d'un indice national.** Divers indices sont en effet en construction pour mieux outiller la détection précoce des situations de désinsertion. Le rapport n'a pas vocation à valider un indice sur le plan scientifique mais à analyser les projets en cours afin notamment de mettre en avant les conditions de réussite d'un indice national ; le rapport analyse également les usages qui peuvent être faits de ces indices par les SPST et leurs partenaires.
- **Faire le point sur la coordination entre les nombreux acteurs de la PDP,** qu'il s'agisse des SPST, des services de l'Etat, de l'assurance maladie, des Cap emploi, de l'Agefiph... Compte tenu de la complexité de cet environnement institutionnel, les défaillances de coordination peuvent nuire à la fois à l'implication des employeurs, qui sont des acteurs centraux du maintien en emploi de leurs salariés, et à la capacité des travailleurs eux-mêmes à être acteurs de leur parcours. Les analyses de la mission ne portent donc pas sur la pertinence de tel ou tel dispositif de PDP, mais bien sur les marges de progrès en matière de coordination entre acteurs.

¹ La mission a bénéficié du concours des docteurs Christine Gardel et Claude Gady-Cherrier, membres de l'IGAS, jusqu'en avril 2025.

² Igas, « La prévention de la désinsertion professionnelle des salariés malades ou handicapés », 2017.

³ Instruction DGT / CNAM du 26 avril 2022 sur la prévention de la désinsertion professionnelle.

[27] Le champ de la mission est circonscrit à la PDP pour les travailleurs salariés du secteur privé. Les analyses portent principalement sur les SPSTI, objet premier de la loi de 2021 et acteur essentiel auprès des TPE / PME, même si la mission a également échangé avec plusieurs SPSTI autonomes (SPSTA) et DRH d'entreprises pour disposer d'éléments de comparaison.

[28] **La mission a procédé à quatre déplacements complétés par un questionnaire aux SPSTI pour consolider ses constats et recommandations.** Elle s'est efforcée de prendre en compte l'expérience des usagers des SPSTI, à la fois salariés par des entretiens dédiés mais aussi employeurs adhérents des SPSTI par des contacts avec des entreprises⁴.

[29] La loi de 2021 a représenté une étape importante de structuration de la prévention de la désinsertion professionnelle, notamment par la création de cellules dédiées à la PDP et l'accent sur le renforcement des systèmes d'information (1). Quatre ans après cette loi, la répartition des rôles entre partenaires reste peu lisible et la coordination autour du parcours de PDP est mal outillée (2). La mise en place d'indices de risque de désinsertion peut s'avérer mobilisatrice pour l'ensemble des partenaires de la PDP à condition de remplir plusieurs conditions de réussite et de clarifier leur utilisation dans le suivi des salariés et l'implication des employeurs (3).

1 La loi de 2021 a constitué une étape importante dans la structuration des politiques de prévention de la désinsertion professionnelle

1.1 La PDP constitue à la fois un enjeu pour les entreprises et une priorité de santé publique

[30] La prévention de la désinsertion professionnelle, associée à la notion de maintien dans l'emploi⁵ - renvoie à un triple objectif :

- Maintenir en emploi des salariés confrontés à des difficultés à occuper leur poste de travail et les aider à conserver leur emploi, ou un emploi, dans des conditions compatibles avec leur état de santé. Les difficultés de ces salariés dépassent souvent le cadre strict du milieu de travail, mais l'objectif premier est d'apporter à ces derniers les moyens de poursuivre une carrière professionnelle et ainsi de prévenir le risque de précarisation professionnelle et donc sociale.
- Incrire les interventions auprès du salarié ou auprès des collectifs de travail susceptibles d'entraîner une exposition au risque de désinsertion dans les politiques publiques de

⁴ Voir l'annexe 1 sur la méthode de la mission.

⁵ L'expression « maintien dans l'emploi » apparaît dans le code du travail en 1993 à la suite de la loi du 20 décembre 1993. Cette notion est reprise également dans le code de la sécurité sociale depuis 2009. 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.

promotion de la santé/sécurité au travail, de la santé publique, de l'inclusion des travailleurs handicapés⁶, de la sécurisation des parcours professionnels...

- Contribuer à la gestion du risque maladie : actions menées par l'assurance maladie visant à la maîtrise des arrêts de travail des assurés sociaux, mais aussi à la préservation de leur état de santé et à l'effectivité de leur accès aux droits (notamment en matière d'indemnités journalières et d'accompagnement à la reprise d'emploi).

[31] **Dans ce cadre, les principes de la PDP reposent sur la prise en compte de deux continuums :**

- **Un continuum des champs d'où peuvent naître les causes de la désinsertion professionnelle** : environnement professionnel, péri-professionnel, personnel, situation de santé, parcours de vie... Ce continuum trouve, en partie, son illustration dans l'identification de causalités multiples (et comorbidités) à l'origine de la désinsertion professionnelle, décrites notamment dans le rapport de l'Igas de 2017 consacré aux politiques de maintien en emploi et précisées dans une recommandation de 2019 de la Haute autorité de santé⁷.
- **Un continuum de parcours s'inscrivant dans la vie du salarié qui est aussi un assuré et un patient.**

[32] **La PDP a donc pour objectif de suivre le travailleur tout au long de sa vie professionnelle ainsi que de son parcours de santé dans une optique globale de prévention :**

- Prévention primaire, notamment par des actions collectives en entreprise pour prévenir le risque d'accident de travail, de maladie professionnelle et les conséquences des conditions de travail sur l'état de santé pour le travailleur ;
- Prévention secondaire qui passe par un suivi individuel du salarié lorsqu'apparaissent des difficultés liées à un problème de santé, pour les traiter le plus précocement possible.
- Prévention tertiaire qui vise à réduire les effets sur l'emploi des complications de l'état de santé du travailleur et des conséquences d'une désinsertion professionnelle pour donner suite à des arrêts de travail répétés ou de longue durée.

⁶ Le code du travail fixe un principe général d'interdiction de toute discrimination fondée sur l'état de santé ainsi qu'une obligation de reclassement d'un salarié déclaré inapte à son poste de travail.

⁷ HAS, « Santé et maintien en emploi : prévention de la désinsertion professionnelle des travailleurs », 2019.

1.2 Des actions de PDP anciennes dont les insuffisances ont fait l'objet de plusieurs diagnostics

1.2.1 Des actions qui reposent en premier lieu sur les employeurs et les services de santé au travail

[33] Des actions en matière de PDP ont été entreprises bien avant la loi du 2 août 2021, comme l'illustrent le rapport de l'IGAS de 2017 précité et celui de janvier 2023 établissant le bilan et les perspectives des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) des SPSTI⁸.

[34] **En premier lieu, le maintien en emploi relève du rôle des employeurs qui sont les premiers acteurs de la mise en place d'une démarche de prévention au sein de l'entreprise**, à travers leur obligation de sécurité qui impose de prendre toutes les mesures pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale de leurs salariés. Ils peuvent détecter des signaux faibles à l'origine de la désinsertion⁹, tout comme les instances représentatives du personnel. Les initiatives de maintien en emploi internes sont nombreuses. La responsabilisation de l'employeur est cependant moins forte que chez certains de nos partenaires européens (cf. *infra* partie 2.4 sur les exemples allemands, suédois et danois).

[35] **En lien avec les employeurs, les SPST ont pour rôle de mobiliser les outils de maintien en emploi et d'apporter une réponse médico-sociale aux salariés les plus en risque de désinsertion¹⁰**. Par ailleurs, des initiatives peuvent naître de l'identification de situation de fragilités particulières de certains salariés : salariés multi-employeurs¹¹, salariés temporaires, saisonniers, éloignés sur le plan géographique...

[36] **Le développement des actions de PDP s'inscrit dans un cadre marqué par des évolutions organisationnelles des SPST en deux étapes sur la période récente :**

- **la loi du 20 juillet 2011** confie aux services de santé au travail la mission « d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail »¹² et prévoit la création, dans chaque service, d'un équipe pluridisciplinaire composée de professionnels de santé au travail : médecins du travail, assistante sociale, infirmiers en santé au travail... A partir de janvier 2012, chaque SPST a dû élaborer un projet de service et signer un CPOM avec l'Etat et l'assurance maladie intégrant des actions de PDP. Le rapport de 2023 précité établit que

⁸ Igas, « Bilan et perspectives des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec les services de prévention et de santé au travail », 2023.

⁹ Ces signaux peuvent être de nature hétérogène : arrêts de travail à répétition, arrêts longue maladie, absences ou retards injustifiés, difficultés à tenir le poste, lenteur, erreur, perte de productivité, changement de comportement, apparition de problèmes relationnels, évitement de certaines tâches : cf. « Le maintien dans l'emploi en question », ENSP, 2000.

¹⁰ La détection ou l'alerte pouvait venir de médecin du travail du SPST à l'occasion des visites réglementaires, du médecin traitant, du médecin conseil, de l'employeur et du salarié.

¹¹ Par exemple, création d'un nouveau service, le service de prévention et de santé au travail national pour les salariés des 3,3 millions de particuliers employeurs à partir de 2025.

¹² 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 »

plus de 60 % des CPOM de première génération comportaient des engagements en matière de PDP.

- **la loi du 8 août 2016** précise la composition des équipes pluridisciplinaires et procède à un rééquilibrage du temps médical disponible afin de permettre, en particulier, aux médecins du travail de consacrer plus de temps aux actions en entreprise ainsi qu'aux examens de pré-reprise.

1.2.2 Une politique de maintien en emploi développée par l'assurance maladie à partir des années 2000

[37] **A l'occasion des COG signées dans les années 2000, l'assurance maladie structure son programme d'actions de maintien en emploi ciblé sur les assurés concernés par des arrêts de travail.** Les documents stratégiques de cette période affirment déjà l'objectif d'une détection et d'une intervention précoces pour maintenir l'assuré dans l'emploi. Ces objectifs sont réitérés à chaque document stratégique dans la branche maladie comme dans la branche AT-MP. Ainsi, dans la COG maladie 2018-2022, la branche s'engage à « développer les politiques de PDP des assurés dont l'état de santé est durablement atteint, en lien étroit avec la branche risques professionnels ». Les dispositions de la COG relatives au service social comportent un axe prioritaire « santé et employabilité pour favoriser le maintien dans l'emploi des assurés en arrêt de travail ».

[38] **Cette politique repose sur trois acteurs internes du réseau, service médical, service social de la Carsat et CPAM, rendant nécessaire une coordination autour de l'assuré, qui a conduit à la création de cellules PDP rassemblant ces trois acteurs à partir de 2009.** La CNAM a précisé par instruction que ces cellules ont vocation à prendre en charge les dossiers d'assurés « urgents » (risque de rupture d'indemnisation, risques psycho-sociaux, etc.) ou « complexes » (nécessitant l'intervention de plusieurs services ou organismes) »¹³. Le repérage des situations de risque de désinsertion professionnelle par l'assurance maladie repose principalement sur des requêtes dans son système d'information permettant de détecter l'existence d'un arrêt de travail et de connaître sa durée.

[39] **Les cellules dédiées ne constituent qu'une dimension parmi d'autres de l'action de PDP de l'assurance maladie au cours des années 2010.** Ainsi, la grande majorité des situations de risque de désinsertion identifiées est traitée par les services du réseau, principalement le service social des Carsat, en dehors des cellules PDP qui se concentrent sur les cas les plus complexes. Par ailleurs, plusieurs actions mises en place au cours des années 2010 témoignent d'un investissement de l'assurance maladie dans le maintien en emploi (voir annexe 2) : formation des professionnels à la PDP, sensibilisation des médecins traitants via les délégués de l'assurance maladie...

¹³ Voir l'annexe 2 sur l'assurance maladie.

1.2.3 Des difficultés de coordination faisant l'objet d'analyses convergentes qui ont nourri la loi d'août 2021

[40] Pour le suivi du parcours du salarié, la PDP mobilise, en lien avec l'entreprise, des opérateurs des champs de la santé-sécurité au travail, des politiques de l'emploi, de l'inclusion, de la protection sociale (principalement l'assurance maladie) ainsi que des politiques de solidarité (handicap, action sociale).

[41] **Le rapport Igas déjà cité a établi en 2017 un diagnostic de l'ensemble des actions conduites en matière de PDP tout en soulignant plusieurs fragilités, notamment en matière de coordination des acteurs¹⁴ :**

- Une complexité du système d'acteurs qui nuit à l'accompagnement du parcours du salarié ;
- Une « difficulté structurelle pour réunir des données cohérentes, fiables et régulières » sur l'activité de PDP comme sur ses résultats et sa performance ;
- Une détection des situations à risque trop tardive ne permettant pas, dans de nombreux cas, d'éviter le licenciement pour inaptitude ; le rapport appelle de ses vœux une détection plus précoce, notamment par l'assurance maladie ;
- Des outils de transition professionnelle peu connus des acteurs de la santé au travail ;
- Des difficultés d'articulation entre les trois médecins compétents pour suivre le parcours de désinsertion, médecin du travail, médecin conseil et médecin de ville.

[42] **Le rapport de 2017 estime enfin, à date, que moins de la moitié des services de santé au travail ont alors mis en place une organisation dédiée à la PDP, parfois sous la forme de cellules de maintien en emploi.** Ce constat d'une forte hétérogénéité des services sur la PDP est confirmé en 2020 par le rapport de l'Igas sur les services de santé au travail qui montre que certains services sont dynamiques quand d'autres sont plus passifs, restant en attente des initiatives de l'assurance maladie¹⁵.

1.3 La loi de 2021 a apporté une forte impulsion à la structuration de la politique de PDP

1.3.1 Pour renforcer la PDP, la loi de 2021 crée de nouveaux dispositifs et généralise les cellules dédiées dans les SPSTI

1.3.1.1 Un accent renforcé sur la PDP dans la lignée de l'ANI de 2020

[43] **L'accord national interprofessionnel (ANI) du 9 décembre 2020 pour une prévention renforcée et une offre renouvelée en matière de santé au travail et conditions de travail a constitué une étape importante pour la prise en compte des enjeux de PDP.** Il tient compte de la recommandation déjà citée de la Haute autorité de santé de 2019 qui identifie notamment les

¹⁴ Voir l'annexe 1 qui rappelle les principaux constats et recommandations des rapports récents.

¹⁵ Igas, « Evolution des services de santé au travail inter-entreprises », 2019.

facteurs individuels et de l'environnement de travail susceptibles d'influencer le pronostic professionnel¹⁶.

[44] **L'ANI souligne l'importance de faire de la PDP un enjeu de prévention primaire et propose la mise en place d'une cellule de prévention de la désinsertion professionnelle au sein des services de santé au travail interentreprises.** Cette cellule, composée de professionnels de santé mais aussi d'assistantes sociales ou d'ergonomes, doit apporter aux situations individuelles des solutions personnalisées et de proximité, formalisées dans un plan de retour à l'emploi.

[45] **Sur la base des orientations de l'ANI, la loi du 2 août 2021 renforce alors le rôle des services de santé au travail en matière de prévention et de maintien en emploi :**

- Création de nouveaux dispositifs :
 - une visite obligatoire à mi-carrière (45 ans) pour évaluer les risques de désinsertion professionnelle, qui vient compléter les visites de pré-reprise, de reprise et les rendez-vous de liaison ;
 - un rendez-vous de liaison entre employeur et salarié rendu possible pendant l'arrêt de travail ;
- **Echanges d'informations nécessaires à la PDP** entre assurance maladie et service de santé au travail, sous réserve de l'accord de la personne concernée.
- Création des **cellules de PDP** au sein de chaque SPSTI.

1.3.1.2 Le rôle attribué par la loi aux cellules de PDP des SPSTI

[46] **Si des cellules de maintien en emploi existaient déjà depuis parfois une décennie dans certains SPSTI, l'article 19 de la loi prévoit leur généralisation et précise les missions qu'elles doivent prendre en charge (L. 4622-8-1) :**

- « Proposer des actions de sensibilisation », par exemple à destination des employeurs ;
- « Identifier des situations individuelles » : le repérage des salariés en risque de désinsertion est donc inscrit dans les missions de la cellule PDP ;
- « Proposer, en lien avec l'employeur et le travailleur, les mesures individuelles prévues à l'article L. 4624-3 » :
 - il s'agit ici des mesures d'aménagement de poste ou du temps de travail qui relèvent du médecin du travail ; elles ne sont donc pas l'exclusivité de la cellule de PDP.
 - cette mention par la loi du « lien avec l'employeur » renvoie à la nécessité de mettre à profit les nouvelles cellules pour renforcer ce lien, ce qui correspondait à une demande des représentants des employeurs lors des négociations de l'ANI ;
- « Participer à l'accompagnement du travailleur éligible au bénéfice des actions de PDP prévues à l'article L. 323-3-1 du Code de la sécurité sociale », soit les dispositifs relevant de l'assurance maladie (essais encadrés, conventions de réadaptation professionnelle...) ;

¹⁶ Voir l'annexe 4 sur l'IRDP (partie 1) pour la présentation de la recommandation de la HAS.

- « Procéder à l'information prévue à l'article L. 4622-2-1 du code du travail » : il s'agit ici de l'information à transmettre à l'assurance maladie sur la situation des travailleurs qui auront fait l'objet d'un signalement de leur arrêt de travail.

[47] **Le même article de loi mentionne les « collaborations » que doit engager la cellule de PDP avec une liste de partenaires, sans lui attribuer pour autant de rôle de coordination de ces acteurs** : professionnels de santé, assurance maladie, acteurs du maintien dans l'emploi, de la compensation du handicap, de l'insertion. Enfin, la cellule est animée et coordonnée par un médecin du travail « ou un membre de l'équipe pluridisciplinaire désignée par lui et agissant sous sa responsabilité ». Le décret d'application de la loi, qui définit l'offre service socle, définit ainsi l'objectif attaché à la PDP : « faire vivre une cellule opérationnelle pour anticiper et accompagner les cas individuels susceptibles de sortir de l'emploi »¹⁷.

1.3.1.3 Un accent particulier sur les systèmes d'information pour améliorer la coordination entre acteurs

[48] **La loi de 2021 apporte plusieurs avancées majeures au cadre légal des échanges de données entre professionnels des SPST mais aussi entre institutions du parcours de PDP**. Le dossier médical en santé au travail (DMST) doit désormais être tenu obligatoirement sous forme numérique et peut être alimenté par un professionnel de santé du SPST autre que le médecin du travail. Le médecin du travail peut accéder au dossier médical partagé (DMP) du travailleur « sous réserve de son consentement exprès et de son information préalable » (art. L. 1111-17 du CSP).

[49] **Pour faciliter la détection des situations individuelles à risque de désinsertion, l'article 19 de la loi prévoit la mise en place d'une transmission, de la part de l'assurance maladie, des arrêts de travail** lorsqu'ils « remplissent des conditions fixées par décret ou lorsqu'ils font apparaître un risque de désinsertion professionnelle ». En retour, le SPST informe l'assurance maladie sur l'accompagnement qu'il fournit à la personne concernée.

[50] **La loi pose également les bases de l'interopérabilité des systèmes d'information des SPST** : « Afin de garantir l'échange, le partage, la sécurité et la confidentialité des données de santé à caractère personnel, les systèmes d'information ou les services ou outils numériques destinés à être utilisés par les professionnels de santé exerçant pour le compte des services de prévention et de santé au travail ainsi que par les personnes exerçant sous leur autorité doivent être conformes aux référentiels d'interopérabilité et de sécurité élaborés par [l'ANS]. ». Le même article fait de la conformité des SI aux référentiels d'interopérabilité un critère de certification des SPSTI. Il ouvre enfin aux SPST l'utilisation de l'identifiant national de santé, indispensable pour transmettre des informations de santé sur un usager.

¹⁷ Décret du 25 avril 2022.

1.3.2 Des orientations nationales récentes qui mettent l'accent sur la structuration du système de PDP et le rôle des cellules

[51] **Le quatrième plan santé au travail (PST 4) 2021-2025 comporte l'objectif de « prévenir la désinsertion et l'usure professionnelles en accompagnant les salariés et les entreprises concernés pour faciliter le maintien en emploi ».** Sur le fondement d'un diagnostic sur la complexité du système et les défauts de coordination, le plan prévoit le renforcement de la détection et de l'intervention précoces et met l'accent sur le rôle des entreprises. Il s'agit par exemple d'exploiter les possibilités ouvertes par la nouvelle visite de mi-carrière et de faire le lien entre PDP et gestion des emplois et compétences dans l'entreprise. Le plan prévoit également un travail sur des critères de repérage des salariés en risque de désinsertion ainsi qu'une amélioration de la lisibilité des dispositifs, notamment pour les travailleurs atteints de maladies chroniques. En effet, la prévention de la désinsertion constitue un axe transversal présent également dans d'autres stratégies de santé publique : c'est le cas du projet de stratégie nationale de santé ou encore de la stratégie nationale cancer 2021-2030 qui prévoit de « faire du maintien en emploi un objectif du parcours » de la personne.

[52] **L'objectif de renforcement de la collaboration entre acteurs est porté en particulier par l'instruction DGT / CNAM du 26 avril 2022 relative aux modalités de mise en œuvre des cellules de PDP instituées dans les SPSTI¹⁸.** L'instruction précise les modalités de composition et de fonctionnement de la cellule PDP et son articulation avec les équipes pluridisciplinaires des SPSTI. Elle demande aux Dreets d'utiliser les CPOM pour fixer aux services des objectifs sur la PDP. Elle rappelle l'ensemble des acteurs avec lesquels les cellules de PDP doivent travailler.

[53] **En application de la loi de 2021, les cellules de PDP sont ainsi désormais positionnées du côté des SPSTI et non plus de l'assurance maladie, désignée par l'instruction DGT/CNAM comme le « partenaire privilégié de la cellule PDP » du SPSTI.** L'instruction prévoit ainsi la contribution des cellules des SPSTI à la coordination des parcours des salariés pris en charge par l'assurance maladie et réciproquement l'appui du service social de l'assurance maladie à la prise en charge par les SPSTI des parcours de PDP. Cependant, l'instruction ne précise pas les critères devant conduire l'un de ces deux acteurs plutôt que l'autre à prendre en charge un parcours de PDP.

1.3.3 Les stratégies régionales sous l'égide des Dreets

[54] **La mise en œuvre des orientations de la loi de 2021 concernant la PDP s'inscrit, au niveau régional, dans un contexte plus large d'évolution de la structure et des missions des SPSTI.** La période est en effet marquée par des fusions de services (ils étaient 277 à fin 2013, 195 à fin 2021 et 176 à fin 2023)¹⁹ et par l'engagement d'une première vague de certification aboutissant en 2025. Les déplacements de la mission confirment le caractère très structurant de la certification, conduisant les services à formaliser leurs procédures notamment dans le domaine de la PDP, qui constitue l'un des trois piliers de l'offre socle de service avec le suivi de la santé des salariés et la prévention des risques professionnels.

¹⁸ DGT / CNAM, « Modalités de mise en œuvre des cellules de PDP constituées au sein des SPSTI », 26 avril 2022.

¹⁹ Source : Enquête DGT 2023.

[55] La période actuelle est aussi celle de la signature des CPOM de troisième génération, qui a fait l'objet d'une instruction du 12 juillet 2024 précisant les priorités d'action et proposant des fiches thématiques²⁰. Dans cette instruction, la PDP constitue le premier volet d'action obligatoire du CPOM, le second étant la prévention des risques prioritaires. Pour autant, la contractualisation a pris du retard. Dans plusieurs régions analysées par la mission, la majorité des services ne disposaient pas encore de CPOM de nouvelle génération à mi-2025 ce qui ne permet pas de disposer d'une vision sur la prise en compte de l'enjeu de PDP dans ces contrats²¹. Les contrats analysés par la mission consacrent cependant une place importante aux enjeux de maintien en emploi.

[56] L'accent des CPOM sur la PDP reflète la priorisation de cet axe dans les plans régionaux de santé au travail. La gouvernance du PRST permet d'impliquer tous les acteurs institutionnels et les partenaires sociaux dans le CRPST, « instance privilégiée d'échange sur la politique régionale de santé au travail » selon l'instruction du 12 juillet 2024. Le thème de la PDP y est fortement présent, souvent en articulation avec le PRITH. Cette articulation peut passer par un groupe de travail ad hoc qui associe les acteurs concernés et détermine les actions communes aux deux plans régionaux²².

[57] Les articulations des PRST avec les plans régionaux de santé portés par les ARS sont plus embryonnaires malgré le décloisonnement entre santé au travail et politique globale de santé visé par la loi de 2021. Ainsi, les SPST doivent désormais contribuer « à la réalisation d'objectifs de santé publique afin de préserver, au cours de la vie professionnelle, un état de santé du travailleur compatible avec son maintien en emploi »²³. Dans les PRST, cette ouverture au champ sanitaire concerne parfois des actions spécifiques de PDP. C'est le cas par exemple en ARA avec une action visant à faciliter et soutenir le retour au travail après un cancer du sein ou en région Grand Est avec une action de maintien en emploi pour des personnes souffrant de pathologies psychiques. Ces différentes actions se fondent sur la mobilisation d'acteurs du champ sanitaire (en établissements de santé ou en ville) avec cependant une implication des ARS qui paraît limitée.

Tableau 1 : Principales institutions compétentes sur la PDP

Acteur	Principales missions prévues en matière de PDP
DREETS	Pilotage du PRST et notamment de ses actions relatives à la PDP Déclinaison des orientations des PRST dans les CPOM des SPSTI, suivi de la certification Mise en cohérence de la politique de PDP avec les autres axes de l'action régionale (politiques de l'emploi, du travail, de la solidarité, insertion des travailleurs handicapés).

²⁰ Instruction DGT / CNAM du 12 juillet 2024 relative aux CPOM conclus avec les SPSTI. L'instruction indique « prendre en compte les recommandations du rapport de l'Igas de janvier 2023 » sur les CPOM.

²¹ Dans une région visitée par la mission, tous les CPOM avaient été signés. Dans les trois autres régions, entre zéro et un CPOM avaient été signés au moment de la mission.

²² Igas, « La gouvernance de la politique d'emploi des personnes en situation de handicap », 2024.

²³ L. 4622-2 du code du travail.

RAPPORT IGAS N°2025-004R – TOME 1

SPSTI	<p>La PDP est l'un des trois volets de l'offre socle des SPSTI, avec la prévention des risques professionnels et le suivi de l'état de santé des travailleurs. Pour la PDP, l'offre socle prévoit de « faire vivre une cellule opérationnelle pour anticiper et accompagner les cas individuels susceptibles de sortir de l'emploi »²⁴</p> <p>Les CPOM comportent obligatoirement un axe PDP</p>
SPSTA	<p>Pas de certification ni de CPOM.</p> <p>Pas d'obligation de mise en place d'une cellule de PDP mais développement de cellules de maintien en emploi dans le cadre de la mission générale conférée aux SPST de « préserver, au cours de la vie professionnelle, un état de santé du travailleur compatible avec son maintien en emploi »²⁵</p>
Assurance maladie / CPAM	<p>Les CPAM versent des indemnités journalières aux salariés en arrêt de travail. Elles peuvent détecter les situations à risque de désinsertion sur la base de requêtes portant sur les arrêts de travail.</p>
Assurance maladie / Carsat	<p>Le service social de la Carsat accompagne sur le plan social certains assurés détectés comme à risque de désinsertion</p>
Assurance maladie / service médical	<p>Le service médical détecte des situations de risque de désinsertion à l'occasion des contrôles qu'il réalise sur les arrêts de travail</p> <p>Le service médical doit valider la mise en œuvre de certains dispositifs de maintien en emploi nécessitant un avis médical</p>
Médecin de soin, en particulier médecin traitant	<p>Prescrit l'arrêt de travail</p> <p>Coordonne le parcours de santé du patient</p>
Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées (AGEFIPH)	<p>L'AGEFIPH apporte des aides aux entreprises pour engager les dépenses occasionnées par la recherche ou la mise en place d'une mesure de maintien dans l'emploi.</p> <p>Elle encourage l'entreprise à embaucher des travailleurs handicapés en attribuant une prime d'insertion à l'entreprise et des aides au travailleur handicapé.</p>
Cap emploi	<p>Les Cap emploi informent et conseillent les salariés et les employeurs sur les conditions et modalités de maintien dans l'emploi des personnes handicapées</p>
MDPH	<p>Les MDPH se prononcent sur la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) qui ouvre l'accès aux mesures d'aide au maintien dans l'emploi et accordent certaines prestations aux travailleurs en situation de handicap.</p>
ARS	<p>Actions de maintien en emploi dans certains axes du projet régional de santé</p> <p>Implication dans le PRITH</p>

Source : *Mission.*

²⁴ Décret du 25 avril 2022 relatif à l'approbation de la liste et des modalités de l'ensemble socle des SPSTI.

²⁵ Article L. 4622-2 du code du travail.

2 La prévention de la désinsertion professionnelle nécessite une coordination entre acteurs qui est encore insuffisante

[58] Au-delà des cellules dédiées, l'efficacité de la PDP repose sur la coordination entre un nombre très élevé d'acteurs dont chacun dispose de ses propres dispositifs.

2.1 Un champ très complexe que la mise en place des cellules de PDP n'a pas simplifié

2.1.1 Des outils de maintien en emploi qui font intervenir de nombreux acteurs auprès des entreprises et des salariés

[59] Le tableau qui suit, fondé sur l'instruction nationale DGT / CNAM de 2022, illustre de manière non exhaustive la diversité des outils et surtout les interventions multiples à prévoir pour mobiliser certains d'entre eux au profit d'un salarié en risque de désinsertion. En particulier, plusieurs instruments ne sont mobilisables qu'à condition d'un échange d'informations entre SPST, médecin traitant et services de l'assurance maladie, notamment en cas d'avis nécessaire du médecin conseil. Au-delà, les Cap emploi et l'Agefiph disposent de leurs propres outils. En interne au SPSTI, ce sont, selon les cas, les équipes pluridisciplinaires ou les cellules PDP qui assurent le lien avec ces partenaires.

Tableau 2 : Quelques exemples de dispositifs de PDP avec les acteurs institutionnels impliqués

Dispositifs	Objectifs	Acteurs	Public
Essai encadré L. 323-3-1 et D. 323-6 et suivants du code de la sécurité sociale	Faciliter à la suite d'un arrêt de travail, la reprise des salariés dans leur emploi ou leur permettre d'acquérir la connaissance et le savoir-faire nécessaires à l'exercice d'un nouveau métier	Convention conclue entre la CPAM, l'employeur et le salarié.	Salariés du régime général, intérimaires, apprentis, stagiaires de la formation professionnelle en arrêt de travail.
Temps partiel thérapeutique L. 323-3 code de la sécurité sociale	Réduire temporairement le temps de travail afin de permettre au salarié de se maintenir dans l'emploi	Prescrit par le médecin traitant, avec accord de l'Assurance maladie et après visite de reprise menée par le médecin du travail et accord de principe de l'employeur.	Ouvert en cas de maladie d'origine non professionnelle, concerne un salarié en arrêt de travail, ou rencontrant des difficultés au travail liées à sa santé ou son handicap
Actions de remobilisation précoces (actions de formation) pendant l'arrêt de travail	Élaborer et/ou mettre en œuvre un projet de maintien en emploi pendant l'arrêt de travail	Sur autorisation de l'Assurance maladie, via accord du médecin traitant et avis du médecin du travail et de la cellule PDP.	Salariés du régime général en arrêt total ou partiel présentant un risque de PDP.

Article L323-3-1 et L. 433-1 du code de la sécurité sociale			
Projet de transition professionnelle (PTP) Articles L6323-17-1 à L6323-17	Pour les salariés souhaitant changer de métier ou de profession	Associations transition pro Validé par la commission Paritaire interprofessionnelle régionale	Salariés de droit privé, sous conditions d'ancienneté dans les 24 derniers mois, une absence au travail due à une maladie professionnelle, ou une absence d'au moins six mois, consécutifs ou non, suite à un accident du travail
Aide à l'adaptation des situations de travail	Permettre le maintien dans l'emploi par l'adaptation du poste de travail ou de télétravail d'une personne handicapée ²⁶ Par exemple, prise en charge des frais liés à l'aménagement de poste, interprétariat, tutorat, logiciels spécifiques,...	Cap emploi / financement AGEFIPH	-Tout employeur d'un salarié handicapé ayant une attestation de son médecin du travail -Travailleur indépendant handicapé détenteur d'un avis médical.

Source : *Instruction DGT / CNAM 2022*

[60] **La mise en place du fonds d'investissement pour la prévention de l'usure professionnelle, tout en mettant à disposition de nouveaux moyens financiers, a renforcé la complexité des règles²⁷.** Le Fipu permet à la fois de financer des actions de prévention des risques, des actions de PDP et des actions de reconversion. Sa mobilisation induit une grande complexité génératrice de délais s'agissant des opérations prises en charge à la fois par des financements de l'Agefiph et du Fipu mobilisé par la Carsat : par exemple, l'Agefiph intervient d'ordinaire sur devis, mais, dans le cas de cofinancements Fipu, doit attendre la validation par la Carsat de l'opération sur factures pour engager ses propres crédits²⁸.

2.1.2 Des cellules de PDP aux structurations différentes et qui s'insèrent progressivement dans l'organisation et les pratiques des SPSTI

[61] **Quatre ans après la loi, le suivi de la mise en place des cellules permet de dresser un bilan quantitatif satisfaisant.** Sur la base de la dernière enquête de la DGT, à fin 2023, 88 % des SPSTI avaient en effet mis en place une cellule de PDP et 5 % d'entre eux déclaraient la mutualiser avec

²⁶ Par ailleurs, les actions d'adaptation du poste de travail concernent des travailleurs non handicapés dans le cadre du maintien en emploi.

²⁷ Fonds créé par la loi loi rectificative de financement de la sécurité sociale du 14 avril 2023.

²⁸ Outre la complétude du dossier, la CARSAT doit s'assurer de la conformité de la demande avec une éventuelle demande de subvention dans le cadre du dispositif d'aide de l'assurance-maladie TMS-Pro qui permet notamment d'aider au financement d'aménagements de postes.

un autre service. Ces éléments quantitatifs sont complétés par les réponses à un questionnaire conçu par la mission et transmis à l'ensemble des SPSTI²⁹.

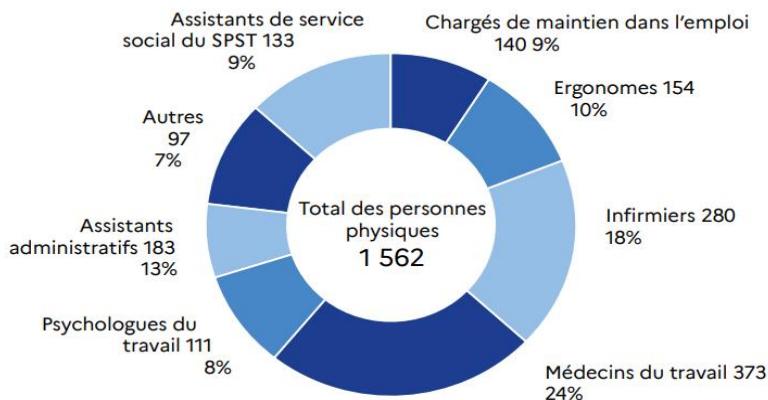
[62] **Le cadre national posé pour les cellules PDP est relativement souple et les déplacements de la mission confirment qu'il n'existe pas de modèle-type.** Les orientations nationales ne prévoient pas de modèle de cellule, ni de ratio entre effectifs de la cellule et nombre de salariés suivis. Le CPOM permet aux Dreets d'encadrer le fonctionnement des cellules mais peu de contrats sont signés à ce jour³⁰. Les SPSTI peuvent déterminer les modalités internes d'articulation entre cellules et équipes pluridisciplinaires.

Missions et composition des cellules PDP

La loi attribue plusieurs missions aux cellules PDP (cf. supra partie 1) : repérage des situations individuelles, participation à l'accompagnement des travailleurs, sensibilisation. Mais aucune de ces missions ne relève exclusivement des cellules puisqu'elles reposent également sur les équipes pluridisciplinaires.

La loi prévoit que le CPOM du SPSTI fixe la composition de la cellule de PDP. Il n'y a donc pas de composition type de la cellule, en dehors du fait qu'elle doit être pluridisciplinaire et être animée par un médecin du travail. Les chiffres issus de l'enquête DGT confirment le caractère pluridisciplinaire des cellules. Les médecins du travail et infirmiers constituent les deux premières catégories, suivies des ergonomes, chargés de maintien dans l'emploi, assistants administratifs et assistants de service social.

SPSTI - Composition de la cellule PDP en 2023



[63] **Les réponses au questionnaire de la mission, complétées par les déplacements, montrent que la création des cellules de PDP a tenu compte des organisations préexistantes dans chaque SPSTI.** Parmi les facteurs déterminants, on peut citer :

- La préexistence ou non d'une cellule chargée du maintien en emploi ;

²⁹ Voir annexe 5 sur la méthode de la mission.

³⁰ La région Grand Est fait partie des territoires dans lesquels tous les CPOM sont signés. Ceux-ci sont un moyen de généraliser certaines pratiques en matière de PDP, par exemple l'utilisation d'un auto-questionnaire pour identifier le risque de désinsertion.

- Le poids des ressources médicales et paramédicales ainsi que les choix de délégation entre médecins et IDEST ; le ratio médecin/IDEST est très variable selon les services ;
- La présence ou non de médecins pouvant exercer un effet d'entraînement auprès de leurs collègues pour favoriser la bonne insertion de la cellule.

[64] **Dès lors, la dénomination de « cellule de PDP » correspond sur le terrain à des réalités assez hétérogènes.** Certains SPST comptent même plusieurs cellules de PDP ce qui ne correspond pas à l'organisation prévue par la loi, qui visait une centralisation des ressources consacrées au maintien en emploi. En pratique, ces services ont renommé leurs équipes pluridisciplinaires en « cellules PDP » et constitué une cellule PDP centrale de second niveau qui assure les missions prévues par la loi.

[65] **L'obligation de certification des SPSTI les a souvent conduits à formaliser les procédures de saisie de la cellule PDP dans des protocoles qui permettent de clarifier le type de situation impliquant la cellule.** En fonction de la complexité des situations individuelles, plusieurs niveaux d'intervention sont prévus : des premiers niveaux sans intervention de la cellule, puis avec l'intervention d'une cellule interne au SPST, puis avec l'intervention d'une cellule ouverte aux partenaires³¹. En outre, certains services prévoient la transmission du suivi du salarié à la cellule pour le suivi de son parcours de PDP quand dans d'autres SPST, la cellule intervient en appui du médecin du travail, qui conserve le suivi de l'ensemble de ses dossiers³².

[66] **La volonté d'harmoniser les pratiques des cellules et leur articulation avec leurs partenaires a conduit certaines DREETS à promouvoir des chartes régionales de fonctionnement³³.** Celles-ci fixent un cadre général des missions et de l'organisation qui a vocation à être décliné dans les CPOM : par exemple, ces chartes peuvent prévoir la nécessité d'une procédure de saisine de la cellule tout en laissant chaque SPST la déterminer.

[67] **Au-delà des organisations, la mise en place des cellules représente un changement des pratiques et de répartition des rôles entre professionnels du SPSTI :**

- **L'attitude du corps médical constitue un facteur clé de succès :** certains médecins moteurs du maintien en emploi ont pris la responsabilité de cellules avec un effet d'entraînement sur leurs collègues. Beaucoup de professionnels soulignent l'intérêt de l'expertise collégiale sur les situations individuelles, avec pour modèles les staffs pluridisciplinaires pratiqués de longue date dans les établissements de santé. D'autres médecins relativisent l'apport des cellules en indiquant qu'ils ont « toujours fait de la PDP » dans le cadre de leur activité habituelle de médecins du travail. Le principe à l'origine des cellules consistant à favoriser les échanges interdisciplinaires avec des compétences non médicales peut parfois susciter des réticences.
- **Des fonctions nouvelles apparaissent, notamment celle de « chargé de mission cellule PDP » :** celui-ci, sans être professionnel de santé, peut exercer des fonctions

³¹ Par exemple, protocoles présents dans les services Prevy ou Presoa rencontrés par la mission.

³² Par exemple, Action Santé Travail à Aix-Noulette et ALSMT à Nancy.

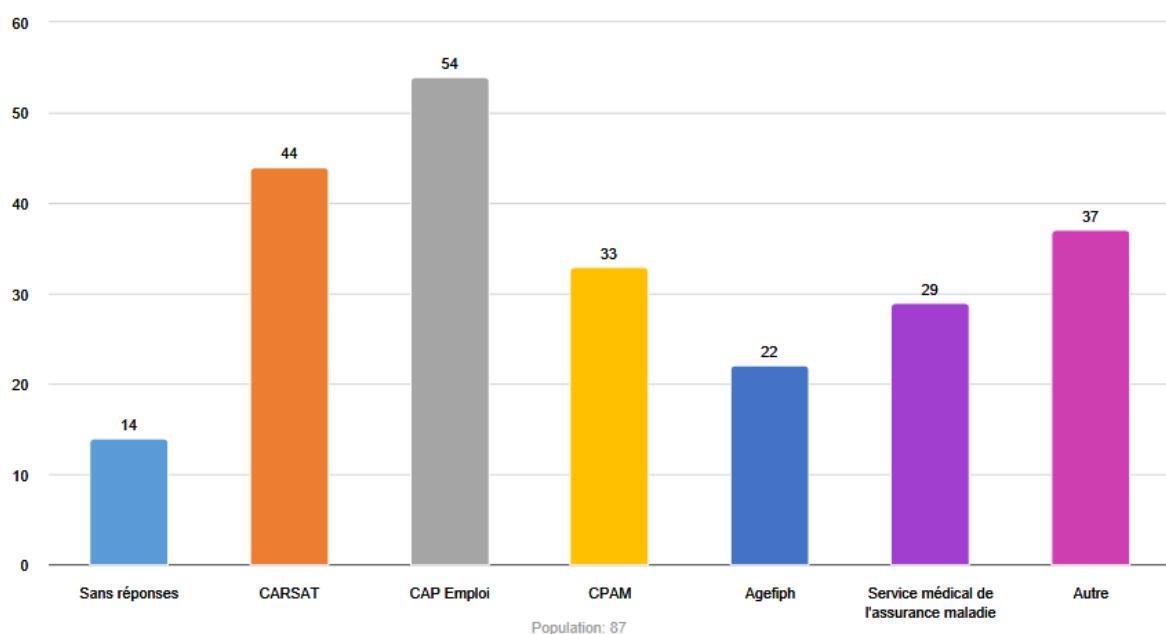
³³ C'est le cas par exemple en régions Bretagne (charte de fonctionnement des cellules) et Grand Est (guide de bonnes pratiques des cellules).

d'accompagnement de salariés ou d'entreprises, de suivi des indicateurs de la cellule ou de promotion des outils.

[68] Enfin, 83 % des répondants à l'enquête de la mission indiquent travailler avec leurs partenaires dans le cadre d'instances d'examen des cas complexes. Les participants le plus souvent cités sont la Carsat, Cap emploi, la CPAM. Il s'agit soit d'une commission au sein du SPST, soit d'une participation à une instance de l'assurance maladie. Au-delà des seuls cas complexes, les déplacements de la mission témoignent de progrès dans la formalisation des partenariats. Près des deux tiers des SPSTI répondants à l'enquête de la mission disposent d'un cadre formalisé de partenariat avec les Cap emploi et 50 % avec la Carsat.

Graphique 1 : Nombre de conventions avec les partenaires du SPSTI

1.2.1 Avez-vous un cadre conventionnel de collaboration avec les principaux acteurs de la PDP de votre territoire ?



Source : Mission, enquête auprès des SPSTI. Parmi les « autres » : réseau COMETE, FASTT, MDPH

2.2 Une répartition des rôles qui reste peu visible entre partenaires

2.2.1 L'assurance maladie a priorisé des enjeux de coordination interne mais l'articulation avec les SPSTI a progressé dans certains territoires

2.2.1.1 L'assurance maladie fait évoluer son modèle de PDP sans le bouleverser

[69] La loi de 2021 est intervenue alors que l'assurance maladie avait pris plusieurs initiatives pour mieux coordonner les acteurs de la PDP : cellules PDP dès 2009 mais aussi plateformes PDP à partir de 2020. En effet, le choix fait en 2021 de placer les cellules PDP dans les SPST intervenait moins de deux ans après une volonté du gouvernement d'inscrire dans la loi des « plateformes auprès des CPAM ». Dans cette disposition, finalement censurée par le Conseil constitutionnel comme cavalier législatif, les plateformes étaient chargées de « coordonner l'intervention des

différents services de l'assurance maladie sur le territoire et des services de santé au travail », en associant si besoin « d'autres acteurs intervenant dans le domaine de la prévention de la désinsertion professionnelle »³⁴. Dans ce contexte, l'assurance maladie a expérimenté des plateformes PDP à partir de 2020 : dans 14 territoires, ces plateformes fonctionnaient sur la base d'échanges d'informations renforcées sur les situations des salariés conduisant le service médical à prendre contact avec les plus fragilisés pour leur proposer un « parcours PDP », impliquant la CPAM pour la vérification des droits, le service social de la Carsat mais aussi le SPST.

[70] **Cette expérimentation qui visait à mieux coordonner les acteurs autour des services de l'assurance maladie ne pouvait pas être poursuivie dans le contexte de la loi de 2021 qui a fait un choix différent, en positionnant les SPSTI comme acteur central de la PDP via leurs cellules dédiées.** Cela a conduit l'assurance maladie à mettre un terme à ses plateformes PDP et à construire un modèle de « convergence », ainsi nommé car il doit faire converger le modèle mis en place dans son réseau en 2009 et le modèle des plateformes expérimenté à partir de 2020 (voir annexe 2).

[71] **Les instructions de la CNAM³⁵ sur ce modèle de convergence précisent plus qu'elles ne bouleversent l'organisation de la PDP qui préexistait à la loi de 2021 dans la branche :**

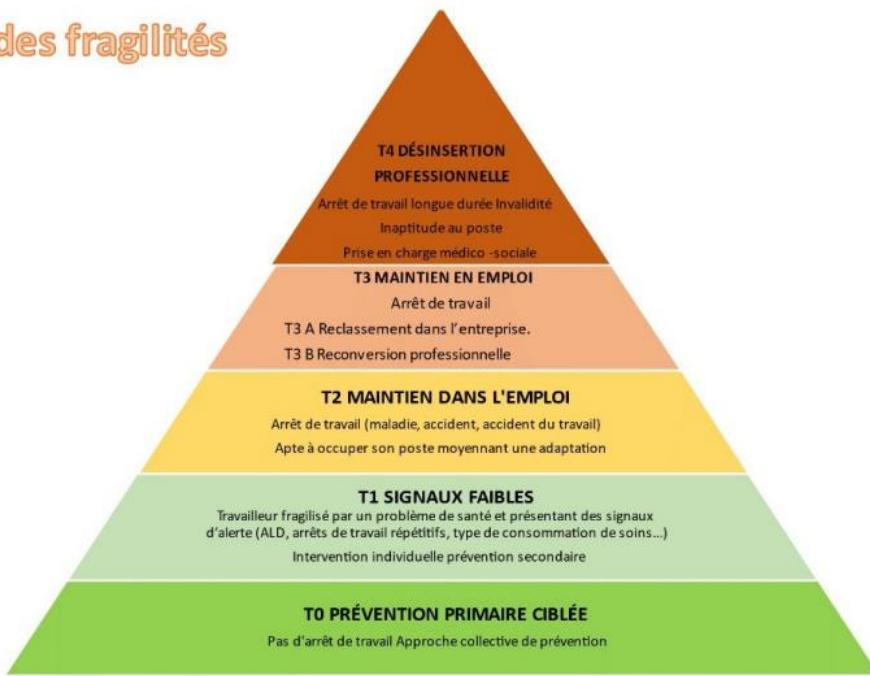
- Elles précisent le rôle de chaque acteur (service social, CPAM, service médical) ;
- Elles rappellent que l'action de l'assurance maladie s'inscrit dans le champ de la prévention tertiaire, à la différence de celle des SPSTI qui couvre les trois volets de la prévention, et de la branche des risques professionnels qui intervient en prévention primaire et secondaire.
- Elles insistent sur le rôle pivot du service social de la Carsat.
- Elles prennent acte du positionnement des cellules de PDP dans les SPSTI sans prévoir pour autant explicitement la fin des cellules de PDP de l'assurance maladie.
- Elles introduisent une nomenclature des situations à risque de désinsertion en cinq catégories.

³⁴ Amendement au PLFSS pour 2020.

³⁵ Circulaire 27-2024 « Présentation de la PDP – adaptation de l'organisation de l'offre de services de l'assurance maladie », 20 septembre 2024 ; lettre réseau LR-DDO « PDP – adaptation de l'organisation de l'offre de l'assurance maladie : modèle de convergence », 2023.

Schéma 2 : Les situations à risque de désinsertion / nomenclature de la CNAM

Pyramide des fragilités



Source : CNAM

[72] Les éléments de bilan établis par la CNAM illustrent le déploiement de ce nouveau modèle notamment sur la gouvernance : un comité stratégique de PDP est mis en place au niveau régional, les instances départementales sont ouvertes aux partenaires. La CNAM relève aussi une meilleure connaissance mutuelle entre ses services grâce à des référents PDP. En outre, ce modèle a parfois donné lieu à une nouvelle impulsion régionale sous l'égide de la Dreets et de l'assurance maladie. Ainsi en région Grand Est, l'instance stratégique régionale fixe les priorités en matière de PDP et les intègre dans les CPOM des SPSTI.

[73] Selon le bilan du service social de l'assurance maladie pour 2023, 174 000 personnes ont été accompagnées par le service social et 550 000 entretiens réalisés au titre de la PDP. Le bilan du service social fournit notamment la durée moyenne d'accompagnement, la nature des dispositifs proposés, la situation en fin d'accompagnement pour les assurés (maintien en emploi, retraite...). Le bilan retrace en outre le niveau de complexité de la situation individuelle de chaque assuré conformément à la « pyramide des fragilités ». A titre d'exemple pour 2024, les niveaux T3 et T4, qui correspondent aux situations les plus complexes, représentent 88 % des situations au national. Ces chiffres tendent à confirmer l'orientation prioritaire du service social sur les situations les plus complexes.

2.2.1.2 Des difficultés de coordination entre assurance maladie et SPSTI qui nuisent à la lisibilité de l'offre de PDP

[74] Les dispositions de la loi de 2021 sur la PDP ont parfois été mal perçues dans le réseau de l'assurance maladie. Plusieurs interlocuteurs de la mission soulignent que la loi a pu être interprétée comme cassant une dynamique. Le positionnement des cellules PDP dans les SPSTI a

pu conduire à une déception, notamment dans les caisses les plus avancées sur la PDP, et parfois à un retrait de l'assurance maladie par rapport aux partenariats qui existaient auparavant.

[75] **Les partenaires de l'assurance maladie soulignent en particulier le retrait des médecins conseils de la PDP.** Ce constat est mis en avant notamment par les médecins du travail ayant une ancienneté importante, qui regrettent la disponibilité des médecins conseils par le passé. En particulier, ils soulignent les difficultés que suscite l'interruption d'une indemnité journalière d'un salarié sur décision du médecin conseil sans informer ni consulter le SPST. Dans ces situations, il est difficile de joindre directement le médecin conseil d'autant que les outils pour échanger des informations sont parfois défaillants³⁶.

[76] **Cette évolution dans la relation aux médecins conseils est liée pour partie au repositionnement des Conseillers services assurance maladie (CSAM) du service médical.** Compte tenu de la baisse du nombre de médecins conseils, la stratégie est en effet de positionner les CSAM en première ligne dans la PDP, pour la détection et l'orientation de l'assuré ; le médecin conseil est positionné en second niveau sur l'ouverture ou la fermeture d'un droit.

[77] **En outre, dans certains territoires, l'assurance maladie a maintenu ses propres instances de traitement des situations individuelles en parallèle des cellules PDP des SPST.** Ces instances ne se nomment plus « cellules PDP » mais leur rôle est maintenu selon différentes appellations comme l'illustre le questionnaire de la mission³⁷. Dans les territoires concernés, les interlocuteurs de la mission indiquent que les situations des assurés examinées dans ces instances de l'assurance maladie présentent un degré de complexité plus élevé qu'auparavant ce qui limiterait le risque de doublon entre ces instances et les cellules PDP des SPSTI. Ils ne sont cependant pas en mesure de fournir des éléments quantitatifs sur l'activité de ces instances locales ni sur leur réorientation vers les situations les plus complexes.

[78] **Le fait pour l'assurance maladie de disposer d'instances de traitement de situations individuelles peut s'avérer pertinent à condition que leur activité soit bien articulée avec celle des cellules PDP des SPSTI, ce qui ne semble pas toujours garanti.** Certains partenaires, par exemple des Cap emploi, soulignent leur incompréhension du rôle respectif de la cellule PDP du SPSTI et de l'instance de l'assurance maladie : à quel moment et sur quelles situations l'intervention de la cellule du SPSTI doit-elle être privilégiée par rapport à celle de la cellule de l'assurance maladie ?

[79] **Inversement, dans certains territoires, la Carsat a acté le transfert de sa cellule de coordination vers le SPSTI.** Le SPSTI est désormais chargé d'organiser les instances partenariales dans sa cellule PDP, ouverte à l'assurance maladie pour les situations la concernant. Mais cette situation est loin d'être généralisée

[80] **Il reste également des enjeux de connaissance interne entre services de l'assurance maladie, par exemple entre CPAM et Carsat.** Des annuaires internes de « référents PDP » ont été mis en place, permettant d'identifier le référent désigné respectivement pour la Carsat, la CPAM et le service médical. Mais ces annuaires ne sont pas ouverts aux partenaires externes alors qu'ils seraient utiles en particulier aux équipes des cellules de PDP des SPSTI.

³⁶Voir infra les développements sur l'outillage.

³⁷Voir l'annexe 6 relative au questionnaire.

2.2.1.3 Plusieurs bonnes pratiques dans la coordination entre assurance maladie et SPSTI gagneraient à être diffusées

[81] Les CPOM signés entre Dreets, SPSTI et assurance maladie sont l'occasion de formaliser le rôle de chaque acteur dans la politique de PDP, d'autant qu'une fiche PDP doit systématiquement être incluse dans le CPOM. Cependant, au premier semestre 2025, peu de SPSTI rencontrés par la mission disposaient d'un CPOM signé.

[82] La mission estime donc qu'il est nécessaire de privilégier des outils de collaboration très opérationnels, relevés dans ses déplacements et dans le questionnaire adressé aux SPSTI :

- **La loi de 2021 a conduit dans certains territoires à protocoliser les relations entre SPST et service social de l'assurance maladie.** Ainsi en Occitanie, un tel protocole de collaboration a été signé par le service social avec la quasi-totalité des SPSTI. Il structure à la fois les orientations réciproques de situations individuelles, des actions collectives coanimées (information des assurés...), des formations communes d'agents. Le protocole prévoit que le SPST peut saisir la cellule locale PDP de l'assurance maladie de situations urgentes. Réciproquement, un représentant du service social peut participer aux réunions du SPST.
- Des **permanences** du service social de la Carsat sont régulièrement organisées dans les locaux de certains SPSTI ;
- Des **formes de « fast track » entre médecine du travail et service médical sont prévues sur des situations individuelles** : ainsi, le SPST peut parfois identifier un risque d'inaptitude chez un salarié que le service social n'a pas encore détecté, notamment s'il est en arrêt de travail depuis peu de temps. Dans cette situation, le SPST peut être amené dans certains territoires à faire valider directement par le médecin conseil une mesure (type bilan de compétences) pendant l'arrêt de travail, sans passer par une instruction préalable du dossier par le service social.

Recommandation n°1 Prévoir des circuits courts de validation des dispositifs par le service médical sur les situations urgentes de PDP via des protocoles entre assurance maladie et SPSTI précisant leurs modalités de collaboration.

[83] Au-delà des bonnes pratiques relevées, qui traduisent une volonté commune d'avancer sur la collaboration entre SPSTI et assurance maladie, l'organisation du parcours de PDP se heurte à l'absence de règle claire sur la répartition des situations individuelles entre les deux réseaux. Cela peut poser un problème de qualité de service (risque de ne pas identifier des profils fragilisés), d'efficience (risque de doublons de prise en charge), de lisibilité pour les salariés ou les entreprises. Sans aller jusqu'à une règle mécanique d'attribution des dossiers, qui paraît peu réaliste, il semble exister une marge de progrès pour mieux répartir les situations concernées, c'est-à-dire celles des personnes en arrêt de travail et identifiées à risque de désinsertion.

[84] Si une réflexion est parfois conduite sur la répartition des rôles à l'occasion de protocoles de collaboration ou de la préparation de CPOM, elle gagnerait à s'appuyer sur des références travaillées au niveau national. La « pyramide des fragilités » construite par la CNAM peut constituer une base de réflexion à condition de faire l'objet d'échanges avec ses partenaires, qui pourront conduire à la faire évoluer, et à condition d'être illustrée par des exemples concrets

permettant d'identifier quel acteur intervient quand sur tel ou tel type de situation de désinsertion.

[85] **En cible, le plus efficace serait de pouvoir désigner, en fonction de la situation du salarié, un chef de file, SPSTI ou service social de l'assurance maladie, qui serait responsable de la coordination de son parcours et de l'atteinte des résultats.** Plus le risque de désinsertion est élevé (situations 3B et 4 dans la pyramide), plus le service social de l'assurance maladie aurait vocation à intervenir comme coordonnateur.

Recommandation n°2 Identifier un chef de file entre SPSTI et assurance maladie en fonction des grands types de situation de désinsertion listés dans la « pyramide des fragilités » de la CNAM, le service social ayant vocation à coordonner les situations les plus dégradées

[86] **Ces évolutions (recommandations 1 et 2) devraient être formalisées et diffusées dans le cadre d'une actualisation de l'instruction commune DGT / CNAM de 2022.**

2.2.2 Le rôle nouveau des cellules de PDP doit être l'occasion de renforcer les liens avec les acteurs du handicap et de l'emploi

2.2.2.1 Les acteurs de la compensation et de la remobilisation

[87] **La loi de 2021 a désigné les Cap emploi et l'Agefiph parmi les acteurs participant à la politique de prévention de la désinsertion professionnelle avec lesquels les cellules des SPSTI doivent travailler.** Il s'agit d'une reconnaissance utile dans un contexte où la question du handicap en entreprise est encore trop souvent traitée séparément des questions de santé au travail et de maintien en emploi. Au niveau local, certains SPSTI étaient déjà particulièrement avancés dans la répartition des rôles avec les Cap emploi, parfois avec des conventions signées dès le début des années 2010 précisant le rôle de chacun. La loi de 2021 a conduit, dans certaines régions, à systématiser ces conventions. C'est le cas en Occitanie.

[88] **Dans le même esprit, le plan stratégique de l'AGEFIPH comporte un objectif de développement de son intervention pour le maintien en emploi ainsi qu'un objectif d'appui à la professionnalisation des acteurs du maintien en emploi.** Cette stratégie est déclinée, par exemple dans les Hauts de France, par une convention de coopération entre l'AGEFIPH et l'association Presanse. L'objectif est notamment de mieux faire connaître aux professionnels des SPSTI les dispositifs spécifiques qui s'adressent aux personnes en situation de handicap.

[89] **Une convention type SPST/ Cap emploi, construite au niveau national, définit leur rôle respectif et les critères d'orientation par le SPST vers Cap emploi s'agissant des bénéficiaires de l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés ou en cours de reconnaissance.** La convention est précise sur l'orientation des publics selon leur statut et sur les actions communes à développer : revue de dossiers de travailleurs, informations collectives à destination des employeurs.

[90] **Pour les Cap emploi, la montée en charge des cellules de PDP suite à la loi de 2021 a pu cependant représenter un risque de concurrence de leurs propres missions.** En 2021, cela s'est traduit dans certains territoires par une perte de personnels des Cap emploi recrutés par les SPSTI pour renforcer leurs cellules de PDP. Certains Cap emploi ont aussi fait valoir une baisse des

orientations de la part des SPSTI qui paraissait illustrer une volonté de ces services de traiter directement les situations sans s'appuyer sur les Cap emploi. Ces phénomènes de baisses d'orientations, réels dans certains départements, ont suscité de l'inquiétude mais ne se confirment pas au niveau national : les SPST continuent de représenter environ la moitié des orientations vers les Cap emploi. Le total des orientations provenant des SPST a baissé de moins d'1 % entre 2023 et 2024.

Tableau 3 : Evolution des orientations vers les Cap emploi

	2023		2024	
SPST	27 338	48,7 %	27 114	48,7 %
dont cellule PDP	1002	1,8 %	987	1,8 %
hors cellule PDP	26 336	46,9 %	26 127	47,0 %
Carsat	2 990	5,3 %	2 959	5,3 %
Employeurs	11 056	19,7 %	10 930	19,6 %
Salariés / agents / travailleurs non salariés	14 734	26,3 %	14 623	26,3 %
Total	56 118	100,0 %	55 626	100,0 %

Source : CHEOPS. Lecture : en 2024, le SPST représente 48,7 % des orientations reçues par les Cap emploi au niveau national dont 1,8 % proviennent des cellules PDP.

[91] Si les SPST orientent de nombreuses situations vers les Cap emploi, il reste un enjeu de précocité du signalement, les Cap emploi exprimant souvent le sentiment d'intervenir trop tardivement. Bien que le délai de signalement soit difficile à objectiver, on relève qu'en 2024, environ 8 000 situations ont été orientées vers les Cap emploi par les SPST à l'étape du licenciement pour inaptitude, sans que Cap emploi ne soit intervenu en amont dans la recherche de solutions³⁸. Quand Cap emploi est appelé à cette étape, le licenciement ne peut être évité que dans 3 à 4 % des cas³⁹.

[92] On peut en inférer qu'une intervention plus précoce de Cap emploi aurait été utile dans une part significative de ces 8 000 situations. La mission ne propose pas la mise en place de règles prescriptives (par exemple, saisie automatique de Cap emploi au bout d'un délai préfixe) dont le caractère mécanique s'adapterait difficilement aux réalités de terrain. Pour autant, les SPSTI pourraient se voir fixer pour objectif de réduire au maximum les saisines tardives des Cap emploi, par exemple via un indicateur fixé systématiquement dans leur CPOM mesurant la part des signalements vers Cap emploi réalisée au moment du licenciement.

[93] En outre, les outils conventionnels entre les SPSTI et les Cap emploi gagneraient à intégrer systématiquement l'Agefiph :

- Afin de clarifier le champ d'intervention de chacun : l'Agefiph comme Cheops reconnaissent qu'il n'est pas toujours aisé pour un professionnel de distinguer ce qui relève du rôle des Cap emploi de ce qui relève de l'Agefiph vis-à-vis des besoins de compensation pour la personne concernée par le maintien en emploi et pour son employeur.

³⁸ Source : CHEOPS.

³⁹ Selon une estimation approximative fournie à la mission par CHEOPS au niveau national.

- **Afin de formaliser les circuits de mobilisation des outils de ces deux opérateurs.** Ainsi, comme pour l'assurance maladie, la confiance entre institutions permet parfois d'accélérer les circuits de mobilisation des outils d'accompagnement. C'est le cas pour la prescription directe de dispositifs Agefiph par le SPST sans passer par Cap emploi qui est désormais possible mais nécessite de construire un circuit de décision fluide au niveau local. En outre, l'Agefiph pourrait faire évoluer ses règles de mobilisation de ses dispositifs, conditionnées aujourd'hui à une décision du médecin du travail, pour ouvrir la prescription de certains dispositifs à une décision de la cellule de PDP et non du seul médecin.

Recommandation n°3 Viser l'intervention la plus précoce possible des Cap emploi via un indicateur des CPOM des SPSTI et formaliser des conventions territoriales SPSTI / Cap emploi / Agefiph prévoyant en particulier des circuits courts de mobilisation de certains dispositifs de l'Agefiph par la cellule PDP.

2.2.2.2 Les acteurs de l'emploi et des transitions professionnelles

[94] **Les outils de transition ou d'évolution professionnelle (conseil en évolution professionnelle, projet de transition professionnelle...) sont encore trop peu connus et mobilisés dans le champ de la santé au travail alors même que les transitions professionnelles constituent un enjeu encore renforcé aujourd'hui⁴⁰.**

[95] **En particulier, le Fipu peut mobiliser le financement de projets de transition professionnelle (PTP) dans la prévention de la désinsertion et de l'usure.** Or, tous les déplacements de la mission confirment la très faible mobilisation du Fipu de manière générale et plus spécifiquement le peu de recours aux PTP dans le cadre de ce fonds. Les liens avec les conseillers en évolution professionnelle et les associations transitions Pro doivent être renforcés.

[96] Au-delà de la méconnaissance de ces dispositifs par les acteurs de la santé au travail, cela tient aussi pour partie à certaines règles restrictives de mobilisation des PTP dans le cadre du Fipu. Ainsi, les orientations nationales ne permettent pas à ce jour d'organiser, via des financements du Fipu, une reconversion vers un métier identifié, dans le ROME⁴¹, comme présentant un risque professionnel au sens de l'article L4161-1 du code du travail. A titre d'exemple, il n'est donc pas possible de financer la reconversion d'un salarié vers un poste d'aide-soignante puisque le ROME associe ce métier à des risques professionnels.

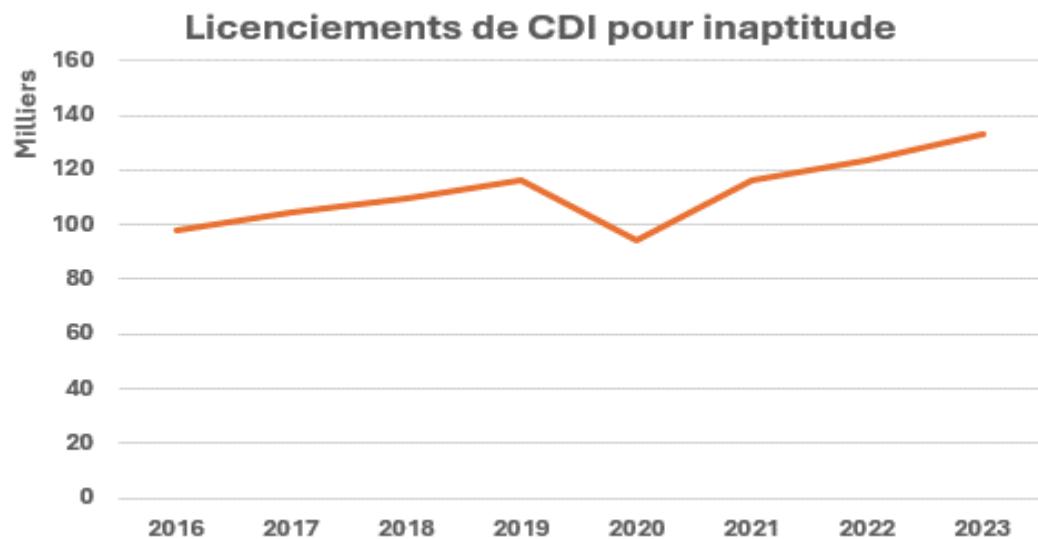
Recommandation n°4 Assouplir la liste des métiers cibles vers lesquelles des reconversions sont autorisées dans le cadre des projets de transition professionnelle financés par le Fipu et mieux informer les SPSTI sur le rôle des associations Transitions pros et les règles des PTP

[97] **Sans être un acteur du maintien en emploi, France travail est directement intéressé à l'organisation du système de santé au travail au vu du nombre annuel de licenciements pour inaptitude et de l'impact des problématiques de santé sur la capacité à retrouver un emploi.** Le tableau qui suit illustre la progression régulière du nombre de licenciements pour inaptitude (hors période du confinement en 2020). Une grande partie des personnes concernées vont alors s'inscrire à France travail.

⁴⁰ Enjeu réaffirmé dans l'ANI du 25 juin 2025 en faveur des reconversions et transitions professionnelles.

⁴¹ Répertoire opérationnel des métiers et des emplois.

Graphique 2 : Evolution du nombre de licenciements pour inaptitude depuis 2016



Source : Dares, MMO. Lecture : En 2023, 133 400 CDI se sont terminés du fait d'un licenciement pour inaptitude. Champ : France métropolitaine, secteur privé hors agriculture et hors salariés des particuliers employeurs

[98] L'intérêt du demandeur d'emploi licencié pour inaptitude, ou ayant rompu son contrat pour d'autres raisons mais confronté à des problématiques de santé ou de handicap, est de bénéficier le plus tôt possible au moment de son inscription de l'accompagnement par les « teams handicap » constituées par France travail et Cap emploi. Aujourd'hui, les délais entre licenciement pour inaptitude et début de l'accompagnement vers le retour à l'emploi sont très élevés. Une part significative des personnes concernées sont en arrêt maladie mais ce facteur n'explique pas à lui seul les délais dans le début de l'accompagnement.

[99] En outre, lorsque l'accompagnement commence, le conseiller de France travail dispose rarement des informations sur le parcours dont le demandeur d'emploi a déjà bénéficié de la part d'acteurs du maintien en emploi, faute de système d'information partagé. Le rapprochement avec les Cap emploi au sein des « teams handicap » est supposé permettre un partage d'information plus fluide entre ces deux acteurs. Cependant, le partage de données se fait au sein du système d'informations commun entre France travail et les équipes des Cap emploi en charge du retour à l'emploi : cela ne garantit donc pas que les informations issues des équipes des Cap emploi en charge du maintien en emploi soient bien intégrées dans le dossier du demandeur d'emploi.

[100] La nécessité d'une intervention plus précoce de France travail auprès des personnes concernées a conduit à plusieurs initiatives dont la plus avancée existe depuis une dizaine d'années en région Auvergne Rhône Alpes :

- Une démarche d'accompagnement des licenciés pour inaptitude par des conseillers et psychologues du travail, dite « LINA », conduite en région Auvergne Rhône Alpes. Cet

accompagnement mis en place en 2015 donne des résultats positifs sur la réinsertion des salariés concernés⁴² mais n'a pas été généralisé au-delà de la région ARA.

- La mission a relevé dans certains territoires l'organisation d'interventions de France travail au sein de permanences de Carsat auprès des salariés.
- Une expérimentation de mise en place d'instances collégiales d'examen des demandes d'invalidité par l'assurance maladie, associant des médecins du travail et d'autres acteurs dont des conseillers France travail, a été menée en 2023 sous l'égide de la DSS. Elle n'a pas été poursuivie mais a illustré, selon la CNAM, l'intérêt de mobiliser l'expertise des conseillers France travail pour croiser les regards sur la situation du salarié (regard médical, regard professionnel, vision du marché du travail).
- Suite à la conférence nationale du handicap de 2023, France travail prépare une expérimentation pour identifier plus précocement les personnes licenciées pour inaptitude et engager plus rapidement leur accompagnement.

[101] **La convention de collaboration entre France travail et la CNAM était en cours de révision au moment de l'achèvement de la mission.** Dans ce cadre, France travail souhaiterait travailler sur les modalités de transmission d'information par la CNAM sur le parcours du demandeur d'emploi. Sans prévoir de transmission de données médicales, il pourrait par exemple être envisagé de communiquer à France travail une information sur le type d'accompagnement dont a bénéficié le demandeur d'emploi avant son inscription.

[102] **Du côté des SPSTI, la complexité des dispositifs des politiques de l'emploi rend nécessaire une actualisation régulière des connaissances de leurs professionnels.** Ainsi, il est essentiel que le médecin du travail ait une connaissance minimale des dispositifs de reconversion envisageables pour le salarié qu'il reçoit en visite de mi-carrière par exemple. Cela renvoie à un enjeu majeur de formation des professionnels des SPSTI, voire à des outils qui pourraient être intégrés dans les logiciels de santé au travail afin d'aider le professionnel à envisager le recours à telle mesure de remobilisation ou de reconversion en fonction de la situation qu'il observe chez le salarié (*cf. infra*).

[103] **Au regard des intersections entre les dispositifs de maintien en emploi et de retour à l'emploi, mais aussi de l'objectif de meilleure connaissance mutuelle des acteurs concernés, il n'existe pas d'instances de gouvernance communes.** Il n'y a pas de lieu d'échanges structuré rassemblant l'ensemble de ces intervenants alors même que le maintien en emploi et le retour en emploi s'inscrivent dans un continuum pour le salarié. Dans des propositions communes préalables à la loi de 2021, l'AGEFIPH, Cheops et le FIPHFP avaient envisagé des pistes de rapprochement des deux univers : d'une part, faire participer de manière plus systématique en tant qu'experts, l'Agefiph, le FIPHFP et Cap emploi aux instances de pilotage de la santé au travail (CROCT, PRST) ; d'autre part, intégrer les acteurs de la santé au travail dans les instances de pilotage des politiques du handicap (PRITH)⁴³.

[104] Suite à la loi de 2021, un groupe de travail sur le maintien en emploi a été mis en place au niveau national, réunissant DGEFP, régime général, MSA, Agefiph, CHEOPS et France travail. A

⁴² « Licenciés pour inaptitude, les effets positifs de l'accompagnement par Pôle emploi », Eclairages et Synthèses, mars 2017, Pôle emploi.

⁴³ « PDP et maintien en emploi : un enjeu sociétal », mai 2021, CHEOPS, Agefiph, FIPHFP, 2021.

titre d'exemple, ce groupe a permis de présenter les modalités de recours au Fipu. Dans le même esprit, les travaux conduits par France travail en lien avec la DGEFP sur l'amélioration de l'accompagnement des licenciés pour inaptitude gagneraient à associer la DGT et les acteurs de la santé au travail.

[105] Pour mieux s'assurer de la cohérence des actions conduites dans les deux champs, les documents stratégiques et les instances de gouvernance doivent évoluer :

- la prochaine convention quinquapartite, en cours de préparation⁴⁴, devra intégrer un axe sur le maintien en emploi afin de mieux articuler ces actions avec celles relatives au retour à l'emploi.
- Au niveau régional, les travaux sur l'emploi des seniors constituent l'occasion de conduire un chantier transverse entre l'ensemble des acteurs : entre CROCT et CREFOP, entre pôle T et pôle 3^E de la DREETS, entre institutions du maintien et du retour à l'emploi.
- sans revoir la gouvernance globale du réseau pour l'emploi, celui-ci pourrait prévoir des échanges réguliers sur le maintien en emploi en invitant les acteurs concernés à cette occasion.

Recommandation n°5 Intégrer les acteurs du maintien en emploi et du retour à l'emploi au niveau national (convention quinquapartite en cours de négociation) et au niveau régional par des temps d'échanges réguliers entre acteurs de la santé au travail et acteurs du handicap, de l'emploi et des transitions professionnelles.

2.2.3 Des marges de progrès sur l'action auprès des professionnels de santé libéraux

[106] Le médecin traitant est un acteur central de la PDP : il suit l'état de santé de la personne et prescrit, le cas échéant, l'arrêt de travail en cas de problème de santé. En cas de doute sur l'aptitude au travail, il est supposé conseiller au salarié de se rapprocher du médecin du travail. Or, l'ensemble des interlocuteurs rencontrés par la mission soulignent la faible connaissance par les médecins libéraux du champ de la santé au travail, qu'il s'agisse des dispositifs mobilisables, du rôle des acteurs de la PDP ou des visites de pré-reprise ou entretiens de liaison. Le code de la santé publique prévoit que les SPST peuvent recourir aux dispositifs d'appui à la coordination (DAC) mais cette disposition est peu utilisée, les DAC étant très orientés vers les parcours de santé des personnes âgées. La loi prévoit également que les SPST peuvent participer aux communautés professionnelles territoriales de santé⁴⁵.

[107] Les déplacements de la mission et les réponses à son questionnaire conduisent à relever de nombreuses initiatives des SPST et de l'assurance maladie à destination des médecins libéraux⁴⁶ : soirées d'information auprès des généralistes sur la PDP, construction de flyers sur le maintien en

⁴⁴ Convention signée entre Etat, France travail, AGEFIPH, CHEOPS et le FIPHFP. La future convention couvrira la période 2026-2028.

⁴⁵ Articles L. 6237-1 (DAC) et L 1434-12 (CPTS) du code de la santé publique.

⁴⁶ Sur le champ hospitalier, le dispositif Comète permet l'accompagnement des personnes accueillies en soins médicaux et de réadaptation pour faciliter leur maintien en emploi. Dans le délai imparti, la mission n'a pas été en mesure de proposer une analyse des dispositifs relevant des établissements de santé.

emploi, expliquant en particulier les différents types de visites réalisées par le SPST. Indispensables, ces actions sont ponctuelles et chronophages. Elles gagneraient à être structurées dans le cadre de collaborations avec les CPTS. Certaines initiatives existent mais leur systématisation se heurte au manque de connaissance entre les acteurs et au fait que les CPTS restent embryonnaires sur certains territoires.

[108] Dans une perspective de décloisonnement entre projet régional de santé et PRST, les agences régionales de santé, en lien avec les Dreets et Carsat, pourraient promouvoir des actions communes entre CPTS et SPSTI. En effet, la prévention de la désinsertion professionnelle se rattache pleinement aux missions de prévention et de suivi du parcours du patient qui sont au cœur des missions des CPTS. Dès lors, les contrats des CPTS déclinant leur accord conventionnel national pourraient prévoir des actions de sensibilisation des médecins de leur territoire sur la PDP.

Recommandation n°6 Impliquer les CPTS dans la sensibilisation des médecins sur la PDP, notamment l'information sur les outils de maintien en emploi, le rôle du médecin du travail et de la cellule de PDP, l'importance de la visite de pré-reprise

2.2.4 Une absence de définition claire des rôles entre les partenaires qui rend le système peu lisible et peu évaluabile

2.2.4.1 Un système peu lisible

[109] Les salariés rencontrés par la mission ne sont pas au fait des rôles respectifs des différentes institutions compétentes sur la PDP, ce qui n'est pas un problème s'ils disposent d'un interlocuteur de confiance en capacité de gérer en « back office » la complexité du système. Cet interlocuteur peut être, selon les cas, le médecin du travail, l'assistante sociale de la cellule PDP ou du service social de la Carsat, le conseiller Cap emploi, etc.

[110] Plusieurs conditions doivent alors être réunies pour que le système fonctionne au profit du salarié selon une logique de guichet intégré :

- Son interlocuteur privilégié doit être parfaitement au fait de l'ensemble des dispositifs mobilisables, y compris chez ses partenaires, ce qui renvoie aux enjeux de formation et de connaissance mutuelle déjà évoqués ;
- Cette connaissance doit lui permettre de recourir à ces dispositifs directement ou de réorienter le salarié vers ce partenaire si nécessaire, sans que cela n'entraîne de délai excessif, ce qui renvoie aux enjeux d'échanges d'information et d'outillage de la collaboration (cf. infra) ;
- Le salarié ne doit pas être ballotté entre différents services se renvoyant son accompagnement ou être confronté aux conséquences d'un déficit d'articulation. Ce type de situation existe sur le terrain : par exemple, interruption d'indemnités journalières sur décision du médecin conseil sans information du SPST qui est en train de mobiliser un dispositif de maintien en emploi pour le salarié en arrêt de travail.

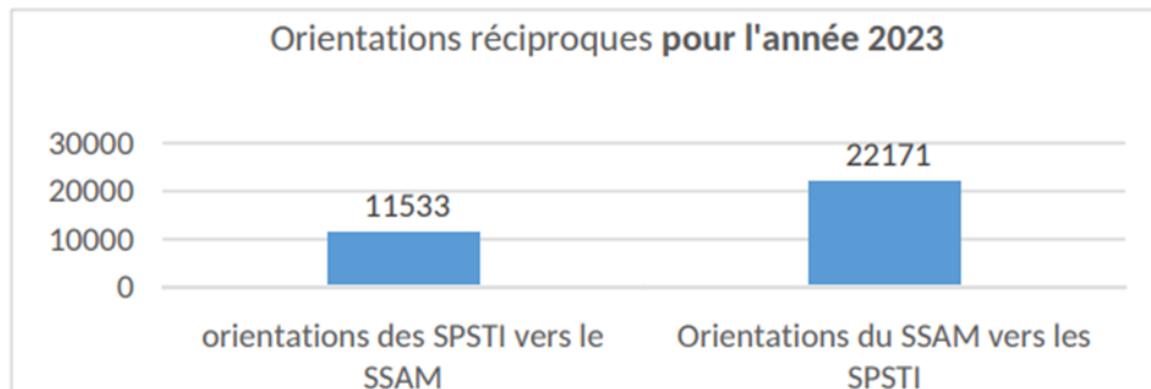
[111] Or, il n'existe pas de logigramme établissant clairement, en partant du parcours du salarié, qui intervient à quel moment pour l'accompagner. La mission a relevé de nombreux documents construits au niveau national ou localement pour décrire les différents dispositifs de maintien en emploi ou encore les règles de validation et d'intervention financière de l'assurance maladie, des Cap emploi, de l'Agefiph, etc. Les protocoles de collaboration peuvent aussi être l'occasion de préciser le rôle de chacun mais ils ne sont pas systématiques. Les chartes qui existent dans certaines régions, associant l'ensemble des acteurs sous l'égide de l'Etat, constituent un cadre utile d'action pour les institutions elles-mêmes⁴⁷ mais n'ont pas pour objet ni pour effet de clarifier le système pour les salariés ou les entreprises. Celles-ci ont une responsabilité propre dans le maintien en emploi de leurs salariés, en mobilisant le cas échéant des acteurs de la PDP, à condition de bien connaître leurs rôles respectifs.

Recommandation n°7 Tester sur un territoire un logigramme de répartition des rôles entre acteurs de la PDP construit autour du parcours du salarié

2.2.4.2 Un manque d'indicateurs fiables et partagés qui ne permet pas l'évaluation des résultats de la PDP

[112] La DGT et la CNAM ont prévu plusieurs types d'indicateurs pour piloter la mise en œuvre de la loi de 2021 dans leurs deux réseaux. En particulier, le nombre de demandes et de signalements réciproques permet d'évaluer le dynamisme de la collaboration entre assurance maladie et SPSTI. Aujourd'hui, le SI du service social permet de savoir quelles situations sont orientées vers le SPSTI et par le SPSTI de manière générique mais on ne dispose pas d'un recul historique sur le sujet ni d'un suivi précis de la nature de ces signalements. Des évolutions du SI sont prévues en 2025 pour permettre ce suivi plus fin : par exemple, nombre d'essais encadrés ou de CRPE demandés par le SPSTI. Dans l'attente, la plupart des indicateurs prévus dans les instructions nationales CNAM / DGT pour suivre la collaboration entre SPSTI et assurance maladie ne sont pas encore disponibles.

Graphique 3 : Nombre d'orientations réciproques entre SPSTI et service social de l'assurance maladie



Source : CNAM

⁴⁷ Voir par exemple la charte régionale pour le maintien en emploi 2021-2025 signée en PACA.

[113] **Faute de données nationales sur plusieurs années, la mission se fonde sur des données territoriales pour estimer la dynamique récente des collaborations.** Ainsi en Occitanie, entre 2023 et 2024, la part des situations individuelles de PDP suivies par le service social après adressage par un SPSTI est passée de 26 % à 36 % du total ce qui témoigne d'un fort dynamisme des signalements. Réciproquement, les pratiques de signalement de la part de l'assurance maladie vers le SPST diffèrent selon les territoires. Dans un SPST, les situations individuelles de la cellule PDP proviennent à 17 % de l'assurance maladie quand un autre service fait état du très faible nombre de signalements reçus de la part de la Carsat ou du service médical.

[114] **Si les orientations nationales récentes témoignent d'une volonté de disposer de davantage d'indicateurs sur les actions de PDP de l'assurance maladie et des SPST, cette démarche présente plusieurs limites faute d'entre�ot de données partagé entre les acteurs de la PDP.** Ainsi, des indicateurs ne sont pas partagés entre partenaires ; les indicateurs sont différents, dans le système d'information de l'assurance maladie, dans les CPOM signés avec les SPSTI et dans l'enquête d'activité conduite depuis deux ans pas la DGT ; quand les indicateurs sont les mêmes, il est très probable qu'ils soient pour partie comptabilisés en doublon, comme pour les « maintiens en emploi » suivis à la fois par le service social de l'assurance maladie, par les SPST et par les Cap emploi, chacun dans son système d'information, parfois pour les mêmes personnes.

[115] **De surcroît, les nombreuses données collectées par la DGT, la CNAM ou les Cap emploi ne permettent pas d'évaluer les résultats de la politique de PDP ni sa performance :**

- **La hausse continue du nombre d'inaptitudes est parfois considérée comme illustrant les limites de la politique de PDP mais la pertinence de cet indicateur est contestée.** Une telle augmentation tient en effet à des facteurs qui dépassent la politique de prévention de la désinsertion : vieillissement de la population active, montée des risques psychosociaux... Il n'en reste pas moins que le nombre d'inaptitudes prononcées est un indicateur important pour suivre l'activité d'un SPST ;
- **Plus spécifiquement, la proportion d'inaptitudes avec dispense de reclassement est préoccupante.** Une étude récente montre que la part d'inaptitudes au travail dans lesquelles le médecin du travail prononce une dispense de reclassement est très élevée (35 % en 2022) alors que l'investissement dans la PDP devrait en principe conduire à limiter ce type de dispenses⁴⁸. L'étude, conduite dans trois SPSTI, a porté sur les contestations d'un échantillon de décisions d'inaptitude devant le médecin inspecteur régional. Elle montre les marges de progrès dans la culture de PDP des SPST : la décision de dispense de reclassement est maintenue dans seulement 38 % des cas. Dans la majorité des cas, le médecin inspecteur de la Dreets révise donc la décision initiale du médecin du travail du SPST en prononçant des mesures de reclassement.
- **Le suivi longitudinal des personnes accompagnées par les cellules PDP ou par leurs partenaires est rarement assuré.** La mission a relevé la mise en place dans certaines régions d'un bilan de situation six mois après la fin de l'accompagnement, par l'assurance maladie

⁴⁸ « La dispense de reclassement représente-t-elle un risque plus important de contentieux aux prud'hommes ? Étude des contestations des inaptitudes dans trois régions en 2023 », Références en santé au travail, mars 2025.

ou certains SPSTI. Mais la systématisation de ces démarches se heurte au manque de maturité des systèmes d'information qui outillent la PDP.

2.3 La PDP n'est pas outillée par des systèmes d'information à la maturité suffisante

[116] Les enjeux de fiabilité, d'interopérabilité et de sécurisation des données sont particulièrement cruciaux pour les missions de PDP, par nature partenariales.

2.3.1 Une situation historique de fragilité des systèmes d'information

[117] **Les retards du champ de la santé au travail en matière de systèmes d'information ont fait l'objet d'analyses convergentes depuis de nombreuses années.** C'est le cas par exemple du rapport Igas de 2020 qui parlait d'une « perte de chance » pour les salariés et invitait à « *la mise en place d'une norme de fonctionnalités et d'interopérabilité commune à l'ensemble des systèmes d'information des SSTI permettant d'une part l'échange de données individuelles entre SSTI avec l'accord des salariés, et d'autre part le suivi de l'activité, de la gestion et d'indicateurs épidémiologiques* ». Le diagnostic de fragilité était particulièrement avéré pour la mission de PDP dans la mesure où les logiciels des services étaient très tournés vers le suivi des visites médicales.

[118] **En outre, le remplissage hétérogène des dossiers médicaux en santé au travail informatiques ne permet pas leur exploitation à des fins épidémiologiques.** Cela conduit par exemple l'observatoire national EVREST à s'appuyer sur une enquête ad hoc pour disposer de données sur l'état de santé des salariés et leurs conditions de travail⁴⁹. Les différentes enquêtes auprès des SPST s'appuient du reste sur des dispositifs spécifiques, qu'il s'agisse de SUMER ou de l'enquête Maladies à caractère professionnel. Toutes ces enquêtes ont été marquées, dans les années 2010, par une baisse de la participation des médecins du travail, obligeant à repenser leur mode d'administration. En outre, certains logiciels ont mis en place des fonctionnalités pour faciliter la réponse à ces enquêtes.

[119] **L'absence d'un système d'information harmonisé oblige également la DGT à conduire une enquête annuelle d'activité auprès des SPST.** Mise en place depuis deux ans, elle constitue un progrès en ce qu'elle fournit chaque année une vision précise de l'activité des SPST sur leurs trois missions socle et sur leurs ressources (personnel, équipement en logiciels...). Pour autant, l'enquête n'est ni exhaustive ni complètement fiable car les services ont des interprétations parfois divergentes des questions qui leur sont posées, par exemple sur la notion de cellule PDP ou le nombre de salariés suivis par une cellule. En outre, les chiffres de l'enquête DGT diffèrent de ceux figurant dans le rapport de branche que Presanse conduit par ailleurs.

⁴⁹ Voir l'annexe 3 sur les systèmes d'information pour une présentation synthétique des enquêtes SUMER (conduite par la DARES), Maladies à caractère professionnel (SPF) et EVREST (enquête conduite par un groupement d'intérêt scientifique au niveau national).

[120] Dans ce contexte, le législateur a inscrit des ambitions élevées dans la loi d'août 2021 (cf. première partie) :

- Ouverture aux SPST de l'utilisation de l'identifiant national de santé, indispensable pour mettre en place des échanges avec des partenaires ;
- Constitution du DMST obligatoirement sous format numérique ;
- Possibilité pour le médecin du travail d'accéder au DMP en alimentation et en consultation, avec l'accord du salarié ;
- Mise en place d'une transmission des arrêts de travail par l'assurance maladie notamment en cas de risque de désinsertion professionnelle ;
- Obligation pour les logiciels d'obéir à des normes d'interopérabilité et de sécurité qui sont une condition de la certification des services.

[121] Or, quatre ans après la loi de 2021, les principales avancées de la loi sont encore en chantier, ce qui est particulièrement préjudiciable à la politique de PDP.

2.3.2 Les logiciels des SPST : des avancées récentes en matière de PDP qui restent cependant très inégales selon les éditeurs

[122] L'équipement en logiciels des SPST est marqué par un certain éclatement. Les logiciels sont fournis principalement par 4 éditeurs qui représentent plus de 90 % des SPSTI.

[123] Les principaux indicateurs issus de l'enquête DGT illustrent les progrès et le chemin qui restent à parcourir dans l'appropriation du numérique par les SPSTI. Par exemple, 70 % des médecins du travail disposent d'une messagerie sécurisée de santé, 79 % des SPSTI ont recours à une solution de téléconsultation, les DMST informatisés concernent 14,4 M de salariés soit 84 % des salariés suivis par les SPSTI. L'utilisation de l'INS reste très minoritaire : 84 % des SPSTI déclarent ne pas l'utiliser alors même qu'il s'agit d'un prérequis pour mettre en œuvre l'interopérabilité entre logiciels des SPST et les échanges de données avec les acteurs externes.

[124] En outre, les investigations de la mission illustrent le fait que l'appropriation du numérique est encore hétérogène au sein d'un même service. Ainsi, le remplissage des rubriques du DMST par les médecins du travail est inégal, même s'il n'existe pas d'étude nationale permettant d'objectiver ce constat. Plusieurs interlocuteurs soulignent que le remplissage du DMST reste pour partie virtuel concernant les informations médicales. Aucune saisie n'étant obligatoire, un médecin peut donc ne saisir aucune donnée médicale dans le DMST.

[125] Comme pour l'ensemble des missions des SPSTI, la mission de PDP est outillée de manière inégale selon le logiciel dont dispose le service :

- Le marché des SPSTI reste dominé par Val Solutions via son logiciel Uegar. Celui-ci ne comporte pas d'onglet spécifique outillant la cellule de PDP et son articulation avec les autres services du SPST, ce que regrettent plusieurs acteurs de terrain rencontrés par la mission. Cependant, deux évolutions du logiciel Uegar présentent un intérêt en matière de PDP : il intègre la fonctionnalité Apptiv qui outille l'évaluation et la cartographie des risques

par l'employeur, y compris le risque de PDP ; il doit être interfacé avec l'application SAMi, carnet de bord numérique retraçant les interventions de l'ensemble des acteurs de la PDP⁵⁰.

- **le logiciel Padoa couvre aujourd’hui 28 % des salariés relevant des SPSTI et propose une offre spécifique en matière de prévention de la désinsertion professionnelle, saluée par ses utilisateurs.** Le logiciel outille l'ensemble de la mise en œuvre du plan de maintien en emploi pour la personne identifiée à risque de PDP : échanges d'informations, mobilisation des dispositifs, signalements à la cellule PDP, cotation d'un indice de risque (*voir partie 3*).

[126] **Les retards de certains SPSTI et de certains éditeurs sont rendus manifestes par le processus de certification en cours en 2025.** Les premiers retours dont dispose la mission font apparaître l'état d'avancement des logiciels comme un point de faiblesse marqué dans certains services, qu'il s'agisse de la sécurisation des accès des professionnels au DMST, de l'informatisation des DMST ou de la capacité à produire les indicateurs exigés par la certification. La norme AFNOR SPEC 2217, servant de base à la certification, est parue en 2023 : les éditeurs ont donc disposé du temps nécessaire pour adapter leur offre aux exigences portées par la norme concernant leurs clients SPSTI. Pourtant, tous n'ont pas mis cette période à profit.

[127] **Les éditeurs concernés devront donc accélérer la mise en conformité de leurs logiciels sur l’année 2025, faute de quoi certains SPSTI pourraient se voir refuser la certification pour ce motif en 2026.** En effet, les SPSTI certifiés au niveau 1, soit le niveau le plus bas, feront l'objet d'un nouvel audit en 2026, qui pourra conduire à un refus de certification si les non-conformités relevées sur les logiciels ne sont pas levées. Cette mise en conformité à court terme constitue une priorité que la DGT pourrait rappeler par une communication nationale.

Recommandation n°8 Indiquer aux SPSTI que les non conformités relevées sur les logiciels constitueront un motif de refus de certification dès 2026. Sensibiliser les éditeurs au niveau national pour accélérer l'évolution de leurs outils.

2.3.3 La PDP ne s'appuie pas sur des échanges de données structurés entre partenaires

2.3.3.1 Les échanges entre SPST et assurance maladie représentent un potentiel important

[128] **En matière de PDP, l'assurance maladie a mis l'accent sur l'amélioration de la coordination interne au réseau y compris sur le plan des systèmes d'information⁵¹ :**

- **Mise en place en 2025 d'une nouvelle requête destinée à cibler davantage les profils que les CPAM transmettent au service social.** Par rapport aux requêtes préexistantes reposant sur la seule durée de l'arrêt (« IJ 60 » et « IJ 90 »), elle cible des catégories précises d'arrêts de travail : la requête cible par exemple les salariés en ALD, avec consommation d'actes de

⁵⁰ L'application Apptiv comme l'application SAMi sont évoquées à la fin de la deuxième partie du présent rapport.

⁵¹ Voir l'annexe 2 sur l'assurance maladie.

radiothérapie, de chimiothérapie, etc. Elle doit ainsi permettre d'outiller des actions d'« aller vers » plus pertinentes de la part des Carsat.

- **La stratégie SI de l'assurance maladie se traduit également par la mise en place d'un entrepôt de données DEMETER sur le parcours de l'assuré, partagé entre les Carsat, les CPAM et le service médical.** Jusqu'à aujourd'hui, il n'existe pas d'entrepôt que les acteurs de suivi du parcours pouvaient alimenter et consulter s'agissant d'un assuré. En cible, DEMETER donnera donc une vision sur l'ensemble du parcours de la personne, y compris les mesures de maintien en emploi activées par le réseau (par exemple les essais encadrés), des précisions sur l'arrêt de travail, les dates des contacts avec l'assuré et de la visite éventuelle de préreprise, etc. L'outil devrait désormais être généralisé à partir de mi 2025. La feuille de route 2023-2027 du service social indique que l'interopérabilité entre les SI des acteurs du réseau doit notamment permettre au service social de « jouer son rôle de coordonnateur de parcours » en ayant accès aux informations de ses partenaires de l'assurance maladie.

[129] **Au regard du caractère multipartenarial de la PDP, la mission estime que l'ouverture de certaines données de DEMETER à des partenaires, notamment les SPSTI, doit être envisagée sans attendre.** Il pourrait s'agir dans un premier temps de données agrégées qui présenteraient un intérêt pour éclairer des actions de prévention primaire sur un territoire.

Recommandation n°9 Identifier les données de l'assurance maladie hébergées sur la plateforme Demeter qui pourraient être mises à disposition des SPST à des fins de prévention primaire et de prévention de la désinsertion professionnelle.

[130] **Parmi les avancées prévues par la loi de 2021, celle concernant la transmission des arrêts de travail par l'assurance maladie est l'une des plus prometteuses en matière de PDP car elle permettra aux SPST de disposer d'informations précises sur la situation d'une partie des salariés qu'ils suivent.** Il s'agit de traiter la situation paradoxale dans laquelle, aujourd'hui, le médecin du travail n'est pas informé des arrêts de travail des salariés.

[131] **La mise en œuvre de la loi donne lieu à des travaux interadministratifs approfondis impliquant notamment la DGT, la DSS, l'assurance maladie et des représentants de SPST⁵².** Ces travaux ont conduit à envisager une période transitoire de transmission artisanale des arrêts de travail avant une solution cible fondée sur une plateforme d'échanges en 2027. L'assurance maladie met en avant plusieurs types de contraintes internes à prendre en compte, en particulier les ressources limitées de son service médical et propose dès lors de transmettre, en phase transitoire uniquement les arrêts de travail des personnes que le service médical a prévu de voir dans le cadre de sa mission de contrôle, pour lesquels il a détecté un risque de désinsertion et dont il a recueilli le consentement. Au vu des retards rencontrés sur ce chantier, la mission estime que la préparation de la solution cible doit être priorisée par rapport à des travaux sur une solution transitoire par nature très provisoire.

Recommandation n°10 Etablir une programmation rigoureuse de la mise en œuvre de l'article 19 de la loi de 2021 sur la transmission par l'assurance maladie aux SPST des arrêts de travail, en envisageant de passer directement à la solution cible pour début 2027

⁵² Voir l'annexe 3 sur les systèmes d'information.

[132] **Enfin, la transmission de l'arrêt de travail suppose pour l'assurance maladie une capacité à identifier le SPST de l'assuré.** Or, il n'existe pas d'annuaire des SPST précisant le rattachement des adhérents, sur lequel l'assurance maladie pourrait s'appuyer pour l'envoi en masse de ses données. Il est prévu d'intégrer en DSN l'identité du SPST du salarié à partir de 2027 ce qui permettra de répondre à ce besoin.

[133] **Faute de transmission industrialisée de données à ce jour, les échanges entre SPST et assurance maladie passent notamment par des solutions de messagerie sécurisée entre médecins du travail et médecins conseils.** Cependant, les médecins conseils n'utilisent pas la messagerie sécurisée de santé mais une solution spécifique. Des médecins du travail ont transmis à la mission des mails illustrant les difficultés techniques rencontrées pour transmettre des informations aux médecins conseils dans un cadre sécurisé. Il paraît nécessaire de lever cet irritant.

Recommandation n°11 S'assurer dans l'ensemble des régions du caractère fonctionnel des adresses de messageries génériques permettant aux SPST de contacter le service médical de l'assurance maladie.

[134] Ces différents points ont vocation à être intégrés dans l'actualisation de l'instruction DGT/CNAM de 2022 que la mission appelle de ses vœux (cf. supra) : calendrier de transmission des arrêts de travail, intégration en DSN du SPST, rappel des fonctionnalités de messagerie à mobiliser.

2.3.3.2 L'accompagnement du salarié ne fait pas l'objet d'un dossier partagé entre les acteurs de son parcours

[135] Pour suivre le parcours de PDP des salariés, les institutions (SPST, assurance maladie, mais aussi Cap emploi...) travaillent chacune avec un logiciel métier différent. Cela entraîne de multiples saisies des informations relatives à la situation d'un même individu et des conséquences dommageables :

- **Pour le suivi du parcours individuel :** perte d'informations, mauvaise compréhension par le salarié, difficulté pour l'acteur d'aval qu'est France travail à reconstituer le parcours de la personne licenciée pour inaptitude qui vient s'inscrire ;
- **Pour le pilotage de la politique de PDP :** chaque acteur dispose de ses propres indicateurs et il existe des doublons entre la comptabilisation assurée par chacun faute de partage des bases de données, par exemple entre les maintiens en emploi comptés par les SPST, les cap emploi et l'assurance maladie parfois pour une même personne (cf. supra).

[136] Une application « Sam-i » a été développée en Ile de France afin que l'ensemble des institutions du maintien en emploi puissent suivre le parcours de la personne et partager des informations : SPST, cap emploi, assurance maladie... C'est le travailleur qui reste maître de ce carnet de bord numérique et qui ouvre la saisie aux institutions qui le suivent. La personne et l'ensemble des acteurs impliqués peuvent ainsi suivre en temps réel l'avancement du projet de retour dans l'emploi. Cependant, le déploiement de cette solution reste embryonnaire : la double saisie nécessaire pour les professionnels de l'accompagnement (logiciel métier de l'institution /

SAMi) peut constituer un obstacle, faute d'API à ce jour⁵³. L'assurance maladie paraît notamment réticente face au remplissage d'un outil externe par ses agents en plus de ses propres outils métier.

[137] **Le présent rapport n'a pas vocation à se prononcer sur la pertinence d'une solution commerciale du type Sam-i, mais la mission souligne que cette application répond à un besoin aujourd'hui non couvert faute d'échanges de données entre acteurs.** Rendre les SI interopérables à terme (cf. *infra*) ne suffira pas à répondre à ce besoin d'un outil de suivi du parcours de la personne : en effet, l'interopérabilité permet aux logiciels de se communiquer des informations mais ne permettra pas de constituer un carnet numérique du salarié pour son parcours de PDP.

2.3.4 Les difficiles avancées dans les échanges de données illustrent l'absence de pilotage national des chantiers numériques en SPSTI

[138] L'association Presanse réalise un travail de construction des thesaurus des systèmes d'information des SPSTI, indispensable pour l'interopérabilité entre logiciels, mais Presanse ne dispose pas d'un rôle de pilotage des SPSTI et son champ est nécessairement partiel. La bonne implémentation des thesaurus dépend des éditeurs de logiciels.

[139] **Surtout, la gouvernance autonome des SPSTI ne facilite pas la mise en place d'un pilotage national affirmé, notamment sur les questions SI, par comparaison avec d'autres champs de politiques publiques.** Dans le champ du handicap, le pilotage des MDPH par les départements n'a pas empêché la construction d'un système d'information harmonisé, sous l'impulsion de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Autre exemple, les missions locales sont outillées par un SI i-milo piloté par la DGEFP.

[140] **Le ministère du Travail souhaite relancer le chantier d'interopérabilité des systèmes d'information en mobilisant l'expertise de la délégation du numérique en santé (DNS) et de l'Agence du numérique en santé (ANS).** Dans le secteur de la santé, l'ANS réalise un travail similaire à travers l'élaboration et la mise en œuvre du Cadre d'Interopérabilité des Systèmes d'Information en Santé (CI-SIS). Ce cadre, qui vise à établir des normes garantissant une communication efficace et sécurisée des informations de santé, est considéré par la DGT comme un modèle d'inspiration, qu'il s'agisse de la méthode ou de la gouvernance.

[141] **La DGT a donc lancé un chantier de long terme d'interopérabilité, en priorisant d'abord l'objectif de permettre de transmettre les DMST numériques entre SPST en cas de mobilité du salarié.** Ce choix est logique pour une première étape car il s'agit de mettre en œuvre une exigence réglementaire qui est aussi une demande forte des SPST. Mais la cible d'interopérabilité dépasse largement ce seul chantier.

⁵³ API = interface de programmation d'application, qui permet à deux applications de communiquer.

Cible d'interopérabilité des systèmes d'information en santé au travail

- Transmission de DMST numériques entre SPST quand le salarié change d'entreprise
- Alimentation d'enquêtes nationales (données d'activité, enquête épidémiologiques...)
- Alimentation du volet santé au travail du DMP ;
- Echanges avec l'assurance maladie : transmission des arrêts de travail, autres...
- Echanges avec d'autres acteurs (Cap emploi, etc.)
- constitution d'une base globale d'échange de données et alimentation du SNDS

[142] **Au vu des échanges de la mission avec DGT, DNS et ANS, la bonne conduite du chantier se heurte cependant à plusieurs obstacles :**

- la DGT ne dispose pas à ce jour d'un budget dédié à consacrer au chantier.
- les ressources humaines de l'ANS sont mobilisées sur d'autres chantiers ;
- enfin, la DNS alerte sur le fait que l'application à partir de 2029 des normes de l'espace européen des données de santé au DMST plaide pour décaler le lancement des travaux d'interopérabilité à 2026, faute de quoi les travaux lancés dès 2025 pourraient aboutir à des normes qui deviendront obsolètes avec l'EEDS.

[143] **La mission estime cependant que le chantier a déjà pris trop de retard pour attendre une année supplémentaire.** Des premiers travaux sur l'interopérabilité sémantique, c'est-à-dire la normalisation des données, peuvent être lancés en 2025, sans avoir besoin d'attendre la nouvelle norme européenne. Cela nécessite que ce chantier soit priorisé dans le programme de travail de l'ANS afin d'atteindre l'objectif de la DGT d'aboutir à une interopérabilité des SI pour fin 2027.

Recommandation n°12 Construire un macro-planning du chantier d'interopérabilité des systèmes d'information des SPST et mobiliser l'Agence du numérique en santé afin de lancer les travaux dès 2025 : validation des thesaurus et préparation des spécifications fonctionnelles détaillées

[144] **Le travail sur les spécifications fonctionnelles devra permettre d'évaluer le coût global du chantier d'interopérabilité.** Si le coût de mise en conformité des logiciels repose sur les éditeurs en vertu de la loi qui leur impose de se mettre en conformité aux référentiels de l'ANS, des incitations financières pourraient être envisagées pour accélérer l'adaptation de ces logiciels. Ainsi, dans le cadre du Ségur du numérique en santé, il a été prévu des incitations financières pour soutenir les éditeurs qui s'engageaient à respecter les normes d'interopérabilité nationale. La même démarche pourrait être envisagée pour les SI des SPST⁵⁴.

Recommandation n°13 Chiffrer le coût global du chantier d'interopérabilité et mettre en place des incitations financières aux éditeurs, en commençant par exemple par un ciblage des crédits en fonction de la bonne implémentation des thesaurus ou de l'utilisation de l'INS

⁵⁴ Le chantier global d'interopérabilité représente un investissement de plusieurs millions d'euros. Voir en annexe pour de premiers éléments d'estimation approximatives.

2.4 La nécessaire mobilisation des employeurs sur la PDP

2.4.1 L'employeur a un rôle central dans l'efficacité des mesures de PDP mais n'en a pas toujours conscience

[145] **La prévention de la désinsertion professionnelle comporte une dimension individuelle d'accompagnement du salarié mais également une dimension collective reposant sur la responsabilité de l'employeur, encore insuffisamment développée.** Cette responsabilité repose sur les obligations de l'employeur en matière de protection de la santé des travailleurs. Or, le diagnostic est partagé par les SPSTI et l'ensemble de leurs partenaires : les entreprises, en particulier les PME qui sont le cœur de cible des SPSTI, n'ont pas encore pleinement pris la mesure des enjeux de maintien en emploi et surtout de leur importance croissante à venir avec le vieillissement de la population au travail et l'augmentation de l'incidence des maladies chroniques.

[146] **Sur le plan financier, plusieurs caractéristiques du système français conduisent à une mutualisation de la couverture financière du risque de désinsertion quand d'autres pays ont fait le choix d'impliquer plus directement l'employeur sur le plan financier.** Ainsi en France, le système de couverture des AT-MP⁵⁵, tout comme les outils de maintien en emploi, constituent une forme de mutualisation du risque, de même que le licenciement des personnes déclarées inaptes au travail qui conduit à leur prise en charge par l'assurance chômage. D'autres pays européens ont fait le choix d'impliquer financièrement les employeurs dans le maintien en emploi.

Exemples allemand, suédois et danois d'obligation à agir des employeurs précocement pour le maintien en emploi

Une étude d'Eurogip a permis en 2021 d'approfondir quatre exemples étrangers concernant la prévention de la désinsertion professionnelle : Allemagne, Suède, Danemark, Autriche⁵⁶.

L'Allemagne a, depuis 2004, fait du management de la réinsertion professionnelle une obligation légale des employeurs : la loi ouvre un droit pour les salariés et un devoir pour les entreprises de gérer la réinsertion. Si un salarié a été en arrêt de travail plus de 6 semaines cumulées au cours des 12 derniers mois, l'employeur est tenu de lui proposer un programme spécifique de management de sa réinsertion professionnelle.

Le Danemark a transféré à l'employeur, en juillet 2014 la charge du maintien du salaire ou de la prise en charge des IJ pendant les 30 premiers jours d'arrêt de travail. Les entreprises sont parallèlement tenues légalement d'organiser un/des entretien(s) avec le salarié en arrêt, au plus tard 4 semaines après le 1er jour d'absence afin de déterminer combien de temps l'employé s'attend à être arrêté et trouver, en commun, des solutions susceptibles de raccourcir cet arrêt de travail, notamment par adaptation du poste.

⁵⁵ S'agissant des PME pour lesquelles la tarification est mutualisée.

⁵⁶ Eurogip, janvier 2021, PDP et maintien en emploi, exemple dans quatre européens.

En Suède, depuis le 1er juillet 2018, les entreprises sont tenues d'élaborer un plan d'aide au retour au travail si un employé risque d'être en arrêt maladie de longue durée d'au moins 60 jours. Les employeurs doivent avoir élaboré ce plan d'action au plus tard le 30e jour de l'arrêt de travail de leur employé, même s'il ne peut être mis en œuvre que 30 jours plus tard.

[147] **Par ailleurs, les incitations financières à la prévention des arrêts de travail par l'employeur font l'objet de pistes de réflexions dans le rapport Charges et produits 2025 de la CNAM⁵⁷.** L'examen de telles mesures de gestion du risque n'entrant pas dans le champ du présent rapport, la mission note simplement que les incitations financières envisagées s'intègrent dans une question plus globale de l'intérêt à agir de l'employeur en matière de PDP.

[148] **La mission a identifié des bonnes pratiques dans l'action des employeurs, tout en relevant qu'elles nécessitent souvent des moyens dédiés et donc une certaine taille de l'entreprise.** Ainsi, dans les quelques grands groupes qu'elle a analysés, la taille de l'entreprise facilite les reclassements internes de sorte que le nombre d'inaptitudes prononcées chaque année reste très limité. Autre exemple, la mission a relevé la mise en place de comités santé ou de comités prévention des risques dans certaines entreprises mais il s'agit souvent d'établissements relevant de groupes. Enfin, les CSE peuvent jouer un rôle dans l'identification des risques et l'action auprès de l'employeur pour renforcer la prévention des risques professionnels.

[149] **L'enjeu pour les acteurs de la PDP est alors d'agir auprès des TPE/PME qui disposent de peu de postes de reclassement, n'ont pas de comité santé et parfois pas de CSE pour les plus petites d'entre elles.** Les développements qui suivent proposent des actions en ce sens.

2.4.2 Améliorer la coordination de l'ensemble des intervenants auprès des entreprises

[150] **Le manque de connaissance par les employeurs des dispositifs de maintien en emploi est souligné par de nombreux interlocuteurs de la mission :** méconnaissance de ce qu'est un rendez-vous de liaison ou encore de la possibilité pour le salarié de se former pendant un arrêt de travail, vision restrictive des missions du SPSTI réduit à la réalisation des visites médicales, méconnaissance des compétences autres que médicales présentes dans le SPSTI. Cette méconnaissance est illustrée par plusieurs travaux, qu'il s'agisse d'enquêtes conduites par des branches ou de travaux universitaires⁵⁸.

[151] **Cependant, plusieurs SPSTI soulignent que la loi de 2021 les a conduits à agir davantage auprès des employeurs pour promouvoir les actions de maintien en emploi.** De fait, il existe sur le terrain une multiplicité de supports construits par les SPSTI, de sessions d'information collective parfois coanimées avec des partenaires (assurance maladie, Cap emploi), de matinées de formation ouvertes aux chefs d'entreprises... Ces initiatives sont intéressantes mais leur impact n'est pas évalué et elles conduisent parfois les SPSTI à reconstruire les mêmes outils d'information

⁵⁷ Parmi les mesures envisagées : un bonus malus en fonction du taux d'absentéisme dans l'entreprise, une prise en charge financière de l'employeur y compris pour les arrêts longs...

⁵⁸ Par exemple, enquête de l'UIMM Alsace auprès de ses adhérents sur leur connaissance des dispositifs de santé au travail. Autre exemple : « Prévention de la désinsertion professionnelle et de l'usure dans le secteur du BTP », mémoire de diplôme interuniversitaire, Dr Cyrille Comte, 2023. Sur un échantillon de PME du secteur du bâtiment analysé, moins de 10 % des employeurs connaissent le rendez-vous de liaison.

sur des territoires différents. Par rapport aux autres missions de la cellule PDP, en particulier l'accompagnement des situations individuelles, l'action auprès des entreprises n'a pas toujours pu être priorisée par les cellules à ce jour.

[152] **Parmi les employeurs rencontrés par la mission, plusieurs regrettent d'être confrontés à une multiplicité d'intervenants qui ne se coordonnent pas toujours :**

- Il n'existe pas d'échange structuré entre acteurs d'accompagnement de l'entreprise DREETS, médecins du travail, préventeurs Carsat, Agefiph...) qui permettrait de partager des informations pertinentes sur les entreprises qu'ils visitent. Un tel échange permettrait en particulier d'articuler les actions de prévention primaire et d'éviter que des entreprises ne se retrouvent sursollicitées par certaines institutions quand d'autres entreprises ne sont jamais sollicitées ;
- Les employeurs comprennent difficilement l'articulation entre les deux guichets que représentent le Fipu piloté par la Carsat et les financements attribués par l'Agefiph ;
- l'assurance maladie conduit une action « absentéisme atypique » à destination des entreprises présentant un taux d'absentéisme moyen supérieur de plus de 25 % à la moyenne de leur secteur. Les visites d'entreprises qui en résultent permettent de faire le point avec l'employeur et conduisent aussi parfois à identifier des situations individuelles de risque de PDP et donc à envisager des mesures de remobilisation. Or, les SPSTI paraissent peu associés et peu informés de ces actions.

[153] Certains CPOM analysés par la mission prévoient un échange d'informations entre assurance maladie et SPSTI sur les actions qu'ils engagent auprès d'une entreprise. Des protocoles SPSTI/ direction des risques professionnels pourraient venir compléter les protocoles SPSTI / service social de la Carsat pour prévoir des échanges d'informations réguliers et structurer des actions communes auprès des entreprises.

[154] **Le champ très vaste des PME plaide pour une articulation plus forte entre l'ensemble des acteurs amenés à intervenir auprès d'elles sur le champ global des ressources humaines, au-delà de la santé au travail :**

- les « conseillers entreprise » présents au niveau national pour répondre aux questions des entreprises, y compris sur les sujets de santé au travail, constituent un outil indispensable mais encore trop peu connu sur le terrain⁵⁹ ;
- le réseau des conseillers entreprise de France travail peut appuyer un employeur pour construire un plan d'action portant sur le handicap, non seulement sur ses enjeux de recrutement mais aussi de maintien en emploi de ses salariés et donc de PDP ;
- La prestation conseil en ressources humaines peut être mobilisée par les Dreets en lien avec les opérateurs de compétences (Opco). La PCRH fournit à l'employeur un accompagnement sur la gestion de ses ressources humaines qui peut s'étendre aux questions de santé au travail.

⁵⁹ Outil cofinancé par la DGE et la DGEFP qui se caractérise notamment par un engagement de prise de contact par un conseiller en moyenne 5 jours après la saisine par un employeur : <https://conseillers-entreprises.service-public.fr/>

[155] Dans ce sens, des initiatives régionales cherchent à promouvoir l'intégration des différentes offres de service aux entreprises sur le champ global des ressources humaines. C'est l'ambition du chantier Team RH (Occitanie) qui cherche à mettre en place un guichet intégré réunissant l'ensemble des acteurs qui interviennent dans le domaine des ressources humaines auprès des entreprises. Le chantier est piloté par la Dreets, le Conseil régional et France travail. Des équipes de proximité issus de ces institutions mais aussi des missions locales, Opco, Cap emploi, consulaires, etc. proposent aux TPE/PME des solutions à leurs problématiques RH. Lancée il y a peu, cette initiative est prometteuse et pourrait essaimer dans d'autres régions. Team RH pourrait à terme s'ouvrir aux acteurs du maintien en emploi, dont les SPSTI.

Recommandation n°14 Elargir aux enjeux de santé au travail tous les outils d'accompagnement des entreprises dans le champ de ressources humaines (actions des Opco, de France travail...) et promouvoir des guichets intégrés pour les entreprises au niveau régional

2.4.3 Intégrer la PDP dans une démarche plus globale d'évaluation et de prévention des risques par l'employeur

[156] Le risque de désinsertion professionnelle de ses salariés doit être considéré comme un risque que l'employeur doit évaluer au même titre que d'autres risques. C'est le sens de la démarche « Apptiv » construite à l'origine par le SPST de Perpignan et diffusée depuis dans d'autres services. Ce type d'outil aide l'employeur dans la construction du DUERP qui doit lui permettre d'évaluer l'ensemble des risques professionnels dans l'entreprise et d'y associer les actions de prévention pertinentes.

Apptiv : l'intégration du risque de désinsertion dans une évaluation globale des risques en entreprise

Apptiv passe par l'administration de questionnaires qui visent à faire évaluer le risque de désinsertion professionnelle à la fois par l'employeur, le SPST et le salarié. Ainsi, l'entreprise remplit un questionnaire dans son espace connecté sur le logiciel du SPST. Une vingtaine de risques sont identifiés dans le logiciel mais tous n'ont pas forcément à être remplis par l'employeur en fonction de sa situation et de son activité. Le remplissage du questionnaire permet par ailleurs de générer le DUERP. La démarche doit déboucher sur des actions à entreprendre par l'entreprise ou par le SPSTI à destination des salariés concernés.

[157] Ce type d'outil illustre le fait que la détection précoce du risque de désinsertion ne doit pas se fonder uniquement sur un diagnostic individuel portant sur le salarié et son état de santé, mais doit reposer également sur une évaluation de l'environnement professionnel qui relève notamment par l'employeur. Les outils d'évaluation des risques mis à leur disposition doivent en tenir compte.

Recommandation n°15 Impliquer les employeurs dans l'évaluation des risques de désinsertion professionnelle dans leur entreprise en intégrant systématiquement le risque de désinsertion dans les outils d'évaluation des risques qui leur sont proposés afin de préparer leurs DUERP

2.4.4 Des actions concrètes impliquant les employeurs afin de favoriser la détection précoce du risque de désinsertion

[158] Au-delà de la prévention du risque de désinsertion, la détection précoce de ce risque peut passer par plusieurs actions concrètes qui présentent l'intérêt de ne pas dépendre de la mise en œuvre du chantier d'interopérabilité entre systèmes d'information :

- Des SPSTI demandent à leurs adhérents de leur transmettre systématiquement les arrêts de travail, par exemple d'une durée supérieure à 30 jours, afin d'inviter les salariés concernés pour un rendez-vous au SPST. Une telle pratique permet de contourner le retard pris dans le chantier de transmission des arrêts de travail par l'assurance maladie et d'inviter à un rendez-vous un salarié qui aurait de toute façon probablement été vu plus tard dans son parcours de désinsertion ; cette bonne pratique pourrait donc être promue, même si son caractère artisanal et la charge que cela représente pour l'employeur constituent des limites qui nécessiteront d'y substituer la transmission des arrêts par l'assurance maladie quand elle sera opérationnelle ;
- L'envoi au salarié en arrêt de travail, avec sa première fiche de paie, d'un flyer présentant les principaux dispositifs de maintien en emploi et la possibilité de solliciter le médecin du travail ou la cellule PDP constitue une autre bonne pratique.

Recommandation n°16 Demander aux employeurs la transmission systématique au SPSTI des arrêts de travail de plus de trente jours et leur proposer d'envoyer au salarié en arrêt de travail, avec sa première fiche de paie, une information sur les dispositifs de maintien en emploi auxquels il peut avoir recours

[159] L'action auprès des entreprises peut aussi s'appuyer sur le repérage individuel des salariés, opportunité de systématiser cette méthode par le développement d'indices de risque de désinsertion. Un indice de risque de désinsertion efficace pourrait même permettre d'aller vers des salariés qui ne sont pas en arrêt.

3 Le développement d'un indice de risque de désinsertion professionnelle peut s'avérer mobilisateur pour les partenaires de la PDP mais sa généralisation supposera de nombreuses conditions de réussite

[160] La priorité au repérage précoce, au cœur en particulier de la loi de 2021 et de la nouvelle stratégie nationale en matière de PDP qui en a découlé, peut désormais s'appuyer des indices de risque en construction, qui cherchent à exploiter les données de plus en plus nombreuses dont disposent les SPST.

3.1 Les nombreux indices en construction témoignent d'un intérêt pour la démarche mais aussi de la diversité des objectifs poursuivis selon les territoires

3.1.1 Les études réalisées sur les facteurs de désinsertion, un contexte favorable au développement d'indices de risque

[161] **La recommandation de la HAS de 2019 déjà citée insistait sur le repérage précoce du risque de désinsertion sans aller jusqu'à proposer la mise en place d'indices.** Elle identifiait les facteurs individuels et de l'environnement de travail susceptibles d'influencer le pronostic professionnel, qu'ils soient propres à certaines professions ou transverses, sans pour autant les hiérarchiser ni recommander spécifiquement la mise en place d'indices de risque de désinsertion.

[162] **Avant la recommandation de la HAS, de nombreux travaux et études impliquant des SPST étaient menés depuis plusieurs décennies pour comprendre les facteurs d'inaptitude.** Cet intérêt s'explique par le nombre croissant de décisions d'inaptitude prises chaque année (plus de 130 000 en 2023, voir supra graphique 2).

[163] **Les études analysées dans l'annexe 4 relative aux indices de risque de désinsertion professionnelle soulignent différents facteurs contribuant à expliquer le maintien en emploi, ou inversement la désinsertion professionnelle.** Selon les travaux, il peut s'agir du niveau d'études, du soutien social par le collectif de travail lors du retour sur le poste, de la satisfaction au travail, de l'évaluation par le salarié lui-même de son état de santé et de sa capacité à reprendre le travail. A titre d'exemple, une étude de 2016 fondée sur un questionnaire renseigné pour partie par le salarié et pour partie par le médecin a conduit à identifier quatre éléments déterminants qui pourraient, selon les auteurs, rentrer dans la construction d'un « score » de risque d'inaptitude⁶⁰:

- le jugement du salarié sur son état de santé ;
- la durée de son arrêt de travail ;
- le dernier diplôme obtenu ;
- l'information du médecin du travail sur le suivi thérapeutique à partir d'examens complémentaires.

[164] **Outre les facteurs d'inaptitude, de nombreuses enquêtes conduites dans des SPST cherchent à préciser le devenir des salariés déclarés inaptes, notamment en les contactant six mois ou deux ans après la décision d'inaptitude.** Même si les résultats varient selon la conjoncture économique de la période et du territoire concerné, ces enquêtes illustrent la difficulté pour les salariés déclarés inaptes à se reclasser et donc l'intérêt d'une action le plus en amont possible pour éviter l'inaptitude.

[165] **D'autres études se sont intéressées aux facteurs de désinsertion sans se limiter à la notion d'inaptitude constatée par le médecin du travail.** Ces études travaillent ainsi sur les notions de

⁶⁰ « Facteurs prédictifs d'une restriction d'aptitude ou d'une inaptitude au poste de travail antérieur en visite de reprise : élaboration d'un score », C. Pélisser, F. Chauvin, L. Fontana, INRS, TF 234.

« décrochage professionnel », entendu comme la perte d'emploi, ou d' « usure professionnelle ». Ainsi, une étude conduite par un SPST en lien avec l'INRS se fonde sur un questionnaire auprès des salariés puis sur un nouveau contact trois ans après⁶¹. Deux réponses sont particulièrement prédictives du décrochage : le ressenti du salarié concernant son poste actuel et le pronostic sur sa capacité à conserver son travail d'ici trois ans. Par ailleurs, d'autres études démontrent le lien entre certaines expositions (vibrations) et la baisse de certaines capacités fonctionnelles, traduisant un phénomène d'usure professionnelle⁶².

[166] **Au-delà des résultats de ces études sur la valeur prédictive de certains facteurs, leur intérêt est également de réfléchir aux usages qui peuvent en découler pour les SPST :** par exemple, construction d'un indice pour conduire le médecin traitant à orienter vers le médecin du travail, mise en place d'un suivi téléphonique régulier pour évaluer le devenir des salariés, de tests fonctionnels pour évaluer le risque d'usure, etc.

[167] **Malgré des méthodes diverses, ces études présentent certaines caractéristiques et limites communes :**

- **la place très large laissée aux questionnaires, à remplir par le salarié et/ou le médecin ;** cette méthode est parfois privilégiée par manque de données fiables à exploiter dans les DMST ;
- **Le caractère géographiquement situé de ces études,** le plus souvent sur un seul service de santé au travail, faute de comparabilité des données entre SPST, avec des résultats qui dépendent ainsi de la population suivie.
- **Une liberté pour le médecin du travail de répondre ou non au questionnaire qui lui est adressé** ce qui peut introduire un biais de sélection et fragilise l'extrapolation de leurs enseignements.

[168] **L'accent sur le questionnaire auprès des salariés peut s'expliquer pour partie par les difficultés à exploiter les dossiers médicaux en santé au travail, mais aussi de manière plus positive par la démonstration du caractère prédictif de certaines questions posées aux salariés.** C'est le cas notamment des questions du *Work ability index (WAI)* diffusé au niveau international depuis plusieurs décennies. Les questions du WAI ont inspiré plusieurs questionnaires administrés dans des SPSTI aujourd'hui, en particulier ceux construits en lien avec l'INRS.

Le Work Ability Index (WAI)

Le WAI est un instrument de mesure de la capacité de travail développé par des chercheurs finlandais à la fin des années 1990. Composé de sept items, il intègre des questions relatives aux exigences du travail, à l'état de santé du travailleur et à ses ressources.

La version courante du WAI est composée des questions suivantes adressées au salarié :

-évaluation de votre capacité de travail actuelle comparée à la meilleure que vous n'ayez jamais atteinte ;

⁶¹ « Repérage et actions de PDP auprès des salariés de 45-55 ans : un exemple de dispositif dans un SPSTI », S. Guyot, S. Volkoff et alii, septembre 2024, Références en santé au travail.

⁶² « Prévenir l'usure professionnelle : contraintes professionnelles cumulées et capacités fonctionnelles physiques », Emmanuelle Turpin-Legendre, Laurent Claudon, INRS.

- évaluation de votre capacité de travail en rapport avec les exigences du poste ;
- le nombre de maladies diagnostiquées par un médecin ;
- pensez-vous que des problèmes de santé ont une influence sur votre performance professionnelle ?
- nombre de jours d'arrêt de travail dans les douze derniers mois ;
- votre pronostic par rapport à votre capacité de travail dans les deux ans ;
- vos ressources psychologiques / personnelles.

Il s'agit désormais d'un outil largement répandu en santé au travail qui a fait l'objet d'une abondante littérature scientifique au niveau international⁶³.

3.1.2 Depuis cinq ans, l'émergence d'indices de risque de désinsertion professionnelle en ordre dispersé

[169] La proportion de SPSTI utilisant un indice est encore minoritaire comme l'illustre l'enquête conduite par la mission : en 2025, environ 64 % des SPSTI répondants indiquent ne pas utiliser d'IRDP. Pour autant, l'usage d'indices s'est fortement développé ces dernières années. L'annexe 4 présente plusieurs de ces indices et les développements qui suivent se concentrent sur ceux qui ont connu la diffusion la plus large.

3.1.2.1 Des indices dont la diffusion s'est accélérée sous l'effet d'un logiciel équipant une part croissante des SPSTI

[170] **Un indice de risque de désinsertion et d'inaptitude, inspiré des travaux du service GIMS 13 de Marseille, s'est diffusé sous l'impulsion du logiciel Padoa qui équipe une part croissante des SPSTI et certains SPST autonomes.** L'indice construit par le GIMS 13 entre 2017 et 2020 s'inspire à la fois de la méthode EVREST⁶⁴ et de l'échelle de bien-être au travail, conduisant à classer les salariés entre un niveau 0 de risque et un niveau 3⁶⁵. L'étude du GIMS 13 présente la corrélation entre salariés classés en niveau 3 de risque et salariés inaptes. Ce coefficient de corrélation est à 0,73.

[171] **A partir de travaux conduits avec le GIMS 13, le logiciel Padoa propose depuis fin 2021 une fonctionnalité consistant à classer les salariés vus par les professionnels du SPST en quatre catégories de risque de désinsertion (IRDP de 0 à 3) et quatre catégories de risque d'inaptitude (IRI de 0 à 3).** Un salarié en risque fort d'inaptitude pourra être associé à un risque plus faible de

⁶³ Voir par exemple, Lundi et alii, "Predictive validity of the WAI and its individual items in the general population", Scand J Public Health, 2017.

⁶⁴ Le questionnaire EVREST est présenté dans l'annexe 3 sur les systèmes d'information.

⁶⁵ « Elaboration d'un indice de risque de désinsertion professionnelle », 57ème journées santé-travail de Presanse, octobre 2022. Voir également, sur ce même indice, « Validation d'une méthode clinique d'évaluation du risque de désinsertion professionnelle », Thèse de médecine et santé au travail, Abdoul Bah, 2023, Aix Marseille.

désinsertion s'il est estimé qu'il pourra facilement se reconvertir, ce qui justifie selon Padoa la coexistence de ces deux indices à remplir en parallèle.

Tableau 4 : Indice de risque de désinsertion / logiciel Padoa

Caractéristiques identifiées par le médecin	Niveau d'IRDP
Absence d'impact santé/ travail	0
Impacts possibles à long terme. Par exemple, score de stress au travail supérieur à 7, facteurs de risques (alcool, tabac, obésité)	1
Vulnérabilité potentielle. Retentissement sur la santé ou remise en question de la projection du salarié dans l'entreprise. Par exemple, une pathologie traitée sans retentissement sur le travail	2
Gêne dans le travail exprimée et identifiée	3

Source : *Editeur PADOA*

[172] **Le logiciel fournit une aide à la saisie mais les modalités de classement continuent de dépendre de chaque service.** La décision de classement dans chacune des quatre catégories de risque relève toujours du médecin. Il n'y a donc pas d'automaticité dans la traduction en indice des facteurs de risque identifiés. Dans Padoa, le module de cotation de l'IRDP débouche directement sur le module de maintien en emploi.

[173] **Un autre service, l'ALSMT, a développé un indice de risque fondé sur un questionnaire qui a connu une diffusion à l'ensemble des SPSTI de la région Grand Est sous impulsion du médecin inspecteur régional de la Dreets.** A l'origine, l'ALSMT a conçu et administré en 2016, en collaboration avec l'INRS, le questionnaire de repérage de salariés à risque de « décrochage » mentionné plus haut⁶⁶. Lorsque le salarié déclare un score faible sur deux questions, l'évaluation de sa capacité de travail actuelle et ses projections professionnelles à deux ans compte tenu de son état de santé actuel, le risque de se retrouver parmi les décrocheurs trois ans plus tard est de 60 %.

[174] **Ces deux questions sur la capacité de travail et la possibilité de se maintenir sur son poste sont désormais posées systématiquement dans ce service par les médecins et infirmiers volontaires pour les salariés de plus de 45 ans, conduisant à coter un indice de risque dans le logiciel Padoa.** Cela illustre la compatibilité entre la démarche d'auto-questionnaire et l'indice de risque figurant dans ce logiciel. En cas d'indice élevé, des actions individuelles ou collectives peuvent être lancées et un suivi est réalisé tous les six mois par la cellule PDP sur les actions mises en place pour les personnes identifiées comme à risque.

[175] **Cette méthode a également suscité l'intérêt au niveau national, avec l'intégration d'une nouvelle question dans l'enquête EVREST :** depuis 2022, l'enquête nationale est complétée par la

⁶⁶ « Aspects prédictifs d'un questionnaire de repérage des salariés à risque de désinsertion professionnelle », Guyot et alii, Références en santé au travail, septembre 2023. Dans cette étude, les décrocheurs sont définis comme étant les salariés qui indiquent soit être en recherche d'emploi avec état de santé dégradé, soit en invalidité, soit à la retraite en ayant anticipé leur départ en raison de leur état de santé.

question suivante : « pensez-vous que dans deux ans, votre état de santé vous permettrait d'effectuer votre travail actuel ? ».

[176] **Les méthodes appliquées par l'ASLMT et par le GIMS 13 sont différentes mais se rejoignent sur le rôle du professionnel de santé dans la cotation de l'indice.** Qu'il s'agisse d'un questionnaire auprès du salarié ou d'autres types de données, c'est toujours au final le professionnel de santé qui choisit le niveau d'IRDP qu'il choisit d'associer au salarié.

[177] **La diffusion de ces différents travaux dans les SPSTI a conduit à l'émergence d'indices différents et non harmonisés sur le territoire comme l'illustre le questionnaire de la mission.** Les paramètres des IRDP locaux peuvent être globalement proches (contraintes professionnelles, relation à l'employeur, état de santé...) mais leur pondération ou les formulations des questions diffèrent.

[178] **En outre, les usages des IRDP cités par les SPSTI sont également très différents et dépassent souvent la simple détection du risque.** Certains SPSTI disent utiliser l'indice à chaque visite médicale quand d'autres le réservent aux visites de mi-carrière ou de pré-reprise. Parmi les usages cités par les répondants : le suivi du devenir des salariés classés en indice 3 IRDP pour s'assurer de leur accompagnement ; l'utilisation pour l'entrée d'un salarié dans le parcours PDP ou pour l'orientation vers la cellule PDP ; l'évaluation de l'efficacité de la cellule en suivant l'évolution de l'indice moyen. Un SPST (Prevy en Occitanie) a construit son propre arbre décisionnel qui détermine les professionnels de la cellule à saisir en fonction du niveau d'indice (assistante sociale, IDEST, psychologue du travail ou staff pluridisciplinaire saisi par le médecin du travail). L'intérêt de cette pratique est ici de faire un lien direct entre l'utilisation d'un indice et l'organisation du SPST, plus particulièrement de la cellule de PDP.

[179] **Ainsi, différents indices se développent sous l'influence de facteurs divers, comme la diffusion d'un logiciel de santé au travail ou la décision d'une Dreets de soutenir une démarche particulière, mais sans que la démarche ne soit pilotée au niveau national et donc sans harmonisation de leur construction ni de leur usage**

3.1.2.2 Une nomenclature de classement des situations individuelles propre à l'assurance maladie et qui diffère entre régime général et MSA

[180] **Par rapport aux SPST, l'enjeu de détection du risque de désinsertion se pose nécessairement de manière différente pour l'assurance maladie qui intervient uniquement auprès des salariés en arrêt de travail.** Les travaux conduits par la CNAM visent donc à affiner le ciblage des arrêts de travail associés à un risque de désinsertion⁶⁷.

[181] **Outre ce ciblage sur certains arrêts de travail, l'assurance maladie a établi la « pyramide des fragilités » (cf. supra), soit une nomenclature permettant de mieux classer les assurés en risque de désinsertion professionnelle par niveau de gravité.** A son entrée dans le parcours de PDP proposé par l'assurance maladie, le salarié voit sa situation évaluée et classée, avec un impact sur les modalités d'accompagnement qui lui sont proposées.

⁶⁷ Voir l'annexe 3 sur les systèmes d'information.

[182] La circulaire CNAM de 2024 tente de faire correspondre les niveaux de gravité de cette « pyramide des fragilités » à une intervention confiée plutôt au service social de la Carsat ou au SPST. Par exemple, un salarié en situation T3a, T3b peut nécessiter « une coordination du parcours et un accompagnement par le service social de l'Assurance Maladie s'impose, si l'assuré en est d'accord. »⁶⁸. Cet exercice présente le mérite de fournir des éléments de clarification dans la répartition des rôles en matière de PDP ; on peut d'autant plus regretter que cette grille, bien connue au sein du réseau, ne soit pas toujours partagée avec les SPSTI.

[183] La MSA dispose également d'une grille de classification des risques de désinsertion qui diffère de celui du régime général. Le niveau de risque le plus élevé implique le passage en cellule de concertation entre médecin conseil, service social et service de santé au travail – trois acteurs intégrés dans la branche MSA, ce qui fonde sa spécificité.

3.2 Le partage d'un indice par l'ensemble des SPST présenterait de multiples intérêts y compris pour la coordination des acteurs

[184] Les usages potentiels des IRDP diffèrent selon les interlocuteurs de la mission, chercheurs, médecins du travail, directeurs de SPST, ou selon les réponses des SPSTI au questionnaire de la mission. Ces indices présentent à la fois un intérêt pour des usages individuels et collectifs.

3.2.1 Des indices utiles pour outiller le suivi individuel d'un salarié

[185] Un indice de désinsertion va en premier lieu être utilisé pour l'accompagnement du parcours individuel du salarié, à différents moments :

- au tout début, comme outil de détection des situations individuelles nécessitant des actions de prévention de la désinsertion ; un indice dégradé peut par exemple conduire le médecin du travail à anticiper une visite par rapport au calendrier prévu. Autre usage possible pour le professionnel, la présence d'un indice dans le dossier lui permet de prendre connaissance plus facilement de la situation du salarié s'il est amené à remplacer un collègue absent au cours de la visite médicale.
- Un indice de désinsertion peut aussi être utilisé au moment d'orienter vers la cellule de PDP. Certains services considèrent en effet qu'un indice est de nature à objectiver les orientations vers la cellule PDP qui ne reposent pas, aujourd'hui, sur des critères partagés entre SPST.
- L'indice peut également être évolutif, par exemple s'il est rempli à chaque visite, et donc permettre de suivre l'évolution de la situation du salarié, notamment entre début de la mise en œuvre du plan de maintien en emploi et fin de l'accompagnement.

[186] Dans tous les cas, l'indice a vocation à constituer une aide à la décision du professionnel de santé qui conserve son autonomie de décision. En particulier, les délégations entre médecins du

⁶⁸ Circulaire CIR-27-2024, 20 septembre 2024 : T3a et T3b : Maintien en emploi (après une reconversion professionnelle) : Reclassement sur un autre poste dans l'entreprise d'origine (T3a) ou dans une autre entreprise (T3b). T4 : Maintien en emploi avec un risque avéré de désinsertion professionnelle nécessitant un accompagnement médico-social et prise en charge du handicap.

travail et infirmiers peuvent être éclairées par le niveau d'indice des salariés à suivre : ainsi, un IRDP dégradé peut constituer un indicateur d'alerte conduisant l'infirmier à orienter vers le médecin. Ce dernier point est structurant dans un contexte dans lequel les visites reposent de manière croissante sur les infirmiers qui ont donc besoin d'outiller leur suivi des salariés, davantage que les médecins qui concentrent souvent déjà leur activité sur les cas les plus complexes.

3.2.2 Des indices utiles pour piloter un service et mieux connaître un tissu d'entreprises ou une population de salariés

[187] **Les usages possibles de l'IRDP sont également d'ordre collectif, d'abord au niveau de chaque service** : le niveau moyen de l'indice et son évolution dans le temps permettent d'objectiver le risque de désinsertion de l'ensemble des salariés suivis. Il est alors envisageable de mieux connaître les facteurs de désinsertion, de prioriser les ressources du SPST en fonction du niveau de l'indice ou encore de mesurer plus précisément l'activité du SPST et son impact : quelle évolution d'une année sur l'autre de la proportion des salariés avec l'indice le plus dégradé ? Quelle part des ressources du SPST consacrée à ces salariés, et à l'inverse quelle part consacrée à ceux dont le risque de désinsertion est limité, dans une logique d'anticipation ?

[188] **L'usage collectif peut concerner aussi la connaissance des entreprises, des secteurs d'activités voire des territoires** : lancement d'actions de prévention des risques sur une entreprise si le SPST identifie des indices particulièrement dégradés chez cet employeur, voire dans l'ensemble du secteur d'activité.

3.2.3 Une utilité qui serait renforcée si les SPST partageaient un même outil au niveau national

[189] **Par rapport à des indices partagés par quelques services, la construction d'un indice national pour l'ensemble des SPST présenterait plusieurs intérêts :**

- Le suivi du parcours individuel serait facilité même en cas de changement de SPST par le travailleur si l'ensemble des services partagent le même IRDP. Il s'agit ici d'appliquer la même logique que la portabilité des DMST en cas de changement d'employeur par le salarié⁶⁹.
- Le partage d'un même indice contribuerait à garantir une égalité de traitement entre les travailleurs, si l'indice est validé scientifiquement, par rapport à une situation dans laquelle chaque SPST construirait son propre IRDP ; de fait, les échanges de la mission avec certains SPST illustrent ces différences de traitement. Même des services ayant le même logiciel, par exemple Padoa, peuvent appliquer des principes différents pour classer un salarié en niveau 2 ou niveau 3 de risque de désinsertion.

[190] **L'usage collectif serait également plus puissant en cas d'indice national. Un indice national permettrait de suivre le résultat de l'action des SPST, de mieux rendre compte de leurs missions voire d'éclairer la fixation de priorités nationales (plan santé au travail...).** En outre, un

⁶⁹ Voir l'annexe 3 sur les systèmes d'information.

SPST pourrait se comparer aux moyennes régionales ou nationales. Au niveau d'un territoire ou d'un secteur économique, indépendamment des SPST de rattachement, il serait possible de suivre l'évolution du risque de désinsertion pour une population donnée et donc de construire les actions de prévention primaire en réponse.

[191] **La construction d'un indice national et le chantier plus global d'interopérabilité entre logiciels sont étroitement liés.** En effet, un indice national supposerait de transmettre aux éditeurs des spécifications communes qu'ils devront appliquer pour l'ensemble des logiciels. Cela permettrait de procéder à des extractions afin de disposer de données nationales sur l'indice de désinsertion.

[192] **A terme, une étape supplémentaire serait le partage de l'indice non seulement entre SPST mais entre les SPST et d'autres acteurs du parcours de PDP, facilitant ainsi la coordination entre les acteurs.** Ainsi, un IRDP passé en routine pourrait permettre d'objectiver davantage l'orientation des publics entre SPST, assurance maladie, Cap emploi, même s'il va de soi que cette orientation ne peut en aucun cas être automatique et reposera toujours *in fine* sur une décision humaine. En outre, la diffusion d'un IRDP commun auprès de l'ensemble des acteurs de la PDP d'un territoire pourrait permettre de suivre et d'évaluer leur action collective, alors qu'aujourd'hui aucun indicateur n'est partagé entre institutions qui ne sont donc pas suffisamment responsabilisées sur des résultats communs.

[193] **Ainsi, la convergence des SPST sur un indicateur partagé paraît à la fois nécessaire et souhaitable.** Elle permettra d'éviter les déperditions d'énergie pour des outils construits en parallèle avec des objectifs proches.

3.3 Un projet d'indice standardisé est en cours de test dans une partie des SPSTI

[194] Le foisonnement de travaux sur des indices de risque de désinsertion a conduit l'association Presanse à engager un chantier de détermination d'un indice standardisé.

3.3.1 Un projet d'indice national conçu sous l'égide de l'association Presanse

[195] **Selon le diagnostic établi par un groupe de travail de Presanse conduit en 2024, aucun des indices construits par les SPST ne répond pleinement aux recommandations de la HAS⁷⁰.** Presanse considère en effet que les critères de désinsertion contenus dans cette recommandation peuvent être regroupés en trois axes, l'état de santé du salarié, son environnement de travail et sa situation sociale. Aucun des indices actuels ne répond à ces trois axes.

[196] **Un principe structurant décidé par le groupe de travail de Presanse est de répondre à ces trois axes en fondant le calcul d'un futur indice sur les données figurant dans les DMST.** Le projet affiché doit ainsi déboucher sur un indice « simple, adapté aux moyens temporels, adapté aux moyens logiciels et respectant le savoir-faire des experts »⁷¹. Ce choix tient notamment à la volonté de faciliter l'appropriation de l'indice par les services : ainsi, dans les réponses au

⁷⁰ Groupe de travail rattaché à la commission Offre et innovation de Presanse.

⁷¹ Informations mensuelle Presanse, juillet / août 2024.

questionnaire de la mission, plus de la moitié des répondants considèrent que la « disponibilité de l'indice à partir du logiciel métier » constitue une condition nécessaire pour utiliser l'IRDP.

[197] **Presanse a alors traduit les différents facteurs prédictifs de la désinsertion issus de la recommandation de la HAS en les faisant correspondre aux thesaurus nationaux qui sont implémentés dans les logiciels métier des SPST.** A titre d'exemples :

- S'agissant du « pan santé », il s'agit des TMS, des cancers, des symptômes psychiatriques et plus globalement des pathologies (CIM 11).
- S'agissant du « pan travail », sont citées plusieurs expositions physiques (mouvements répétitifs, postures pénibles, effort physique), ainsi qu'une faible latitude décisionnelle, un faible soutien social de la hiérarchie et des collègues, une faible reconnaissance au travail ;
- S'agissant du « pan social », un faible niveau d'études, un faible soutien de l'entourage, des arrêts de travail répétés ou supérieurs à trois mois...

[198] **Dans les différentes communications de Presanse, il est précisé que son futur indice n'a vocation ni à se substituer à l'interrogation du travailleur sur son ressenti, ni à l'expertise du médecin au cours de la consultation.** Selon les termes utilisés par la direction de Presanse, l'indice sera un « premier tamis » et le professionnel de santé aura son propre regard sur le risque de désinsertion.

3.3.2 Le chantier de construction de l'indice Presanse piloté par une équipe de recherche : état d'avancement de l'étude à juin 2025

[199] Pour mener à bien son projet, Presanse mobilise une équipe de recherche de l'Inserm rattachée au CHU d'Angers. L'équipe en question dispose d'une longue expérience sur les enjeux de désinsertion, notamment dans le domaine des troubles musculosquelettiques.

3.3.2.1 La phase mono centrique de l'étude est achevée

[200] **La phase mono centrique consistait à construire un premier indice Presanse à partir des données d'un seul SPSTI, l'OPSAT⁷².** Pour cela, l'équipe de l'Inserm a construit un indicateur composite comme critère de jugement afin d'approcher la notion de désinsertion. Construit par un consensus d'experts, il est composé notamment à partir des avis d'inaptitude, des pensions d'invalidité, d'une IPP supérieure à 10 %, des prescriptions d'aménagements de poste ou d'étude de poste de travail et de l'orientation vers un professionnel de santé. L'objectif était alors de déterminer, à partir des variables des DMST des salariés vus en consultation à l'OPSAT entre juin 2023 et mai 2024, les facteurs les plus prédictifs de la réalisation de cet indicateur composite en appliquant des modèles statistiques. Il s'agit donc d'une étude d'observation rétrospective.

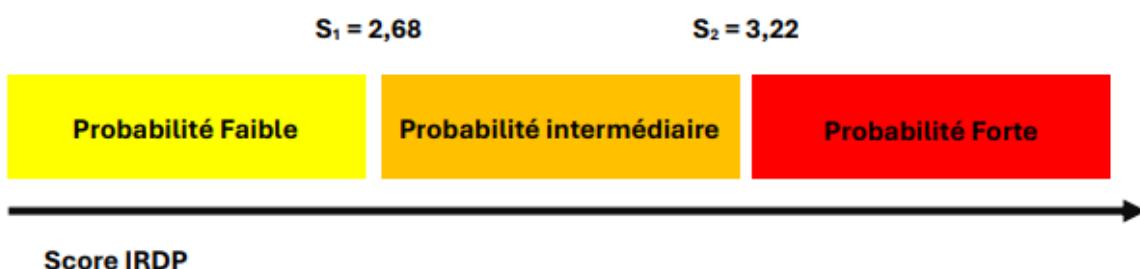
[201] **L'étude a procédé à l'exclusion des salariés ni en CDI ni fonctionnaires.** La population retenue après critères d'exclusion est de 50 600 travailleurs. L'exclusion des salariés en CDD ou

⁷² L'OPSAT compte environ 15 000 entreprises adhérentes et suit 150 000 salariés. Il est présent sur quatre départements.

autres contrats (saisonniers, intérim...), qui s'explique par la taille trop petite de l'échantillon, constitue une limite de l'analyse.

[202] Si l'indice obtenu se situe en dessous d'un premier seuil, le salarié est à probabilité faible de désinsertion ; entre le premier et le deuxième seuil, le risque de désinsertion est intermédiaire ; au-dessus du deuxième seuil, le risque est fort. Ces deux seuils sont fixés à des niveaux destinés à concilier classiquement la sensibilité de l'indice (soit sa capacité à identifier le risque de désinsertion quand il existe) et sa spécificité (soit sa capacité à minimiser le nombre de faux positifs).

Schéma 3 : Interprétation de l'indice Presanse en cours de test



[203] L'exploitation des données des DMST de l'OPSAT a ainsi permis d'aboutir à une première équation⁷³ constituant un indice Presanse dit « de première intention ». Les principaux facteurs prédictifs du risque de désinsertion identifiés dans l'équation sont le fait d'être une femme, l'appartenance à la CSP ouvrier et le fait de présenter une pathologie « troubles mentaux et du comportement » ou une pathologie du système ostéo-articulaire.

[204] Le score chiffré issu de l'équation en cours de test ne conduira pas automatiquement à classer un salarié dans l'une ou l'autre des catégories de risque. Le score sera prédictif de la désinsertion pour un individu présentant les caractéristiques moyennes de la population mais ce sera au professionnel de santé d'intégrer des éléments plus propres à la situation individuelle. Cette garantie d'intervention médicale, légitime en soi, constituera aussi une limite à la comparabilité des indices entre SPST puisque les niveaux d'indices dépendront toujours *in fine* des pratiques de classement des médecins du travail.

[205] Selon les premières données de l'Inserm, l'indice Presanse détecte environ 80 % des situations considérées comme les plus dégradées, c'est-à-dire celles correspondant à l'indicateur composite de désinsertion. Cette performance est, par construction, évaluée uniquement par rapport à la capacité de l'indice à être prédictif de l'indicateur composite de désinsertion. L'équipe de l'Inserm souligne par ailleurs que l'indice dépend étroitement de la qualité des données rentrées dans les DMST. Elle recommande donc aux SPSTI « une attention accrue à la qualité du codage », à un niveau le plus fin possible.

[206] Des paramètres non présents aujourd'hui dans l'indice testé pourraient y être intégrés à terme, en fonction de la qualité de la saisie ou de la disponibilité à venir de certaines données. Ainsi, la durée de l'arrêt de travail est considérée par certains experts comme le facteur le plus

⁷³ Présentée en détail en annexe 4.

prédictif du risque de désinsertion et il serait paradoxal que des indices de risque n'intègrent pas, à terme, ce paramètre quand l'assurance maladie le transmettra aux SPST.

3.3.2.2 La phase multicentrique est en cours jusqu'à fin 2026

[207] **La phase multicentrique de l'étude, impliquant une pluralité de SPST, a été lancée au printemps 2025.** Une trentaine de SPSTI étaient candidats pour participer à cette phase au printemps 2025 ce qui témoigne de l'intérêt pour la démarche. Cette phase doit permettre d'améliorer le caractère prédictif de l'équation. La période de recueil des données de l'étude multicentrique se fait sur une année entre le printemps 2025 et le printemps 2026, après information préalable par chaque SPST des salariés concernés. L'analyse des données et la restitution des résultats interviendront donc au second semestre 2026.

[208] **L'idée est ainsi de regrouper en une seule base l'ensemble des données des SPST volontaires et ainsi de tester et améliorer l'indice Presanse issu de la phase monocentrique.** Cette phase, qui concernera potentiellement plus de deux millions de salariés suivis par les SPST candidats, est d'autant plus essentielle qu'il n'existe pas à ce jour, à la connaissance de la mission, d'étude évaluant le caractère prédictif des IRDP sur des données massives.

3.4 La généralisation d'un indice standardisé à l'ensemble des SPSTI suppose de nombreuses conditions de réussite

[209] Le travail de construction d'un indice national a été lancé rapidement et la direction de Presanse assume une forme de pragmatisme consistant à lancer les travaux puis à adapter son indice de façon agile en fonction des premiers résultats obtenus. Cette méthode n'a cependant pas permis de clarifier l'ensemble des conditions de la généralisation d'un futur IRDP national.

3.4.1 Que signifierait généraliser un indice de risque de désinsertion à l'ensemble des SPSTI ?

[210] La situation actuelle des SPSTI, qu'il s'agisse de leur équipement en logiciels ou de leur mode de gouvernance, conduit à identifier plusieurs prérequis d'une généralisation d'un IRDP.

3.4.1.1 La généralisation d'un indice doit tenir compte de la gouvernance actuelle des SPSTI

[211] Aujourd'hui, chaque SPSTI possède sa propre gouvernance qui fixe ses orientations stratégiques. L'association Presanse n'a pas de fonction de tête de réseau des SPSTI et ne peut donc leur imposer un outillage particulier.

[212] **Imposer un indice à l'ensemble des SPSTI nécessiterait une action réglementaire se traduisant, par exemple, par une évolution du référentiel national de certification des services.** Le référentiel pourrait prévoir l'obligation d'utiliser l'IRDP tel qu'il résultera des travaux conduits au niveau national. Il s'agirait de revenir ici à l'objectif mentionné par le PNST 4 de déterminer des critères partagés de repérage du risque de désinsertion : « Une fois concertée avec le CNPST et

l'ensemble des acteurs concernés, la liste de ces critères pourrait faire l'objet d'une diffusion à l'ensemble des SPST, en tant que bonne pratique voire comme élément de leur certification. »

[213] **Cependant, dans le mode de gouvernance actuel de la santé au travail, un travail de conviction sera également indispensable afin de diffuser un IRDP national, quelle que soit sa forme.** Dans l'enquête conduite par la mission, 55 % des SPSTI répondants considèrent qu'un indice national serait utile ; 8 % pensent le contraire et 37 % choisissent de ne pas se prononcer. Certains responsables de SPSTI ayant suspendu leurs travaux sur un indice de désinsertion ont indiqué à la mission envisager de les reprendre s'ils ne sont pas convaincus par le résultat de l'étude nationale sur l'indice Presanse. D'autres indiquent qu'ils maintiendront leur propre indice en complément de celui promu par Presanse.

[214] **En particulier, certains médecins du travail rencontrés par la mission ou interrogés via le questionnaire craignent un « carcan national » représenté par l'IRDP.** L'association Presanse est parfois considérée comme l'outil des directeurs de SPST et non celui des médecins du travail, ce qui représente un risque pour l'appropriation de son indice, dont le remplissage reposera pour une grande part sur les médecins.

3.4.1.2 Les conditions techniques concernant les logiciels et la qualité de la saisie

[215] **L'adaptation des logiciels pour intégrer l'IRDP constitue un préalable indispensable à la diffusion de l'indice.** Tous les éditeurs devront adapter leurs logiciels pour permettre l'exploitation des DMST en fonction de l'équation stabilisée de l'IRDP. Les logiciels devront être adaptés d'une part pour permettre le calcul du score chiffré à partir du DMST, d'autre part pour intégrer les différents niveaux d'indices qui en résultent, sur le modèle de ce qui existe déjà dans certains logiciels.

[216] **Calculé sur la base des seules données du DMST, l'IRDP national dépendra donc étroitement de la bonne qualité de saisie dans ces dossiers.** Il est vrai que l'IRDP en cours de test repose à ce stade sur des paramètres assez simples (âge, sexe, pathologies, expositions) ce qui pourrait limiter le risque de mauvaises saisies, mais certains SPST indiquent d'ores et déjà être en difficulté pour calculer l'indice en raison des lacunes de saisie dans leurs logiciels métier.

[217] **L'implémentation de l'indice rend donc encore plus indispensable la bonne application des thesaurus nationaux dans chaque SPST⁷⁴.** On peut craindre que la diffusion de l'IRDP soit fragilisée par le maintien de pratiques de saisie incomplète dans les dossiers médicaux. Cela suppose un travail auprès des éditeurs pour implémenter les thesaurus et auprès des médecins du travail pour leur bonne utilisation (cf. supra, recommandation n.13 sur l'hypothèse d'une incitation financière à la bonne implémentation des thesaurus par les éditeurs).

[218] **Ainsi, l'ensemble de ces conditions nécessitent une véritable adhésion dans les services, qui fait de l'IRDP un projet de conduite du changement au moins autant qu'un projet technique.** Dès lors, il est nécessaire de répondre à plusieurs interrogations qui se font jour sur l'IRDP.

⁷⁴ Voir l'annexe 3 sur les systèmes d'information.

3.4.2 La nécessité de clarifier les paramètres et les usages d'un futur indice national

[219] **La valeur intrinsèque d'un indice ne suffit pas à assurer sa généralisation car sa diffusion peut se heurter à une incompréhension sur son contenu ou sur son usage.** Toutes les questions qui se posent doivent donc donner lieu à des clarifications qui ne relèvent pas de la responsabilité de l'équipe Inserm, responsable des seuls aspects scientifiques, ni de Presanse qui a impulsé la démarche actuelle mais n'a pas compétence pour statuer sur une généralisation d'un IRDP.

3.4.2.1 Les paramètres qui déterminent l'indice Presanse : une vision médicale et individuelle du risque de désinsertion qui laisse peu de place au rôle de l'entreprise

[220] **Au cours de ses déplacements et à l'occasion du questionnaire, la mission a relevé différentes réserves** dont certaines, minoritaires, portent sur le principe même d'un indice national quand d'autres plus nombreuses se concentrent sur les paramètres de l'indice en cours de test.

- **Le caractère non évolutif des paramètres de l'indice Presanse**

[221] **Les paramètres principaux de l'indice Presanse sont peu susceptibles d'évoluer en fonction de l'action du SPST.** C'est le cas en particulier du genre, de la CSP, des pathologies affectant la personne. Cela conduit donc à relativiser la présentation qui en est faite par Presanse qui indique que « la modification des données saisies au fur et à mesure de sa prise en charge par le SPSTI fera donc varier l'indice sur un travailleur » car les composantes de l'indice sont peu susceptibles d'évoluer. De fait, les équipes de l'Inserm confirment que l'indice Presanse en cours de test doit être considéré comme un outil prédictif et non comme un outil de suivi.

[222] **Ainsi, fonder un indice de détection sur des facteurs essentiellement non modifiables va limiter l'intérêt de l'utilisation de cet indice par un SPSTI en prévention primaire.** Si l'indice présente l'intérêt de caractériser la population suivie à un moment T, son évolution au cours du temps pourra difficilement être imputable à l'action du service qui dispose de peu de leviers sur les principaux paramètres de l'indice.

[223] **L'indice issu de l'équation de Presanse constitue donc bien un indice de détection et non pas de suivi dans la durée de l'évolution du risque.**

- **Des auto-questionnaires qui auraient leur place dans un futur indice national**

[224] **Les auto-questionnaires développés en s'inspirant du WAI sont complémentaires du projet d'indice Presanse construit par l'Inserm et pourraient donc être une composante d'un indice national.** Les auto-questionnaires bénéficient en effet d'un fondement scientifique et plusieurs études récentes ont confirmé leur intérêt prédictif du risque de désinsertion ou d'inaptitude (cf. supra). En outre, plusieurs projets sont en cours pour tester l'apport des questionnaires, notamment sous l'égide de l'INRS qui vise à aboutir à un questionnaire court pouvant être systématisé à l'occasion des visites de mi carrière.

[225] L'intérêt de ces questionnaires est de correspondre aux pratiques des professionnels de santé. Un questionnaire court s'intègre sans difficulté dans une visite médicale ou infirmière. Ainsi, les travaux sur l'IRDP sous l'égide de Presanse ne doivent pas conduire à négliger la réflexion sur l'utilisation et la valeur ajoutée des auto-questionnaires, voire sur leur généralisation à terme.

Recommandation n°17 Comparer les résultats, en termes de capacité de détection du risque de désinsertion, des auto-questionnaires et de l'indice fondé sur les DMST afin d'évaluer leur complémentarité ou leurs recoulements éventuels.

● **La nécessité d'impliquer davantage l'entreprise dans les démarches de détection**

[226] Plusieurs SPSTI et universitaires interrogés soulignent que le projet d'indice Presanse en cours de test présente une dimension médicale et individuelle très affirmée et semble alors laisser peu de place au rôle de l'employeur dans la prévention du risque. L'indice testé par l'Inserm ne comporte pas de paramètres déterminants portant sur les conditions de travail. Les expositions à certains facteurs de risques (vibrations...) sont même considérées comme un facteur qui vient limiter le risque de désinsertion du fait de l'effet « travailleur sain ». Ce résultat contre-intuitif ne facilite pas l'appropriation de l'indice.

[227] Un indice uniquement tourné vers une détection individuelle et médicale du risque de désinsertion peut passer à côté de facteurs tenant à l'environnement de travail et à la politique de l'employeur. La détection précoce des risques ne peut pas être focalisée uniquement sur le salarié. Du reste, cette limite concerne aussi les auto-questionnaires administrés au salarié, qui n'intègrent pas la vision de l'employeur dans l'évaluation du risque de désinsertion professionnelle. En outre, se fonder sur la seule évaluation individuelle du risque de désinsertion de chaque salarié peut fausser la vision du SPSTI sur l'entreprise : il peut y avoir plusieurs salariés à risque de désinsertion identifiés par le médecin du travail mais seul le diagnostic réalisé au niveau de l'entreprise permet de confirmer ou non l'existence d'un risque plus systémique dans l'entreprise en question.

[228] De manière complémentaire à la vision individuelle du risque de désinsertion traduite dans l'indice Presanse, certaines démarches conduites dans des SPST font une place plus importante au rôle de l'employeur et à sa propre vision sur les risques de désinsertion dans son entreprise. C'est par exemple le cas de l'outil APPTIV construit par le PST 66 en Occitanie⁷⁵. Ce type d'outil se fonde sur le principe selon lequel l'action sur le risque de désinsertion professionnelle ne peut pas être scindée de l'action sur les autres risques de l'entreprise. Selon cette démarche, le risque de désinsertion professionnelle est un risque professionnel comme les autres à traiter comme tel dans le cadre de l'obligation d'évaluation des risques reposant sur l'employeur avec l'appui du SPSTI.

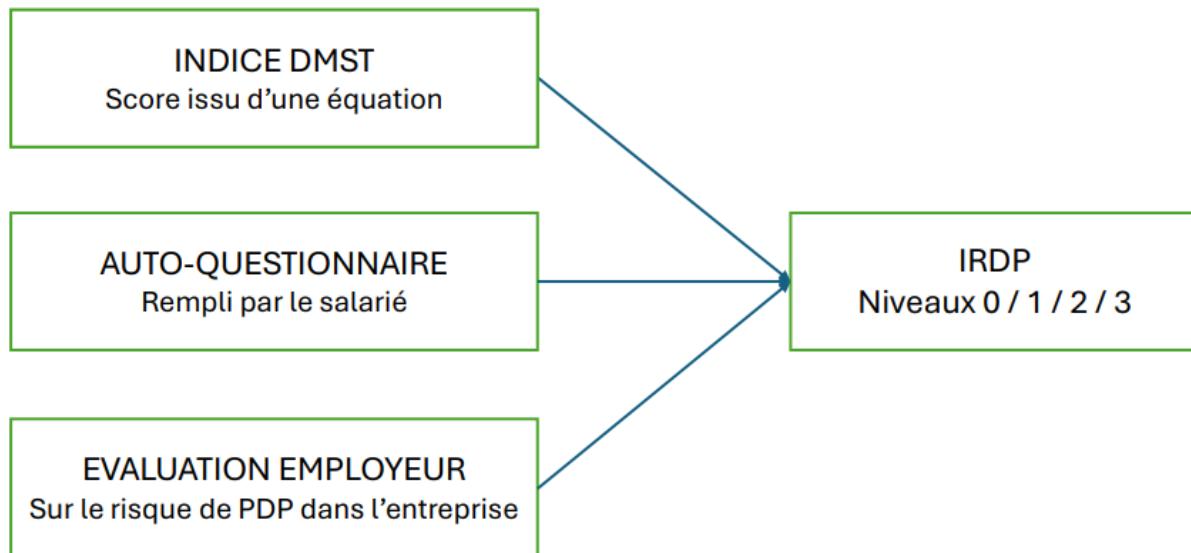
[229] Ce type d'outil illustre le fait que la détection précoce du risque de désinsertion ne peut pas se fonder uniquement sur un diagnostic individuel portant sur le salarié, qu'il s'agisse d'un questionnaire ou d'un indice construit à partir du DMST, mais doit reposer également sur l'entreprise. Ce point renvoie plus globalement à la nécessité d'impliquer davantage les entreprises dans les actions de PDP (cf. supra partie 2.4). Il faut éviter que le calcul d'indices de risque de désinsertion alimente un manque d'engagement des entreprises dans la prévention du risque de désinsertion en renforçant la vision de ce risque comme avant tout individuel. Une fois

⁷⁵ SPSTI de Perpignan. Voir sa présentation en partie 1.

le risque détecté chez un ou plusieurs salariés, seule une action au niveau de l'entreprise permet de dépasser des actions de maintien en emploi individuel pour aller vers des actions de prévention primaire du risque de désinsertion.

Recommandation n°18 Intégrer trois paramètres dans la construction d'un futur indice national de risque de désinsertion : des données issues du dossier médical en santé au travail, des informations issues d'auto-questionnaires remplis par le salarié et une évaluation du risque de désinsertion professionnelle dans l'entreprise intégrant le point de vue de l'employeur.

Schéma 4 : Les trois composantes d'un indice de risque de désinsertion professionnelle



Source : mission

3.4.2.2 La phase de construction de l'IRDP national doit être accompagnée d'une clarification de ses futurs usages

- L'usage potentiel de l'indice

[230] L'indice Presanse a été construit pour répondre aux trois « pans » de la recommandation HAS tels que traduits par l'association Presanse : un pan santé, un pan travail et un pan social.

[231] Comme indiqué plus haut, un IRDP national aura un intérêt individuel pour le suivi du salarié mais aussi collectif pour mieux connaître des populations de salariés voire identifier les entreprises devant faire l'objet d'actions ciblées de prévention primaire. Pourtant, ces différents usages n'ont pas vraiment été clarifiés à ce jour de sorte que la compréhension des apports d'un futur IRDP est très différente selon les acteurs. Certains insistent sur son intérêt comme outil de détection individuelle de salariés qui passeraient entre les mailles du repérage par le SPST quand d'autres soulignent son intérêt collectif. Certains estiment même qu'il pourrait s'agir essentiellement d'un instrument de contrôle de l'activité des professionnels des SPST.

[232] Une partie des partenaires sociaux exprime également des interrogations sur l'usage qui pourra être fait de l'indice national. Les réserves portent en particulier sur l'automaticité de l'impact de l'indice, par exemple si un indice dégradé conduisait systématiquement à la saisine de

la cellule PDP. Inversement, d'autres interlocuteurs de la mission craignent que l'IRDP soit utilisé pour réduire au maximum le rôle des cellules PDP : celles-ci interviendraient uniquement sur les situations les plus dégradées et non pas en anticipation du risque de désinsertion. La mission estime que ce type de règle automatique n'est pas souhaitable s'agissant d'un indice qui sera nécessairement très imparfait

[233] **Si les craintes exprimées peuvent paraître contradictoires, elles illustrent le fait que les partenaires sociaux paraissent avoir été peu informés et associés à la réflexion préalable sur la mise en place d'un IRDP national.** Plus globalement, certaines organisations syndicales expriment leurs réticences sur un indice porté par l'association Presanse, qui risque à leurs yeux d'être marqué par une vision propre à l'employeur.

[234] **Du reste, l'usage collectif d'un IRDP peut également susciter des questions de la part de représentants des employeurs.** Il ressort de certains entretiens une crainte que le calcul des indices conduise à stigmatiser des secteurs déjà bien connus pour les risques professionnels associés.

[235] **La réticence de certaines organisations syndicales peut constituer un véritable point de blocage dans la diffusion d'un futur indice national.** Dans ce contexte, certaines organisations syndicales rencontrées par la mission demandent à ce que le futur indice national fasse l'objet d'une construction paritaire. Ce d'autant plus qu'elles considèrent que l'indice pourra parfois être perçu de manière violente par certains salariés, ce qui renvoie à la question de la protection de cette donnée.

- **La protection de la donnée**

[236] **La réflexion sur l'usage de l'indice est indissociable d'un examen des conditions dans lesquelles cette donnée sera conservée et protégée dans les SPSTI.** En effet, l'IRDP peut légitimement être considéré comme une donnée individuelle sensible.

[237] **Cet enjeu soulève plusieurs questions qui n'ont pas encore été traitées :**

- **La traçabilité** : l'indice sera-t-il dans le DMST ? S'il est fondé sur une équation comme l'indice Presanse, le dossier médical du salarié comportera-t-il le score calculé par l'équation, ou seulement l'indice associé (indices 0/1/2/3 chez Padoa) ?
- **L'accès à l'indice** : quels sont les professionnels du SPST qui auront accès à l'indice ?
- **La connaissance que pourra en avoir la personne** : le salarié aura-t-il connaissance de l'indice qui le concerne ? les règles d'accès seront-elles les mêmes que celles régissant l'accès au DMST sur demande du salarié ?

[238] **Par rapport aux indices déjà utilisés en SPSTI, la systématisation d'un IRDP pose avec une acuité plus grande la question de la sensibilité et donc de la protection de cette donnée :**

- d'une part, l'objectif est à terme d'associer un IRDP national à la totalité de la population active, soit plusieurs dizaines de millions de salariés, ce qui représentera un changement d'échelle majeur par rapport aux outils expérimentés aujourd'hui dans certains SPST. Parvenir à diffuser l'IRDP sur la population de l'ensemble des salariés permettra des traitements de données massifs qui pourront apporter beaucoup en épidémiologie mais nécessiteront également une protection adéquate de ces données.

- d'autre part, l'IRDP national se veut intégrateur des différentes dimensions relatives à la santé du salarié, à son environnement social et à son environnement de travail, avec donc une vision plus globale de la situation de la personne que les indices préexistants. La crainte d'une transmission de l'indice à l'employeur est aussi potentiellement plus forte, même si les règles qui prévalent aujourd'hui concernant la protection des informations dont dispose le SPST seront les mêmes concernant le futur indice.

[239] **Au-delà de la validation scientifique d'un indice de repérage du risque de désinsertion, la question essentielle est celle de son usage pour le parcours de PDP du salarié.** Or, ce parcours mobilisera souvent plusieurs partenaires du fait de la multiplicité des outils et des intervenants dans le champ de la PDP. Le projet d'indice de détection paraît susciter l'intérêt de partenaires des SPST (assurance maladie, Cap emploi, Agefiph...). Par exemple, des Cap emploi considèrent que l'accès à un indice de désinsertion pourrait leur permettre d'intervenir de manière plus anticipée dans le parcours du salarié. En outre, une fois l'indice national stabilisé, il sera nécessaire de l'articuler avec la pyramide des fragilités de la CNAM : correspondance entre les catégories des deux nomenclatures, clarification des usages respectifs, l'un étant plus sur la détection du risque et l'autre sur le suivi de la situation des personnes.

[240] **La transmission potentielle d'informations sur le risque de désinsertion entre acteurs du parcours de PDP devra cependant tenir compte à la fois des objectifs de fluidité du parcours et de l'impératif de protection des données individuelles s'appliquant au traitement de l'indice.**

3.4.3 L'ensemble des conditions de réussite de l'IRDP doit faire l'objet de travaux préalables à sa généralisation

[241] **Les travaux de l'équipe de l'Inserm aboutiront en 2026 à une amélioration du caractère prédictif de l'indice Presanse sur la base des données de plusieurs dizaines de SPSTI.**

[242] Pour autant, il ne relève pas de l'équipe de recherche de l'Inserm de poser l'ensemble des conditions de généralisation d'un éventuel IRDP national :

- Clarification des usages d'un IRDP national : il est important de s'accorder sur les usages recherchés car ceux-ci peuvent déterminer pour partie les composantes de l'indice ;
- Modalités d'accès et de protection de la donnée IRDP ;
- Calendrier d'adaptation des logiciels ;
- Modalités de substitution d'outils préexistants par l'indice national ou d'articulation avec certains indices qui conserveraient leur pertinence le cas échéant ;
- Intégration d'un futur indice de désinsertion par les SPSTI autonomes. Même si les analyses du présent rapport portent sur les indices utilisés par les SPSTI, la mission estime que les services autonomes ont vocation à recourir aux mêmes indices.

[243] **Faute de réponse à ces questions, il existerait un risque de vouloir généraliser un indice sans avoir consolidé l'ensemble de ses conditions de réussite.**

[244] **La mission considère que plusieurs de ces questions nécessiteraient une prise de position de la part de la société française de santé au travail.** Les scientifiques seraient notamment amenés

à se prononcer sur les usages possibles de l'IRDP, les garanties quant à son utilisation et l'articulation entre les trois composantes envisageables du futur indice national : indice Presanse, questionnaires inspirés du WAI, évaluation du risque collectif dans l'entreprise.

[245] Une telle prise de position de la société savante permettrait également de traiter les critiques formulées aujourd'hui sur la pertinence de la méthode appliquée dans le test de l'IRDP sous l'égide de Presanse et de réduire le risque de compétition entre universitaires qui peut affaiblir la légitimité d'un indice porté par une seule équipe de recherche.

[246] **Ces travaux devront donner lieu à une information régulière des partenaires sociaux sur le contenu et les modalités de généralisation d'un indice national, information qui pourrait intervenir au sein du CNPST.** Les partenaires sociaux pourront ainsi se prononcer en particulier sur les usages qui devront être attachés à un indice national. Ils pourront également s'attacher à la prise en compte, dans la construction de l'indice, de statuts distincts des salariés en CDI afin de s'assurer de la mise en œuvre des objectifs de détection précoce pour ces travailleurs : notamment, contrats courts qui ne sont inclus dans les travaux actuels sous l'égide de Presanse ou encore travailleurs indépendants, qui peuvent s'affilier à un SPSTI depuis la loi de 2021 et sont soumis à des risques de désinsertion au même titre que les salariés.

Recommandation n°19 Saisir la société française de santé au travail pour construire un avis sur les composantes d'un IRDP national, ses usages individuels et collectifs et les garanties quant à son utilisation. Informer régulièrement le CNPST sur l'avancée des travaux

3.5 Intégrer les indices dans une stratégie globale d'évaluation des résultats en matière de PDP

[247] **L'investissement collectif dans la généralisation d'un indice de détection ne doit pas faire passer au second plan la nécessité d'un suivi du devenir des salariés concernés par la PDP.** L'accent sur la construction d'indices de détection s'explique certes par la conviction collective selon laquelle anticiper les interventions des partenaires de la PDP permet de limiter le risque de désinsertion. Cependant, la capacité à suivre le parcours de la personne concernée en aval est au moins aussi importante que la détection du risque en amont.

[248] **Ce suivi du parcours permettra à la fois de mieux évaluer la performance des services et de continuer à mobiliser les personnes concernées y compris après la sortie du parcours de PDP :**

- **Evaluation de la performance des partenaires de la PDP :** comme démontré en partie 2, aucun acteur n'est en mesure au niveau territorial et encore moins au niveau national d'évaluer la performance des outils mobilisés. Quel est l'impact d'un essai encadré sur le maintien en emploi de la personne à moyen terme ? Que sont devenues à six mois ou un an les personnes qui ont fait l'objet d'un examen en cellule partenariale de PDP ? Autant de questions qui nécessitent une prise de contact avec le salarié, par exemple six mois après sa sortie du parcours PDP, comme certains SPSTI et services de l'assurance maladie commencent à le mettre en place ;
- **Mobilisation des personnes concernées :** dans les services qui ont mis en place un suivi à six mois, une part importante des personnes contactées n'a engagé aucune des démarches qui

avaient été prévues au cours de leur parcours. Le suivi *ex post* peut donc servir également à leur remobilisation.

[249] **Aujourd’hui, les indicateurs remontés dans le cadre de l’enquête annuelle de la DGT constituent des indicateurs de suivi d’activité et non de résultat.** Ils permettent d’évaluer la montée en charge des dispositifs (essais encadrés, visites de préreprise, entretien de mi-carrière, signalements réciproques entre SPSTI et assurance maladie...).

[250] **La diffusion des IRDP pourrait du reste contribuer au suivi, par exemple en priorisant les prises de contact, dans un premier temps, sur les personnes ayant l’indice le plus dégradé pour tenir compte des moyens dont disposent les SPSTI.** Par ailleurs, les prises de contacts ne seraient pas nécessairement assurées par des professionnels de santé. Il serait également possible à cette occasion de suivre l’évolution de l’indice de désinsertion de la personne contactée.

[251] **Les délais d’aboutissement du chantier d’interopérabilité des systèmes d’information plaident pour ne pas attendre cette échéance pour progresser sur ce suivi de la performance des partenaires de la PDP.** A titre d’exemple, le suivi de la situation du salarié six mois ou un an après la fin de son accompagnement, ou après la mobilisation d’un dispositif de PDP, pourrait être mis en place en routine dans les services. Cela pourrait se faire par exemple via les CPOM ou via une évolution du référentiel de certification qui ne prévoit pas ce type d’organisation aujourd’hui.

Recommandation n°20 Déterminer un nombre limité d’indicateurs de résultat de la PDP, en commençant par la situation du salarié à six mois après sa sortie du dispositif de PDP, et confier leur suivi aux cellules de PDP

[252] **En complément, des travaux spécifiques doivent être envisagés pour approfondir l’étude du parcours de salariés déclarés inaptes.** Aujourd’hui, la virulence de certaines prises de position sur le sujet contraste en effet avec le peu de données objectives dont disposent les décideurs.

[253] **En effet, plusieurs prises de position reviennent fréquemment sur l’inaptitude :**

- le système de l’inaptitude profiterait aux employeurs qui peuvent ainsi faire porter par la collectivité les conséquences d’un manque de prévention des risques en entreprise ou se séparer de certains salariés dans un contexte de difficultés économiques ;
- L’inaptitude serait exploitée par des salariés pour quitter leur entreprise, notamment dans un cadre conflictuel avec leur employeur, et reprendre parfois le même poste dans une autre société ;
- Les médecins du travail ne seraient pas en capacité de résister aux pressions de salariés et/ou d’employeurs et prononceraient de trop nombreuses inaptitudes avec dispense de reclassement, conduisant directement au licenciement de la personne.

[254] **Toutes ces hypothèses mériteraient une objectivation avant d’envisager de faire évoluer ce dispositif.** La hausse du taux de déclarations d’inaptitude avec dispense de reclassement, passée de 38 % en 2022 à 43 % en 2023, est préoccupante dans un contexte de vieillissement de la population, alors que la montée en puissance des dispositifs de PDP devrait au contraire tendre à réduire ce taux. Si certaines situations justifient que le médecin du travail prononce cette dispense de reclassement au vu de l’état de santé du salarié, le principe général doit être de la prononcer faute de solution alternative. Or, la cellule de PDP a précisément pour mission

d'identifier ces solutions alternatives et de les proposer au médecin du travail, qui ne peut pas être un spécialiste de l'ensemble des dispositifs de maintien en emploi ou de transitions professionnelles.

[255] **Plusieurs actions sont envisageables au niveau local ou au niveau national, en s'appuyant notamment sur les IRDP :**

- **Des revues de dossiers ex post** pourraient être organisées par les cellules de PDP des SPSTI sur des situations individuelles ayant conduit à un licenciement pour inaptitude : par exemple, il s'agirait d'analyser les DMST de salariés qui, malgré un indice de risque élevé, n'ont pas fait l'objet d'une saisine de la cellule de PDP par le médecin du travail en amont du licenciement pour inaptitude ;
- **Une étude nationale** pourrait venir compléter les travaux d'études déjà réalisés dans certaines régions (IODA en Occitanie, étude sur les contentieux concernant les déclarations d'inaptitude...). Celle-ci viserait, d'une part, à mettre en place un dispositif permettant de disposer de données quantitatives sur les inaptitudes, qui sont aujourd'hui dispersées entre plusieurs sources⁷⁶. Elle viserait d'autre part à analyser les leviers à actionner sur le plan opérationnel ou juridique pour faire évoluer le dispositif d'inaptitude en cohérence avec l'objectif de prévention de la désinsertion professionnelle.

Recommandation n°21 Lancer une étude nationale sur les inaptitudes : suivi quantitatif, pertinence du cadre juridique et organisationnel, trajectoire des salariés concernés, stratégie des salariés et des employeurs, rôle des médecins du travail et des cellules de PDP.

Hervé LEOST

François SCHECHTER

⁷⁶ Enquête DGT, déclaration sociale nominative...

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : principaux constats et recommandations de rapports récents en matière de PDP

Annexe 2 : le rôle de l'assurance maladie en matière PDP et son articulation avec les SPST

Annexe 3 : les systèmes d'information

Annexe 4 : les indices de risque de désinsertion professionnelle

Annexe 5 : méthode de la mission

Annexe 6 : principaux éléments issus du questionnaire

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

Ministères et opérateurs

Cabinet de la ministre du Travail

Geoffroy de Vitry, directeur de cabinet
Jean Galve, conseiller droit du travail

Direction générale du travail

Pierre Ramain, directeur général du travail
Christelle Akkaoui, sous directrice des conditions de travail, de la santé et de la sécurité au travail
Vincent Jimenez, chef du bureau des acteurs de la prévention en entreprise (jusqu'en avril 2025)
Quentin Boucher, Chef du bureau des acteurs de la prévention en entreprise (depuis mai 2025)
Maxime Pradier, chef de la mission du pilotage de la politique et des opérateurs de la santé au travail, secrétaire général du COCT
Amandine Hubert, adjointe au chef du bureau des acteurs de la prévention en entreprise
Docteur Corinne Piron, chef de l'inspection médicale du travail

Direction de la sécurité sociale

Maroussia Perehinec, adjointe à la sous-directrice de l'accès aux soins, des prestations familiales et des accidents du travail et maladies professionnelles
Xavier Beaudoux, chef du bureau accidents du travail et maladies professionnelles
Isabelle Garcia, chargée de mission
Océane Dureysseix, chargée de mission
Guillaume Ravier, chargé de mission
Anne Laure Boutounet, chargée de mission
Camille Brunat, adjointe au chef de bureau accès aux soins et prestations de santé

Délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle

Pascal Jean-Charles, chef de la mission d'emploi des travailleurs handicapés

Direction générale de l'offre de soins

Elizabeth Bouttier, cheffe du bureau de la coordination des professionnels de santé
Pierre Antoine Mauro, adjoint à la cheffe du bureau

DARES

Elisabeth Algava, cheffe du département conditions de travail et santé
Fabien Guggemos, sous-directeur salaires, travail et relations professionnelles

Haute autorité de santé

Alexandre Fonty, directeur de cabinet

Dr Amélie Lansiaux, directrice de l'Amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

Caisse nationale d'assurance maladie CNAM

Anne Thiebault, directrice des risques professionnels

Aurélie Combas Richard, directrice déléguée aux opérations

Fanny Richard, directrice de l'intervention sociale et de l'accès aux soins

Elodie Naffrechoux, cabinet de la direction déléguée aux opérations

Docteur Buisson, médecin conseil, responsable prestations , direction déléguées aux opérations

Caisse centrale mutualité sociale agricole CCMSA

Rana Chreim : cabinet de la présidence

Dominique Semeraro, Directrice de la Santé Sécurité au Travail

Rodolphe Dumoulin, Directeur du Développement Sanitaire et Social

Dr Véronique Barbat, Médecin conseiller technique national

Dr Laurence Ladriere Lizet, Médecin conseiller technique national

Clément Laroche, Responsable de service publication et Data science

Romuald Borne, Data scientist

Patricia Duyck, Data scientist

Bilguissa Balde, Chargée de mission PDP et aide au répit

Institut national de recherche et de sécurité INRS

Séverine Brunet, directrice des applications

Jean Theurel, Chef du département des sciences appliquées au travail et aux organisations

Laurent Claudon, responsable du laboratoire de physiologie du travail

AGEFIPH

Christian Ploton, président

Didier Eyssartier, directeur général

Pierre Privat, directeur sécurisation des parcours

France travail

Caroline Dekerle, directrice du programme national « inclusion des personnes handicapées »

Jean Christophe Bonnin, adjoint à la directrice de programme

Romain Viginier Neve, programme « inclusion des personnes handicapées »

Johan Bernardini Perinciolo, Directeur du programme de transformation « entrée en parcours »

Agence du numérique en santé

Thierry Dart, directeur du domaine interopérabilité

Alain Perie, directeur de programme

Comité national de prévention et de santé au travail, partenaires sociaux, branches

Conseil d'orientation des conditions de travail

Dominique Giorgi, vice-président du COCT et président du CNPST

Représentants salariés au CNPST :

Pierre Yves Montélon CFTC

Marie Idmont CFTC

Dr Régis Badel FO

Dr Anne Marie Chartier, CFE CGC

Lucie Oneto, CFE CGC

CPME

Philippe Chognard, responsable du pôle conditions de travail

Dr Pierre Thillaud, représentant au COCT

MEDEF

Mme Nathalie Buet, Directrice de la Protection sociale

M. Pierre-Matthieu Jourdan, Directeur Relations sociales et politiques d'emploi

M. Simon Métayer, Chargé de mission Relations sociales et politiques d'emploi

Jean baptiste Moustié, direction de la protection sociale

Union des industries et métiers de la métallurgie (UIMM)

Mme Aurelia Cordevant, Chef du service Santé et Sécurité au Travail,

M. Sédalom Folly, chef de service emploi, compétences

OPP BTP

Paul Duphil, secrétaire général

Dr Christian Morel, médecin conseil

Pascal Girardot

Acteurs de la santé au travail au niveau national

Association Presanse

Martial Brun, directeur général

Arnaud Bonduelle, secrétaire général

Dr Corinne Letheux, médecin conseil

Société française de santé au travail

Pr Sophie Fantoni-Quinton , présidente

Pr Jean François Gehanno , président honoraire

Conseil national professionnel de médecine du travail

Dr Christophe Collomb , président

Laboratoire INSEM IRSET Ester, CHU Angers

Pr Yves Roquelaure

Dr Marc Fadel chef de clinique

Groupe d'intérêt scientifique EVREST

Dr Laetitia Rollin, Maître de conférences universitaire - praticien hospitalier, CHU de Rouen, directrice de l'observatoire national EVREST

Dr Ariane Leroyer, maître de conférences universitaire - praticien hospitalier CHU de Lille, membre du GIS EVREST

Editeurs de logiciels

Société Padoa

Nicolas Telle, directeur de la croissance

Alicia Gayout, responsable de l'équipe produit médical et maintien en emploi

Société Val Solutions

Frédéric Bourgeois, président de Val Solutions

Fabien Piazzon, directeur stratégie produits

Entreprises rencontrées au niveau national

Groupe Saint Gobain

Dr Geneviève Thiaucourt, directrice médicale et santé au travail, groupe Saint Gobain

Julie Anne Pringalle, responsable RH, Société européenne des briques réfractaires, groupe Saint Gobain

Laetitia Bellemare, assistante sociale du travail, groupe Saint Gobain.

Groupe Thalès

Nicolas Flamant, DRH France et VP relations sociales

Fabienne Jaworski, Médecin coordonnateur groupe

Céline Arnoux Mortessagne, Directrice du développement social

Magali Millet, Directrice de la mission insertion

Echange dans le cadre d'ACOMEDE (association des médecins coordonnateurs des SPST d'entreprise)

Dr Sébastien Leroy, président d'Acomede, médecin coordonnateur du groupe Renaud

Dr Carole Donnay Carole, médecin coordonnateur de Danone

Dr Christine Ammouial, médecin coordinateur Malakoff Humanis

Divers

FNATH

Mme Sophie Crabette, Directrice générale
M. Raphael Lenoir, chargé de mission plaidoyer

Conseil national de l'ordre des médecins

Dr Jean Pierre Labarriere , président de la section exercice professionnel
Dr Valérie Lacroix,
Dr Frédérique Nassoy-Stehlin,
Gisèle Kasongo, juriste

Fédération des acteurs de la coordination en santé FACS

Marc Weissmann, directeur des dispositifs d'appui à la coordination Nord Isère et Centre Isère
Stéphanie Willems, directrice de l'association régionale de néphrologie d'Ile de France

AFNOR certification

M. David Fournel, auditeur et chef de projet

Personnalités qualifiées

Anne Burstin, IGAS
Dr Julien Emmanuelli, IGAS
Pr Yolande Esquirol , MCU-PH en santé travail CHU Toulouse
Jean François de Montgolfier, Conseiller d'Etat
Dr Alain Jabes, ALJP Conseil et formation
Jean Pierre Paray, ALJP Conseil et formation
Dr Mounir Ghedbane, médecin du travail, Tech4work, créateur de SAM.i
Lea Da Costa, doctorante, service de prévention et de santé au travail du Cher

Région HAUTS DE FRANCE

DREETS Hauts de France

M Bruno Drolez, directeur

Brigitte Karsenty, directrice régionale adjointe

Nora Touati, Cheffe de cabinet

Dr Jean François Verquin, médecin inspecteur du travail régional

Cécile Delemotte, chef de service du service santé sécurité au travail

CRPST

Docteur Jean-Pierre Bouchez, Vice-Président, représentant des salariés

Sylviane Potier, vice-présidente, représentants des employeurs

Institut santé travail Nord de France (ISTNF)

Professeur Frimat, Président

Mireille Surquin, responsable projets

Carsat Hauts de France :

Hugues Bardoux, directeur

Christelle Aubert, responsable régionale CARSAT de la coordination PDP

Delphine Drasse, coordination PDP

Sylvie Lacadre, service social CARSAT

CPAM de Lille :

Milanal Sisamouth, directrice adjointe

CPAM de l'Artois

Magalie Gohier, directrice

Perrine Prudenzano, référente PDP en charge de la reconnaissance AT/MP

Service du contrôle médical

Dr Françoise Legrand, DCGDR, Médecin conseil régional

Mme Dr Cécile Dheilly, médecin conseil, échelon local de l'Artois

SPSTI AST, centre d'Aix Noulette (Pas de Calais)

M. Alain Cuisse, Président

M. Jean-Pierre Trehorel, Président de la Commission de Contrôle

M. Philippe Duflo, Directeur Général

M. Olivier Hardouin, Directeur Délégué,

Docteur Jackie Joossen, Médecin du Travail - Référent PDP

Docteur Jean-Pierre Bouchez, Médecin du travail - Secrétaire de la Commission médico-technique - Vice-Président du CRPST

Mme Olivia Skoury-Renard, Chargée de projet

RAPPORT IGAS N°2025-004R – TOME 1

M. Ahmed Adahlali, Responsable pluridisciplinaire
Mme Lucie Derchez, Responsable du pôle maintien en emploi

SPSTI PRESOA

Mme Isabelle Desmarais, directrice
M. Martin Cacheux, directeur prévention santé travail
Mme Angelique Verzele directrice du développement
Mme Elodie Le Razer, coordinatrice des assistantes sociales, copilote de la cellule PDP
M. Alban Felisse, psychologue du travail, référent PDP
Dr Céline Lamy-Zaluski, médecin coordinateur PRESOA, pilote de la cellule PDP

CAP Emploi de l'Oise

M. Jean François Sior, directeur de l'IPSHO, association gestionnaire de cap emploi Oise
Mme Olivia Fidanza, directrice adjointe, en charge de l'accompagnement vers emploi
Mme Ombeline Goussard, responsable de l'accompagnement dans emploi

REGION GRAND EST

DREETS Grand Est

Mme Angélique Alberti, directrice générale
Mme Caroline Declir, responsable du pôle travail par intérim
Mme Marie Fuchs, responsable de l'unité développement des compétences et accompagnement des mutations économiques, pôle solidarités, compétences et économie
Dr Martine Leonard, médecin inspecteur du travail
Dr Stéphanie Scarfone, médecin inspecteur du travail
Dr Ritchy Remanaly, interne en médecine du travail

CRPST grand Est

M. Jean Luc Rué, Vice-président CRPST, représentant des salariés
M. Laurent Elles, représentant des employeurs

SPSTI ALSMT

Mme Christine Bertrand, Présidente
M. Didier Launoy, Vice-Président
M. Denis Renaud, Directeur Général
Dr Corinne Martinet, médecin du travail, membre de la cellule PDP
Dr Clarisse Bel Bonjour, médecin du travail, membre de la cellule PDP
Dr Fanny Rocq : médecin du travail
Mme Mélanie Labaye psychologue du travail, membre de la cellule PDP
Mme Sophie Steib chargée de mission MDE et PDP, pilote de la cellule PDP

SPSTI AGESTRA

Mme Rachel Bouanani, Infirmière spécialisée en santé au travail

SPSTI BTP Lorraine

Dr Marie Christine Houilliez, médecin du travail

Mme Audrey Dorget, chargée de mission maintien dans l'emploi,

SPSTI EPSAT Vosges

M. Christophe Hirtzler, ergonome

SPSTI AMITR Aube

Dr Marie Christine Rigaud, médecin collaborateur

Mme Tiphanie Weber, psychologue du travail

Inter-entreprises services (IES),

Mme Céline Chastanet, Assistante sociale

Entreprise EpiSaveurs EST, groupe pomona

M. Marc Estrade, Directeur Régional Est

Mme Marion Schmitt, responsable RH Est

Agefiph Grand Est

Mme Séverine Néon, Déléguée régionale adjointe, Agefiph Grand Est

Mme Isabelle Perard, chargée d'études et de développement maintien, Agefiph Grand Est

Cap Emploi Meurthe et Moselle

Mme Astrid Lejal, ergonome chargée de mission

Mme Corinne Dubois, responsable de service maintien en emploi et recrutement,

Mme Stéphanie Ganne, chargée de mission,

Cap Emploi Haut Rhin

Mme Sabine Deloux, responsable de service

CARSAT Nord Est

Mme Géraldine Rothhahn, Sous-directrice santé et relation entreprise

Mme Murielle Petit, responsable du service social

M. Philippe Rodríguez, chargé de mission, sous-direction santé et relation entreprise,

CPAM De Meurthe et Moselle

Mme Catherine VERONIQUE, directrice adjointe, service des relations avec les assurés sociaux

Direction régionale du service médical Grand Est

Dr Doris Thiriot médecin conseil, échelon local du service médical de Meurthe et Moselle

Région AUVERGNE RHONE ALPES

DREETS Auvergne Rhône Alpes

M Regis Grimal, directeur régional adjoint, responsable du pôle politique du travail DREETS

Mme Aline Ducrest, responsable du département santé sécurité au travail

Dr Arnaud VANSTEENKIST MIRT

Dr Pascale HUMBERT

Agefiph

Mme Bénédicte HENRY Déléguée régionale Adjointe en charge du maintien dans l'emploi : pole sécurisation des parcours, MEE

Mme Valérie FRANCOIS Chargée d'études et développement : MEE et lien avec les acteurs sur le terrain

CHEOPS ARA :

Mr Philippe BROUSSE secrétaire général cheops ARA / et directeur adjoint cap emploi Drome Ardèche

Mme Stella Azizi-Mourier conseillère maintien en emploi Drome Ardèche

Présanse ARA

M. Pascal Feniet, Président

M. Franck Bouiller responsable de la commission PDP Auvergne

Mme Staicy Froidefond, membre de la commission PDP Auvergne

France travail

M. Vincent Panisset, directeur des opérations

Mme Isabelle Roullier, directrice de la stratégie

CARSAT Rhône Alpes

Mr Daniel Robert, Directeur adjoint

Mme Isabelle Charollois, responsable régionale du service social

Mme Charline Caporusso, responsable du service social du Rhône

Service médical Rhône

Dr Florence Rubiconi, médecin conseil chef de l'ELSM

Dr Emmanuelle Jan, médecin conseil ELSM Rhône

Mme Anaïs Neu, Csam

Mme Nathalie Mage, pilote régionale processus PDP

Dr Elisabeth Karivin-dupart, coordinatrice des prestations au niveau régional, référente PDP

CPAM Rhône

Mme Claire Plisson, sous directrice accès aux droits et aux soins

Mme Sabine Ghacham, service prestation, référente PDT

RAPPORT IGAS N°2025-004R – TOME 1

Entreprise KEOLIS LYON

Mr Damien Joubert, DRH Adjoint
Mr Adrien Frilley, Chef de projet transverses et QVCT
Dr Gianfranco Causapruna, médecin du travail
Dr Magdalena Bizighescu, médecin du travail

SPSTI PROMEON Lyon

Mr Jean-Robert Steinmann, Directeur général
Mr Patrice Cournot, Directeur général délégué
Dr Benedetto Gesmundo médecin coordinateur
Dr Patricia Neddam, directrice scientifique
Dr Daniel Ricque, médecin du travail
Dr Catherine Lopez, médecin du travail

Région OCCITANIE

DREETS :

Julien TOGNOLA Directeur régional
Nadia ROLHAUSEN, responsable du pôle Travail
Bastien ESPINASSOUS, directeur régional adjoint et responsable du pôle 3E
Virginie NEGRE responsable du service santé sécurité au travail
Dr Nathalie BERNAL THOMAS médecin inspecteur régional du travail

CHEOPS :

Jean Luc ABITTEBOUL délégué régional et directeur cap emploi 31

Transition PRO

Karen BLOCH Directrice générale
Delphine DEMONTBEL Coordinatrice commissions paritaires d'instruction

France Travail Occitanie

Karine MEININGER Directrice régionale
Philippe BLACHERE Directeur coordination conseil

CRPST :

Mr Jean François LABAQUERE : UIMM, vice président
Mme Isabelle Ricard : CFDT, vice président

RAPPORT IGAS N°2025-004R – TOME 1

Carsat Languedoc Roussillon :

Marie-Christine d'Avrincourt, Directrice de l'Action Sociale et des Interventions Sociales
Sabrina Lagoug, Responsable Régionale du Service Social
Nathalie Chazal, Chargée de mission spécialisée au service social régional
Sandrine Abautret, Assistante Sociale (service social départemental 34)
Anne Zenou, Directrice des Risques Professionnels
Sébastien Le Métayer, Responsable études et prospective, service de prévention des risques professionnels

CPAM 34 :

Mathieu Sanchez, Référent comité local PDP
Gines Ruiz, Responsable de département revenus de substitution et risques professionnels – référent comité stratégique PDP LR

DRSM Occitanie :

Docteur Sophie Ruggieri, Médecin chef régional
Docteur Frédéric Margaroli, Référent PDP Occitanie

Service Médical 34 :

Docteur Léonie Wehbe, Médecin conseil ELSM 34 et référente comité local PDP 34

Service PST 66 de Perpignan :

Claudine Mazziotta, directrice générale
Dr Sarah Monier, médecin du travail, référente PDP
Mallory Ballet, responsable du pôle PDP
Laurie Leroy, référente APPTIV
Dr Jean François Rigaut, médecin du travail, directeur médical
Florian Fernandez, responsable pluridisciplinaire
Stéphanie Bordes, chargée de communication
Dr Magali Falcou, médecin du travail

Service SIST de Narbonne :

Philippe Rolland, directeur général
Dr Nicole Meynie, médecin du travail et médecin coordonnateur du service
Julie Fernandez, assistante médicale
Yohan Dartere, ergonome du SIST

RAPPORT IGAS N°2025-004R – TOME 1

Nicolas Mesnage, référent cellule PDP

SPST Prevy (Montpellier)

Nancy Giraudier, directrice de Prevy

Dr Nelly Sellier, médecin du travail

Dr Cyril Comte, médecin du travail

Sabrina Jukiel, IDEST, cellule PDP

Divers :

Mme Cauvet, directrice de l'EHPAD LNA, Narbonne

Ali Omari, chef d'entreprise, Boucherie Omari, Narbonne

Dr Béatrice Kozar, médecin du travail et responsable de la cellule PDP, SPSPT Ensanté.

Région Ile de France

Association interprofessionnelle des centres médicaux et sociaux de santé au travail de la région Ile-de-France (ACMS)

Nicolas Le Bellec, directeur général

Dr Marie Laure Kalinchinski, médecin du travail

Dr Soline Belier, médecin du travail

SIGLES UTILISES

AGEFIPH	Association pour la gestion des fonds pour l'insertion des personnes handicapées
ANS	Agence du numérique en santé
ARS	Agence régionale de santé
CNAM	Caisse nationale d'assurance maladie
CNPST	Comité national de prévention et de santé au travail
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPTS	Communauté professionnelle territoriale de santé
CROCT	Comité régional d'orientation des conditions de travail
DGT	Direction générale du travail
DMST	Dossier médical en santé au travail
DNS	Délégation du numérique en santé
DREETS	Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et de la solidarité
INRS	Institut national de recherche et de sécurité
MSA	Mutualité sociale agricole
PTP	Projet de transition professionnelle
SFST	Société française de santé au travail
SPSTI	Service de prévention et de santé au travail inter-entreprises

LETTRE DE MISSION



Inspection générale des affaires sociales

Lettre
Égalité
Pluralisme

09 DEC. 2024

Le ministre

Paris, le 04 DEC. 2024

A.

Monsieur le chef de l'inspection générale des affaires sociales:

Objet : Mission relative à l'élaboration d'un indice de repérage des salariés en désinsertion professionnelle et à l'amélioration de la coordination des acteurs chargés de leur maintien en emploi

Dans un contexte de vieillissement de la population active, d'allongement des carrières professionnelles et d'augmentation de la prévalence des maladies chroniques, la prévention de la désinsertion professionnelle (PDP), la meilleure prise en compte de l'usure professionnelle et la promotion du maintien en emploi constituent une priorité pour le ministère chargé du travail. Cette priorité est d'ailleurs réaffirmée dans la loi du 2 août 2021 et le 4^e plan de santé au travail. Selon un rapport que vos services ont réalisé en 2018¹, un à deux millions de salariés (soit 5 à 10 % d'entre eux) seraient en effet menacés à court ou moyen terme par des difficultés à se maintenir en emploi en raison d'un problème de santé ou d'un handicap, un taux en outre appelé à croître dans les années à venir.

La PDP vise à repérer et accompagner les salariés potentiellement vulnérables du fait d'un état de santé difficilement compatible avec la poursuite de leur activité professionnelle. Les services de prévention et de santé au travail (SPST) et les services sociaux des caisses de sécurité sociale jouent un rôle crucial dans cette démarche au plus près des travailleurs et des entreprises.

L'efficacité de l'accompagnement réalisé par ces acteurs dépend au premier chef de leur capacité à identifier le plus en amont possible les salariés en risque de désinsertion professionnelle. Or, ce repérage intervient en général trop tardivement dans le processus d'usure professionnelle, expliquant pour partie le nombre encore trop élevé de licenciements pour inaptitude constatés chaque année (près de 135 000 en 2022²).

C'est dans ce contexte que la Haute autorité de santé (HAS) a recommandé en 2019 de repérer, en amont de l'arrêt de travail, toute altération de l'état de santé du travailleur ayant un retentissement sur ses capacités de travail³. Elle préconisait en particulier l'élaboration d'un score de repérage de désinsertion professionnelle devant tenir compte de trois catégories d'information :

- la connaissance de l'environnement de travail (conditions de travail et expositions professionnelles) ;
- la connaissance de l'état de santé ;

¹ IGAS, *La prévention de la désinsertion professionnelle des salariés malades ou handicapés*, 2018

² DGT, *Rapport d'activité des services de prévention et de santé au travail en 2022*, 2024

³ HAS, *Santé et maintien en emploi : prévention de la désinsertion professionnelle des travailleurs*, 2019

• la connaissance des situations sociales.

Or, il n'existe pas aujourd'hui de consensus ou de pratique harmonisée, notamment au sein des SPST, sur les critères permettant de repérer les salariés en risque de désinsertion professionnelle, plusieurs méthodes plus ou moins abouties coexistant dans les pratiques. L'absence d'une méthode harmonisée et partagée constitue ainsi un frein à la mise en œuvre de l'ambition portée par la loi du 2 août 2021.

Dès lors, l'élaboration d'un score de repérage de désinsertion professionnelle⁴ apparaît comme un enjeu prioritaire pour la politique de santé au travail. Le caractère opérationnel d'un tel score, ainsi que la légitimité médicale de sa méthode de conception, seront essentiels afin d'assurer l'adhésion des professionnels de santé au travail au sein des SPST pour garantir son usage opérationnel et généralisé. Le déploiement effectif de ce score pourra par ailleurs à terme s'appuyer sur les échanges d'informations entre les services de l'assurance maladie et les SPST prévus par l'article 19 de la loi du 2 août 2021⁵.

Par ailleurs, une fois les salariés à risque identifiés, la qualité de leur accompagnement par les acteurs de la PDP (SPST et en leur sein la cellule de prévention de la désinsertion professionnelle, service social de l'assurance maladie, mais aussi Agefiph, France Travail etc.) est une condition essentielle à leur maintien en emploi. Or, il apparaît nécessaire de renforcer l'articulation et la coordination de ces acteurs, leur multiplicité et la diversité des démarches d'accompagnement qu'ils mettent en place nuisant tant à l'efficacité de leur action et qu'à la lisibilité du parcours usager pour le salarié.

Ainsi, je souhaite qu'une mission de l'inspection générale des affaires sociales permette de :

- réunir l'ensemble des composants opérationnels d'un score de repérage de désinsertion professionnelle, en lien étroit avec les acteurs disposant d'une expertise reconnue en santé publique et notamment la HAS. Dans le cadre de ces travaux, vous pourrez vous appuyer sur les démarches prospectives de conception de score en cours d'expérimentation, notamment l'initiative portée par le CHU d'Angers en lien avec Presanse et l'initiative portée par l'INRS ; vous veillerez également à identifier les questions critiques en matière de confidentialité des données personnelles et d'utilisation des données collectées ;
- identifier les actions à mettre en place afin de mieux coordonner les acteurs et dispositifs chargés de l'accompagnement vers le maintien en emploi des salariés repérés en situation de désinsertion professionnelle. Vous veillerez notamment à analyser les résultats de l'expérimentation de « plateformes départementales de services » menée par la Cnam, et le fonctionnement des cellules de prévention de la désinsertion professionnelle chargées précisément de l'identification des situations individuelles, de la proposition de mesures adaptées et de l'accompagnement des travailleurs éligibles.

Vous pourrez également enrichir vos propositions de l'analyse des démarches de détection engagées par les entreprises pour faciliter la détection et l'accompagnement le plus en amont possible des situations de désinsertion professionnelle.

Compte-tenu des enjeux posés par l'usure professionnelle, mis en avant par les récents propos du Premier ministre, et la nécessaire finalisation de la mise en œuvre de la loi du 2 août 2021, je souhaite que le rapport puisse être remis dans un délai de 4 mois à compter de la présente lettre.

Astrid PANOSYAN-BOUVET

⁴ HAS, Santé et maintien en emploi : prévention de la désinsertion professionnelle des travailleurs, 2019

⁵ Décrets en cours d'élaboration