

DEPARTEMENT AUTORISATIONS D'EXERCICE,
CONCOURS, COACHING

BUREAU DES CONCOURS NATIONAUX

**CYCLE PREPARATOIRE AU CONCOURS INTERNE D'ACCES
AU CYCLE DE FORMATION DES ELEVES DIRECTEURS DES SOINS**

1^{ère} EPREUVE D'ADMISSIBILITE

Mardi 10 mars 2026

Durée 4 heures – Coefficient 2

Rédaction d'une note de synthèse sur un sujet d'ordre général

SUJET :

« A la demande de votre directeur, vous rédigez une note de synthèse sur les enjeux du maintien à l'emploi. »

IMPORTANT – Dès la remise du sujet, les candidats sont priés de vérifier le nombre de pages et la numérotation : 32 pages + 2 (sujet + sommaire).

SOMMAIRE :

1. Catherine Quignon, « Quelles solutions pour le maintien en emploi des salariés rendus inaptes ? », Le Monde, 3 décembre 2022
(pages 1 à 3)
2. Marion Del Sol, Université de Rennes, « Maintien en emploi : la Sécurité sociale en appui des services de prévention et santé au travail », Revue Regards, 19/07/2023
(pages 4 à 5)
3. Service de Prévention et de Santé en Milieu de Travail Interentreprises du Tarn et Garonne (SMTI 82), La prévention de la désinsertion professionnelle.
(pages 6 à 9)
4. Proposition de Loi n° 3718 du 23 décembre 2020 pour renforcer la prévention en santé au travail, Extrait de l'exposé des motifs.
(pages 10 à 16)
5. TITRE III de la Loi n° 2021-1018 du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail.
(pages 17 à 26)
6. Hervé Léost et François Schechter, Synthèse du rapport IGAS : « Prévention de la désinsertion professionnelle : détecter le risque, coordonner les acteurs », 2025-004R
Juillet 2025.
(pages 27 à 32)

Document n°1

Quelles solutions pour le maintien en emploi des salariés rendus inaptes ?

Contrat de rééducation professionnelle, essai de retour à l'emploi... Afin de favoriser le maintien en emploi de salariés victimes d'un accident du travail ou d'une maladie invalidante, la loi sur la réforme de la santé au travail a mis en place de nouvelles aides venant s'ajouter à une kyrielle de dispositifs déjà existants.

Par Catherine Quignon

Publié le 03 décembre 2022 à 12h30

Politique de l'emploi

[La politique de l'emploi s'appuie sur des dispositifs créés au fil des besoins, qui restent parfois méconnus longtemps après leur création. Quelle est leur efficacité contre le chômage ? Elle n'est pas toujours évaluée. Le Monde publie une série d'articles sur les aides à l'emploi, pour tenter d'estimer ce qu'on en sait – leur objectif initial, leurs résultats.]

Que faire lorsqu'un manutentionnaire vieillissant n'est plus capable de porter des charges lourdes ? Quand un salarié ayant subi un accident du travail ne semble plus en mesure de reprendre son ancien poste ? Bien que l'employeur soit tenu de faire tout son possible pour conserver ses employés, les licenciements de salariés devenus inaptes à exercer leur travail sont encore trop fréquents, alertait l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) dans un rapport paru en 2018.

L'objectif du dispositif

Il existe pourtant de nombreuses aides pour favoriser le maintien dans l'emploi de salariés souffrant de problèmes de santé, mises en lumière à l'occasion de la Semaine européenne pour l'emploi des personnes handicapées, en novembre.

Pour évaluer la capacité du salarié en arrêt-maladie à reprendre son poste ou à en occuper un nouveau, deux nouveautés sont venues avec la loi du 2 août 2021 sur la réforme de la santé au travail. D'abord, la mise en place d'un essai encadré de retour à l'emploi de 14 jours maximum. Renouvelable une fois, cette période de test peut se dérouler dans l'entreprise du salarié (CDD, CDI, intérimaire...) ou dans une autre entreprise, en tant que stagiaire de la formation professionnelle.

Le fonctionnement

La demande s'effectue auprès de l'Assurance-maladie, à l'initiative du salarié. Comme cette période se déroule pendant son arrêt-maladie, le salarié continue à être pris en charge par la Sécurité sociale. L'essai est soumis à l'accord du médecin traitant, du médecin-conseil et du médecin du travail, chez qui une visite est réalisée en amont.

Pendant le stage, le salarié est suivi par un tuteur. A l'issue, un bilan est communiqué par l'employeur au médecin du travail, à l'Assurance-maladie et, selon les cas, au Cap emploi ou à l'association d'insertion Comète France.

Autre mesure phare de la réforme, la convention (ou contrat) de rééducation professionnelle en entreprise (CRPE). Il s'agit d'un contrat de travail à durée déterminée (CDD), renouvelable une fois, pour une durée 18 mois maximum. Conclu à l'issue de l'arrêt-maladie, ce dispositif est une « période de test » de longue durée pour voir si le salarié arrive à retrouver ses marques dans son poste ou pour le former à un nouveau métier. Il concerne les salariés déclarés « *en risque d'inaptitude* » ou inaptes par le médecin du travail.

Lire aussi : Article réservé à nos abonnés Viser le "plein-emploi handicapé" en 2027 a-t-il un sens ?

Lire plus tard

Le contrat est cofinancé à 50/50 par l'employeur et l'Assurance-maladie, mais cette répartition peut varier. Quand il se déroule dans l'entreprise d'origine du salarié, ce contrat suspend temporairement le contrat de travail initial, mais le salarié perçoit son ancienne rémunération. Ce contrat peut aussi être conclu avec un nouvel employeur.

En amont, une visite médicale d'aptitude est obligatoire. Au cours de son contrat, le salarié peut être accompagné par un tuteur et suivre des formations. Ce dispositif nécessite l'accord du salarié, mais la demande auprès de l'Assurance-maladie peut venir du médecin du travail, d'organismes spécialisés tels que Cap emploi ou en encore de l'Assurance-maladie elle-même.

Reprise progressive du travail

Ces mesures viennent compléter une kyrielle de dispositifs déjà existants pour permettre au salarié de reprendre progressivement son emploi, comme la reprise d'un travail aménagé ou pour motif thérapeutique.

Prescrits par le médecin du salarié, ces contrats de travail à temps partiel sont subordonnés à l'accord du médecin-conseil de l'Assurance-maladie. Leurs modalités sont à négocier entre l'employeur, le salarié, le médecin traitant et le médecin du travail. A noter que l'employeur peut refuser ces aménagements s'il juge qu'ils affectent le fonctionnement de l'entreprise.

Pendant son arrêt de travail, le salarié peut également suivre une formation, passer un bilan de compétences ou encore préparer un projet professionnel, avec son accord et sous réserve d'un avis médical favorable. Pendant sa formation, le salarié est toujours pris en charge par l'Assurance-maladie.

Lorsque le salarié se retrouve en situation de handicap, l'employeur peut également bénéficier des nombreuses aides gérées par l'Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (Agefiph).

Il existe notamment une aide forfaitaire de 2 000 euros à la recherche de solutions pour le maintien dans l'emploi et une aide au financement de la formation des salariés handicapés dans le cadre d'un maintien de l'employabilité, qui vient compléter les financements obtenus auprès des acteurs de la formation professionnelle. Toutes ces aides sont cumulables avec les aides de droit commun et les autres aides de l'Agefiph.

Le bilan

Ces aides commencent-elles à porter leurs fruits ? Au niveau des travailleurs handicapés, l'Agefiph note une amélioration du taux de maintien dans l'emploi en 2021, avec plus de 22 300 travailleurs maintenus dans l'emploi par l'intermédiaire des Cap emploi au cours de cette période, soit une hausse de 14 % en un an.

Mais ces chiffres concernent uniquement les travailleurs reconnus en situation de handicap. Dans son rapport annuel, l'Assurance-maladie observe en parallèle en 2021 une forte augmentation des reprises d'un travail aménagé (+ 22 %) et des indemnités temporaires versées pour inaptitude (+ 14 %) au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Comme le soulignait le rapport de l'IGAS, il n'existe pas d'indicateur global mesurant le maintien en emploi des salariés victimes de problèmes de santé ou d'étude évaluant l'efficacité de tous ces dispositifs disparates gérés par des organismes différents (Assurance-maladie, Agefiph...). Quant aux réformes introduites par la loi du 2 août 2021, dont les contours ont été précisés par deux décrets d'avril 2022, il est encore trop tôt pour mesurer leurs effets.

Document n°2

Maintien en emploi : la Sécurité sociale en appui des services de prévention et santé au travail¹

Par Marion Del Sol, Professeure de droit, Université de Rennes, laboratoire IODE (UMR CNRS 6262)

Rattachée au laboratoire IODE (UMR CNRS 6262), Marion Del Sol est professeur de droit à l'Université de Rennes au sein de laquelle elle co-dirige le Master 2 Droit du travail et de la protection sociale. Ses travaux s'intéressent à la dimension professionnelle et systémique de la protection sociale. Ils ont porté récemment sur les questions d'articulation entre l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire et la « mise en marché » du risque santé. Ses recherches portent actuellement sur les problématiques de santé au travail et les liens entre santé et emploi (dans le cadre d'un projet ANR consacré à l'employabilité sanitaire).

Résumé

La prévention de la désinsertion professionnelle fait du maintien en emploi une question essentielle pour laquelle les services de prévention et de santé au travail (SPST) se voient reconnaître une place centrale, renforcée par la loi du 2 août 2021. Cette loi conduit également à réaffirmer, dans des termes plus ou moins explicites, la nécessité de mieux articuler les interventions respectives des SPST et de l'Assurance maladie tant pour repérer les risques de désinsertion que pour mettre en œuvre des actions de prévention. Dans ce contexte renouvelé, la Sécurité sociale a vocation à venir en appui des SPST, à accompagner leurs actions en matière de maintien en emploi. À l'occasion des débats suscités par projet de loi de réformes des retraites, l'augmentation visée du taux d'emploi des seniors a été principalement appréhendée en termes d'accès à l'emploi de cette catégorie de la population active. Mais elle devrait tout autant l'être en termes de maintien en emploi au sens large¹ car cela participerait de la mise en lumière des enjeux de la lutte contre la désinsertion professionnelle qui ne concernent pas, loin s'en faut, les seuls travailleurs vieillissants. Il existe en effet des corrélations significatives entre problèmes de santé et perte d'emploi.

Ainsi, 95 % des déclarations d'incapacité médicale au poste de travail se solderaient par un licenciement. Un salarié arrêté plus de 6 mois perdrait 50 % de chance de retrouver

¹ À cet égard, on fera nôtre la définition du maintien en emploi donnée par la Haute Autorité en Santé (HAS) : « processus d'accompagnement des personnes présentant un problème de santé avec un retentissement sur leurs capacités de travail, dans le but de les maintenir durablement en emploi (et pas seulement dans leur poste de travail, ni dans la seule entreprise d'origine) dans des conditions compatibles dans la durée avec leur santé ». HAS, Santé et maintien en emploi : prévention de la désinsertion professionnelle des travailleurs, Recommandation de bonne pratique, févr. 2019, p. 12. Pour une vue d'ensemble, S. Fantoni-Quinton, « Insertion et maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap et/ou en risque de désinsertion professionnelle en France », EMCPathologie professionnelle et de l'environnement 2020 ;39(3) :1-14 (article 16-662-A-10).

un jour son travail, voire un travail. Certes, comme le précise un rapport de l'IGAS de 2017, « il n'existe pas de mesure directe du nombre de salariés risquant de perdre leur emploi à court ou moyen terme en raison d'un problème de santé ou d'un handicap ». Mais « ce sont vraisemblablement 1 à 2 millions de salariés qui sont exposés à ce risque, soit 5 à 10 % d'entre eux ». Bien que ses contours soient délicats à dessiner, cette population présentant des vulnérabilités – quels qu'en soient les déterminants – est une réalité tout à la fois d'aujourd'hui et de demain au regard des projections relatives au vieillissement de la population active et de l'augmentation significative des maladies chroniques évolutives qui, compatibles de plus en plus souvent avec l'exercice d'une activité professionnelle, nécessitent une prise en charge médicale de longue durée (cancer, diabète, maladies cardio-vasculaires...). À défaut d'être une grande cause nationale, le maintien en emploi n'en constitue pas moins une préoccupation présente dans le champ des politiques publiques, voire même une préoccupation croissante. On en trouve des manifestations dans la Stratégie nationale de santé 2018-2022 et dans des plans plus spécifiques relatifs à certaines pathologies (v. notamment le Plan Cancer 2014-2019). Sans surprise, le maintien en emploi occupe une place davantage affirmée, voire même priorisée, dans les Plans Santé au Travail (PST) ainsi que dans les conventions d'objectifs et de gestion (COG) des branches maladie et ATMP de la Sécurité sociale. Ainsi, « désinsertion et usures professionnelles et maintien en emploi » constituent l'un des trois axes stratégiques déterminés par le 4e PST (2021-2025). La préoccupation du maintien en emploi est désormais assez largement partagée et le déploiement de la lutte contre la désinsertion professionnelle peut s'appuyer sur de nombreux acteurs (intervenants du champ du handicap, services sociaux et médicaux des caisses de sécurité sociale, services de prévention et de santé au travail, voire organismes de protection sociale complémentaire). Pour autant et de façon récurrente, sont pointés le manque de lisibilité d'ensemble ainsi que l'insuffisante coordination d'acteurs fonctionnant encore trop souvent en silo. Or, comme le souligne la Haute Autorité en Santé (HAS), « la coordination des acteurs intervenant dans le maintien en emploi et la prévention de la désinsertion professionnelle est indispensable ». De façon plus précise, la Stratégie nationale de santé pour la période 2018- 2022 appelle à « davantage structurer le réseau des services de santé au travail, ainsi que leurs relations avec les caisses d'assurance maladie, pour gagner en efficience dans les politiques de maintien dans l'emploi ». Hors champ du handicap, il s'agit là en effet des acteurs dont « l'attelage » semble le plus essentiel en matière de maintien en emploi. Dans cet « attelage », les dernières évolutions donnent à voir la centralité des services de prévention et de santé au travail (ci-après SPST) (I), le renforcement des synergies en matière de repérage et de détection des signes avant-coureurs de risque de désinsertion professionnelle (II) et des possibilités, en partie renouvelées, pour l'Assurance maladie de venir en appui des démarches de maintien en emploi (III).

Document n° 3

La prévention de la désinsertion professionnelle (PDP)

Qu'est-ce que la désinsertion professionnelle ?

La **désinsertion professionnelle** est le processus pouvant conduire une personne à **perdre durablement son emploi** ou à ne plus pouvoir y retourner.

Cela peut être lié à :

- Des **problèmes de santé** (accidents, maladies longues, handicap),
- Des **difficultés au travail** (accidents liés au service, maladies professionnelles),
- Ou encore à des **compétences** devenues inadaptées ou non actualisées.

Ce terme est proche de celui de **maintien dans l'emploi**, mais il va plus loin. Selon l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), il faut agir **le plus tôt possible**, à différents niveaux :

- **Prévenir** les accidents et maladies liés au travail (prévention primaire),
- **Agir vite** dès qu'un problème de santé survient pour éviter qu'il ne s'aggrave (prévention secondaire),
- Et enfin, **limiter les conséquences** sur l'emploi quand le problème est installé (prévention tertiaire).

Pourquoi s'investir dans la PDP ?

La PDP ne se limite pas aux salariés en arrêt de travail mais s'envisage tout au long du parcours professionnel. La PDP consiste dans l'idéal à agir bien en amont. Elle vise, à terme, à réduire le nombre d'inaptitude, et donc de perte d'emploi.

L'attention doit porter sur les problèmes de santé avérés mais aussi sur les signaux dit faibles qui pourraient compromettre à plus ou moins long terme le maintien en emploi d'un travailleur.

Le rôle de la cellule PDP

Qui peut saisir la Cellule PDP

- Le travailleur lui-même
- L'employeur, un élu, avec l'accord du travailleur concerné
- Le médecin du travail et son équipe (infirmier, secrétaire)
- Médecin généraliste ou spécialiste du travailleur concerné
- Les partenaires (Cap Emploi, service social CARSAT, etc.)

Composition de l'équipe :

- Assistante sociale prestataire
- Ergonome – coordinatrice
- Ensemble des équipes médicales et pluridisciplinaires (médecins du travail, infirmiers, secrétaires, préventeurs, psychologue)

Détecter les risques de désinsertion professionnelle

Les facteurs individuels de risque de désinsertion professionnelle :

- Age : entre 45 et 55 ans ;
- Faible niveau d'étude ;
- Isolement social
et/ou manque de soutien social/familial ;
- Capacité physique limitée ;
- Mauvaise santé perçue ;
- Symptômes de détresse, anxiété et/ou dépression ;
- Surpoids ;
- Arrêt de travail répétés
et/ou prolongés (supérieur à 3 mois)
- Difficulté à se projeter dans l'entreprise

Quels sont les signes précoces en entreprise ?

- **Baisse de performance** : une diminution visible de la qualité ou de la quantité du travail peut révéler des difficultés liées à la santé ou au handicap.
- **Absentéisme plus fréquent** : des absences régulières ou prolongées peuvent cacher un problème de santé ou un mal-être durable.
- **Changements de comportement** : un repli sur soi, de l'irritabilité, une perte de motivation ou d'engagement peuvent traduire un mal-être
- **Difficultés relationnelles** : des conflits répétés avec les collègues ou les responsables peuvent être le signe d'un malaise ou d'un stress.
- **Demandes d'aménagement du poste** : si ces demandes deviennent plus fréquentes, cela peut indiquer une aggravation de l'état de santé ou un besoin d'adaptation lié à un handicap.

- **Visites à l'infirmier** : des visites répétées ou inhabituelles peuvent signaler des problèmes de santé ayant un fort impact sur le quotidien professionnel.
- **Observations de l'équipe** : les retours des collègues ou des encadrants peuvent être précieuses pour détecter des changements dans le comportement ou l'état de santé d'un travailleur.

Comment faire cette prévention ?

Cela implique la **mise en œuvre d'une politique d'adaptation collective et préventives** des facteurs de santé au travail tout au long de la vie professionnelle du début de carrière jusqu'à la retraite,

Cette démarche induit de :

- **Repérer et réduire** dès le départ les risques qui peuvent user la santé des travailleurs (par exemple les gestes répétitifs, le stress, les mauvaises postures...),
- **Maintenir le lien** avec les salariés en arrêt
- **Aménager** le poste de travail
- **Travailler** avec les acteurs internes et externes
- Favoriser la **formation** et la reconversion

Prévenir et agir contre la désinsertion professionnelle

Qui agit contre la désinsertion professionnelle ?

La lutte contre la désinsertion professionnelle concerne plusieurs acteurs :

- **Les travailleurs eux-mêmes,**
- **Les employeurs,**
- **Les partenaires,**
- **Ainsi que les services de prévention et de santé au travail.**

Chacun a un rôle à jouer, **à la fois au niveau individuel et collectif.**

Deux niveaux d'action complémentaires :

Individuellement

Collectivement

Une priorité à l'action collective

Agir collectivement est essentiel pour prévenir la désinsertion professionnelle.

Par exemple, en améliorant l'organisation du travail ou en repensant l'aménagement des postes, on peut éviter que des situations individuelles deviennent problématiques.

Les actions de prévention de désinsertion professionnelle ne doivent pas concerner seulement les personnes victimes d'un accident ou d'une maladie professionnelle. Il s'agit de prévenir plutôt que de réparer une situation de handicap, d'usure ou d'inaptitude qui aurait pu être évitée.

Document n° 4**EXPOSÉ DES MOTIFS**

Mesdames, Messieurs,

De la même façon qu'il n'y a pas de progrès économique sans progrès social, comme le rappelait Jean Bodin « *Il n'y a richesse ni force que d'hommes* ».

Depuis la loi du 9 avril 1898, qui pose les principes d'un mécanisme de réparation des accidents du travail, le droit de la santé et de la sécurité au travail s'est construit autour de deux principes : la responsabilité de l'employeur dans la préservation de la santé des travailleurs, et son corollaire, la réparation forfaitaire des atteintes à la santé causées par l'activité professionnelle.

Le système de santé au travail français, construit par évolutions législatives successives, a permis de diminuer au fil des années la sinistralité liée aux accidents du travail et à améliorer l'indemnisation pour les personnes victimes de maladies professionnelles avec une partie importante des moyens financiers consacrés à la réparation. Ces approches classiques montrent depuis quelques années leurs limites, notamment dans la prévention de la désinsertion professionnelle des personnes ou la prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques ou des affections de longue durée en milieu professionnel.

Pour répondre aux enjeux de l'allongement de la vie au travail et aux nouveaux risques professionnels, une culture de la prévention doit prévaloir sur des mécanismes de réparation des atteintes à la santé des travailleurs.

Malgré de récentes innovations et une réelle volonté d'amélioration des services en charge de la santé au travail, les auteurs de la présente proposition de loi constatent une hétérogénéité territoriale dans les réponses apportées, ainsi qu'une difficulté à s'organiser et à se coordonner pour être parfaitement opérants.

La crise sanitaire de la covid-19 a mis en exergue des dysfonctionnements dans l'accompagnement des entreprises et de leurs salariés, alimentant un climat d'incertitude, qui a pénalisé le maintien de l'activité économique dans certains secteurs.

Plusieurs rapports récents, produits avant la crise de la covid-19, témoignent de cette volonté politique de redonner toute sa place et son rôle à la santé au travail.

En août 2018, Charlotte Lecocq, Bruno Dupuis et Henri Forest remettaient au Premier ministre un rapport intitulé *Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée*. Le même mois, Paul Frimat remettait à Muriel Pénicaud, ministre du travail et de l'emploi, son rapport de mission relative à la prévention et à la prise en compte de l'exposition des travailleurs aux agents chimiques dangereux. En janvier 2019, Jean-Luc Bérard, Stéphane Oustric et Stéphane Seiller remettaient au Premier ministre

un nouveau rapport intitulé *Plus de prévention, d'efficacité, d'équité et de maîtrise des arrêts de travail*. En septembre 2019, Charlotte Lecocq, Pascale Coton et Jean-François Verdier livraient les conclusions d'un rapport sur *Santé, sécurité, qualité de vie au travail dans la fonction publique : un devoir, une urgence, une chance*. Enfin, l'inspection générale des affaires sociales faisait paraître en février 2020 un nouveau rapport, rédigé par Delphine Chaumel, Benjamin Maurice et Jean-Philippe Vinquant portant sur *l'Évaluation des services de santé au travail interentreprises*. Des initiatives d'origine parlementaire attestent également de cette volonté : le rapport d'enquête sur les maladies et pathologies professionnelles dans l'industrie de MM. Julien Borowczyk et Pierre Dharréville publié le 19 juillet 2018 comme le rapport d'information sur la santé au travail des sénateurs M. Stéphane Artano et Mme Pascale Gruny du 2 octobre 2019.

L'ensemble de ces rapports partagent un même constat : le dispositif de suivi de la santé au travail et de la prévention des risques professionnels doit s'intégrer plus largement dans notre politique de santé publique. Il convient aujourd'hui de réorienter les priorités et les moyens de ces dispositifs.

Notre système de santé au travail a permis de belles avancées mais il doit désormais s'orienter davantage vers une logique de prévention et s'adapter aux besoins des employeurs et des travailleurs. Les ressources existent mais doivent être renforcées, coordonnées et intégrées au système des acteurs de santé. Le contexte de covid-19 a provoqué une prise de conscience des acteurs et des professionnels de terrain sur la nécessité de valoriser leur offre de service des employeurs et des travailleurs. La prévention en milieu professionnel ne saurait néanmoins être envisagée qu'en période de crise. Elle doit être une préoccupation constante des dirigeants et des partenaires sociaux dans la vie de l'entreprise.

Le moment est venu de faire de la France l'un des pays les plus performants et innovants en Europe en matière de prévention dans le domaine de la santé au travail.

Le moment est venu, pour le Parlement, de porter des propositions ambitieuses pour une réforme de la santé au travail, concertée avec les partenaires sociaux, le Gouvernement, et les acteurs de terrain, co-construite au-delà des intérêts partisans.

Le 22 juin 2020, l'Assemblée nationale a adopté une résolution (n° 3090, texte adopté n° 449) annonçant sa détermination à légiférer, d'ici la fin de la législature, sur le sujet de la réorganisation de la gouvernance et du fonctionnement des institutions en charge de la santé au travail, dans une initiative partagée avec le Gouvernement et les partenaires sociaux.

Sept ans après l'accord national interprofessionnel du 19 juin 2013 « vers une politique d'amélioration de la qualité de vie au travail et de l'égalité professionnelle », qui a consacré la notion de Qualité de vie au travail, les partenaires sociaux ont été invités à partager les constats qu'ils dressent de la crise sanitaire liée à la covid-19 et le rôle des

services de santé au travail. Gouvernance, missions – entre suivi individuel et prévention des risques ainsi que de l’inaptitude et de la désinsertion professionnelle – rationalisation et articulation avec la médecine de ville sont évoqués. Il a également été demandé au patronat et aux syndicats d’émettre des propositions, notamment pour l’évaluation des risques avec une attention particulière aux petites et moyennes entreprises pour simplifier leurs démarches et les rendre plus efficaces. Le document d’orientation appelait également à sécuriser les employeurs via un renforcement du rôle des branches professionnelles, à trouver les moyens de multiplier les recommandations établies paritairement à destination des entreprises afin de couvrir l’ensemble des secteurs professionnels d’ici trois ans.

Dans le respect des prérogatives des partenaires sociaux, notre Assemblée s’est ainsi engagée sur la mise en œuvre d’une réforme portée par trois ambitions :

- faire de la santé au travail, et en particulier de la prévention des risques professionnels, un axe prioritaire des politiques publiques des prochaines années ;
- garantir à tous les travailleurs un accès rapide et de qualité aux services de santé au travail ;
- renforcer les moyens d’accès et de maintien dans l’emploi des travailleurs les plus vulnérables.

En date du 10 décembre 2020, un accord national interprofessionnel sur la santé au travail a été conclu. Celui-ci apparaît comme une réelle avancée vers un système de prévention plutôt que de réparation et permet d’améliorer les dispositifs existants, notamment pour les moyennes et petites entreprises.

Le texte fait du document unique d’évaluation des risques professionnels (DUERP) la base du plan de traçabilité collective des expositions professionnelles et d’action de prévention de l’entreprise. L’accord réaffirme un plan d’actions qui suppose « *la mobilisation des moyens techniques, humains et financiers nécessaires* ». Afin d’assurer la traçabilité des risques, les différentes versions successives du DUERP doivent être conservées. Les branches sont incitées à proposer leur document d’aide à la rédaction du document unique.

Les partenaires sociaux proposent la création et la mise en place progressive d’un « Passeport prévention » pour tous les salariés et apprentis. Il attesterait de la réalisation d’un module de formation de base sur la prévention des risques professionnels, destiné aux salariés qui n’ont aucune formation de base sur ce sujet (organisée par la branche ou l’entreprise) et le cas échéant de modules spécifiques, dont le contenu serait défini par les branches professionnelles. Ce passeport pourrait être étendu aux demandeurs d’emploi, mais également être portable d’une entreprise ou d’un secteur d’activité à un autre.

Le texte comprend un rappel de la jurisprudence, qui « *a admis qu'un employeur et ses délégués pouvaient être considérés comme ayant rempli leurs obligations s'ils ont mis en œuvre des actions de prévention* ».

L'accord prévoit de porter la durée de la formation en santé et sécurité à cinq jours pour tous les élus du comité social et économique et des membres des commissions de santé, sécurité et conditions de travail. Actuellement, cette formation dure trois jours pour les entreprises de moins de 300 salariés et cinq jours pour les autres. La possibilité de renouveler cette formation à l'occasion d'un renouvellement de mandat reste prévue, pour une durée de trois jours.

Il prévoit également que le financement des formations santé-sécurité des membres du CSE soit pris en charge par les opérateurs de compétence (Opco) pour toutes les entreprises de moins de 50 salariés.

Il réforme et modernise les services de santé au travail (SST), qui deviennent des services de prévention et de santé au travail (SPST), devant fournir aux employeurs adhérents une offre socle consacrant la prévention, le suivi médical et la prévention de la désinsertion professionnelle pour le maintien en emploi des salariés ayant été touchés par des problèmes de santé. Une cellule « prévention de la désinsertion professionnelle » sera mise en place au sein des SPST interentreprises. Elle proposerait, en lien avec le salarié et l'employeur, des mesures de sensibilisation, de signalement précoce ou encore d'aménagement de poste.

La montée en charge des SPST interentreprises sera accompagnée de la création d'un nouveau référentiel de certification, afin de garantir auprès des entreprises la qualité de l'organisation de leurs services et l'efficacité de leurs prestations selon des grilles d'évaluation élaborées par un nouveau comité national de la prévention et sécurité au travail paritaire, constitué au sein du conseil d'orientation des conditions de travail (COCT). Il se verrait attribuer les missions actuelles du groupe permanent d'orientation du COCT auxquelles s'ajouteraient des missions d'articulation et de suivi des nouveautés de l'accord (élaboration du cahier des charges de la certification des SPST ainsi que de l'offre de prévention de la désinsertion professionnelle, suivi de la mise en œuvre de la collaboration médecine du travail/médecine de ville et de la mise en œuvre du passeport prévention...). Ce comité serait décliné au niveau régional.

L'accord préconise également de systématiser la mise en œuvre des visites de reprise et de pré-reprise (en cas d'arrêt de longue durée) et demandées (par le médecin, l'employeur, le salarié) pour définir d'éventuels aménagements, et de mettre en œuvre une visite de mi-carrière pour repérer une inadéquation entre le poste de travail et l'état de santé.

Pour maintenir les délais et le suivi des visites médicales des salariés dans un contexte de pénurie, cet accord national interprofessionnel crée une nouvelle forme de

collaboration entre la médecine du travail et la médecine de ville, par des médecins praticiens correspondants, formés à la santé au travail et assurant certaines tâches au profit des services de prévention et de santé au travail.

Les auteurs de la présente proposition de loi se sont saisi du contenu de cet accord national interprofessionnel, afin d'assurer sa transposition et sa mise en vigueur.

Pour la première fois, une proposition de loi va ainsi transposer les dispositions d'un accord national interprofessionnel.

Le présent texte comprend ainsi l'ensemble des dispositions de nature législative comprises au sein de l'ANI, en respectant ainsi l'équilibre trouvé par les partenaires sociaux et en précisant la portée de ses dispositions, en coopération avec ses auteurs.

Cet accord n'épuise pas la matière de la santé et de la prévention des risques professionnels. Ainsi, dans le respect de l'esprit de l'ANI, les auteurs de la présente proposition de loi ont choisi d'y intégrer des dispositions issues de leur travail d'auditions, afin qu'un consensus large puissent être trouvé pour faire de la prévention et de la santé au travail un enjeu majeur des entreprises au XXI^{ème} siècle, autour de quatre ambitions fortes et structurantes. Les partenaires sociaux ont souhaité renforcer le rôle des branches en renforçant leur implication.

Renforcer la prévention au sein des entreprises et décroisonner la santé publique et la santé au travail

Le développement de la culture de prévention au sein des entreprises est une condition majeure de l'effectivité du droit à la santé et à la sécurité au travail. Aussi la présente proposition de loi entreprend de permettre le développement de politiques préventives de santé publique dans le milieu professionnel.

Ainsi, il pourra être procédé à des actions de campagnes vaccinales, de sport-santé, de lutte contre les addictions dans le milieu de travail.

Des partenariats et des outils pourront être développés. Ainsi les services de prévention et de santé au travail pourront participer aux communautés professionnelles territoriales de santé et aux dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexes présents sur leur territoire.

Définir l'offre de services à fournir aux entreprises et aux salariés, notamment en matière de prévention et d'accompagnement

Renforcer et prioriser les exigences concernant les missions actuellement dévolues aux services interentreprises de prévention et de santé au travail passera par des avancées concrètes en matière de suivi individuel de l'état de santé du salarié (en favorisant notamment une meilleure articulation avec le médecin traitant), d'accompagnement et

d'appui dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques de prévention, et de prévention de l'inaptitude et de la désinsertion professionnelle.

Le développement du numérique peut être un moyen d'assurer un lien plus étroit avec les entreprises et salariés accompagnés. L'accès des professionnels de santé en charge du diagnostic et du soin au dossier médical de santé au travail (DMST) et l'accès des médecins et infirmiers en santé au travail au dossier médical partagé permettront un suivi médical prenant en compte la globalité de la santé du travailleur qui est également un patient, notamment en permettant au médecin traitant de connaître les expositions professionnelles.

Mieux accompagner certains publics, notamment vulnérables, et lutter contre la désinsertion professionnelle

Malgré les réformes successives, la forme de certains contrats de travail rend difficile le suivi médical de certains travailleurs, comme les travailleurs handicapés, les salariés intérimaires, les titulaires d'un contrat à durée déterminée ou les travailleurs indépendants.

Des orientations peuvent être envisagées telles que la prise en charge du suivi médical des intérimaires par les services de santé au travail autonomes des entreprises utilisatrices.

Qu'elle soit d'origine professionnelle ou non, l'altération de la santé peut rendre impossible la reprise du travail dans les conditions préexistantes. Elle conduit trop souvent à la rupture du contrat de travail, sans qu'une solution interne ou externe à l'entreprise n'ait pu être identifiée, ni qu'un suivi de la personne après cette rupture ne soit garanti. Comme l'ont révélé les travaux sur l'emploi des seniors menés dans le cadre de l'instauration du système universel de retraite, ce risque est particulièrement marqué pour les salariés les plus âgés, pour lesquels, par ailleurs, les chances de réinsertion dans l'emploi sont réduites.

La présente proposition de loi contribue ainsi à développer le suivi des non-salariés par un service de prévention et de santé au travail, en ouvrant aux indépendants et mandataires sociaux la faculté de s'y affilier, et à détecter en amont les facteurs de désinsertion professionnelle.

Elle instaure le rendez-vous de pré-reprise, afin d'anticiper et d'organiser les conditions du retour du salarié après un arrêt de longue durée.

Réorganiser la gouvernance de la prévention et de la santé au travail

La gouvernance de la santé au travail fait intervenir de multiples acteurs : l'État produit les règles et s'assure de leur bonne application, la sécurité sociale répare les dommages causés par les accidents du travail et les maladies professionnelles, et conduit également des actions de prévention. C'est précisément en matière de prévention que

les acteurs sont les plus divers et les schémas d'action les plus complexes : Agence nationale et agences régionales pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT et ARACT), Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS). Les acteurs de terrain de la santé au travail, interlocuteurs des employeurs et des salariés, sont les services de santé au travail, qui rassemblent en leur sein médecins du travail et intervenants en prévention des risques professionnels.

La proposition de loi réforme la gouvernance des SPST en développant la transparence sur la gestion et les tarifs pratiqués. Elle renforce les mécanismes de direction et d'animation de l'équipe pluridisciplinaire, en permettant aux différents acteurs d'y prendre part.

Elle consacre le principe que le médecin du travail doit consacrer un tiers de son temps de travail sur le terrain, en milieu de travail.

Dans la gestion de cette crise sanitaire, nous vivons un tournant historique en choisissant de mettre le progrès social avant l'économie. Nous sommes déterminés à porter des réformes dans lesquelles l'humain continue à être au cœur des politiques publiques. Nous croyons dans l'entreprise tournée vers la performance globale, équilibrant les enjeux humains, économiques et environnementaux, une entreprise porteuse de sens et d'avenir.

Document n°5**Titre III : MIEUX ACCOMPAGNER CERTAINS PUBLICS, NOTAMMENT VULNÉRABLES OU EN SITUATION DE HANDICAP, ET LUTTER CONTRE LA DÉSINSERTION PROFESSIONNELLE (Articles 18 à 29)****Article 18**

Après l'article L. 4622-8 du code du travail, il est inséré un article L. 4622-8-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 4622-8-1.-Le service de prévention et de santé au travail comprend une cellule pluridisciplinaire de prévention de la désinsertion professionnelle chargée :

« 1° De proposer des actions de sensibilisation ;

« 2° D'identifier les situations individuelles ;

« 3° De proposer, en lien avec l'employeur et le travailleur, les mesures individuelles prévues à l'article L. 4624-3 ;

« 4° De participer à l'accompagnement du travailleur éligible au bénéfice des actions de prévention de la désinsertion professionnelle prévues à l'article L. 323-3-1 du code de la sécurité sociale ;

« La cellule est animée et coordonnée par un médecin du travail ou par un membre de l'équipe pluridisciplinaire désigné par lui et agissant sous sa responsabilité. Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 4622-10 du présent code fixe des exigences minimales relatives à sa composition.

« La cellule remplit ses missions en collaboration avec les professionnels de santé chargés des soins, le service du contrôle médical mentionné à l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale, les organismes locaux et régionaux d'assurance maladie et le service social mentionné au 4° de l'article L. 215-1 du même code, dans le cadre des missions qui leur sont confiées en application du 3° de l'article L. 221-1 et de l'article L. 262-1 dudit code, les acteurs chargés du dispositif d'emploi accompagné défini à l'article L. 5213-2-1 du présent code, les acteurs de la compensation du handicap et les acteurs de la préorientation et de la réadaptation professionnelles mentionnés aux 3° et 4° de l'article L. 5211-2, à l'article L. 5214-3-1 du présent code et au b du 5° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et les organismes intervenant en matière d'insertion professionnelle.

« Elle peut être mutualisée, sur autorisation de l'autorité administrative, entre plusieurs services de prévention et de santé au travail agréés dans la même région. »

Article 19

I.-Le chapitre V du titre Ier du livre III du code de la sécurité sociale est complété par un article L. 315-4 ainsi rédigé :

« Art. L. 315-4.-Lorsque les arrêts de travail de l'assuré qui ont été adressés à l'organisme lui servant des prestations à ce titre remplissent des conditions fixées par décret ou lorsqu'ils font apparaître un risque de désinsertion professionnelle, selon des conditions fixées par décret, l'organisme ou, selon le cas, le service du contrôle médical transmet au service de prévention et de santé au travail mentionné à l'article L. 4622-2 du code du travail dont relève l'assuré, sous réserve de l'accord de ce dernier, des informations relatives aux arrêts de travail. Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, précise le contenu des informations transmises ainsi que les conditions dans lesquelles cette transmission, réalisée de façon dématérialisée, est effectuée, le cas échéant selon les modalités définies au II de l'article L. 1110-4 du code de la santé publique. »

II.-La quatrième partie du code du travail est ainsi modifiée :

1° Après l'article L. 4622-2, il est inséré un article L. 4622-2-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 4622-2-1.-Dans le cadre de sa mission de prévention de la désinsertion professionnelle, le service de prévention et de santé au travail informe le service du contrôle médical mentionné à l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale, les organismes locaux et régionaux d'assurance maladie et le service social mentionné au 4° de l'article L. 215-1 du même code, selon des modalités définies par décret, lorsqu'il accompagne des travailleurs qui ont fait l'objet de la transmission d'informations mentionnée à l'article L. 315-4 dudit code. Sous réserve de l'accord du travailleur, il leur transmet des informations relatives au poste et aux conditions de travail de l'intéressé. »

;

2° Après le 5° de l'article L. 4622-8-1 tel qu'il résulte de l'article 18 de la présente loi, il est inséré un 5° ainsi rédigé :

« 5° De procéder à l'information prévue à l'article L. 4622-2-1 du présent code. » ;

3° L'article L. 4822-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Pour l'application à Saint-Pierre-et-Miquelon de l'article L. 4622-2-1, les mots : “ les organismes locaux et régionaux d'assurance maladie ” sont remplacés par les mots : “ la caisse de prévoyance sociale de Saint-Pierre-et-Miquelon ”. »

III.-Le treizième alinéa de l'article 9 de l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales est complété par la référence : « et L. 315-4 ».

IV.-Les I à III entrent en vigueur le 1er janvier 2024.

Article 20

L'article L. 5213-6-1 du code du travail est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« A la demande du travailleur concerné, le référent participe au rendez-vous de liaison prévu à l'article L. 1226-1-3 du présent code ainsi qu'aux échanges organisés sur le fondement du dernier alinéa du I de l'article L. 4624-2-2. Dans les deux cas, il est tenu à une obligation de discrétion à l'égard des informations à caractère personnel qu'il est amené à connaître. »

Article 21

L'article L. 4624-1 du code du travail est ainsi modifié :

1° Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « I.-> » ;

2° Avant le dernier alinéa, il est inséré un II ainsi rédigé :

« II.-Les professionnels de santé mentionnés au premier alinéa du I peuvent recourir à des pratiques médicales ou de soins à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication pour le suivi individuel du travailleur, compte tenu de son état de santé physique et mentale. Le consentement du travailleur est recueilli préalablement. La mise en œuvre de ces pratiques garantit le respect de la confidentialité des échanges entre le professionnel de santé et le travailleur. Les services de prévention et de santé au travail et les professionnels de santé mentionnés au même premier alinéa, utilisateurs des technologies de l'information et de la communication pour le suivi individuel du travailleur, s'assurent que l'usage de ces technologies est conforme aux référentiels d'interopérabilité et de sécurité mentionnés à l'article L. 1470-5 du code de la santé publique, le cas échéant adaptés aux spécificités de l'activité des services de prévention et de santé au travail.

« S'il considère que l'état de santé du travailleur ou les risques professionnels auxquels celui-ci est exposé le justifient, le professionnel de santé recourant aux technologies de l'information et de la communication pour le suivi individuel du travailleur peut proposer à ce dernier que son médecin traitant ou un professionnel de santé choisi par le travailleur participe à la consultation ou à l'entretien à distance. En cas de consentement du travailleur, le médecin traitant ou le professionnel de santé choisi par le travailleur peut participer, à distance ou auprès de celui-ci, à la consultation ou à l'entretien.

« Les modalités d'application du présent II sont déterminées par décret en Conseil d'Etat. » ;

3° Le même dernier alinéa est supprimé.

Article 22

Après l'article L. 4624-2-1 du code du travail, il est inséré un article L. 4624-2-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 4624-2-2.-I.-Le travailleur est examiné par le médecin du travail au cours d'une visite médicale de mi-carrière organisée à une échéance déterminée par accord de branche ou, à défaut, durant l'année civile du quarante-cinquième anniversaire du travailleur.

« Cet examen médical peut être anticipé et organisé conjointement avec une autre visite médicale lorsque le travailleur doit être examiné par le médecin du travail deux ans avant l'échéance prévue au premier alinéa du présent I. Il peut être réalisé dès le retour à l'emploi du travailleur dès lors qu'il satisfait aux conditions déterminées par l'accord de branche prévu au même premier alinéa ou, à défaut, qu'il est âgé d'au moins quarante-cinq ans.

« L'examen médical vise à :

« 1° Etablir un état des lieux de l'adéquation entre le poste de travail et l'état de santé du travailleur, à date, en tenant compte des expositions à des facteurs de risques professionnels auxquelles il a été soumis ;

« 2° Evaluer les risques de désinsertion professionnelle, en prenant en compte l'évolution des capacités du travailleur en fonction de son parcours professionnel, de son âge et de son état de santé ;

« 3° Sensibiliser le travailleur aux enjeux du vieillissement au travail et sur la prévention des risques professionnels.

« Le médecin du travail peut proposer, par écrit et après échange avec le travailleur et l'employeur, les mesures prévues à l'article L. 4624-3.

« II.-La visite médicale de mi-carrière peut être réalisée par un infirmier de santé au travail exerçant en pratique avancée. Celui-ci ne peut proposer les mesures mentionnées au dernier alinéa du I. A l'issue de la visite, l'infirmier peut, s'il l'estime nécessaire, orienter sans délai le travailleur vers le médecin du travail. »

Article 23

Le code du travail est ainsi modifié :

1° Après le deuxième alinéa de l'article L. 1251-22, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque l'entreprise utilisatrice dispose de son propre service de prévention et de santé au travail, les salariés peuvent être suivis par celui-ci, dans le cadre d'une convention conclue avec l'entreprise de travail temporaire. » ;

2° Le chapitre Ier du titre II du livre VI de la quatrième partie est complété par des articles L. 4621-3 et L. 4621-4 ainsi rédigés :

« Art. L. 4621-3.-Les travailleurs indépendants relevant du livre VI du code de la sécurité sociale peuvent s'affilier au service de prévention et de santé au travail interentreprises de leur choix.

« Ils bénéficient d'une offre spécifique de services en matière de prévention des risques professionnels, de suivi individuel et de prévention de la désinsertion professionnelle.

« Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret.

« Art. L. 4621-4.-Le chef de l'entreprise adhérente à un service de prévention et de santé au travail interentreprises peut bénéficier de l'offre de services proposée aux salariés. » ;

3° Après l'article L. 4622-5, il est inséré un article L. 4622-5-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 4622-5-1.-Sans préjudice du troisième alinéa de l'article L. 1251-22, lorsqu'une entreprise dispose de son propre service de prévention et de santé au travail, ce service peut assurer, dans des conditions fixées par convention, le suivi individuel de l'état de santé des travailleurs, salariés ou non-salariés, qui exercent leur activité sur le site de l'entreprise.

« Lorsque des salariés d'entreprises extérieures exercent des activités, dont la nature et la durée sont précisées par décret, sur le site d'une entreprise disposant de son propre service de prévention et de santé au travail, la prévention des risques professionnels auxquels sont exposés ces salariés, prévue aux 1°, 1° bis, 2°, 4° et 5° de l'article L. 4622-2, est assurée de manière conjointe dans le cadre d'une convention conclue entre le service précité et les services de prévention et de santé au travail dont relèvent ces salariés. »

Article 24

A titre expérimental et pour une durée de trois ans, les professionnels de santé mentionnés au premier alinéa du I de l'article L. 4624-1 du code du travail peuvent réaliser des actions de prévention collective à destination des salariés d'entreprises de travail temporaire afin de prévenir les risques professionnels auxquels ils sont exposés. Ces actions peuvent être réalisées en lien avec des intervenants extérieurs qualifiés.

Les conditions d'application de cette expérimentation sont déterminées par décret.

Au plus tard six mois avant le terme de l'expérimentation, le Gouvernement remet au Parlement un rapport d'évaluation de cette expérimentation.

Article 25

Après l'article L. 4624-1 du code du travail, il est inséré un article L. 4624-1-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 4624-1-1.-En cas de pluralité d'employeurs, le suivi de l'état de santé des travailleurs occupant des emplois identiques est mutualisé suivant des modalités définies par décret. »

Article 26

Le chapitre V du titre II du livre VI de la quatrième partie du code du travail est complété par un article L. 4625-3 ainsi rédigé :

« Art. L. 4625-3.-Les particuliers employeurs adhèrent, moyennant une contribution dont le montant est fixé par accord collectif de branche étendu, à un service de prévention et de santé au travail.

« L'association paritaire mentionnée au second alinéa de l'article L. 133-7 du code de la sécurité sociale est chargée, au nom et pour le compte des particuliers employeurs d'organiser, la mise en œuvre de la prévention des risques professionnels et de la surveillance médicale des salariés et de désigner le ou les services de prévention et de santé au travail chargés, dans le cadre de conventions conclues avec l'association paritaire, du suivi des salariés sur les territoires.

« Elle délègue par voie de convention aux organismes de recouvrement mentionnés au même second alinéa la collecte de la contribution mentionnée au premier alinéa du présent article et le recueil des données, auprès des employeurs et de leurs salariés, nécessaires à la mise en œuvre du deuxième alinéa. »

Article 27

Le code du travail est ainsi modifié :

1° La section 1 du chapitre VI du titre II du livre II de la première partie est complétée par un article L. 1226-1-3 ainsi rédigé :

« Art. L. 1226-1-3.-Lorsque la durée de l'absence au travail du salarié justifiée par l'incapacité résultant de maladie ou d'accident, constaté par certificat médical et contre-visite s'il y a lieu, est supérieure à une durée fixée par décret, la suspension du contrat de travail ne fait pas obstacle à l'organisation d'un rendez-vous de liaison entre le salarié et l'employeur, associant le service de prévention et de santé au travail.

« Ce rendez-vous a pour objet d'informer le salarié qu'il peut bénéficier d'actions de prévention de la désinsertion professionnelle, dont celles prévues à l'article L. 323-3-1 du code de la sécurité sociale, de l'examen de préreprise prévu à l'article L. 4624-2-4 du présent code et des mesures prévues à l'article L. 4624-3.

« Il est organisé à l'initiative de l'employeur ou du salarié. L'employeur informe celui-ci qu'il peut solliciter l'organisation de ce rendez-vous. Aucune conséquence ne peut être tirée du refus par le salarié de se rendre à ce rendez-vous. » ;

2° Après l'article L. 4624-2-1, sont insérés des articles L. 4624-2-3 et L. 4624-2-4 ainsi rédigés :

« Art. L. 4624-2-3.-Après un congé de maternité ou une absence au travail justifiée par une incapacité résultant de maladie ou d'accident et répondant à des conditions fixées par décret, le travailleur bénéficie d'un examen de reprise par un médecin du travail dans un délai déterminé par décret.

« Art. L. 4624-2-4.-En cas d'absence au travail justifiée par une incapacité résultant de maladie ou d'accident d'une durée supérieure à une durée fixée par décret, le travailleur peut bénéficier d'un examen de préreprise par le médecin du travail, notamment pour étudier la mise en œuvre des mesures d'adaptation individuelles prévues à l'article L. 4624-3, organisé à l'initiative du travailleur, du médecin traitant, des services médicaux de l'assurance maladie ou du médecin du travail, dès lors que le retour du travailleur à son poste est anticipé.

« L'employeur informe le travailleur de la possibilité pour celui-ci de solliciter l'organisation de l'examen de préreprise. »

Article 28

I.-Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le 3° de l'article L. 221-1 est complété par les mots : «, ainsi que de promouvoir la prévention de la désinsertion professionnelle afin de favoriser le maintien dans l'emploi de ses ressortissants dont l'état de santé est dégradé du fait d'un accident ou d'une maladie, d'origine professionnelle ou non, et de coordonner l'action des organismes locaux et régionaux et celle du service social mentionné au 4° de l'article L. 215-1 » ;

2° L'article L. 262-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les organismes locaux et régionaux d'assurance maladie et le service social mentionné au 4° de l'article L. 215-1 mettent en œuvre des actions de promotion et d'accompagnement de la prévention de la désinsertion professionnelle afin de favoriser le maintien dans l'emploi de leurs ressortissants dont l'état de santé est dégradé du fait d'un accident ou d'une maladie, d'origine professionnelle ou non, compte tenu de la coordination assurée par la Caisse nationale de l'assurance maladie conformément au 3° de l'article L. 221-1. Ces actions se font en lien, en tant que de besoin, avec les intervenants extérieurs qualifiés, les acteurs de la compensation du handicap et les acteurs de la préorientation et de la réadaptation professionnelles mentionnés à

l'article L. 5214-3-1 du code du travail, aux 3° et 4° de l'article L. 5211-2 du même code ainsi qu'au b du 5° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles. » ;

3° L'article L. 323-3-1 est ainsi modifié :

a) A la première phrase, après le mot : « primaire », sont insérés les mots : « d'assurance maladie ou la caisse générale de sécurité sociale mentionnée à l'article L. 752-1 du présent code » ;

b) A la seconde phrase, les mots : « , ce dernier en informant le » sont remplacés par les mots : « et au » ;

c) Sont ajoutés quatre alinéas ainsi rédigés :

« Les actions d'accompagnement auxquelles la caisse mentionnée au premier alinéa du présent article peut participer à la demande de l'assuré comprennent notamment :

« 1° L'essai encadré, organisé selon des modalités définies par décret ;

« 2° La convention de rééducation professionnelle mentionnée à l'article L. 5213-3-1 du code du travail, qui donne lieu au versement d'indemnités selon des modalités définies par décret en Conseil d'Etat.

« Ces actions se font en lien avec les acteurs de la compensation du handicap et les acteurs de la réadaptation selon les territoires. »

II.-Le code du travail est ainsi modifié :

1° La section 1 du chapitre VI du titre II du livre II de la première partie est complétée par un article L. 1226-1-4 ainsi rédigé :

« Art. L. 1226-1-4.-Les travailleurs déclarés inaptés en application de l'article L. 4624-4 ou pour lesquels le médecin du travail a identifié, dans le cadre de l'examen de préreprise mentionné à l'article L. 4624-2-4, un risque d'inaptitude peuvent bénéficier de la convention de rééducation professionnelle en entreprise mentionnée à l'article L. 5213-3-1. » ;

2° L'article L. 5213-3 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les travailleurs handicapés déclarés inaptés en application de l'article L. 4624-4 ou pour lesquels le médecin du travail a identifié, dans le cadre de l'examen de préreprise mentionné à l'article L. 4624-2-4, un risque d'inaptitude peuvent bénéficier de la convention de rééducation professionnelle en entreprise mentionnée à l'article L. 5213-3-1. » ;

3° Après le même article L. 5213-3, il est inséré un article L. 5213-3-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 5213-3-1.-I.-La convention de rééducation professionnelle en entreprise est conclue entre l'employeur, le salarié et la caisse primaire d'assurance maladie ou la caisse générale de sécurité sociale mentionnée à l'article L. 323-3-1 du code de la sécurité sociale. Cette convention détermine les modalités d'exécution de la rééducation professionnelle ainsi que le montant et les conditions dans lesquelles la caisse primaire d'assurance maladie ou la caisse générale de sécurité sociale verse au salarié l'indemnité journalière mentionnée au même article L. 323-3-1.

« II.-Lorsque la rééducation professionnelle est assurée par l'employeur du salarié, elle fait l'objet d'un avenant au contrat de travail, qui ne peut modifier la rémunération prévue par celui-ci.

« Lorsque la rééducation professionnelle n'est pas assurée par l'employeur du salarié, elle est effectuée selon les modalités de mise à disposition prévues à l'article L. 8241-2.

« III.-Lorsque le salarié présente sa démission mentionnée à l'article L. 1237-1 à l'issue d'une rééducation professionnelle afin d'être embauché par une autre entreprise, il continue à bénéficier, le cas échéant, de l'indemnité mentionnée à l'article L. 323-3-1 du code de la sécurité sociale.

« Lorsque l'entreprise mentionnée au premier alinéa du présent III a assuré la rééducation professionnelle et que l'embauche est effectuée dans un emploi similaire à celui occupé par le salarié pendant la période de rééducation, la durée de la mise à disposition est intégralement déduite de la période d'essai.

« IV.-Un décret en Conseil d'Etat définit les modalités d'application du présent article. »

III.-L'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales est ainsi modifiée :

1° L'article 3 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Cette caisse met notamment en œuvre des actions de promotion et d'accompagnement de la prévention de la désinsertion professionnelle afin de favoriser le maintien dans l'emploi de ses ressortissants dont l'état de santé est dégradé du fait d'un accident ou d'une maladie, d'origine professionnelle ou non. Ces actions se font en lien, en tant que de besoin, avec les acteurs extérieurs, en particulier les cellules mentionnées à l'article L. 4622-8-1 du code du travail. » ;

2° Après l'article 12-3, il est inséré un article 12-4 ainsi rédigé :

« Art. 12-4.-Le quatrième alinéa de l'article L. 433-1 du code de la sécurité sociale est applicable aux victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles à Saint-Pierre-et-Miquelon. Pour son application à Saint-Pierre-et-Miquelon, la référence à la caisse primaire d'assurance maladie mentionnée à l'article L. 323-3-1 du même code est remplacée par la référence à la caisse de prévoyance sociale. »

Article 29

La seconde phrase du I de l'article L. 6323-17-2 du code du travail est complétée par les mots : «, ni pour le salarié ayant connu, dans les vingt-quatre mois ayant précédé sa demande de projet de transition professionnelle, soit une absence au travail résultant d'une maladie professionnelle, soit une absence au travail supérieure à une durée fixée par décret résultant d'un accident du travail, d'une maladie ou d'un accident non professionnel ».

Document n°6

RAPPORT IGAS N°2025-004R – TOME 1 SYNTHÈSE [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 la 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 SPST 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 Drees 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 lisible entre partenaires

[10] Le premier partenaire des SPST 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. RAPPORT IGAS N°2025-004R – TOME 1

[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'outillage 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 inaptes. 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 RAPPORT IGAS N°2025-004R – TOME 1 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.

[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.

