

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

2025-004R
JUILLET 2025

• **TOME 2 : ANNEXES**

Hervé
Léost

François
Schechter

Membres de l'Inspection générale
des affaires sociales



Suivez-nous sur LinkedIn

RAPPORT

SOMMAIRE

Sommaire	2
ANNEXE 1 : Diagnostics et recommandations issus de rapports d’expertise récents sur la prévention de la désinsertion professionnelle	4
1 Plusieurs rapports dont les conclusions ont été structurantes pour la politique de PDP inscrite dans l’ANI de 2020 et la loi de 2021	4
2 Des rapports plus récents qui mettent en avant le chemin qui reste à accomplir	7
ANNEXE 2 : L’organisation de l’assurance maladie et son articulation avec les SPST	9
1 L’assurance maladie constitue un acteur essentiel de la prévention de la désinsertion professionnelle qui fait intervenir plusieurs services de son réseau .	9
2 La loi de 2021 a conduit l’assurance maladie à revoir son offre de service de PDP qui reste hétérogène selon les territoires	15
ANNEXE 3 : Systèmes d’information et échanges de données dans la PDP ...	33
1 La PDP ne s’appuie pas encore sur des systèmes d’information à la maturité suffisante	33
2 Au regard des objectifs ambitieux affichés par la loi de 2021, l’outillage des services en systèmes d’information est toujours insuffisant ce qui est particulièrement préjudiciable à la politique de PDP	43
ANNEXE 4 : Le développement des indices de risque de désinsertion professionnelle	59
1 Un contexte favorable au développement d’indices de risque de désinsertion professionnelle	59
2 Depuis cinq ans, l’émergence d’indices de risque de désinsertion professionnelle en ordre dispersé dans les SPST	70
3 Un indice standardisé de risque de désinsertion professionnelle est en cours de test dans une partie des SPSTI	80
4 La généralisation d’un indice standardisé à l’ensemble des SPSTI suppose de nombreuses conditions de réussite	86

ANNEXE 5 : Méthode de la mission	98
1 Investigations de terrain	98
2 Questionnaire auprès des SPSTI.....	98
3 Choix méthodologiques concernant certaines questions spécifiques	99
ANNEXE 6 : Principaux enseignements du questionnaire auprès des SPSTI	101
1 La généralisation des cellules PDP : une réalité contrastée.....	102
2 Des partenariats à consolider et structurer	103
3 Les échanges de données entre acteurs : des modalités dispersées et fragiles	105
4 Le développement des indices de risque de désinsertion.....	106
5 Les commentaires libres de l'enquête	109

ANNEXE 1 : Diagnostics et recommandations issus de rapports d'expertise récents sur la prévention de la désinsertion professionnelle

1 Plusieurs rapports dont les conclusions ont été structurantes pour la politique de PDP inscrite dans l'ANI de 2020 et la loi de 2021

1.1 Le rapport de l'Igas sur la PDP en 2017

Le rapport rappelle les notions utilisées dans le domaine du maintien en emploi et de la PDP.

- Le **maintien dans l'emploi** recouvre le maintien sur le poste, grâce à des aménagements, ou dans l'entreprise, grâce à un reclassement ;
- le **maintien en emploi** élargit le champ au reclassement dans une autre entreprise, voire à la réorientation professionnelle avec une logique de sécurisation du parcours professionnel.
- Le terme de **prévention de la désinsertion professionnelle** apparaît très proche de celui de maintien en emploi.

[1] **S'agissant des services de santé au travail, la mission a observé des organisations diverses en matière de PDP :**

- Services de taille petite ou moyenne : soit il n'y a pas d'organisation particulière, c'est alors le médecin du travail qui gère et peut parfois saisir cap emploi ; soit une ou deux personnes sont spécialisées sur le sujet « maintien en emploi », avec un profil orienté vers l'appui aux démarches administratives et à l'insertion sociale et professionnelle (assistant(es) sociaux(ales) conseiller(es) du travail, psychologue(s) du travail), pour les personnes identifiées à risque d'inaptitude.
- Certains gros services ont mis en place une ou des équipes pluridisciplinaires dédiées au maintien en emploi avec trois compétences : psychologue du travail, service social, ergonomie. Le médecin du travail conserve la relation à l'employeur mais recourt à des compétences spécialisées.

[2] **Au final, moins de la moitié des SST ont mis en place une forme d'organisation dédiée à la PDP.**

[3] **Du côté de l'assurance maladie, le rapport note que la PDP représente une part croissante de l'activité du service social.** Ce sont les requêtes pour le service médical (45 jours ou 100 jours) et surtout celles pour le service social (90 jours), qui déclenchent l'essentiel des interventions.

[4] **Le rapport souligne l'enjeu majeur d'information des personnes pour comprendre et connaître l'écosystème.** Plusieurs difficultés sont soulignées :

- seules les très grandes entreprises disposent d'un service social interne, et le service social des CARSAT ne touche qu'une minorité des salariés concernés : ceux qui, en arrêt de travail de plus de trois mois, se rendent à la réunion d'information qui leur est proposée par courrier.
- La reconversion est parfois nécessaire quand le maintien sur le poste est impossible. Mais les médecins du travail ne connaissent pas toujours ces dispositifs et les travailleurs sociaux sont eux-mêmes inégalement formés et outillés sur ces questions.
- Le CEP est peu connu et mobilisé.

[5] **Plusieurs passages du rapport soulignent les lacunes de l'évaluation des dispositifs de PDP.** L'impact financier des dispositifs de prévention de la désinsertion professionnelle mis en œuvre par les régimes de protection sociale reste inconnu, faute de démarche d'évaluation permettant de comparer les dépenses engagées pour des cohortes d'assurés orientés ou non vers ces dispositifs. Par ailleurs, le suivi de la précocité des signalements n'est pas consolidé au niveau national par l'assurance maladie, ce qui affaiblit l'évaluation du programme, dont la finalité est de proposer des interventions les plus précoces possible. On dispose toutefois de données produites en région qui illustrent des délais très longs d'entrée en accompagnement.

[6] **Le rapport souligne l'importance de l'anticipation pour éviter l'inaptitude.** Les études régionales sur le devenir des salariés déclarés inaptes montrent que dans neuf cas sur dix, ils ne sont pas maintenus dans leur entreprise. Selon une revue de littérature publiée en 2012, deux facteurs facilitent significativement le retour au travail tant pour les pathologies physiques que psychiques : en premier lieu, des interventions précoces, initiées dans les six premières semaines d'arrêt ; en second lieu, des interventions multidisciplinaires, particulièrement lorsqu'elles intègrent des contacts avec l'employeur et le collectif de travail

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

[8] **Les recommandations principales du rapport portent sur :**

- Les médecins traitants : développer la mission PDP parmi les missions du médecin traitant
- Le requêtage par les Carsat : le rendre plus précoce que 90 jours et mettre en place un contact téléphonique en plus du courrier
- Mieux former les professionnels en charge de la PDP sur les outils de droit commun mobilisables.

- la mission recommande enfin de soutenir le développement dans les services de santé au travail d'équipes de prévention de la désinsertion professionnelle. Ces équipes devraient comporter notamment des compétences d'ergonomie et de conseil en reclassement interne et externe, ou pouvoir mobiliser très facilement ces compétences.

1.2 Des rapports sur la santé au travail qui évoquent les enjeux de PDP

[9] **En novembre 2021 dans son rapport sur la politique de prévention en santé**, la Cour des comptes décrit des « services de santé au travail encore peu ouverts à des missions de prévention plus larges ». Le rapport estime que la « médecine du travail s'ouvre à peine à une mission de prévention plus globale et systématique ». Le rapport souligne notamment l'intérêt des visites d'information et de prévention pour contribuer à la prévention primaire. Il met l'accent sur le rôle à jouer par les SPST dans la prévention de conduites à risque en milieu professionnel (notamment consommation d'alcool, de drogue, de tabac).

[10] **Le rapport Igas de 2020 sur les services de santé au travail comporte des développements sur la PDP, notant un investissement hétérogène est noté dans ce domaine.** Certains services ont fait preuve d'impulsion dans ce domaine mais d'autres sont plus en attente d'initiatives externes en particulier de la part de l'assurance maladie.

[11] **Le rapport identifie un besoin de renforcement du pilotage national.** Il se fait l'écho des critiques de certaines organisations syndicales sur Presanse, vu comme association de directeurs sans réelle capacité de pilotage. La mission appelle de ses vœux une « représentation des SPSTI à construire » en prenant acte du fait que Presanse ne tient pas ce rôle.

[12] **L'échec des tentatives de mise en place d'un SI national des services de santé au travail est préjudiciable.** La « grave lacune en matière de SI interopérables » constitue une conséquence de l'absence de lignes directrices nationales et de véritable fonctionnement en réseau. C'est une « véritable perte de chance » à la fois pour le suivi des salariés les plus fragiles, pour le suivi des risques et pour le suivi épidémiologique. La mission propose la construction de normes d'interopérabilité, l'usage de l'INS, l'accès des médecins du travail au DMP.

[13] **Les remarques portent également sur la capacité à détecter les situations de désinsertion. Les requêtes sur les indemnités journalières ne permettent pas un repérage suffisamment précoce.** Le service médical reste beaucoup sur le contrôle du bien-fondé des arrêts de travail prescrits. Des arrêts courts répétitifs ne déclenchent aucun signalement alors qu'ils peuvent illustrer un gros risque.

[14] Enfin, en termes d'évaluation de la PDP :

- Les bilans établis par le service social de l'assurance maladie sont partiels mais les informations sur l'activité des SST sont encore plus lacunaires ;
- Il n'y a pas d'évaluation médico économique des actions de PDP (impact sur baisse des IJ)

[15] Le rapport regrette des liens très insuffisants avec la santé publique. Il note une forte baisse de la participation des médecins du travail aux enquêtes MCP, Sumer et Everest.

[16] La mission recommande un socle de prestations de base et la mise en place systématique d'une cellule de PDP.

2 Des rapports plus récents qui mettent en avant le chemin qui reste à accomplir

2.1 La PDP examinée dans le cadre plus global de la prévention des risques professionnels : le rapport de la Cour des comptes en 2022

[17] **Le rapport de novembre 2022 sur les politiques publiques de prévention en santé au travail dans les entreprises décrit des politiques de santé au travail qui souffrent de « multiples cloisonnements ».** Les plans santé au travail pilotés par la DGT représentent un effort bienvenu de coordination mais « l'attention apportée à leur réalisation apparaît en retrait ». La recherche en santé au travail souffre de la même fragmentation. L'articulation entre santé au travail et santé publique demeure très limitée.

[18] **Le diagnostic détaillé porte sur :**

- **une insuffisance des données qui nuit au pilotage.** Les situations d'aménagements de postes ou encore les avis d'inaptitude ne sont pas dénombrés exactement. En 2018, 338 000 salariés avaient bénéficié d'un aménagement de poste et 120 000 avaient été déclarés inaptes, sans qu'il soit précisé s'il s'agissait de l'inaptitude à un poste de travail ou d'une inaptitude au travail, ni si celle-ci était d'origine professionnelle.
- **Un bilan contrasté à la fois sur les PNST successifs et sur les PRST.** Selon la Cour, les efforts de coordination, de pilotage et d'évaluation conduits par le ministère chargé du travail devraient se concentrer sur un petit nombre d'actions qui exigent justement un effort de coordination entre les acteurs institutionnels
- Une gouvernance paritaire de chaque SPST qui lui donne une autonomie qui rend difficile la mise en œuvre de priorités nationales.
- **Une recherche en santé au travail qui relève d'une pluralité d'acteurs sans stratégie ni chef de file.**
- Un pilotage national de la PDP par la CNAM, en particulier la direction des risques professionnels, qui n'a pas produit les effets attendus.
- **Concernant les liens aux entreprises,** des outils « pléthoriques et redondants », parfois au motif de spécificités géographiques. L'impact de ces actions n'est quasiment jamais mesuré. « Peu d'entreprises considèrent dans les faits que leur responsabilité inclut aussi celle de faire évoluer progressivement en leur sein les travailleurs seniors vers des métiers moins exposés, de manière préventive. »

[19] Parmi les perspectives ouvertes par le rapport, la cour identifie deux conditions essentielles pour l'efficacité des politiques de PDP : le repérage précoce des salariés concernés ; un échange d'informations entre médecin du travail, médecin conseil et médecin traitant. Malgré la loi de

2021, la cour estime que « la question du pilotage du parcours de réinsertion entre les trois médecins concernés (médecins prescripteurs, du travail et conseil), n'est pas entièrement réglée »

2.2 La PDP comme axe prioritaire des CPOM : le rapport de l'Igas de 2023 sur les CPOM

[20] Le rapport de l'Igas sur les CPOM traite, entre autres thématiques, des questions de PDP. Il regrette la faiblesse des relations entre Carsat et Dreetts sur le terrain. Il souligne également un déficit d'animation conjointe de la PDP par la DRP et la DISAS à la CNAM. Le rapport confirme les degrés très divers d'avancement et de maturité des systèmes d'information des SPSTI.

[21] Les principales recommandations du rapport **concernant la PDP sont les suivantes :**

- **Privilégier un découplage entre PRST et PRS, et DREETTS et ARS**, avant d'envisager de systématiser un axe Santé publique dans les CPOM.
- **Au niveau national, privilégier l'animation de la démarche de contractualisation plutôt que le pilotage fin du contenu des CPOM.** Cela implique de réaffirmer une thématique nationale de prévention de la désinsertion professionnelle et se contenter de proposer un cadre indicatif pour les priorités de prévention primaire des risques professionnels
- « Pour la PDP, l'ambition des prochains CPOM doit être, certes, de consolider les acquis des premières vagues (mise en place d'une cellule) mais, surtout, de promouvoir des démarches fructueuses (repérage précoce des risques de désinsertion) et, plus encore, d'encourager, en pleine adhésion avec la vision partenariale des CPOM, l'amélioration de la coordination des acteurs dans un parcours de PDP. »

[22] Le renforcement des liens entre médecins du travail et médecins de ville est une priorité, notamment concernant la PDP.

ANNEXE 2 : L'organisation de l'assurance maladie et son articulation avec les SPST

[23] **L'assurance maladie intervient dans le maintien en emploi et la PDP pour les salariés en arrêt de travail.** Cela passe notamment par la mobilisation de dispositifs (essais encadrés...) et l'accompagnement par les professionnels du service social. Vis-à-vis des salariés concernés, il s'agit pour l'assurance maladie à la fois d'un appui à leur parcours professionnel mais aussi d'un levier de gestion du risque, « permettant la régulation des IJ en limitant l'allongement des arrêts de travail ou la chronicisation de certaines pathologies »¹.

[24] **L'organisation de la PDP à l'assurance maladie se caractérise à la fois par une répartition des rôles entre plusieurs acteurs du réseau et par la mise en œuvre successive de plusieurs modèles d'organisation depuis 15 ans :** cellules de PDP en 2009, expérimentation de plateformes PDP en 2020 puis mise en place d'un « modèle de convergence » depuis 2022. Il s'ensuit une forme de complexité qui rend nécessaire un rappel historique du rôle de l'assurance maladie et de la succession de ces modèles de PDP (1) avant de préciser les avancées permises par le modèle de convergence et les difficultés qui demeurent, notamment dans l'articulation avec les acteurs externes à la branche maladie (2).

1 L'assurance maladie constitue un acteur essentiel de la prévention de la désinsertion professionnelle qui fait intervenir plusieurs services de son réseau

[25] Dès les COG signées dans les années 2000, l'assurance maladie a structuré un programme de maintien en emploi. Les documents stratégiques de cette période affirment déjà l'objectif d'une détection et d'une intervention précoces pour maintenir dans l'emploi.

1.1 L'intervention de plusieurs acteurs du réseau en matière de PDP a suscité un besoin de coordination conduisant à la création de cellules dédiées à la PDP en 2009

1.1.1 Les rôles respectifs des CPAM, du service social des Carsat et du service médical

[26] **La mission de PDP est historiquement partagée entre plusieurs acteurs de la branche maladie :**

¹ CNAM, CIR 27-2024.

- Les caisses primaires d'assurance maladie CPAM :
 - versement des indemnités journalières (IJ),
 - détection des situations à risque par des requêtes informatiques sur les IJ,
 - validation des mesures de remobilisation de l'assuré qui dépendent de l'assurance maladie ;
- Le service médical :
 - détection des situations à l'occasion des contrôles d'arrêts de travail,
 - adressage des assurés détectés au service social ou au SPST pour une visite de pré-reprise en particulier.
 - validation des demandes formulées par le service social au titre des actions prévues au L. 323-3-1 du code de la sécurité sociale (essais encadrés, convention de rééducation professionnelle).
- Le service social de la CARSAT :
 - coordination du parcours de l'assuré, accompagnement individuel ;
 - animation des partenariats externes,
 - information collective des assurés concernés.
 - En matière de PDP, le service social travaille essentiellement sur saisie de ses partenaires internes ou externes.

[27] **Outre la branche maladie, la branche ATMP est également impliquée dans la PDP non pas à un niveau individuel mais via les actions de prévention collective auprès des entreprises.** Celles-ci peuvent en effet viser notamment à prévenir le risque de désinsertion professionnelle des salariés (actions des préventeurs des CARSAT pour la prévention des risques professionnels)².

[28] **De longue date, l'un des enjeux est donc pour la CNAM d'assurer la coordination interne aux acteurs de la branche maladie au service de l'assuré mais aussi la coordination entre services de la branche maladie et services de la branche ATMP pour faire le lien entre prévention individuelle et actions de prévention collective (prévention primaire en particulier).**

1.1.2 Un enjeu majeur de coordination qui a conduit à la constitution de cellules PDP dans le réseau de l'assurance maladie à partir de 2009

[29] **Les enjeux de coordination interne ont été soulignés par des rapports d'audit interne de la CNAM dès les années 2000 qui ont conduit à la mise en place de cellules de PDP afin de faire travailler ensemble des acteurs qui « se connaissent mal et se parlent peu »³.** Ces audits identifiaient déjà la nécessité d'harmoniser les systèmes d'information, les modalités de repérage « et avant tout rendre compatibles les cultures professionnelles des CPAM (l'accès au droit et la gestion du risque), du service médical (la justification médicale et la gestion du risque), des

² On peut également citer, parmi les actions de prévention relevant de l'assurance maladie, les informations figurant sur le site Ameli mais également la documentation de l'INRS à destination des acteurs de la santé au travail.

³ Audit du processus PDP, CNAM, 2012.

directions du risque professionnel (prévention des risques professionnels) et enfin des services sociaux des Carsat (approche individuelle et globale de l'assuré) » selon les termes de l'audit de 2012.

[30] **Dans ce contexte, des cellules PDP réunissant l'ensemble des acteurs sont d'abord expérimentées en Bretagne et Normandie puis généralisées dans le réseau de l'assurance maladie à partir de 2009.** Leur couverture territoire est alors différente selon les régions (une ou plusieurs cellules par ressort de CPAM ainsi qu'une cellule au niveau régional). Elles visent toutes à intervenir sur des situations complexes, avec des critères de priorisation qui évoluent au fil du temps.

[31] **En 2009, la CNAM indique que la cellule a vocation à prendre en charge un dossier « urgent (risque de rupture d'indemnisation, RPS, etc.) ou complexe (nécessitant l'intervention de plusieurs services ou organismes) ».** Cette définition laisse une large marge d'appréciation aux acteurs. Dans une lettre réseau de 2014, la CNAM applique une méthode différente : elle liste différents facteurs de risques et précise que la situation est dite complexe si l'assuré présenté deux ou trois facteurs de risques. Parmi les risques identifiés par la CNAM, on peut citer : certaines pathologies particulières, une dégradée relation entre salarié et employeur, des arrêts longs ou itératifs, etc⁴.

Critères de signalement et d'orientation vers un parcours de PDP selon la lettre réseau CNAM de 2014.

La détection d'une « problématique de PDP » par le service social repose sur trois types de critères précisés dans l'instruction, relatifs à l'emploi, à la santé et à la situation administrative (ex : temps partiel thérapeutique, invalidité).

La même lettre réseau précise les critères de détection pour le service médical : pathologies à risque, métiers et secteurs d'activité à risque⁵, facteurs « psychosociaux et environnementaux » (par exemple inquiétudes exprimées par l'assuré, faible qualification).

[32] **Ce modèle d'organisation de la PDP qui s'est développé dans les années 2010, modèle dit « nominal » selon l'appellation usitée dans la branche maladie, ne repose pas uniquement sur les cellules PDP, qui ne voient passer qu'une part très minoritaire des situations détectées comme à risque de désinsertion :**

- Ainsi, le bilan national établi par la CNAM en 2016 fait ainsi état de 12 066 situations examinées en cellule locale de PDP au cours de 747 réunions soit environ 16 situations individuelles par réunion.
- Il ne s'agit que d'une proportion faible des situations détectées et accompagnées par le réseau. A titre d'exemple, 173 000 situations individuelles de PDP ont été accompagnées par le service social en 2023.

⁴ Voir le rapport IGAS PDP 2017

⁵ Secteurs et/ou métiers identifiés dans la lettre réseau de 2014 : BTP, manutention, aide à la personne, téléopérateurs, hôtesses de caisse, travail à la chaîne, routiers, VRP, restauration et métiers de bouche.

- Sur le plan quantitatif, les actions de PDP se déroulent donc essentiellement en dehors des cellules, sur la base de signalements et de détections de situations à risques qui ont vocation à être accompagnées par le service social de la CARSAT.
 - Ainsi, une requête « IJ 90 » réalisée par la CPAM est transmise au service social qui fait alors une offre de service par courrier aux assurés en arrêt depuis plus de 90 jours.
 - Le service médical contribue aussi à la détection des profils à risque, soit dans le cadre de son activité de contrôle des arrêts de travail, soit sur la base de deux requêtes « IJ 45 » et « IJ 100 » qui viennent également alimenter le service social. Il s'agit en pratique de la source essentielle des signalements dont bénéficie le service social.
 - D'autres sources de signalement sont possibles, de la part des partenaires externes par exemple.

1.1.3 Une articulation plus forte et plus ancienne des acteurs au sein du régime agricole du fait de son organisation en guichet unique

[33] **Le service social, le service médical et le service de santé au travail sont intégrés dans le régime agricole ce qui favorise une collaboration plus intégrée qui vise à fournir un guichet unique à l'assuré identifié en risque de PDP.** Ainsi, les cellules pluridisciplinaires créées dès 2008 traitent les situations complexes et établissent un plan d'action. De plus, les trois services concernés disposent d'un outil informatique commun qui permet de retracer leur activité et qui, aujourd'hui encore, fait défaut au régime général.

[34] **Cette intégration des acteurs et des outils ne signifie pas l'absence de difficultés** (interconnexion entre l'outil commun et les logiciels métier de chaque acteur, modalités différentes de saisie selon les caisses dans l'outil...). La spécificité de l'organisation du régime agricole conduit également à une différence de profil des personnes accompagnées, qui ne sont pas toutes en arrêt de travail à la différence du régime général.

1.2 L'assurance maladie a expérimenté à partir de 2020 un fonctionnement en plateformes destinées à renforcer l'anticipation et la coordination de l'ensemble des acteurs de la PDP

[35] A partir du constat d'une articulation insuffisante entre services du réseau mais aussi plus globalement entre tous les acteurs de la PDP, notamment les SPST, la CNAM a mis en place des plateformes fondées sur le repérage précoce et des échanges renforcés entre partenaires.

1.2.1 Des éléments de bilan au cours des années 2010 ont mis en avant les marges de progrès sur l'organisation de la PDP

[36] **L'audit conduit par la CNAM sur l'organisation de la PDP en 2012 identifiait des lacunes dans la stratégie de PDP, dont certaines restent encore valables aujourd'hui, qu'il s'agisse du partage de données, de l'évaluation des résultats du programme ou du lien à construire avec la médecine de ville.** Les recommandations de ce rapport d'audit visaient notamment à :

- Encourager le systématisme et la rationalité dans l'action du service médical : en particulier, formaliser les procédures de détection et d'orientation des situations vers le service social ;
- Développer des référentiels sur les critères d'orientation des assurés vers les différentes mesures de remobilisation ;
- Rationaliser le modèle des cellules PDP en distinguant la gestion des situations complexes et la gestion institutionnelle du projet (partenariats) ;
- Accélérer le déploiement d'un applicatif de partage des données ;
- Valoriser les données de prise en charge individuelle de PDP des services sociaux pour le développement des actions collectives de prévention primaire en entreprise conduites par les DRP ;
- Renforcer la mobilisation des médecins traitants : inclure dans leur rémunération à la performance un critère relatif à la PDP ;
- Mener une évaluation qualitative de la PDP : par exemple, comparer deux cohortes d'assurés bénéficiaires ou pas d'une action de maintien en emploi.

[37] **Dans ses développements concernant l'assurance maladie, le rapport Igas sur la PDP (2017) souligne également les progrès réalisés au cours des années 2010 et les limites des actions réalisées dans le cadre du « modèle nominal » de l'assurance maladie.** Selon ce rapport, les nombreuses initiatives lancées dans le réseau au début des années 2010 (brochures, formations des professionnels des Carsat sur la PDP, événements, visites de délégués assurances maladies aux médecins traitants...) ne « semblent pas avoir été poursuivies » au-delà du dynamisme initial.

La contribution de l'assurance maladie à la PDP : principaux constats du rapport IGAS de 2017 sur la PDP

Le rapport Igas souligne la complexité inhérente à la contribution de deux branches, maladie et AT-MP, aux actions de PDP : « si la direction des risques professionnels collabore avec la direction déléguée aux opérations et participe aux réflexions des groupes de travail intra et interinstitutionnels, le pilotage est assuré par la [direction déléguée aux opérations] et les actions locales sont portées par les services sociaux, rattachés à la [direction déléguée aux opérations], qui est donc de facto l'acteur chef de file de la PDP ».

La mission fait état d'une augmentation des signalements réalisés sur les arrêts de travail au cours des années 2010 malgré l'absence de données consolidées. Les signalements donnent principalement lieu à accompagnement individuel, avec cependant un taux de déperdition beaucoup plus élevé pour les personnes identifiées par la requête IJ 90 de la CPAM par rapport aux situations signalées par le service médical. Cela conduit le rapport à proposer un mécanisme de relance de l'assuré en cas de non réponse au courrier le sollicitant.

Le manque d'indicateurs de résultats est mis en lumière par le rapport. A partir de 2011 ont été mises en place des mesures de l'impact des actions de PDP. Sur la période, environ 30 % des assurés accompagnés sont maintenus en emploi à la fin de l'action. Sur cette période, la branche a lancé également des enquêtes de satisfaction et des enquêtes sur la situation six mois après. En revanche, une évaluation des dispositifs de PDP pour s'assurer de leur efficience économique avait été inscrite dans la COG ATMP mais non réalisée.

Le rapport retrace enfin une association plus large des acteurs externes par l'assurance maladie au cours des années 2010 (Cap emploi notamment, SST). Un point noir souligné de longue date est l'absence de SI partagé, avec plusieurs initiatives qui n'ont pas abouti au sein du réseau.

[38] Dès lors, l'Igas insiste dès 2017 sur la nécessité de produire des indicateurs pour suivre l'activité de PDP des services, qu'il s'agisse de leur capacité à détecter les situations de manière précoce ou du résultat final de leur action (situation de l'assuré après l'accompagnement). En particulier, selon le rapport, une « faiblesse évidente » du programme consiste à fixer au réseau de l'assurance maladie un objectif de détection précoce du risque de désinsertion alors même que le suivi de la précocité des signalements n'est pas consolidé au niveau national par la CNAM.

[39] Des données partielles et territoriales citées par l'Igas laissent entrevoir les marges de progrès importantes dans le domaine de l'anticipation du risque et de l'intervention précoce auprès de l'assuré : par exemple, en Aquitaine, le délai médian entre début de l'arrêt et signalement au service social est de 208 jours soit plus de six mois. En Normandie, on mesure un délai d'environ 12,5 mois entre le début de l'arrêt et le début d'une action de remobilisation.

1.2.2 Une volonté de la CNAM de revoir le modèle de PDP au tournant des années 2020 afin d'intervenir de manière plus précoce et de coordonner l'ensemble des partenaires externes autour de l'assurance maladie

[40] Dans sa COG 2018-2022, la branche maladie 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 ». La COG prévoit de renforcer le repérage et l'intervention précoce des cellules de PDP de l'assurance maladie et d'améliorer l'articulation de l'action des CPAM avec les services de santé au travail et les structures de soins. En outre, 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 »⁶. Un indicateur est associé à cette priorité : le « nombre d'assurés accompagnés au titre de la prévention de la désinsertion professionnelle » (avec une cible d'augmentation de 2,5 % par an).

[41] Cet engagement de la branche maladie s'inscrit dans une volonté plus globale du gouvernement de renforcer l'articulation de l'ensemble des acteurs de la PDP. Ainsi, dans le PLFSS pour 2020, un amendement finalement censuré par le conseil constitutionnel en tant que cavalier prévoyait la création de « plateformes départementales pluridisciplinaires placées auprès des CPAM » pour « 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 ».

⁶ Il ne s'agit pas d'une priorité nouvelle s'agissant d'un axe qui structure historiquement l'action du service social. Ainsi, la prévention de la désinsertion figure parmi les axes de travail du service social dans la COG de 2011, de même que la « prévention de la précarisation médico-sociale pour tous les assurés percevant des IJ de plus de 90 jours »

[42] Cet amendement illustre ainsi une volonté gouvernementale, en 2019, de faire de l'assurance maladie l'acteur pivot de la PDP, moins de deux ans avant la loi de 2021 instituant les cellules de PDP au sein des SPSTI.

[43] En l'absence de disposition législative après la censure de l'amendement, un nouveau modèle de « plateformes PDP » est alors mis à l'essai par la CNAM, à cadre juridique constant, dans 14 départements à partir de 2020. Par rapport aux cellules PDP qui ciblaient leur action sur des flux limités (environ 10 000 par an), l'objectif est d'industrialiser le process de traitement du risque de PDP et donc de traiter un flux de situations plus important tout en mettant l'accent sur les systèmes d'information afin de détecter les situations à risque de manière plus précoce. En outre, il s'agit pour l'assurance maladie de répondre à un besoin de coordination avec les acteurs externes, notamment les SPST.

[44] Les plateformes départementales expérimentées dans certains territoires par l'assurance maladie ne sont donc pas des plateformes physiques mais plutôt une articulation renforcée entre les services fondée sur des échanges d'information autour de l'assuré. Leur action repose notamment sur le positionnement central des conseillers service assurance maladie (CSAM) placés auprès du médecin conseil :

- Le process repose d'abord sur une nouvelle requête SI du service médical pour identifier les assurés susceptibles d'être accompagnés par les plateformes. Par rapport aux requêtes préexistantes, celle-ci cible davantage les assurés ayant le plus gros risque de désinsertion en se fondant non seulement sur la durée de l'arrêt de travail mais aussi sur des critères plus fins (nature de la pathologie notamment).
- Cette identification conduit le CSAM du service médical à prendre contact avec la personne pour lui proposer un « parcours PDP », qui pourra impliquer la CPAM (vérification des droits) et le service social en cas de besoin d'un accompagnement global.
- L'objectif de la plateforme est enfin d'intégrer les compétences de l'assurance maladie et du SPST. Un contact avec le SPST de l'entreprise est organisé afin de programmer un entretien avec l'assuré. Le CSAM insiste notamment auprès du salarié sur l'intérêt de la visite de pré-reprise.

2 La loi de 2021 a conduit l'assurance maladie à revoir son offre de service de PDP qui reste hétérogène selon les territoires

[45] L'expérimentation dans certains territoires du modèle de plateforme PDP visait à mieux coordonner les acteurs autour des services de l'assurance maladie : elle ne pouvait donc pas être poursuivie dans le contexte de la loi de 2021 qui est venue positionner plus fortement les SPST sur la PDP en prévoyant notamment la création de cellules de PDP au sein de ces services. 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 nominal mis en place dans le réseau en 2009 et le modèle des plateformes expérimenté à partir de 2020⁷.

2.1 L'impact de la loi de 2021 sur l'assurance maladie : un « modèle de convergence » qui prend acte de la mise en place des cellules PDP en SPSTI

2.1.1 Une instruction partagée avec la DGT suivie de plusieurs directives de la CNAM à son réseau pour tirer les conséquences de la loi de 2021

[46] L'instruction CNAM / DGT du 26 avril 2022, en application de la loi de 2021, positionne désormais clairement la cellule PDP dans le SPST et identifie l'assurance maladie comme le « partenaire privilégié de la cellule PDP »⁸. Conformément à la loi, la cellule PDP n'est donc plus positionnée du côté de l'assurance maladie, ce qui n'a pas empêché certaines Carsat de maintenir ces cellules quand elles donnaient satisfaction (cf. infra).

2.1.1.1 Une clarification des rôles de chaque partenaire mais pas de bouleversement dans la répartition des compétences ni de mise en place d'un chef de file

[47] Pour les salariés détectés en cours d'arrêt de travail, qui sont ceux pour lesquels l'assurance maladie est susceptible d'intervenir, deux situations sont décrites dans l'instruction de 2022 :

- les cellules de PDP des SPST prennent en charge la coordination du parcours pour les salariés détectés par le SPSTI ou signalés par l'assurance maladie ; la cellule peut alors solliciter le service social de l'assurance maladie ;
- pour les parcours coordonnés par l'assurance maladie, le SPSTI contribue par exemple par l'organisation d'une visite de pré-reprise ou l'activation d'autres dispositifs qui relèvent du service.

[48] L'instruction indique donc essentiellement que l'assurance maladie doit contribuer à l'accompagnement des parcours coordonnés par le SPSTI, et réciproquement, sans préciser les critères conduisant un acteur plutôt que l'autre à prendre en charge cette coordination. L'instruction liste également les dispositifs « à disposition de la cellule PDP [du SPST] » en y intégrant des dispositifs dont la validation relève in fine de l'assurance maladie (essais encadrés, CRP) ou d'autres acteurs comme les cap emploi. La compétence juridique du SPST sur ces dispositifs n'est donc pas élargie et l'instruction DGT / CNAM n'identifie pas de chef de file.

[49] En interne au réseau de l'assurance maladie, la lettre réseau du 16 juin 2023 puis la circulaire de 2024 présentent le « modèle de convergence » issu de la loi de 2021. Ces deux documents

⁷ Le terme de modèle de convergence est parfois mal compris par les partenaires externes de l'assurance maladie, faute d'être au fait des différents modèles préexistants qui doivent « converger » dans ce modèle.

⁸ DGT / CNAM, « Modalités de mise en œuvre des cellules de PDP constituées au sein des SPSTI », 26 avril 2022.

indiquent que l'action de l'assurance maladie s'inscrit dans le champ de la prévention tertiaire, à la différence de celle des SPST qui couvre les trois volets de la prévention.

[50] Ces documents adressés au réseau précisent le rôle respectif de chaque acteur interne de la branche maladie en les structurant selon deux axes stratégiques :

- Au titre de l'accompagnement du salarié en risque de désinsertion :
 - CPAM : versement des IJ, détection des situations, validation de certaines mesures de remobilisation ;
 - Service médical : détection, validation de certaines mesures nécessitant un avis médical
 - Service social : coordination du parcours, « rôle pivot dans le développement des partenariats » externes.
- Au titre de la gestion du risque :
 - l'examen systématique des situations des assurés pouvant potentiellement bénéficier d'un essai encadré, d'une convention de rééducation professionnelle en entreprise, ou d'autres mesures de remobilisation, comme avant la loi de 2021 ;
 - La sensibilisation des acteurs de la santé et de la compensation sur la PDP ;
 - Enfin, « à moyen terme », la transmission des situations d'assurés en arrêt de travail, présentant un risque de désinsertion professionnelle, sous réserve de leur accord, via le service médical, à leur SPST de rattachement (en application de la loi de 2021) ;
- La circulaire de 2024 rappelle que l'assurance maladie « n'est pas un acteur de l'insertion » et n'a donc pas vocation à accompagner des salariés qui ne seraient pas en arrêt de travail ni des publics sans activité professionnelle.

[51] Au final, ni la lettre réseau de 2023 ni la circulaire de 2024 ne bouleversent l'organisation de la PDP de la branche maladie. Elles prennent acte du positionnement des cellules de PDP dans les SPSTI, mais ne prévoient pas pour autant explicitement la fin des cellules de PDP de l'assurance maladie. Du reste, certaines cellules ont été maintenues sur le terrain au vu des déplacements de la mission. Les instructions au réseau n'imposent pas non plus un modèle d'organisation unique aux services contrairement à ce que l'appellation de « modèle de convergence » pourrait laisser penser. Selon la CNAM, une latitude doit être laissée pour s'adapter aux réalités territoriales et tenir compte également de la diversité d'organisation de leurs partenaires, en particulier les SPSTI.

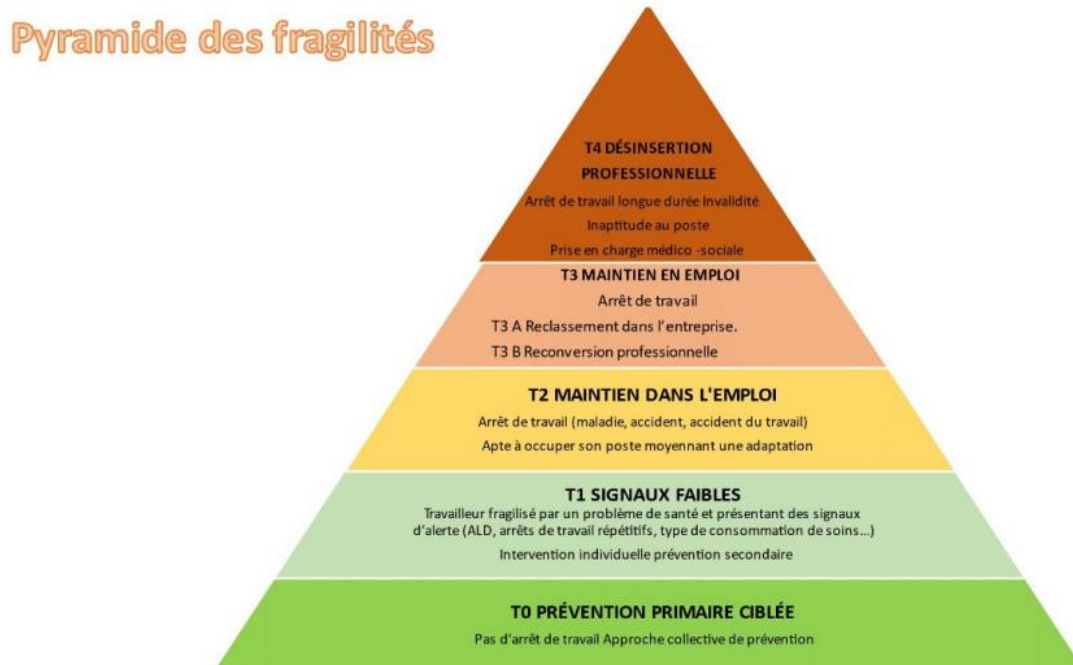
2.1.1.2 La mise en place d'une « pyramide de fragilités » destinée à classer les situations individuelles et à éclairer la répartition des rôles entre acteurs

[52] La circulaire CNAM de 2024 présente la « pyramide des fragilités », nomenclature qui vise à « cibler les assurés en risque de désinsertion professionnelle selon leur niveau de risque et de gravité »⁹. La circulaire tente de faire correspondre les niveaux de gravité de cette pyramide à une intervention privilégiée soit du service social, soit du SPST, soit de la branche des risques

⁹ Voir l'annexe sur l'IRDP pour une présentation détaillée des nomenclatures CNAM et MSA.

professionnels. En principe, l'intervention du SPST est plutôt privilégiée jusqu'au niveau T3a. Mais l'assurance maladie est également identifiée comme intervenant à partir du niveau T2. La pyramide illustre donc les recouvrements potentiels entre les interventions de ces deux acteurs.

Schéma 1 : La pyramide des fragilités construite par la CNAM



La grille de l'assurance maladie/ régime général sur les cinq niveaux de gravité et de complexité des salariés à risque de désinsertion

Prévention primaire et secondaire, pour lesquelles la branche des risques professionnels peut être amenée à intervenir, en lien avec les SPST et les employeurs :

T0 : Prévention primaire ciblée : risque en lien avec le secteur d'activité croisé avec d'autres critères de profil sociodémographique. La réponse apportée est de type collectif.

T1 : Premiers signaux (individuels) d'alerte : La capacité à exercer un emploi n'est pas menacée à court terme mais certains signes laissent à penser que la situation et l'employabilité de l'assuré peuvent se dégrader.

Prévention tertiaire, sur laquelle intervient l'Assurance Maladie, au titre de la branche maladie pour les assurés actifs, en lien avec ses partenaires :

T2 : Maintien dans l'emploi (sur le poste d'origine) : Moyennant une adaptation du poste et, le cas échéant une formation, un retour à l'emploi sur le poste, est possible.

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.

2.1.2 Une mobilisation importante de la branche pour mettre en œuvre le modèle de convergence avec un déploiement jugé satisfaisant par le bilan établi par l'assurance maladie

[53] **Deux ans après la lettre réseau de 2023, le bilan établi par l'assurance maladie début 2025 porte moins sur des indicateurs de résultat que sur le suivi du déploiement du nouveau modèle.** Ce bilan décrit un déploiement du modèle considéré comme effectif dans l'ensemble des régions, seules « quelques difficultés ponctuelles » demeurant :

- Dans la grande majorité des territoires, le bilan interne établi par la CNAM fait état de la mise en place d'un COSTRAT PDP au niveau régional et d'instances de concertation assurance maladie (ICAM) départementales, ouvertes aux principaux partenaires de la PDP.
- Le service social est positionné clairement en coordonnateur des actions de PDP de l'assurance maladie.
- La « pyramide des fragilités » est connue dans le réseau ;
- La nomination de référents PDP et la clarification des circuits internes aux caisses sont mis en avant également. Il y a désormais un référent PDP dans chaque CPAM, dans la Carsat et dans le service médical.

[54] **Dans certaines régions, la nouvelle structuration de la PDP donne lieu à une dynamique régionale impulsée par la Dreets et l'assurance maladie.** Cela passe notamment par une instance stratégique fixant les priorités de collaboration sur la PDP et par une intégration des priorités communes dans les CPOM.

La structuration d'une offre régionale de PDP : « parcours et synergie » en région Grand Est

L'objectif affiché par la Dreets est de structurer une offre régionale de PDP « sous forme de parcours coordonné, lisible et accessible ». Un groupe de travail du PRST 4 a mis en place une nouvelle instance de coordination régionale « Parcours & Synergie » ouverte à l'ensemble des acteurs de la prévention de la désinsertion professionnelle et du maintien dans l'emploi.

Sur le plan stratégique, il s'agit de décliner les objectifs du PRST, du plan régional pour l'insertion des travailleurs handicapés (PRITH) des COG des branches Maladie et AT-MP, et des conventions multipartites relatives à la santé au travail et à l'emploi des travailleurs handicapés.

Sur le plan opérationnel, l'action en cours de déploiement prévoit des formations, des actions de communication, l'organisation de séminaires, l'élaboration d'un projet de « modélisation » du parcours de PDP.

[55] Parmi les fragilités relevées dans le bilan interne de la CNAM, il est noté une baisse des signalements reçus par le service social sur certains territoires, nécessitant d'identifier les situations plus en amont et de construire « une requête de qualité pour le service social lui permettant de faire de l'aller-vers ». Enfin, le calendrier de mise en œuvre de l'article 19 de la loi

de 2021, qui prévoit la transmission des arrêts de travail aux SPST sous certaines conditions, reste une incertitude¹⁰.

2.2 Des difficultés de lisibilité de l'offre et de coordination entre assurance maladie et SPST qui demeurent malgré les progrès dans certains territoires

[56] Les constats qui suivent, qu'ils portent sur des bonnes pratiques ou des points de fragilité, sont fondés principalement sur les déplacements dans quatre régions et ne résument donc pas l'ensemble de l'action de la branche maladie en matière de PDP. Pour autant, l'exploitation du questionnaire national de la mission et des documents transmis par la CNAM aboutissent à des enseignements cohérents avec les constats de terrain de la mission.

[57] **Ces constats convergent sur le fait que, suite à la loi de 2021, les deux réseaux ont travaillé en priorité sur leur coordination interne** : intégration de la cellule PDP au sein du SPST d'un côté, meilleure articulation des différents services de l'assurance maladie de l'autre côté. Des progrès restent donc à faire sur leur coordination réciproque.

2.2.1 Les dispositions de la loi de 2021 sur la PDP ont parfois été mal perçues dans le réseau de l'assurance maladie et la communication entre acteurs reste perfectible

[58] **Au vu des déplacements de la mission, le regard des professionnels de l'assurance maladie sur l'impact de la loi de 2021 est contrasté.** D'un côté, ils soulignent que la loi puis les directives qui l'ont suivie ont consacré le rôle privilégié de l'assurance maladie comme partenaire privilégié des SPST. Ils apprécient aussi le positionnement de leur action sur la prévention tertiaire, plus explicite qu'auparavant, susceptible de clarifier le moment de l'intervention de la branche par rapport à ses partenaires. Cependant, plusieurs interlocuteurs soulignent que la loi a pu être interprétée comme cassant une dynamique du côté de l'assurance maladie. 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 une forme de retrait de l'assurance maladie par rapport aux partenariats qui existaient auparavant.

[59] **Le diagnostic sur l'impact de la loi diffère cependant en fonction des services de l'assurance maladie.** S'agissant du service médical, le constat d'un retrait des médecins conseils de la PDP depuis quelques années revient de manière récurrente dans les entretiens de la mission dans les SPST, interentreprises ou autonomes. Ce constat est mis en avant notamment par les médecins du travail ayant une ancienneté importante, qui regrettent la disponibilité plus grande des médecins conseils par le passé. En particulier, ils soulignent les difficultés que suscite l'interruption d'une indemnité journalière sur décision du médecin conseil sans informer ni consulter le SPST. Dans ces situations, il est difficile de joindre directement le médecin conseil.

[60] **Cette évolution dans la relation aux médecins conseils est liée pour partie au repositionnement des CSAM du service médical compte tenu du niveau des ressources médicales**

¹⁰ Voir l'annexe 3 sur les systèmes d'information.

(baisse du nombre de médecins conseils). La stratégie poursuivie par la CNAM 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. Du reste, la « pyramide des fragilités » a notamment pour objet d'aider les CSAM dans leur travail d'orientation vers le service social ou vers le SPST.

[61] Les difficultés de communication soulevées par les acteurs de terrain tiennent également au manque d'outils adaptés pour échanger des informations, en particulier des données médicales¹¹ :

- ainsi, plusieurs SPST regrettent que l'assurance maladie ait mis en place un outil d'échange spécifique, hors MSsanté. Un SPST a transmis à la mission des exemples récents illustrant les dysfonctionnements de l'outil d'échange en question.
- Réciproquement, le service médical ou la Carsat peut également avoir du mal à contacter le médecin du travail, faute parfois de connaître le SPSTI de rattachement de la personne. Cependant, l'évolution prévue en DSN d'ici 2027 devrait permettre d'identifier systématiquement le SPSTI concerné.

[62] Enfin, il reste des enjeux de connaissance mutuelle y compris entre services de l'assurance maladie, par exemple entre CPAM et Carsat. Des annuaires internes de référents PDP ont ainsi 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.

2.2.2 Le maintien par l'assurance maladie d'instances départementales de coordination autour des situations individuelles pose des questions d'articulation avec les cellules PDP des SPSTI

[63] Les instances départementales (instances de concertation assurance maladie ICAM) comportent parfois deux volets : systématiquement l'échange avec les partenaires sur les projets institutionnels d'une part, et dans certains cas l'examen des situations individuelles d'autre part. Quand il existe, ce deuxième volet sur les situations individuelles conduit donc à prolonger dans les ICAM les missions des anciennes cellules de PDP de l'assurance maladie, qui n'ont plus cette appellation depuis la loi de 2021.

[64] Dans les territoires concernés, les services indiquent que les situations examinées dans ces instances de l'assurance maladie présentent un degré de complexité plus élevé qu'auparavant. Ce repositionnement limiterait le risque de doublon dans l'action entre ces instances et les cellules PDP mises en place par les SPSTI. Les interlocuteurs de la mission 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.

[65] Le fait pour l'assurance maladie de disposer d'instances de traitement de situations individuelles peut s'avérer tout à fait 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,

¹¹ Voir l'annexe sur les systèmes d'information.

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 ?

[66] **Inversement, dans certains territoires, la Carsat a acté le transfert de sa cellule de coordination vers le SPSTI** : celui-ci est désormais chargé d'organiser les instances partenariales dans sa cellule PDP, ouverte à l'assurance maladie pour les situations la concernant, mais c'est loin d'être le cas partout.

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

[67] **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.

[68] **Au-delà du cadre que représentera le CPOM de troisième génération quand il sera généralisé, plusieurs outils opérationnels et bonnes pratiques peuvent être mis en avant :**

- **La loi de 2021 a conduit dans certains territoires à protocoliser les relations entre SPST et service social de l'assurance maladie.** Ainsi, un tel protocole de collaboration a été signé avec la quasi-totalité des SPSTI en Occitanie. Il structure à la fois les orientations réciproques de situations individuelles, des actions collectives co-animées (information des assurés...), des actions de connaissance mutuelle (formations communes des agents).

Exemple de protocole de collaboration entre un SPSTI et un service social de Carsat (en Occitanie)

Le protocole a pour objet de définir la collaboration entre le SPST et le service social pour les assurés relevant d'une entreprise adhérente au SPSTI, en arrêt de travail et se trouvant en risque d'incapacité (s'agissant des salariés) ou de perte d'activité (travailleurs indépendants). Il tient compte des dispositions de la loi de 2021, en particulier de la mise en place d'une cellule PDP dans chaque SPSTI.

Les champs de collaboration des deux services portent sur :

- le suivi et l'orientation de situations individuelles :

- orientation de la Carsat vers le SPST de salariés pour une visite de pré-reprise, de salariés en invalidité ou en temps partiel thérapeutique présentant des problématiques de maintien en emploi.

- Orientation du SPST vers la Carsat d'assurés reçus en visite de préreprise, en risque d'incapacité et qui ne seraient pas connus du service social.

- Une fiche de liaison est mise en place pour faciliter les échanges.

- la connaissance réciproque des deux services : rencontres régulières, formations communes

- des actions collectives communes.

Le protocole prévoit une collaboration entre la cellule PDP du SPST et la « cellule locale PDP » de l'assurance maladie. En particulier, 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.

Le protocole prévoit enfin des indicateurs de suivi : nombre d'actions communes réalisées, nombre de situations signalées et traitées par chacune des deux cellules PDP.

- Des **permanences** du service social de la Carsat sont régulièrement organisées dans les locaux de certains SPSTI ;
- **Des fiches de liaison harmonisées entre SPST et assurance maladie** : faute d'espace partagé, les échanges passent encore par des fiches de liaison qui suivent des modèles différents selon les territoires ; dans certaines régions comme les Hauts de France, les fiches en question ont cependant été harmonisées suite à un travail collectif ;

Des fiches de signalement harmonisées entre SPST et Carsat (exemple des Hauts de France)

La fiche comporte :

- La situation administrative (arrêt de travail, invalidité, BOETH...)
- des informations sur le poste, l'ancienneté
- le contexte de la saisine puis la réponse à la saisine
- le consentement écrit de la personne à cet échange d'informations ainsi qu'aux démarches et contacts nécessaires à son accompagnement

- Des **formes de « fast track » entre médecine du travail et service médical 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, un SPST a fait état d'une bonne pratique consistant à faire valider directement par le médecin conseil un bilan de compétence pendant l'arrêt de travail, sans passer par une instruction préalable par le service social.

[69] **Ce dernier exemple de bonne pratique nécessite une antériorité dans la relation créant de la confiance, ce qui n'est pas encore le cas dans tous les territoires.**

[70] **Enfin, la mission relève une expérimentation lancée dans certains territoires sous l'égide de la DSS concernant les décisions prises par l'assurance maladie en matière d'invalidité.** Le constat de départ portait sur les faiblesses dans l'évaluation médicale conduisant à l'invalidité, en particulier concernant l'évaluation du niveau d'incapacité de l'assuré, de sa capacité de travail restante et de ses possibilités de réinsertion professionnelle. Dès lors, dans trois régions ont été expérimentées en 2023 des instances collégiales, impliquant notamment des représentants de SPST et des Cap emploi, pour appuyer le médecin conseil dans sa décision concernant des cas complexes préalablement identifiés. Le bilan établi par la CNAM est mitigé, conduisant à ne pas généraliser cette expérimentation : en particulier, le dispositif est jugé chronophage et intervenant trop tard dans le processus menant à l'invalidité. L'expérimentation confirme cependant l'intérêt d'une collaboration approfondie entre services sur les cas individuels, y compris avec des partenaires plus éloignés (France travail).

[71] **Au final, si ces bonnes pratiques 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 pose parfois 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 acteurs. Sans aller jusqu'à une règle mécanique 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. Or, 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.

2.2.4 Le manque d'indicateurs fiables et partagés rend difficile l'évaluation des résultats de l'action de PDP de l'assurance maladie comme de ses partenaires

2.2.4.1 Les indicateurs concernant l'action du service social

[72] **Les principales données de suivi de l'action de l'assurance maladie sont issues du bilan annuel du service social et du bilan annuel conjoint CNAM / DGT prévu par la circulaire commune de 2022.** Le nombre d'accompagnements en PDP ne figure plus dans la COG de la CNAM mais il est toujours suivi par le service social dans son bilan annuel :

- En 2024, 156 000 personnes ont été accompagnées par le service social au titre de la PDP et 497 000 entretiens réalisés. Ces chiffres sont en baisse par rapport à 2023 (174 000 accompagnements et 550 000 entretiens)
- Le bilan donne la durée moyenne d'accompagnement (huit mois) et la répartition par âge (environ la moitié des personnes accompagnées ont entre 46 et 59 ans).
- Il distingue le nombre d'interventions du travailleur social (ex : constituer dossier RQTH) et le nombre de préconisations du travailleur social (ex : demander une VRP).
- Il fait état du nombre d'essais encadrés et de CRPE instruits.
- Enfin, il retrace la situation en fin d'accompagnement pour les assurés (maintien en emploi, retraite...).

Situation de fin de parcours et impact de l'intervention du service social sur la situation des assurés accompagnés selon les données du service social

Le bilan 2024 du service social comporte des données déclaratives des caisses sur la situation des personnes accompagnées en fin de parcours. L'analyse porte sur les assurés accompagnés en 2024 ayant bénéficié d'au moins 3 entretiens et dont l'accompagnement était terminé : soit 51 293 en 2024.

Parmi ces assurés :

- 22,2 % sont maintenus en emploi :
- 17,7 % avaient repris leur activité dans leur entreprise initiale ;

- 4,5 % avaient repris une activité hors de leur entreprise initiale.
- 27,9 % sont maintenus sur le marché de l'emploi (en tant que demandeurs d'emploi ou en formation professionnelle) ;
- 25,4 % ont interrompu leur accompagnement social (essentiellement en raison d'une aggravation de leur état de santé) ;
- 18 % sont en invalidité.

[73] **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, le niveau de complexité a été renseigné pour 54 785 dossiers, correspondant à l'ensemble des nouveaux accompagnements sociaux en 2024, ayant bénéficié d'au moins deux entretiens, dont un réalisé entre le 1er juillet et le 31 décembre 2024. Les niveaux T3 (A et B) et T4, qui correspondent aux situations les plus complexes, représentent 88 % des situations au national. Le niveau T3 rassemble les personnes maintenues en emploi après reclassement dans l'entreprise ou une autre entreprise. Le niveau T4 regroupe les personnes en « risque avéré de désinsertion professionnelle ».

[74] **Ces chiffres tendent à confirmer l'orientation prioritaire du service social sur les situations les plus complexes dans le cadre de la mission de prévention tertiaire de l'assurance maladie.** La CNAM insiste auprès de son réseau sur le bon remplissage de ces indicateurs permettant de suivre l'activité des services.

[75] **Ces éléments sur le niveau de complexité des profils suivis et sur la situation en fin de parcours gagneraient à être complétés par des éléments plus précis de suivi du parcours des assurés après la fin de leur accompagnement par le service social.** L'assurance maladie met en place un bilan de situation six mois après la fin de son accompagnement (opérationnel dans certaines régions). Surtout, les indicateurs concernant la complexité des situations, la situation à la fin du parcours de maintien en emploi ou six mois après gagneraient à être partagés au niveau territorial avec les partenaires externes, notamment les SPSTI.

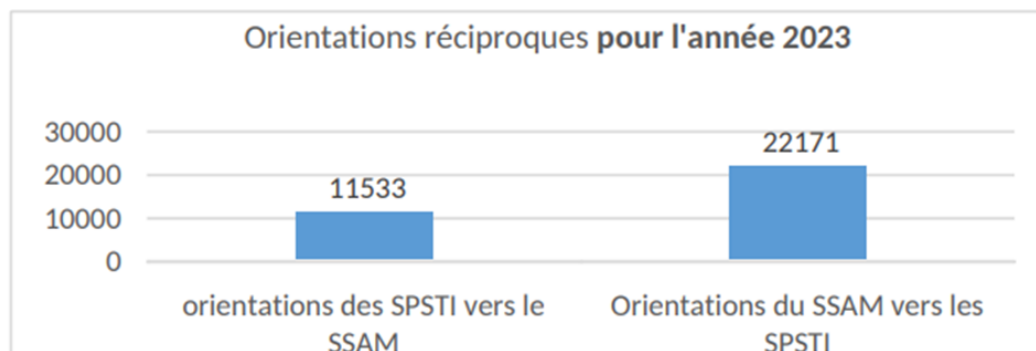
2.2.4.2 Les indicateurs concernant la collaboration avec les SPSTI

[76] **La circulaire CNAM de 2023 identifie des indicateurs spécifiques destinés à évaluer la progression de la collaboration entre l'assurance maladie et les SPSTI en suivant notamment les demandes et les signalements réciproques :**

- Nombre de situations orientées par les SPST au service social de l'Assurance Maladie depuis 12 mois (par type de fragilité)
- Nombre de demandes d'essais encadrés orientés par les SPST reçus par le service social de l'Assurance Maladie depuis 12 mois (recensement annuel)
- Nombre de demandes CRPE orientées par les SPST reçues par le service social de l'Assurance Maladie depuis 12 mois (recensement annuel)
- Nombre de situations orientées par le service social de l'Assurance Maladie vers le SPST depuis 12 mois (prise en charge, visite de pré-reprise, consultation)

[77] Ainsi, sans être à proprement parler un indicateur de résultat de l'action de PDP, le nombre de demandes et de signalements réciproques permet cependant d'évaluer le dynamisme de la collaboration entre les deux institutions. Aujourd'hui, le SI du service social permet de savoir quelles situations sont orientées vers le SPST et par le SPST de manière générique. Des évolutions sont prévues en 2025 pour permettre un suivi plus fin de la nature des signalements.

Graphique 1 : Orientations des SPSTI vers le service social et du service social vers les SPSTI en 2023



Source : DGT / CNAM

[78] Ici encore, la situation des signalements réciproques est hétérogène sur le territoire :

- Les données transmises dans certaines régions font état d'une forte hausse des signalements reçus par le service social de l'assurance maladie en provenance des SPSTI. 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. La majorité des situations traitées par le service social reste adressée par le service médical (60 %).
- Réciproquement, les pratiques de signalement de la part de l'assurance maladie vers le SPST diffèrent selon les territoires : certaines cellules de PDP des SPST sont destinataires de signalement mais dans d'autres services, tout signalement passe par un médecin du travail avant d'être orienté vers la cellule. Dans un SPST, les situations individuelles proviennent à 17 % de l'assurance maladie quand un autre service fait état du très faible nombre de signalements reçus.

[79] Faute d'entrepôt de données partagé entre les acteurs de la PDP, il n'est pas possible de s'assurer de la complétude et de la fiabilité des indicateurs suivis au niveau national. Il existe des indicateurs différents dans le système d'information de l'assurance maladie ; dans les CPOM signés avec les SPSTI ; dans l'enquête d'activité conduite depuis deux ans par la DGT.

2.3 La collaboration entre SPSTI et assurance maladie : trois enjeux majeurs en perspective

2.3.1 Les progrès à venir en matière de transmissions de données

2.3.1.1 La mise à disposition d'une nouvelle requête par les CPAM devrait permettre de mieux outiller les actions d'aller-vers du service social de la Carsat

[80] **La nouvelle requête dite du « service social » destinée à cibler davantage les profils que les CPAM transmettent au service social, mise à disposition en 2025, est présentée dans l'annexe sur les systèmes d'information.** Elle permettra de cibler davantage les assurés les plus fragilisés et donc d'outiller des actions d'aller-vers plus pertinentes de la part des Carsat qui, sur la base des données qui leur sont transmises par les CPAM, définissent leurs priorités et le nombre d'assurés à contacter.

2.3.1.2 Un entrepôt de données commun aux services de l'assurance maladie est en cours de mise en place et la question de son ouverture au moins partielle à des partenaires externes devra se poser

[81] **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.** Cela correspond à une attente de longue date exprimée par les différents réseaux. Présenté dans l'annexe SI, 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. Une première version de Demeter a été testée dans le cadre des expérimentations de plateformes PDP de l'assurance maladie (2021) et l'outil devrait désormais être généralisé à partir de mi 2025.

[82] **Une réflexion sur l'ouverture de ces outils à certains partenaires externes, en particulier les SPST, serait pertinente.** En effet, à ce jour, le parcours de PDP de la personne n'est pas outillé sur le plan des systèmes d'information (cf. annexe 3 sur les SI).

2.3.1.3 La perspective de transmission des arrêts de travail par l'assurance maladie aux SPST reste encore lointaine

[83] **Comme indiqué dans l'annexe SI, la transmission des arrêts de travail aux SPST est susceptible d'apporter beaucoup à l'ensemble des partenaires :**

- Elle fournira au SPST une information essentielle qui lui manque aujourd'hui, lui permettant d'améliorer sa détection des situations de désinsertion ;
- en retour, en vertu de la loi de 2021, le SPST devra donner à l'assurance maladie des éléments sur le suivi de la personne qui aura fait l'objet du signalement. Cela alimentera le

suivi de l'assuré et cela permettra également à l'assurance maladie de s'assurer de l'absence de doublon dans son accompagnement.

[84] **Malgré cet intérêt partagé, la mise en place des flux se heurte aujourd'hui à des difficultés techniques de sorte que son calendrier de mise en œuvre n'est pas sécurisé à ce jour¹².** Une phase transitoire est envisagée avant la phase cible à mettre en place pour 2027, mais le retard du chantier doit conduire à s'interroger sur la pertinence de poursuivre les travaux sur une phase transitoire qui ne sera que très provisoire.

2.3.2 Un lien à renforcer entre SPSTI et assurance maladie dans les actions auprès des entreprises pour éviter une trop grande dispersion

[85] **Plusieurs SPSTI soulignent auprès de la mission que la loi de 2021 les a conduits à agir davantage auprès des employeurs sur la PDP.** En effet, la prévention de la désinsertion professionnelle comporte une dimension individuelle d'accompagnement du salarié mais également une dimension collective reposant sur la responsabilisation de l'employeur. Il s'agit d'un champ sur lequel la collaboration entre l'assurance maladie et les SPSTI peut être renforcée.

2.3.2.1 Une offre de services à intégrer davantage entre SPSTI et assurance maladie

[86] **Le diagnostic de départ est partagé par les services de l'assurance maladie et les SPSTI : 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 PDP et surtout de leur aggravation à venir avec le vieillissement de la population au travail.** Concrètement, cela se traduit par une méconnaissance du rôle respectif de chaque acteur de la PDP mais aussi de l'objet des nombreux dispositifs mobilisables : par exemple, 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.

[87] **Plusieurs leviers d'ambition inégale peuvent être actionnés dans cette collaboration :**

- **A minima, lors des contacts avec l'entreprise, informer l'employeur sur le rôle des différents intervenants dans le champ de la PDP et sur ce que chacun peut apporter à l'entreprise.** Par exemple, les outils construits par l'assurance maladie sur les TMS (« TMS Pro ») mettent l'accent sur l'importance de l'implication du médecin du travail.

¹² Voir annexe 3 sur les systèmes d'information.

Le programme TMS Pro

TMS pro est un programme auprès d'entreprises identifiées qui se traduit par un accompagnement par la Carsat et par des aides financières à l'employeur. Le document de référence construit par la CNAM à destination de l'employeur comporte, dans la rubrique « informez vos salariés et votre service de santé au travail », la préconisation suivante : « nous vous recommandons fortement d'associer votre médecin du travail à votre démarche de prévention des TMS et du mal de dos. Sa vision médicale et les personnes qu'il peut mobiliser au sein du service de santé au travail (ergonome, psychologue, hygiéniste du travail..) peuvent vous apporter une aide précieuse dans votre démarche. »¹³

- **S'informer mutuellement (SPSTI/assurance maladie) sur les contacts réalisés auprès des entreprises.** Certains CPOM analysés par la mission prévoient cet échange d'information. Ainsi, un CPOM prévoit que les signataires se transmettent « par messagerie sécurisée une liste d'entreprises précisant le type d'actions menées au sein de ces entreprises », dans le respect des règles du RGPD. Cette information mutuelle n'est cependant pas systématique. Ainsi, les services de l'assurance maladie conduisent 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.
- **Engager des actions communes, en particulier à destination des PME.** Les protocoles de collaboration dont la mission a eu connaissance portent essentiellement sur les actions à destination des salariés (orientation individuelle, informations collectives) et beaucoup moins sur des actions à destination des entreprises.

[88] **Cette collaboration entre SPSTI et assurance maladie est d'autant plus essentielle que la mise en place du fonds de prévention de l'usure professionnelle (FIPU) ouvre de nouveaux dispositifs d'aide aux entreprises en matière de prévention des risques, sous l'égide de la CARSAT.** Des actions de sensibilisation aux risques sont finançables mais aussi des aménagements de poste dans le cadre de la PDP. Ces mesures sont financées sur facture, à hauteur de 70 %, à condition que la demande soit accompagnée d'une attestation du médecin du travail et de l'entreprise justifiant l'aménagement de poste. Les déplacements de la mission montrent que ces dispositifs sont encore trop peu connus et que la complexité des règles de mobilisation peut s'avérer dissuasive.

2.3.2.2 Une action envers les entreprises qui pourrait aussi s'appuyer davantage sur la collaboration entre les SPST et la branche Risques professionnels

[89] Même si les ATMP ne représentent qu'une part minoritaire des situations de désinsertion ou d'inaptitude, un accident ou une maladie professionnels entraînent un risque qui doit être traité en anticipation. Ainsi, un carreleur avec une maladie professionnelle pourrait être concerné dans quelques années par une problématique de désinsertion, ce qui invite à exploiter davantage les

¹³ Assurance maladie / risques professionnels, « Parcours TMS Pro ».

données sur les ATMP pour anticiper ce type de situation. Au-delà des situations individuelles, les données sur les ATMP peuvent contribuer à identifier des entreprises ou secteurs à risque afin d'organiser des actions communes entre assurance maladie et SPST (information des entreprises concernées, actions sur les conditions de travail...).

[90] **Il pourrait ainsi être pertinent d'étendre la démarche de partenariat SPST / Carsat, formalisée dans plusieurs territoires identifiés par la mission, vers le champ des risques professionnels** : 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. Le champ très vaste des PME à sensibiliser plaide pour une articulation plus forte entre l'ensemble des acteurs amenés à intervenir auprès d'elles.

[91] **Enfin, la mission note que l'assurance maladie propose différentes pistes destinées à responsabiliser davantage les employeurs sur l'absentéisme de leurs salariés dans le rapport Charges et produits de juillet 2025.** Plusieurs hypothèses sont mentionnées en matière de gestion du risque :

- un bonus/malus en fonction du taux d'absentéisme des salariés, mis en place progressivement à destination des entreprises présentant le taux d'absentéisme le plus atypique : la CNAM envisage d'abord le versement d'un bonus en cas d'amélioration du taux d'absentéisme couplé avec un accompagnement par la CPAM, puis un éventuel malus pour les entreprises qui resteraient atypiques par rapport à leur secteur ;
- un développement de la prise en charge par les employeurs des arrêts maladie de plus de six mois (seule l'assurance maladie couvrant ces arrêts aujourd'hui).

[92] **L'examen de telles mesures de gestion du risque n'entre pas dans le champ de la mission qui note toutefois qu'elles illustrent l'existence de réflexions en cours sur les modalités d'incitation financière des employeurs sur la prévention des arrêts de travail.**

2.3.3 Des actions communes de l'assurance maladie et des SPST à destination des professionnels de santé qui pourraient s'appuyer davantage sur les CPTS

[93] **L'enjeu d'impliquer davantage dans la PDP les médecins libéraux, qui prescrivent l'arrêt de travail, est identifié de longue date à la fois par l'assurance maladie et les SPSTI.** L'audit CNAM de 2014 soulignait déjà l'intérêt d'agir à destination des médecins traitants et envisageait même d'inclure dans la ROSP (rémunération sur objectifs de santé publique) un indicateur relatif à la PDP. Les médecins libéraux connaissent encore mal les acteurs de la santé au travail, les procédures à mettre en place ou les outils de remobilisation des salariés. Cette mauvaise compréhension tient à une formation insuffisante dans ce domaine et à la complexité inhérente de l'écosystème de PDP.

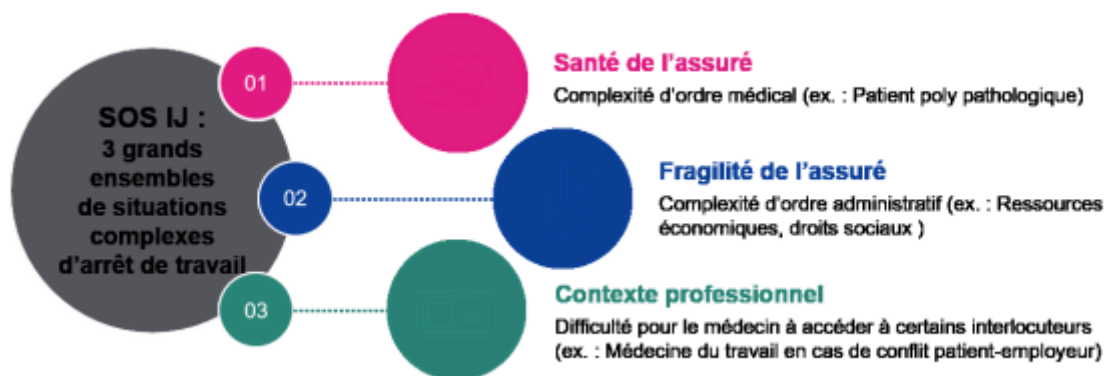
[94] **Les déplacements de la mission comme le questionnaire auprès des SPSTI illustrent à la fois la volonté de progresser sur la sensibilisation des médecins de ville à la PDP et la difficulté à dépasser les actions ponctuelles.** On peut relever notamment :

- Des plaquettes construites par des SPSTI expliquant les différentes visites et les acteurs impliqués dans la PDP ;
- Des réunions du soir organisées pour sensibiliser les médecins ;
- Des stages d'internes en médecine dans des SPSTI.

[95] **Du côté de l'assurance maladie, les priorités de gestion du risque relatives à la maîtrise des arrêts de travail conduisent à renforcer les actions auprès des médecins.** C'est le cas notamment de l'action « SOS IJ » expérimentée dans deux départements au premier semestre 2025 : mis en œuvre par le régime général et le régime agricole, ce chantier vise à répondre aux difficultés des médecins traitants, confrontés à des situations complexes chez leurs patients, à identifier un interlocuteur pour les appuyer dans leur prise en charge. Cela concerne notamment des patients présentant des situations de désinsertion professionnelle ou sociale. Le médecin dispose d'un point d'entrée unique, via un numéro à contacter pour bénéficier d'un appui de la part des services de l'assurance maladie. Le rapport charges et produits de juillet 2025 indique que l'expérimentation en cours fera l'objet d'un bilan qui permettra « d'envisager les conditions de sa généralisation ».

Schéma 2 : Les situations de salariés en arrêt de travail concernées par le service SOS IJ de l'assurance maladie

Les situations complexes prises en charge par le service SOS IJ



Source : CNAM

[96] **Ainsi, les SPST et l'assurance maladie ont le même intérêt à agir auprès des médecins et pourraient renforcer encore leur articulation dans ce cadre :**

- La mobilisation des CPAM pourrait permettre de disposer de ressources territoriales pour aller vers les médecins de ville.
- Les communautés professionnelles territoriales de santé paraissent le bon vecteur pour parvenir à mieux mobiliser les médecins libéraux dans ce cadre. Certaines initiatives existent sur le terrain mais leur systématisation se heurte au manque de connaissance entre les

acteurs et au fait que les CPTS restent encore embryonnaires sur certains territoires. Dans une perspective de décloisonnement entre projet régional de santé et PRST, les agences régionales de santé pourraient promouvoir des actions communes entre CPTS, SPSTI et réseau de l'assurance maladie. En effet, la prévention de la désinsertion professionnelle de la PDP 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 de l'accord conventionnel relatif aux CPTS pourraient prévoir des actions de sensibilisation des médecins du territoire sur la PDP.

[97] Enfin, la mise en place par l'assurance maladie des bilans de prévention, qui doivent être réalisés auprès des patients notamment sur la tranche d'âge des 45-50 ans¹⁴, pourrait être l'occasion de progresser sur l'articulation avec les SPST chargés de la visite de mi-carrière qui intervient au même âge. Ces deux visites obéissent à un objectif de prévention mais leur articulation fine ne semble pas avoir été prévue à ce jour. A terme, l'accès des médecins du travail au DMP permettra de fluidifier les échanges d'informations. Dans l'attente, une réflexion sur les apports respectifs de chaque visite serait bienvenue, la visite de mi-carrière étant plus positionnée sur l'analyse des risques professionnels et le bilan de prévention piloté par l'assurance maladie sur d'autres facteurs de risques. Selon la DGT, cette articulation devrait faire l'objet d'une réflexion dans le cadre de la préparation du PST 5 en lien avec l'assurance maladie¹⁵.

¹⁴ Les bilans de prévention ont vocation à être réalisés à des âges de la vie considérés comme des « âges clés », soit 18 à 25 ans ; 45 à 50 ans ; 60 à 65 ans ; 70 à 75 ans.

¹⁵ Voir le rapport Charges et produits 2025 de la CNAM (page 27) : la visite de mi carrière est décrite comme s'inscrivant « en lien avec les objectifs de maintien dans l'emploi et de promotion de la santé tout au long de la carrière. Les outils de Mon Bilan Prévention pourraient aussi être mobilisés dans ce cadre ».

ANNEXE 3 : Systèmes d'information et échanges de données dans la PDP

[98] **Les SPSTI étant des associations autonomes, chacun d'entre eux est libre de choisir le logiciel métier qui lui convient.** Or, ces services sont dépositaires de plusieurs types de données dont l'exploitation peut représenter un potentiel important pour le suivi de la santé des salariés :

- Des données relatives à leur **activité**, par exemple nombre de salariés suivis, typologie des dispositifs mobilisés...
- Des données relatives à leurs **usagers**. Concernant les personnes suivies, il peut s'agir de données sur leur exposition aux risques, leur état de santé, leur situation administrative ou sociale. Les SPSTI disposent également de données relatives aux entreprises accompagnées.

[99] Au-delà des SPST, d'autres acteurs détiennent des données relatives au parcours des salariés suivis en PDP, en premier lieu l'assurance maladie mais aussi les Cap emploi et l'ensemble des institutions impliquées dans le suivi du parcours.

[100] Les usages de ces données peuvent être très différents : le suivi individuel d'une personne, par exemple pour prévenir sa désinsertion ; le suivi collectif d'une entreprise voire d'un secteur professionnel ; un usage épidémiologique pour analyser une catégorie de population ; un pilotage de l'activité des SPST qui peut se faire à différents niveaux (national, régional...).

[101] **Malgré la diversité de données suivies par les acteurs du parcours de PDP, des enjeux transversaux doivent être soulignés qui correspondent à autant de points d'amélioration dans le champ de la santé au travail** : complétude et fiabilité des données saisies, interopérabilité des systèmes d'information entre SPST, développement d'échanges de données sécurisées entre les SPST et les autres acteurs. Ces enjeux sont particulièrement cruciaux pour les missions de PDP, par nature partenariales, accomplies par les SPSTI.

1 La PDP ne s'appuie pas encore sur des systèmes d'information à la maturité suffisante

1.1 Un constat ancien sur les fragilités en termes de données et sur les actions à entreprendre

1.1.1 Des analyses qui convergent sur les faiblesses des systèmes d'information des SPST et des échanges de données entre acteurs

[102] **Le rapport Igas de 2017 sur la PDP soulignait déjà les lacunes dans les données issues des services de santé au travail, avec un impact négatif à la fois sur le pilotage national et sur l'accompagnement des salariés :**

- le rapport soulignait que *« la plus grosse lacune en termes de suivi d'activité concerne les services de santé au travail. Les rapports annuels que produisent ces services ne fournissent que des données sommaires d'activité, et non des informations sur l'état de santé et les parcours professionnels des salariés des entreprises qui leur sont rattachées. »*
- en outre, le rapport mettait en exergue l'insuffisance des échanges de données entre acteurs, en mettant en avant en particulier les relations entre le médecin traitant, le médecin du travail et le médecin conseil : *« les échanges concernant les situations individuelles entre ces professionnels sont rares et encore plus rarement directs »*. C'est le salarié qui relaie le plus souvent les informations entre eux. Le rapport proposait en particulier de mettre en place une transmission des arrêts de travail de l'assurance maladie vers les services de santé au travail¹⁶.

[103] **Plus récemment, le rapport Igas de 2020 décrit les défaillances des SI des services de santé au travail comme « une grave lacune et une perte de chance pour les travailleurs »¹⁷.** Dans sa recommandation n. 18, il invite 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 »*. Cette recommandation visant à l'interopérabilité entre SI s'appuie sur un constat ancien ; dès 2016, le Cisme (ancêtre de Presanse) avait travaillé sur un projet de cahier des charges commun des fonctionnalités demandées par les SPSTI aux éditeurs de logiciels

[104] **Le rapport de la Cour des comptes de 2022 souligne également les enjeux des partages de données qui dépassent largement les seuls SPST¹⁸ :**

- il souligne en premier lieu que l'insuffisance des données nuit à la politique de santé au travail, prenant l'exemple des aménagements de poste ou encore des avis d'invalidité qui ne sont pas dénombrés exactement.
- il rappelle que les échanges d'information entre médecin du travail, médecin traitant et médecin conseil sont une condition aux progrès de la prévention.
- Il invite l'assurance maladie à travailler sur les partages d'information internes à son réseau ; à titre d'exemple, les Carsat n'accèdent pas aux données des CPAM et réciproquement les CPAM ne connaissent pas la profession de l'assuré, ce qui ne facilite pas le suivi des situations individuelles.

[105] **Un rapport commandé par l'association Presanse à un consultant en 2020 confirme et précise ces éléments de diagnostic en passant en revue les différents logiciels du marché.** Les outils informatiques sont alors décrits comme très tournés vers une seule des missions du service de santé au travail : le suivi individuel et la visite médicale. Les indicateurs chiffrés et leur exploitation sont les « parents pauvres des systèmes d'information ». Le rapport estime que l'obstacle majeur aux progrès des SI dans ce champ ne sera pas technique ; en particulier, le rapport souligne les résistances de certains médecins sur la nécessité de saisir les informations, la

¹⁶ Igas, « la prévention de la désinsertion professionnelle des salariés malades et handicapés », 2017.

¹⁷ Igas, « évaluation des services de santé au travail inter-entreprises », 2020.

¹⁸ Cour des comptes, « les politiques publiques de prévention en santé au travail », 2022.

mise en place des tableaux de bord, l'évolution des outils. Il conclut que les SPST bénéficient d'une forme de « marché captif » ce qui les a conduits à « limiter la recherche de performance de leurs systèmes d'information par rapport au service rendu ».

[106] **Enfin, un rapport de l'Opco santé souligne l'avancement très variable des chantiers numériques dans les SPSTI¹⁹.** Ainsi, l'identification des salariés par l'identifiant numérique de santé reste minoritaire, la conformité au RGPD progresse et le dossier médical informatisé est quasiment généralisé. L'étude approfondit l'impact de la montée en puissance du numérique sur les compétences des professionnels. Mais l'étude souligne que « le sujet des données (et du big data par extension) n'est pas une priorité pour les Services de Prévention et de Santé au Travail Interentreprises ».

1.1.2 Des enquêtes nationales sur la santé au travail qui se heurtent à une baisse de participation sur la période récente

[107] L'objet des analyses qui suivent n'est pas de présenter une analyse détaillée des différents mécanismes d'enquête auprès des SPST mais uniquement de présenter les enjeux de transmission et de qualité de données auxquels elles renvoient.

1.1.2.1 Une refonte de l'enquête SUMER en cours destinée à faire face à la baisse de la participation des professionnels des SPST

[108] **L'enquête Sumer, copilotée par la DGT et la Dares, a pour objectif d'établir une cartographie nationale des expositions aux risques professionnels.** Le questionnaire, rempli pendant la visite médicale, porte notamment sur l'organisation, les contraintes physiques, l'exposition à des produits chimiques et agents biologiques. Il est complété par un auto-questionnaire rempli par le salarié avant la visite.

[109] **Administrée tous les sept ans, l'enquête donne lieu à de très nombreux travaux de recherche et publications tout comme à des exploitations dans le cadre de préparation de plans régionaux de santé au travail.** Une étude historique récente (2022) a montré comment l'enquête a permis, à partir de son lancement dans les années 1970, de légitimer la capacité de la médecine du travail à produire des données²⁰. La même étude montre également les critiques méthodologiques récurrentes auxquelles l'enquête a été confrontée, notamment de la part des représentants des employeurs, en particulier concernant l'accent mis sur le « point de vue » des salariés et des médecins du travail. Elle souligne enfin l'impact de l'enquête sur les pratiques : « En proposant un canevas de questions à poser aux salariés, Sumer a ainsi contribué à homogénéiser, dans une certaine mesure, les pratiques des médecins du travail ».

¹⁹ Opco Santé, « Impact des nouvelles technologies sur les métiers au sein de la branche professionnelle des SPSTI », 2024.

²⁰ « Quand la médecine du travail produit des données. L'histoire de l'enquête Sumer entre enjeux de production de connaissances et enjeux de légitimation professionnelle ». Blandine Barlet, Sarah Memmi, Nicolas Sandret. L'étude indique que « L'enquête Sumer se présente alors, dès la fin des années 1980, comme un dispositif de production de connaissances en santé au travail, mais aussi comme un dispositif de légitimation professionnelle. »

[110] **Pour autant, Sumer est marquée par une forte baisse de la participation des médecins du travail entre les deux dernières éditions, 2010 et 2017.** Le nombre de médecins volontaires et ainsi passé de 2 400 à 1 200 en 2017 (pour environ 30 000 salariés enquêtés). Face à ce diagnostic, le ministère du travail porte un projet de refonte de l'enquête. Celle-ci deviendrait une enquête en continu sur un échantillon plus limité (remontée annuelle de 10 000 questionnaires) fondée sur la mobilisation de médecins du travail volontaires. Le premier volet du nouveau format de l'enquête devrait être lancé en 2026.

[111] **La DARES indique que l'enquête sera fondée sur une application *ad hoc* distincte des logiciels métier des SPST.** Ce choix peut sembler contre-intuitif mais peut s'expliquer par la difficulté à implémenter une enquête nationale dans une multiplicité de logiciels métier.

1.1.2.2 L'observatoire EVREST : une perspective d'amélioration du remplissage par le lien avec certains logiciels

[112] **La base nationale EVREST (évolution et relations en santé travail) est alimentée par une enquête construite par des médecins et chercheurs et administrée par un réseau de médecins et d'infirmiers du travail volontaires.** Elle est pilotée par un groupement d'intérêt scientifique doté d'une équipe nationale et d'un réseau de référents régionaux²¹.

[113] **Au mois d'octobre de chaque année, tous les salariés vus par les professionnels volontaires en visite périodique se voient proposer un questionnaire sur leurs conditions de travail et leur état de santé.** Le questionnaire tient sur un recto verso, l'objectif étant la simplicité dans le remplissage. Il a été pensé pour suivre la conduite habituelle de l'entretien de santé au travail²². Le questionnaire porte en particulier sur les conditions de travail, la formation du salarié et son état de santé au moment de l'entretien. Les porteurs d'EVREST au niveau national indiquent qu'il n'a pas été possible de reprendre des informations figurant dans le DMST en raison des différences constatées dans la qualité du remplissage des dossiers. En particulier, une limite importante des thésaurus des DMST est de ne pas permettre de faire la différence, dans le dossier médical d'un salarié, entre l'absence de remplissage d'un item par le professionnel de santé et la réponse négative, par exemple lorsqu'une pathologie ou une exposition à un risque ne sont pas indiqués.

[114] **La base EVREST permet d'établir des corrélations entre les différentes variables qui y sont renseignées :** par exemple, prévalence des troubles ostéoarticulaires chez les travailleurs en fonction de la CSP, de l'âge, du secteur d'activité²³. Elle permet aussi de faire un suivi longitudinal de l'évolution des réponses aux questions tout comme de comparer les résultats à différents niveaux : par exemple la part des salariés se plaignant de troubles du sommeil, d'anxiété et de fatigue peut être calculée au niveau national, d'un secteur d'activité et d'un service.

²¹ Les partenaires du Gis sont : l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses), l'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (Anact), Presanse, l'Institut de Santé au Travail du Nord de la France (ISTNF) le Centre de recherches sur l'expérience, l'âge et les populations au travail, via le Centre National des Arts et Métiers (Cnam/Creapt), l'Université Lille 2, le CHU de Rouen, le groupe Airbus et l'entreprise EDF.

²² Documents pour le médecin du travail, INRS, N. 126, 2011.

²³ Un rapport national est publié tous les ans.

[115] **La non-représentativité de l'échantillon constitue une limite d'EVREST tout comme la diminution forte du nombre de réponses à partir de 2020.** Cependant, l'intégration d'EVREST dans certains logiciels est en cours ; la mise en place de la connexion avec Padoa mi-2024 aurait permis de faire augmenter de nouveau l'usage d'EVREST, ce qui paraît montrer que la baisse du remplissage de l'enquête à partir de 2020 était moins liée à des réticences de principe qu'à un manque de temps de la part des professionnels.

[116] **Le questionnaire EVREST a évolué légèrement afin d'intégrer une question sur l'estimation par le salarié de sa capacité à se maintenir sur son poste,** ce qui renvoie aux auto-questionnaires qui se diffusent dans les SPST et aux enjeux de repérage précoce du risque de désinsertion²⁴.

1.1.2.3 Une baisse de participation à l'enquête maladies à caractère professionnel de SPF

[117] Depuis 2003, Santé publique France, en collaboration avec l'Inspection médicale du travail, est chargée du programme de surveillance des maladies à caractère professionnel. L'objectif de la surveillance des MCP est de fournir des indicateurs sur ces pathologies par population spécifique de salariés, définie notamment par profession ou par secteur d'activité. Dans les régions participantes, chaque médecin du travail volontaire signale toute MCP vue pendant deux semaines chaque semestre.

[118] **Sur la période 2012-2018, le taux de participation des médecins du travail était en baisse, passant de 17 % en 2012 à 13 % en 2018.** Un lien avec certains logiciels (Padoa) a été mis en place afin de faciliter le travail de saisie des professionnels et ainsi améliorer le taux de participation.

1.1.2.4 Les enquêtes sur l'activité des SPST

[119] **Historiquement, les SPST retraçaient leur activité dans un rapport remis sous forme papier aux Dreets ce qui posait des difficultés d'exploitation et de consolidation, d'où la mise en place d'une nouvelle enquête par la direction générale du travail depuis 2023.** Cette enquête constitue un véritable progrès en ce qu'elle fournit chaque année une vision précise de l'activité des SPST sur leurs trois missions socle (prévention des risques, suivi de l'état de santé individuel, PDP) et sur leurs ressources (personnel, équipement en logiciels...).

[120] **Les apports de l'enquête de la DGT sont multiples :**

- pour le pilotage national, suivre le déploiement des dispositifs notamment ceux mis en place par la loi de 2021 ; par exemple, les données 2023 illustrent la progression du nombre de visites de mi-carrière qui restent cependant à un niveau encore modeste (66 425 dont 80 % en SPSTI) ;
- orienter le pilotage régional en fournissant des données régionalisées aux Dreets et en alimentant leur mission d'agrément des services ²⁵;
- pour les services eux-mêmes, se situer par rapport aux autres ;

²⁴ Voir l'annexe 4 sur les indices de repérage du risque de désinsertion professionnelle.

²⁵ L'enquête de la DGT remplace désormais les rapports d'activité médicale et rapports d'activité financière.

- alimenter le dialogue social (rapport discuté annuellement en CNPST)

[121] **Cependant, l'enquête DGT encore récente reste confrontée à plusieurs limites significatives.** D'une part, l'exhaustivité du remplissage n'a pas encore été atteinte, pour les SPSTI et a fortiori pour les SPST autonomes : pour les données 2023, l'enquête se fonde sur les réponses de 171 SPSTI sur 176, soit une quasi exhaustivité. En revanche, elle ne dispose que de 287 réponses de SPST autonomes sur 414. Les résultats nationaux présentés dans la synthèse de l'enquête sont donc partiels car la DGT ne procède pas à des extrapolations à l'ensemble de la population visée.

[122] **Surtout, la compréhension des questions de l'enquête DGT peut varier selon les services, comme l'illustrent les déplacements de la mission.** Ainsi en matière de PDP : certains SPST disposant de plusieurs cellules PDP internes indiquent dans l'enquête DGT qu'ils disposent d'une seule cellule, constituée par leur cellule de pilotage de second niveau. Mais ils ont en réalité renommé l'ensemble de leurs équipes pluridisciplinaires en cellules de PDP de premier niveau, pratique qui n'apparaît pas dans l'enquête. Autre illustration en matière de PDP, la question sur le nombre de salariés suivis par la cellule PDP semble comprise de manière différente selon les services, ce qui reflète les pratiques différentes mises en place selon le SPSTI qui n'ont pas tous le même modèle d'articulation entre les cellules PDP et les médecins du travail pour ce qui concerne le suivi des salariés.

[123] **Enfin, Presanse produit annuellement un rapport de branche et un rapport « chiffres clés » sur le seul champ des SPSTI adhérents de l'association.** Le champ et l'objet de ce rapport diffèrent ainsi du rapport de la DGT mais les outils et dispositifs suivis sont souvent les mêmes ce qui conduit à disposer de chiffres différents sur les mêmes dispositifs :

- ainsi en 2023, le nombre d'inaptitudes prononcées diffère légèrement entre l'enquête Presanse et l'enquête DGT (en limitant les résultats aux seuls SPSTI).
- Les écarts sont beaucoup plus significatifs s'agissant du nombre de salariés orientés vers un partenaire externe dans le cadre d'un maintien en emploi : environ 80 000 dans l'enquête Presanse contre environ 140 000 dans l'enquête DGT.
- Ce type d'écart concerne de nombreux dispositifs (nombre d'accompagnements par une assistante sociale ou par un psychologue du travail dans le cadre du maintien en emploi...).

[124] **Si une partie de ces écarts entre chiffres Presanse et DGT tient à un périmètre différent des SPST répondants, la coexistence de chiffres divergents sur les mêmes dispositifs ne facilite pas la lisibilité du pilotage de la PDP.** La persistance d'enquêtes nationales est rendue nécessaire par l'absence d'interopérabilité des systèmes d'information des SPST (*cf. infra*).

1.2 Un cadre juridique favorable au développement des échanges de données entre acteurs depuis la loi de 2021

1.2.1 Les principales dispositions qui régissent la collecte et les échanges de données depuis la loi de 2021

1.2.1.1 Les dispositions nouvelles relatives à la tenue du DMST, à son contenu et à l'accès des professionnels au dossier

[125] **La loi de 2021 complète l'article L4624-8 du code du travail en prévoyant notamment les dispositions suivantes :**

- **Le DMST est constitué par le médecin du travail ou, le cas échéant, un autre professionnel de santé du SPST alors que son alimentation était jusqu'alors réservée au médecin du travail.** Ainsi, la loi prévoit que le DMST peut être consulté et alimenté, sous la responsabilité de ce dernier, par les collaborateurs médecins, les internes en médecine du travail, ainsi que par les infirmiers. Le SPSTI n'étant pas une équipe de soins, ce consentement de la personne au partage d'informations la concernant ne peut pas être présumé. En application du L. 1110-4 du CSP, « le partage, entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne requiert son consentement préalable, recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée, dans des conditions définies par décret pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. ». Ces conditions de recueil du consentement sont précisées notamment à l'article D 1110-3-3 du code de la santé publique. En outre, les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire (notamment ergonomes, toxicologues, assistants de service de santé au travail) ne sont pas autorisés à accéder à l'ensemble des informations contenues dans le DMST²⁶.
- **« l'identifiant du dossier médical en santé au travail est l'identifiant de santé mentionné à l'article L. 1111-8-1 du même code [l'INS], lorsqu'il dispose d'un tel identifiant. »** Il s'agit d'une évolution importante car l'INS, identité numérique unique pour le référencement et la transmission des informations de santé d'un usager, constitue un préalable à l'interopérabilité entre systèmes d'information (des SPST et avec d'autres acteurs externes) comme à l'alimentation du DMP. Or, l'utilisation de l'identifiant national de santé par les SPST n'était pas autorisée jusque 2021²⁷.

[126] **Le décret du 15 novembre 2022 d'application de la loi de 2021 dispose que le DMST est désormais constitué obligatoirement sous format numérique sécurisé.** En outre, les éléments qui doivent figurer dans le DMST, qui étaient issus des recommandations de la HAS²⁸ jusqu'à la loi de

²⁶ Ces professionnels ne sont autorisés à accéder qu'aux données suivantes : identité du travailleur, données médico-administratives nécessaires à la coordination de sa prise en charge (identifiant national de santé notamment), données d'identité et de contact de son médecin traitant, informations sur les risques actuels ou passés du travail.

²⁷ Utilisation de l'INS ouverte par la loi du 7 décembre 2020.

²⁸ HAS, recommandation de bonne pratique, « le dossier médical en santé au travail », 30 décembre 2009.

2021, sont désormais listés à l'article R. 4624-45-4 du code du travail. Ils concernent l'état de santé du salarié, les risques auxquels il a été exposé, les aménagements de postes éventuels.

Le DMST : des recommandations de la HAS datant de 2009

Dès 2009, la HAS a construit des recommandations portant en particulier sur les objectifs du DMST.

Pour la HAS, il s'agit :

- d'aider le médecin du travail à apprécier le lien entre l'état de santé du travailleur d'une part et le poste et les conditions de travail d'autre part, proposer des mesures de prévention, faire des propositions en termes d'amélioration ou d'aménagement du poste ou des conditions de travail et de maintien dans l'emploi ;
- participer à la traçabilité des expositions professionnelles, des informations et conseils de prévention professionnels délivrés au travailleur, des propositions en termes d'amélioration ou d'aménagement du poste ou des conditions de travail et de maintien ou non dans l'emploi.

Par ailleurs, la HAS recommande l'utilisation de thésaurus sur les maladies, les emplois, les nuisances professionnelles. Enfin, la recommandation indique qu'il est souhaitable que le DMST soit informatisé. Le système informatique doit garantir la confidentialité des informations enregistrées, permettre de retracer la carrière et les expositions du travailleur, aider le médecin du travail à gérer son activité de prévention. Le logiciel doit aussi permettre une exploitation collective des données issues du DMST.

1.2.1.2 La mise en place du volet travail du DMP et le lien entre DMP et DMST

[127] Une autre avancée de la loi de 2021 consiste à prévoir que le médecin du travail de la personne peut accéder à son DMP « sous réserve de son consentement exprès et de son information préalable » (art. L. 1111-17 du CSP²⁹). Le travailleur peut donc toujours s'opposer à l'accès du médecin du travail à son DMP.

[128] En outre, l'article L1111-15 du code de la santé publique dispose que « le dossier médical partagé comporte un volet relatif à la santé au travail ». Y sont versés, « sous réserve du consentement de l'intéressé préalablement informé, les éléments de son dossier médical en santé au travail nécessaires au développement de la prévention ainsi qu'à la coordination, à la qualité et à la continuité des soins. Les catégories d'informations susceptibles d'être intégrées dans ce volet sont définies par la Haute Autorité de santé dans le cadre de recommandations de bonne pratique. ». Ces éléments sont accessibles, uniquement à des fins de consultation, aux professionnels de santé participant à la prise en charge du travailleur mentionnés aux articles L. 1110-4 et L. 1110-12 du même code, sous réserve du consentement du travailleur préalablement informé.

²⁹ « Le médecin du travail chargé du suivi de l'état de santé d'une personne peut accéder à son dossier médical partagé et l'alimenter, sous réserve de son consentement exprès et de son information préalable quant aux possibilités de restreindre l'accès au contenu de son dossier »

1.2.1.3 Les échanges de données entre les SPST et l'assurance maladie

[129] **L'article 19 de la loi de 2021 prévoit la mise en place d'une transmission des arrêts maladie de la part de l'assurance maladie 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, dans des conditions 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. ».

[130] Cette disposition devait entrer en vigueur au 1^{er} janvier 2024 mais n'est toujours pas opérationnelle faute de décrets d'application de la loi et de canal de transmission avec l'assurance maladie (cf. *infra*).

[131] Par ailleurs, tout échange d'information entre médecin du travail et médecin de soin (médecin traitant, autre...) nécessite l'accord écrit du salarié. Tous les retours faits à la mission tendent à montrer que ces échanges d'informations sont limités.

1.2.1.4 L'interopérabilité et la sécurité des systèmes d'information

[132] **L'article L. 4624-8-2 du code du travail, créé par la loi de 2021, prévoit que les systèmes d'information des SPST doivent être interopérables :** « 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 le groupement d'intérêt public mentionné à l'article L. 1111-24 du code de la santé publique³⁰, le cas échéant adaptés aux spécificités de l'activité des services de prévention et de santé au travail, pour le traitement de ces données, leur conservation sur support informatique et leur transmission par voie électronique. ».

[133] **L'objectif premier de l'interopérabilité est d'assurer une conservation et une transmission sécurisées des données du DMST comme l'exprime l'article L. 4624-8 du code du travail :** « Lorsque le travailleur relève de plusieurs services de prévention et de santé au travail ou cesse de relever d'un de ces services, son dossier médical en santé au travail est accessible au service compétent pour assurer la continuité du suivi, sauf refus du travailleur ». Cette disposition n'est pas opérationnelle à ce jour.

[134] Aux termes du même article, la conformité des systèmes d'information aux référentiels d'interopérabilité et de sécurité constitue un critère de certification des SPSTI.

³⁰ Il s'agit de l'agence du numérique en santé ANS.

1.2.1.5 L'intégration des données des DMST dans le système national des données de santé

[135] La loi de 2021 modifie l'article L. 1461-1 du code de la santé publique afin de prévoir que les données des DMST font désormais partie des données rassemblées et mises à disposition par le SNDS. A ce jour, cette disposition n'est pas opérationnelle.

1.2.2 Une stratégie numérique ambitieuse traduite dans les objectifs affichés dans le PNST 4

[136] **En cohérence avec l'ensemble des avancées contenues dans la loi de 2021, l'objectif affiché dans le plan national santé au travail est de structurer et partager les données en santé au travail grâce aux outils numériques. Trois volets sont ainsi affichés dans le PNST 4 :**

- **Accompagner la numérisation des données individuelles de santé au travail :** l'accent est mis en particulier sur l'interopérabilité des SI et l'harmonisation des données.
 - Déploiement de l'INS, préalable indispensable à la portabilité des DMST, aux échanges de données avec d'autres acteurs et professionnels de santé et au transfert de données dans le DMP ;
 - Harmonisation de la structure du DMST et des informations à verser au DMP.
 - Interopérabilité des SI des SPST par la construction d'un cahier des charges à respecter par les éditeurs ;
 - Mise en place d'une messagerie sécurisée entre médecins notamment dans le cadre des actions de PDP (médecin du travail / médecin généraliste / médecin conseil)
- Mieux collecter et structurer les données collectives en santé au travail, issues de différentes sources, pour permettre la définition d'actions de prévention : l'harmonisation des données doit permettre leur exploitation collective tout en tenant compte des difficultés des enquêtes à s'assurer un taux de réponse satisfaisant.
 - Mise en cohérence et rationalisation des bases de données en santé au travail et développement de l'open data
 - Optimisation des dispositifs de veille et enquêtes (SUMER, MCP, EVREST) notamment par des fonctionnalités dans des logiciels facilitant la participation des professionnels
 - Poursuivre les travaux sur les thesaurus pour pouvoir consolider les données issues des logiciels métier
- Dématérialiser la collecte des données d'activité, à des fins de meilleure évaluation et meilleur pilotage : il s'agit de mettre en place un système de collecte numérique des données.

2 Au regard des objectifs ambitieux affichés par la loi de 2021, l’outillage des services en systèmes d’information est toujours insuffisant ce qui est particulièrement préjudiciable à la politique de PDP

2.1 Des SI qui ne permettent pas l’échange de données entre SPSTI ni avec d’autres acteurs

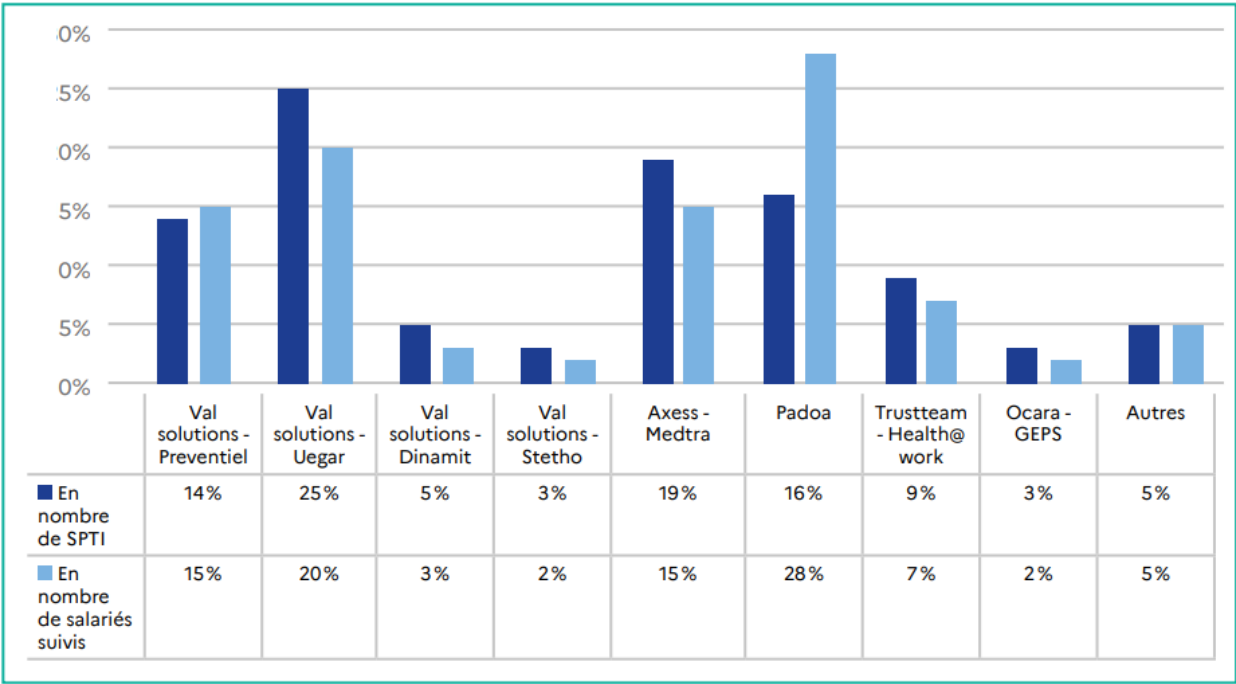
2.1.1 Des progrès récents dans les fonctionnalités offertes par les logiciels des SPSTI mais des dispositions légales qui restent non appliquées

2.1.1.1 Etat des lieux de l’équipement des SPST en logiciels en 2023

[137] **L’équipement en logiciels des SPST est marqué** par un certain éclatement malgré la présence de plusieurs éditeurs dominants. Les logiciels sont fournis principalement par 4 éditeurs qui représentent plus de 90 % des SPSTI. Val Solutions équipe environ la moitié des SPSTI via quatre logiciels. Padoa équipe des SPSTI de plus grande taille (16 % des SPSTI mais 28 % des salariés). Concernant les SPSTA, Val solutions est également leader mais d’autres éditeurs que ceux des SPSTI sont par ailleurs présents sur ce marché.

Graphique 2 : Part de marché des logiciels métier des SPSTI

Principaux logiciels métier utilisés par les SPSTI



Source : Enquête DGT

2.1.1.2 Des avancées récentes dans les fonctionnalités offertes par les logiciels, notamment en matière de PDP

[138] L'analyse qui suit se concentre sur les deux principaux éditeurs actuels des SPSTI, qui représentent à eux deux environ 63 % du marché en nombre de SPSTI et 68 % en nombre de salariés suivis.

[139] **Initialement présent sur quelques SPSTA, 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.** Le logiciel Padoa propose des fonctionnalités qui doivent outiller l'ensemble de la mise en œuvre du plan de maintien en emploi pour la personne identifiée à risque de PDP : échanges d'informations entre professionnels dans le respect des compétences de chacun³¹, mobilisation des dispositifs, signalements à la cellule PDP. L'outil recense les structures externes qui peuvent être mobilisées dans le cadre de la PDP, mais le logiciel n'est pas ouvert à ce jour à des intervenants externes. L'éditeur met également à disposition, dans son logiciel, deux grilles de cotation d'indices de risque, l'un sur le risque d'inaptitude, l'autre sur le risque de désinsertion. La cotation se fait par le médecin sur la base de critères déterminés par chaque SPST³². De fait, la diffusion du logiciel PADOA s'est avérée structurante pour le déploiement d'indicateurs de risque de désinsertion depuis quelques années. Le logiciel fournit également des données statistiques sur la PDP, notamment la situation du salarié à l'issue du plan de maintien en emploi.

[140] **Le marché des SPSTI reste dominé par Val Solutions, principalement 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. L'outil Uegar a cependant évolué afin de proposer un onglet qui permet d'échanger des informations entre médecins, autres professionnels de santé et autres intervenants du SPST. Une telle évolution est nécessaire pour éviter que l'ensemble des documents soient uniquement stockés dans le DMST qui n'est pas accessible à tous les professionnels. Par ailleurs, deux évolutions du logiciel Uegar présentent un intérêt potentiel en matière de PDP :

- Uegar intègre la fonctionnalité Apptiv qui outille l'évaluation et la cartographie des risques par l'employeur, y compris le risque de PDP³³.
- Val Solutions a signé une convention avec le porteur de l'application SAMi, carnet de bord numérique retraçant les interventions de l'ensemble des acteurs de la PDP, afin d'interfacer son logiciel métier et cette application (cf. infra pour l'analyse de cette application).

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

³¹ avec à chaque fois la définition du niveau d'accès du professionnel concerné aux informations autorisées.

³² Voir l'annexe 4 sur les IRDP.

³³ Voir l'annexe 4 sur l'IRDP.

2.1.1.3 Une utilisation des outils et un respect des obligations légales qui restent hétérogènes

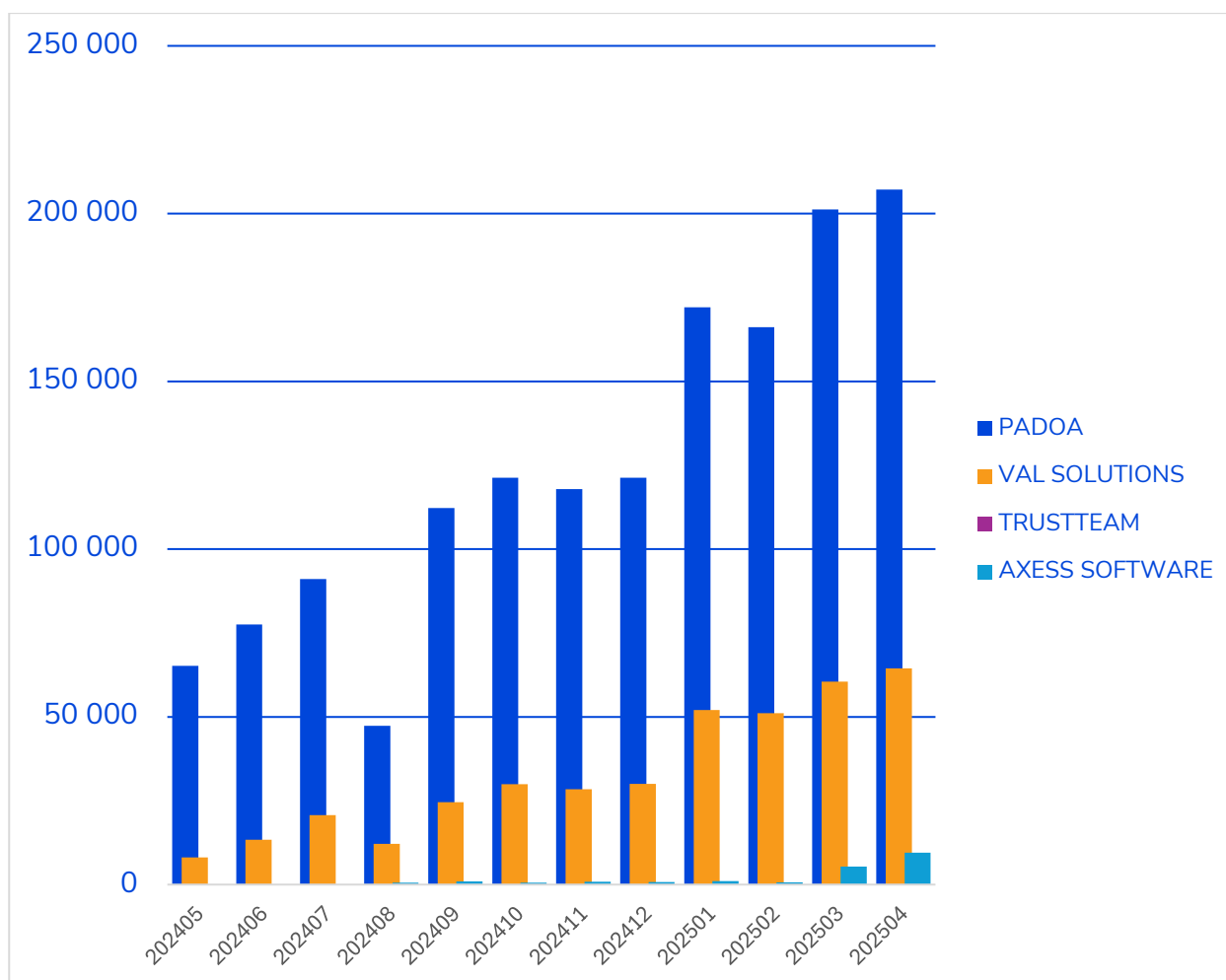
[142] **Les principaux indicateurs issus de l'enquête DGT permettant de suivre l'appropriation par les SPSTI des enjeux du numérique sont les suivants :**

- Les SPSTI déclarent que presque 14,4 millions de salariés disposent d'un **DMST informatisé**, soit environ 84 % des salariés suivis.
 - Dans les SPSTA répondants, 97 % des salariés suivis disposent d'un DMST informatisé.
- 79 % des SPSTI (73 % en 2022) déclarent avoir recours à une solution de **téléconsultation sécurisée**
 - C'est le cas de seulement 31 % des SPSTA (23 % en 2022).
- Environ 70 % des médecins du travail de SPSTI disposent d'une **messagerie sécurisée de santé** (50 % en 2022)
 - Cela concerne environ 67 % des médecins du travail de SPSTA (65 % en 2022).
- 84 % des SPSTI déclarent ne pas utiliser **les identifiants nationaux de santé** des salariés.
- 90 % des SPSTI et des SPSTA déclarent avoir un **délégué à la protection des données**.
- 81 % des SPSTI et 89 % des SPSTA déclarent l'existence d'un plan de sécurisation des données dans le service.

[143] **Ces chiffres témoignent d'une progression récente, par exemple sur l'usage de la messagerie sécurisée de santé, mais aussi de constats préoccupants sur certains champs.** En particulier, l'utilisation de l'INS est encore très minoritaire alors même qu'il s'agit d'un prérequis majeur pour mettre en oeuvre l'interopérabilité entre logiciels des SPST mais aussi les échanges de données avec les acteurs externes (lien DMST / DMP qui permettra à terme de faciliter les échanges entre le médecin du travail et le médecin prescripteur). Il apparaît que l'utilisation de l'INS est très inégale selon les logiciels des SPSTI.

[144] **Le graphique suivant illustre cette hétérogénéité en présentant le nombre de sollicitations INSi réussies sur le mois d'avril 2025 par les SPST, en fonction de l'éditeur de logiciel du service en comparant les quatre éditeurs principaux : Val, Padoa, Axess Software, Trustteam.** L'un de ces éditeurs ne compte aucune sollicitation réussie. Padoa, qui compte davantage de sollicitations réussies que les autres éditeurs réunis, indique que ses résultats s'expliquent par le fait que la sollicitation INS est intégrée dans le parcours outillé par le logiciel pour les agents en charge de cette mission.

Graphique 3 : Nombre de sollicitations INS réussies selon les éditeurs en avril 2025



Source : <https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/indicateurs-de-suivi-du-deploiement-du-teleservice-insi/>

[145] **En outre, les investigations de la mission illustrent le fait que l’appropriation du numérique est encore hétérogène entre SPST et au sein d’un même service.** Ainsi, le remplissage des rubriques du DMST par les médecins du travail est hétérogène, 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’est actuellement obligatoire, un médecin peut donc ne saisir aucune donnée médicale dans le DMST.

[146] **Pour progresser, l’enjeu est aujourd’hui de mettre à disposition rapidement l’ensemble des thesaurus dans l’ensemble des logiciels métier ainsi que d’envisager de rendre leur utilisation obligatoire.** Certains SPST ont d’ores et déjà mis fin aux possibilités de saisie libre dans les logiciels. Un accompagnement à la saisie devra être mis en place face aux réticences de certains médecins : ainsi, certains mettent en doute l’adaptation de certains thesaurus quand d’autres regrettent de devoir saisir des données sans disposer de données d’analyse en retour leur permettant de situer leurs pratiques par rapport à leurs collègues.

[147] **Autre limite, l'alimentation du DMP par le DMST prévue par la loi de 2021, tout comme la consultation du DMP par le médecin du travail, ne sont toujours pas possibles.** Saisie par la DGT, la HAS a rendu en 2022 des recommandations sur les informations du DMST à intégrer dans le DMP mais il n'y a pas à ce jour de décret d'application traduisant ces recommandations³⁴.

2.1.1.4 Des retards de certains SPSTI et de certains éditeurs rendus manifestes dans le processus de certification en cours en 2025

[148] **Le processus de certification était en cours au moment des investigations de la mission : il devait se terminer au 1^{er} mai mais devrait s'achever en pratique en fin d'année 2025.** Dès lors, le présent rapport ne peut pas se fonder sur un bilan approfondi des forces et faiblesses identifiées dans l'ensemble des SPST par les organismes certificateurs. Pour autant, les premiers retours qualitatifs réalisés auprès de la DGT et de la mission font apparaître l'état d'avancement des logiciels comme un point de faiblesse marqué dans certains services. Les fonctionnalités de certains logiciels sont décrites comme obsolètes par rapport aux exigences de la certification ayant trait notamment à la sécurisation des accès des professionnels au DMST, à l'informatisation des DMST ou à la capacité à produire les indicateurs exigés par la certification.

[149] **Or, ces non-conformités parfois mises en lumière lors des audits de certifications relèvent davantage d'actions correctives de certains éditeurs que des SPST eux-mêmes.** La norme AFNOR SPEC 2217 est parue en avril 2023 : les SPSTI et leurs éditeurs ont donc disposé du temps nécessaire pour s'adapter aux exigences de la norme mais tous n'ont pas mis cette période à profit.

[150] **Les SPSTI concernés devront donc accélérer la mise en conformité de leurs logiciels sur l'année 2025, en lien avec leurs éditeurs, faute de quoi ils 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 dans un an³⁵, 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 à destination des SPSTI et des éditeurs. Il pourrait être indiqué aux SPSTI que les non-conformités constitueront des motifs de refus de certification à partir de 2026. En parallèle, des échanges avec les éditeurs les plus en retard devront rappeler l'impératif de respect de la norme de certification.

2.1.2 La PDP ne s'appuie pas sur des échanges de données structurés entre acteurs

[151] Le chantier de mise en place de la transmission des AT prévue par la loi de 2021 s'inscrit dans un cadre plus large dans lequel l'assurance maladie fait elle-même évoluer sa stratégie SI autour de la PDP.

³⁴ HAS, « Catégories d'informations susceptibles d'être intégrées dans le volet santé au travail du dossier médical partagé », 16 mars 2023.

³⁵ Les SPSTI certifiés au niveau 2 sont revus au bout de 18 mois. Les SPSTI certifiés au niveau 3 le sont pour 5 ans.

2.1.2.1 L'assurance maladie : un accent sur l'amélioration des échanges de données internes au réseau entre CARSAT, CPAM et service médical

[152] **La PDP est un sujet relevant d'acteurs multiples au sein de l'assurance maladie (voir annexe) : le médecin conseil, la CPAM, le service social de la Carsat.** Dès lors, l'assurance maladie a mis l'accent sur l'amélioration de la coordination interne au réseau y compris sur le plan des systèmes d'information³⁶.

[153] **Cette stratégie SI se traduit notamment par la mise en place d'une nouvelle requête dite du « service social » destinée à cibler davantage les profils que les CPAM transmettent au service social.** Cette requête a été testée dans plusieurs départements à partir de 2021. Par rapport aux requêtes préexistantes (« IJ 60 » et « IJ 90 »), elle a été jugée plus pertinente pour identifier les assurés fragilisés nécessitant un accompagnement social. En effet, sans s'appuyer sur les diagnostics médicaux, elle cible des catégories précises d'arrêts de travail : la requête cible par exemple les salariés en ALD, avec consommation d'actes de radiothérapie, de chimiothérapie, etc. La requête devrait également permettre d'identifier plus facilement les arrêts de travail itératifs qui ne sont pas identifiables dans les requêtes traditionnelles fondées sur la durée de l'arrêt. Selon la CNAM, cette requête plus fine permettra d'outiller des actions d'« aller vers » plus pertinentes de la part des Carsat qui, sur la base des données qui leur sont transmises par les CPAM, définissent leurs priorités et le nombre d'assurés à contacter³⁷. En complément de la requête du service social, les Carsat continuent par ailleurs à recevoir les signalements en provenance du service médical.

[154] **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.** Cela correspond à une attente de longue date exprimée par ces différents réseaux. En effet, jusqu'à aujourd'hui, il n'existait pas d'entrepôt que les acteurs de suivi du parcours pouvaient alimenter et consulter s'agissant d'un assuré. Hébergé par la branche retraite, DEMETER permettra le croisement sur la base du NIR et agrège ainsi les données des différentes applications métier des CPAM, du service social et du service médical. 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. Une première version de DEMETER a été testée dans le cadre des expérimentations de plateformes PDP de l'assurance maladie (2021) et l'outil devrait désormais être généralisé à partir de mi 2025.

[155] **Cette action s'inscrit dans une stratégie globale d'interopérabilité des systèmes d'information de l'assurance maladie qui s'applique notamment aux actions de PDP coordonnées par le service social.** La feuille de route 2023-2027 du service social indique ainsi que l'interopérabilité entre les SI des acteurs du réseau doit permettre en premier lieu d'éviter la sur-sollicitation d'assurés par plusieurs organismes, en second lieu d'automatiser et fiabiliser les informations du dossier de l'assuré et enfin de permettre au service social de « jouer son rôle de coordonnateur de parcours » en ayant accès aux informations de ses partenaires de l'assurance maladie.

³⁶ Voir l'annexe 2 sur l'assurance maladie.

³⁷ Lettre réseau CNAM 2025.

[156] **Il faut souligner que ces outils sont à usage interne (CARSAT / CPAM / service médical) à ce stade, traduisant la priorité donnée à la coordination interne au réseau de l'assurance maladie.** Il s'agit de suivre le parcours de l'assuré entre Carsat, CPAM et service médical et pas au-delà, alors que la PDP mobilise de nombreux acteurs externes à ces réseaux. Certains interlocuteurs de la mission ont évoqué l'hypothèse d'une ouverture d'une partie de DEMETER en open source à terme, uniquement sur des données agrégées. De même, la requête service social reste interne et la transmission des arrêts de travail aux SPST fait l'objet d'un chantier ad hoc.

2.1.2.2 La mise en place d'un échange entre SPST et assurance maladie sur une partie des salariés en arrêt de travail : un dossier à la peine

[157] **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 des adhérents du SPSTI. Cette situation est mal comprise par les employeurs, qui sont souvent persuadés que le médecin du travail est informé des arrêts de travail, comme par les salariés.

[158] **Dès lors, la loi de 2021 prévoit un circuit d'information dans les deux sens entre l'assurance maladie et les SPST :**

- Les arrêts de travail de certains salariés sont partagés avec le SPST dès lors qu'ils répondent à certains critères (non définis à ce jour) et sous réserve de l'accord du salarié concerné ;
- le SPST transmet en retour à l'Assurance maladie les informations relatives au poste et aux conditions de travail du salarié détecté à risque de désinsertion professionnelle.

[159] **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 SPST.** Lancés pour préparer les décrets d'application³⁸ prévu par l'article 19 de la loi de 2021, ces travaux permettent d'identifier des difficultés de plusieurs natures à lever, conduisant à prévoir une phase transitoire avant la mise en place de la solution cible à partir de 2027. La solution cible s'appuiera sur une plateforme d'échanges spécifique quand la phase transitoire s'appuiera sur des transmission via messagerie sécurisée.

[160] **En particulier, l'assurance maladie met en avant plusieurs types de contraintes internes à prendre en compte, notamment les ressources limitées du service médical qui rendent difficile un ciblage des arrêts de travail à transmettre aux SPST, accompagné du recueil du consentement du salarié qui doit être systématique.** Pour limiter la charge pour ses services, l'assurance maladie propose dès lors de transmettre, dans la phase transitoire, 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. En outre, même dans la solution cible, l'assurance maladie ne sera pas en mesure de transmettre les informations sur les arrêts très

³⁸ Un décret en conseil d'Etat pour fixer les critères de sélection des situations qui donneront lieu à transmission des arrêts de travail et un décret simple pour fixer les modalités de transmission.

courts car ceux-ci ne lui remontent pas en vertu de l'application de la carence sur les indemnités journalière.

[161] Enfin, la transmission de l'arrêt suppose une capacité à identifier le SPST du salarié et à doter le salarié lui-même d'une identification partagée :

- sur le premier point, il n'existe pas d'annuaire des SPST précisant le rattachement de ses 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 besoin³⁹.
- Sur le second point, disposer d'une identification partagée suppose de s'appuyer sur l'INS⁴⁰. Or, couvrir l'ensemble de la population des SPST avec l'INS ne peut se faire que sur plusieurs années dans la mesure où la première étape d'obtention de l'INS est un rendez-vous physique avec la personne. Cela supposera également l'utilisation systématique de l'INS par l'assurance maladie. Cette condition de réussite du chantier mettra donc du temps à être remplie.

[162] Le même décret doit prévoir les modalités d'information en retour par le SPST permettant à l'assurance maladie d'être informée sur les suites de la transmission de l'arrêt de travail auquel elle aura procédé. Le SPST informera donc l'assurance maladie des actions entreprises.

[163] A juin 2025, la phase transitoire était encore en cours de préparation. 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. Les médecins du travail peuvent s'adresser à une adresse spécifique par département en cas de besoin de saisir le médecin conseil. Il s'agit d'une adresse générique, le nom du médecin conseil en charge du dossier n'étant pas connu le plus souvent du médecin du travail. Or, des médecins du travail ont souligné auprès de la mission les dysfonctionnements de l'adresse générique dans certains territoires en transmettant à la mission des mails illustrant les difficultés techniques rencontrées et la difficulté à transmettre des informations dans un cadre sécurisé.

[164] Plus globalement, les médecins conseils n'ont pas recours à la messagerie sécurisée de santé mais à une solution de partage sécurisé spécifique. Cependant, la CNAM a indiqué que les médecins conseils utiliseraient MSsanté dans le cadre de la transmission des arrêts de travail au cours de la phase transitoire de mise en œuvre de l'article 19 de la loi de 2021.

[165] Au vu des multiples difficultés rencontrées dès la phase transitoire, et de la nécessité de préparer la solution cible pour le 1^{er} janvier 2027, il devient nécessaire d'envisager de passer directement à la mise en œuvre de la solution cible. En effet, la phase transitoire elle-même nécessite la prise d'un décret après avis de la CNIL, avant la fin de l'année 2025. La mise en œuvre de la phase transitoire ne pourra pas bénéficier de l'identification du SPST dans la DSN qui ne sera pas encore opérationnelle en 2026. Il devient urgent de trancher sur l'abandon éventuel de cette phase transitoire qui, si elle devait être fonctionnelle, ne durerait qu'une année.

³⁹ L'événement « IJ » en DSN devrait ainsi intégrer l'information sur le SPST de rattachement.

⁴⁰ Le décret n°2022-1434 du 15 novembre 2022 relatif au dossier médical en santé au travail consacre l'utilisation de l'INS comme identifiant du DMST.

2.1.2.3 Les acteurs ont développé de multiples outils pour leurs échanges mais ni le salarié ni l'entreprise ne font l'objet d'un dossier partagé entre les acteurs de leur parcours

● Du côté du salarié

[166] **Pour suivre le parcours des salariés, les institutions (SPST, assurance maladie, mais aussi Cap emploi...) travaillent chacune avec un logiciel métier différent, ce qui entraîne de multiples saisies des informations relatives à la situation d'un même individu en arrêt de travail.** 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, partager des informations et coordonner leurs actions de manière transparente et efficace : 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. Comme l'indique le fondateur de l'outil, « notre objectif est de permettre à tous ces acteurs de dialoguer et d'avoir accès à la même information afin de coconstruire une solution de retour à l'emploi centrée sur le projet de la personne ».

[167] **L'intérêt d'un carnet de bord numérique de ce type paraît reconnu par l'ensemble des acteurs mais son déploiement reste embryonnaire :**

- La double saisie nécessaire pour les professionnels de l'accompagnement (logiciel métier de l'institution / SAMi) peut constituer un obstacle faute de solutions d'interface API ;
- L'assurance maladie paraît notamment réticente face au remplissage d'un outil externe par ses agents en plus de ses propres outils métier. La CNAM souligne en particulier les enjeux de respect du règlement général de protection des données tout en soulignant que le choix d'un outil comme SAMi relève des CARSAT.
- Certains SPST expriment également leurs doutes sur le risque de créer de la confusion en ajoutant un nouvel outil dans un environnement déjà très complexe : dans une partie des SPST, les salariés disposent déjà d'un espace adhérent sur le logiciel du SPST et ne comprendraient pas nécessairement son articulation avec l'application SAMi destinée au parcours de PDP. L'interopérabilité avec Uegar présente un intérêt de ce point de vue.

● Du côté de l'entreprise

[168] **Le diagnostic est connu de longue date et dépasse les enjeux de PDP : il n'existe pas d'échange structuré entre acteurs d'accompagnement de l'entreprise (AGEFIPH, DREETS, médecins du travail, préventeurs Carsat...) qui permettrait de partager des informations pertinentes sur l'entreprise en question.** Un tel échange permettrait en particulier d'éclairer les actions de prévention primaire et d'éviter que certaines entreprises ne se retrouvent sursollicitées par certaines institutions quand d'autres entreprises ne sont jamais sollicitées.

● Les SPST disposent d'un outil distinct pour échanger avec chacun de leurs partenaires

[169] **Les outils sont nombreux et différents selon les cibles :**

- **Les échanges avec les entreprises et les salariés** sont outillés par les logiciels métiers des SPST (portail adhérent / portail salarié).
- **Les échanges avec les autres acteurs** relèvent de multiples outils, existants ou en projet :
 - Les échanges d'un SPST avec un autre SPST passent en principe par des messageries sécurisées pour la transmission de dossiers médicaux en santé au travail ;
 - La réponse aux enquêtes (Sumer, MCP, Evrest, enquête DGT) passe par des outils ad hoc même si certains logiciels fournissent des exports destinés à faciliter la réponse ;
 - Les échanges avec l'assurance maladie sur les AT devraient passer, quand ils seront opérationnels, par une plateforme ad hoc constituée par la CNAM ;
 - Les échanges avec les professionnels de santé en ville passent par des messageries sécurisées, de même que les échanges avec les médecins conseils (mais ceux-ci n'utilisent pas la messagerie sécurisée de santé) ;
 - Les données du DMST viendront, à terme, alimenter d'une part le DMP, d'autre part le SNDS, selon des modalités à préciser.

[170] **Sur la base de ce diagnostic, un très fort besoin d'urbanisation des outils est identifié.** La cible pourrait concerner le suivi individuel du parcours du salarié mais aussi un usage collectif, avec une agrégation de données qui permette de réaliser du suivi statistique et épidémiologique. Le potentiel d'un tel suivi serait considérable au vu des informations dont disposent les logiciels métiers sur le suivi de millions de salariés.

[171] **Outre le suivi épidémiologique, l'agrégation de données issues des différents acteurs permettrait de disposer d'indicateurs de pilotage de la politique.** Aujourd'hui, 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).

[172] Pour répondre à ces différents besoins (suivi individuel du parcours, exploitation d'ordre épidémiologique, pilotage par des indicateurs fiables), il est nécessaire au préalable d'avancer sur le chantier d'interopérabilité des systèmes d'information des SPSTI.

2.2 Les avancées inégales dans les échanges de données illustrent les difficultés du pilotage national des chantiers numériques en SPSTI

2.2.1 La construction d'outils nationaux pâtit de l'absence de pilote des SI des SPST au niveau national

[173] **L'association Presanse réalise un travail important sur les thésaurus des systèmes d'information des SPSTI mais elle ne dispose pas d'un rôle de pilotage des SPSTI et son champ est nécessairement partiel.** Ainsi, Presanse ne couvre pas les SPST autonomes, ni la fonction publique, ni le champ agricole.

Les thésaurus en santé au travail

Un travail important est réalisé sous l'égide de Presanse pour construire des thésaurus conformément à la recommandation de la HAS de 2009. Un thésaurus est un répertoire de termes normalisés qui permet, par exemple, d'harmoniser la saisie d'informations dans un système d'informations.

Les Thésaurus Harmonisés mis à disposition de la profession par Présanse peuvent être soit des nomenclatures de référence (INSEE, OMS, ...), soit des nomenclatures élaborées et/ou adaptées par un groupe de travail composé de personnels des SPSTI. A titre d'exemple, les thésaurus construits en termes de maintien en emploi / PDP ont trait aux dispositifs de maintien en emploi, aux orientations vers une structure spécialisée, aux orientations vers un professionnel de santé. Dans chacun de ces champs, le thésaurus a vocation à structurer la saisine harmonisée des mesures par les équipes des SPSTI, quel que soit le logiciel qu'elles utilisent.

Presanse affiche le fait que les thésaurus seront à l'avenir téléchargeables sur le site de l'ANS. Leur mise à jour sera essentielle et devra s'appuyer sur une gouvernance élargie. En effet, les motifs de choix de certaines nomenclatures ne sont pas toujours bien compris par certains acteurs. Par exemple, concernant le genre de la personne dans le dossier médical, le thésaurus construit par Presanse comporte trois entrées : masculin, féminin, autre. Dans d'autres répertoires (DSN), seul les deux entrées homme / femme sont présentes.

[174] **Certains outils ou référentiels ont cependant été mis à disposition des services, par exemple sur la protection des données personnelles.** La CNIL est en effet régulièrement saisie par des employeurs ou des SPSTI sur des questions de respect du RGPD, ce qui l'a conduite à construire un guide opérationnel sur le sujet.

Protection des données personnelles utilisées par les professionnels des SPST : principales recommandations du guide de la CNIL (2023)⁴¹

Le SPST représenté par sa direction doit garantir la bonne utilisation des données du DMST (conservation des données, protection, sécurité). Soumis à une obligation de secret professionnel, les professionnels de santé et les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire du SPST ne peuvent communiquer d'informations relatives aux travailleurs obtenues dans le cadre de leur activité professionnelle, sauf si la loi prévoit expressément une dérogation (p. ex. : le médecin inspecteur du travail est autorisé par l'article L. 4624-8 du code du travail à accéder au DMST).

Au regard des dispositions du code du travail et de la réglementation sur la protection des données personnelles, toutes les informations que le travailleur a pu révéler dans le cadre des échanges ne doivent pas nécessairement intégrer son DMST. Seules celles considérées comme utiles à son suivi et à la poursuite des missions du SPST par les professionnels de santé peuvent être enregistrées et conservées.

⁴¹ Guide pratique RGPD – services de prévention et de santé au travail, 2023.

Les professionnels doivent être très vigilants dans l'utilisation des informations contenues dans le DMST. En vertu de la réglementation, ces données sont particulièrement sensibles. Le SPST doit donc veiller à ne traiter des données de santé des travailleurs, dans le DMST, que sur la base de l'exception prévoyant que le fichier « est nécessaire aux fins de la médecine préventive ou de la médecine du travail, de l'appréciation de la capacité de travail du travailleur ».

L'interdiction pour un employeur d'accéder au DMST est un principe fondamental. En effet, le médecin du travail reste indépendant de l'employeur dans l'exercice de ses missions et est tenu au secret médical, y compris lorsqu'il exerce au sein d'un SPST autonome implanté dans les locaux de l'employeur.

Le guide de la CNIL comporte des dispositions importantes sur les études conduites dans les SPST. Le guide prend l'exemple d'une étude menée par le médecin du travail sur les risques professionnels d'une entreprise déterminée (ex : lombalgie, chute, parallélisme des formes, exposition à des maladies), à partir des informations inscrites dans le DMST des travailleurs suivis par l'un des professionnels de santé du SPST, pour mettre en place des actions préventives. Pour conduire une telle étude, une notice individuelle doit être remise à chaque salarié. Il n'y a pas d'information nécessaire de la CNIL.

[175] **Au-delà de ces initiatives, 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.** Ainsi, dans d'autres secteurs, l'autonomie d'acteurs territoriaux n'empêche pas la conduite de travaux d'interopérabilité voire la préparation de briques nationales à utiliser par les acteurs :

- **dans le champ du handicap**, les maisons départementales des personnes handicapées sont présidées par le conseil départemental qui choisit le logiciel métier de chaque MDPH. Pour autant, l'opérateur national, la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, a mis en place progressivement depuis 2015 un SI harmonisé par des spécifications imposées aux éditeurs de logiciels. Les logiciels métiers des MDPH comportent notamment les dossiers des personnes en situation de handicap ayant déposé une demande de prestation. En outre, tenant compte des difficultés qui persistent dans le SI harmonisé des MDPH, la CNSA construit actuellement un SI national qui va outiller une partie des processus métiers des MDPH⁴². Il s'agit donc d'un chantier de longue haleine mais la présence d'un opérateur national contribue clairement à structurer le projet.
- **Dans le champ de l'emploi**, les missions locales sont outillées par le système d'information national i-milo piloté par la DGEFP. Il s'agit à la fois d'un outil pour le professionnel de la mission locale et d'un outil de partage de données avec des partenaires. Chaque jeune accompagné dispose d'un dossier numérique comportant des éléments de diagnostic de sa situation et le suivi des mesures d'accompagnement mises en œuvre.

[176] **Il n'existe pas dans le champ des SPST d'équivalent à la CNSA qui pourrait porter un chantier national d'interopérabilité.** De son côté, la DNS n'est pas à ce jour impliquée sur le pilotage des logiciels de santé au travail comme elle peut l'être sur le champ sanitaire, en

⁴² Voir Igas, « accueillir, évaluer, décider : comment les MDPH traitent les demandes des usagers » ? », 2024.

particulier dans le cadre du Ségur de la santé. Cette mission de pilotage numérique n'entre pas non plus dans le cœur de métier de la DGT.

2.2.2 Le ministère du Travail souhaite relancer le chantier d'interopérabilité entre SI des SPST mais le calendrier et les moyens associés restent à stabiliser

[177] **L'objectif d'interopérabilité des SI est ancien et a été inscrit dans la loi en 2021 : la conformité du SI du SPST aux référentiels d'interopérabilité et de sécurité fait partie des critères de la certification de ces services.** L'interopérabilité est la capacité des différents logiciels et systèmes d'information à communiquer et partager des données. L'interopérabilité entre SI des SPST présenterait de multiples intérêts présentés dans cette annexe : transferts de dossiers entre SPST quand le salarié change d'entreprise, mais aussi traçabilité des expositions, adaptation du suivi individuel aux informations du DMST... Le travail de PDP pourrait également s'appuyer sur les données de l'ensemble de la carrière du salarié retracés dans son dossier.

[178] **La DGT souhaiterait confier le pilotage opérationnel du chantier d'interopérabilité à l'Agence du numérique en santé, chargée d'élaborer les référentiels conformément à la disposition prévue dans la loi de 2021.** Le rôle technique joué par l'ANS devra cependant être réalisé sous le pilotage de la DGT (maîtrise d'ouvrage), ce qui suppose pour cette direction de consacrer des ressources suffisantes au chantier d'interopérabilité.

[179] **Dans le secteur de la santé, l'ANS réalise un travail comparable en termes d'interopérabilité, 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. Qui plus est, dans le cadre du Ségur de la santé, il a été prévu des incitations financières pour soutenir les éditeurs qui s'engagent à respecter le référentiel. Ce type d'incitation pourrait être envisagé pour l'adaptation des logiciels des SPST.

[180] **La DGT identifie plusieurs cibles majeures à atteindre pour ce chantier global d'interopérabilité :**

- Echange entre SPST ;
- Alimentation d'enquêtes nationales :
 - Soit pour le pilotage ;
 - Soit pour des enquêtes épidémiologique : Evrest...
- Alimentation du volet santé au travail du DMP ;
- Echanges avec l'assurance maladie :
 - Transmission arrêts de travail et retour (cf. article 19 de la loi de 2021)
 - Autres besoins potentiels
- Au-delà, constitution d'une base globale d'échange de données : alimentation du SNDS

[181] La réussite du chantier nécessite naturellement de garantir le respect des exigences CNIL (sécurité des données, information et transparence auprès des travailleurs sur la manière dont leurs données seront traitées et échangées...) et l'utilisation de l'INS, qui seul garantit une identification fiable en cas d'échange de données entre acteurs.

[182] **Sur la base de ces objectifs, la DGT a donc lancé un chantier de long terme d'interopérabilité, en priorisant d'abord les échanges de DMST entre SPST.** Ce choix est logique pour une première étape de l'interopérabilité, car il s'agit de mettre en œuvre une exigence réglementaire qui est aussi une demande forte des SPST. L'interopérabilité entre SPST apportera une vraie valeur ajoutée pour le travailleur et représente par ailleurs une condition pour assurer les autres étapes d'interopérabilité envers les acteurs externes : alimentation DMP, partage de données avec l'assurance maladie, alimentation du SNDS, alimentation des enquêtes en santé au travail. A titre d'exemple, il paraît peu envisageable de mettre en place des canaux d'alimentation du DMP par les dossiers médicaux en santé au travail si ceux-ci ne sont par interopérables entre eux.

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

- en premier lieu, la DGT ne dispose pas à ce jour d'un budget dédié à consacrer au chantier.
- en second lieu, la DNS et l'ANS indiquent que les ressources humaines de l'ANS sont mobilisées sur d'autres chantiers (vagues successives du Ségur de la santé) qui ne lui permettent pas de prendre le pilotage des travaux d'interopérabilité des SPST. La DNS suggère donc que la DGT s'appuie sur des sociétés privées spécialisées en matière d'interopérabilité.
- Enfin, la DNS alerte sur le fait que l'application à partir de 2029 des normes de l'espace européen des données de santé (EEDS) au DMST pourrait plaider pour décaler le lancement des travaux d'interopérabilité à 2026, année de livraison des spécifications européennes, faute de quoi les travaux lancés dès 2025 pourraient aboutir à des normes qui deviendront obsolètes avec l'EEDS.

[184] **La mission estime cependant que le chantier a déjà pris trop de retard pour attendre une année supplémentaire.** Les travaux sur l'interopérabilité sémantique, c'est-à-dire la normalisation des données, peuvent être poursuivis sans attendre 2026. Dès 2025, il est possible de lancer les travaux sur les thésaurus en particulier, afin de préparer l'interopérabilité. Cela suppose cependant que le chantier soit priorisé dans le plan de charge de l'ANS.

[185] **Il sera également nécessaire de calculer le coût prévisionnel du chantier d'interopérabilité pour les SPST et pour les finances publiques :**

- A ce jour, la DGT a estimé uniquement le coût d'une **prestation d'AMOA** qui viendrait l'appuyer au moment où les travaux de l'ANS démarreront. Le coût estimé (90 000 euros) couvrirait l'appui à la conception des normes techniques et l'accompagnement au déploiement du service : suivi des questions des éditeurs, participation aux tests techniques d'échanges de données entre éditeurs qui seront menés par l'ANS.
- Un second type de coût concernera **l'implication de l'ANS** dans le projet (sur ses fonds propres à condition que le sujet soit inscrit à son programme de travail).

- Enfin, le troisième type de coût, de loin le plus conséquent, concerne la **budgetisation des développements informatiques pour les SPST et leurs éditeurs de logiciels**. En vertu de la loi de 2021 qui prévoit l'obligation des SPST de se conformer aux référentiels d'interopérabilité⁴³, ce coût repose sur les SPST. Cependant, dans d'autres champs, des financements publics ont été alloués pour faciliter les travaux d'interopérabilité entre systèmes d'information.
 - C'est le cas dans le Ségur du numérique en santé : 630 millions d'euros pour accélérer la transformation numérique du secteur. Cela a permis notamment à 17 000 établissements de s'équiper et à 20 000 établissements de mettre à niveau les dossiers usagers informatisés, les factures de l'éditeur pour la montée de version étant réglées directement par l'État. Cela a également permis de référencer à ce jour 59 solutions logicielles selon des exigences embarquant des impératifs de normalisation des formats d'échange de documents pour faciliter le partage et l'utilisation des données de santé par une meilleure interopérabilité.
 - Dans le champ de l'autonomie, c'est également le cas pour la construction du SI harmonisé MDPH qui repose pour partie sur des financements alloués aux départements et MDPH par la CNSA pour leur permettre de se conformer aux exigences d'interopérabilité.

[186] **La préparation de l'interopérabilité entre SI des SPST devra donc s'accompagner d'un chiffrage du coût global de l'opération.** Les spécifications fonctionnelles n'étant pas disponibles, un tel chiffrage n'est pas possible à ce stade. Il est cependant possible d'estimer que le coût global sera de plusieurs millions d'euros⁴⁴. Le chiffrage devra conduire à arbitrer sur la prise en charge partielle du coût par les finances publiques ou sur sa prise en charge intégrale par les SPST.

[187] **Le travail préparatoire sur la première étape de l'interopérabilité, consistant à permettre le transfert de dossiers entre SPST, ne doit pas masquer la cible à terme qui doit être l'interopérabilité entre les SI de l'ensemble des acteurs de la PDP.** Seule une telle interopérabilité permettra à la fois le suivi des parcours individuels et l'exploitation collective des données permettant d'évaluer la performance du système. Cet objectif figure aussi bien dans la stratégie globale construite par la DGT et dans les orientations de la CNAM. Ainsi, le dernier rapport Charges et produits (juillet 2025) souligne la nécessité d'une « coordination plus étroite entre les intervenants comme le prévoit la Loi du 2 août 2021 relative au renforcement la Prévention Santé Travail » qui doit être « facilitée par la mise en place d'un système d'information interopérable entre tous les acteurs de la PDP ».

⁴³ « 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 » définis par l'ANS.

⁴⁴ A partir des données sur le coût du Ségur du numérique en santé, on peut estimer que le coût d'un chantier d'interopérabilité serait au moins de 5 M d'euros pour l'ensemble des SPSTI et peut-être deux fois plus en intégrant l'ensemble des SPST.

2.3 La mise en place d'indices de détection du risque de désinsertion s'insère donc dans un cadre où le traitement des données est encore peu piloté au niveau national

[188] **Au final, le bilan d'étape à juin 2025 de la mise en œuvre de la loi de 2021 concernant les échanges de données est mitigé :**

- L'intégration de l'INS dans les logiciels est en cours mais ce chantier progresse de manière hétérogène. D'autre part, l'utilisation de l'INS par les professionnels des SPST est encore trop limitée ;
- Le DMST informatisé n'est pas encore systématisé même s'il est désormais largement majoritaire dans les dossiers des salariés ;
- La transmission des arrêts de travail (mise en place du flux aller de l'assurance maladie puis du flux retour du SPST) constitue un chantier de longue haleine qui se heurte à plusieurs difficultés techniques ;
- Le lien entre DMST et DMP n'est pas encore opérationnel.

[189] **Ainsi, la mission ne peut que reprendre, cinq ans après, les termes du rapport de l'Igas de 2020 sur le fait que l'absence d'interopérabilité participe à « une grave lacune et une perte de chance pour les travailleurs ».** C'est le cas par exemple pour les visites de fin de carrière qui doivent retracer les expositions du travailleur mais se heurtent trop souvent à l'insuffisance des informations retracées.

[190] **Ces avancées timides contribuent à expliquer le développement en ordre dispersé des indices de repérage du risque de désinsertion professionnelle (IRDP).** En effet, les différents projets d'IRDP en cours de construction témoignent certes d'une prise de conscience dans les SPST du potentiel que représente l'ensemble des données dont ils disposent sur la population active. Mais le chantier de l'IRDP illustre aussi des avancées en ordre dispersé avec une multiplicité d'indices de repérage, aux principes de fonctionnement différents, illustrant l'absence de pilotage national de cette question. Les IRDP sont également promus par certains éditeurs dans leurs solutions logicielles. Les questions posées par le développement des IRDP sont présentées en annexe 4.

ANNEXE 4 : Le développement des indices de risque de désinsertion professionnelle

[191] La construction récente d'indices de risque de désinsertion professionnelle (IRDP) s'inscrit dans une période dans laquelle deux priorités se rencontrent :

- D'une part l'accent renforcé sur **l'exploitation des données contenues dans les logiciels des SPST** : les services détiennent de nombreux types de données qui étaient jusqu'ici peu exploitées en dehors de travaux de recherche ponctuels ;
- D'autre part, la priorité à **la prévention et 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.

1 Un contexte favorable au développement d'indices de risque de désinsertion professionnelle

1.1 Une priorité renforcée à la prévention et au repérage précoce des risques dans la suite de la recommandation de la HAS de 2019

1.1.1 La recommandation de la HAS insiste sur le repérage précoce du risque de désinsertion sans aller jusqu'à proposer la mise en place d'indices

[192] Si l'action des services de santé au travail est caractérisée de longue date par l'accent sur la prévention des risques et le maintien en emploi⁴⁵, la recommandation émise par la HAS en 2019 a joué un rôle moteur pour mettre en avant l'importance du repérage précoce du risque de désinsertion⁴⁶. La HAS recommande ainsi « que les acteurs du maintien en emploi recherchent les facteurs susceptibles d'influencer négativement comme positivement le pronostic professionnel. Ces facteurs concernent le travailleur ou son environnement de travail. » Cette recommandation s'inscrit dans une stratégie plus large de priorité à la prévention en santé, en cohérence notamment avec la stratégie nationale de santé.

⁴⁵ Le maintien dans l'emploi est ainsi réaffirmé comme mission essentielle de la médecine du travail dans la loi de 2011.

⁴⁶ « Santé et maintien en emploi : prévention de la désinsertion professionnelle des travailleurs », recommandation de bonnes pratiques, HAS / société française de médecine du travail, février 2019.

Les neuf messages clés formulés dans la synthèse de la recommandation de la HAS

Le maintien en emploi ne se limite pas aux salariés en arrêt de travail : il s'envisage tout au long du parcours professionnel.

Il est recommandé de repérer, en amont de tout arrêt de travail, toute altération de l'état de santé du travailleur ayant un retentissement sur ses capacités fonctionnelles et de travail.

La coordination des acteurs intervenant dans le maintien en emploi et la prévention de la désinsertion professionnelle est indispensable.

La visite de pré-reprise est l'une des clés du maintien en emploi.

Un plan de retour au travail ou de maintien en emploi doit être élaboré avec le travailleur et les autres acteurs concernés (employeur, professionnels de santé, etc.) ; le travailleur doit être informé, orienté et accompagné tout au long du processus.

Le maintien en emploi comprend des mesures individuelles ainsi que des mesures concernant l'environnement de travail.

Il est recommandé de tenir compte des freins et leviers pour chaque situation.

Une stratégie progressive doit être adoptée, visant d'abord le maintien au poste antérieur avec des aménagements temporaires ou durables.

À défaut un reclassement vers un autre poste de l'entreprise ou une reconversion dans une autre entreprise doivent être recherchés

[193] **La recommandation de la HAS identifie notamment les facteurs individuels et de l'environnement de travail susceptibles d'influencer le pronostic professionnel.** Concernant les facteurs individuels, elle distingue les facteurs communs comme l'âge ou le faible niveau d'études de facteurs propres à certaines pathologies, liées notamment au traitement de ces maladies. Concernant les facteurs collectifs, ceux-ci peuvent également être soit communs à tous les problèmes de santé (absence ou insuffisance de politique de maintien en emploi dans l'entreprise) soit propres à certaines pathologies (par exemple, exigences physiques du travail pour les TMS ou les pathologies cardiovasculaires)

Les principaux facteurs de désinsertion identifiés dans la recommandation de la HAS en 2019

Facteurs individuels susceptibles d'influencer le pronostic professionnel

Facteurs communs quel que soit le problème de santé

Le risque de désinsertion professionnelle est accru en cas d'association d'au moins deux facteurs parmi :

- âge > 50 ans,
- faible niveau d'études,
- isolement social ou un manque de soutien social/familial,
- capacité physique limitée,

- mauvaise santé perçue,
- symptôme de détresse,
- symptomatologie anxieuse et/ou dépressive,
- surpoids,
- arrêts de travail antérieurs répétés et/ou prolongés (> 3 mois).

Facteurs complémentaires spécifiques à certaines pathologies

La HAS identifie des facteurs spécifiques à prendre en compte pour certaines pathologies, par exemple pour les troubles musculo-squelettiques, cancers, troubles de santé mentale, pathologies neurologiques, pathologies cardio-vasculaires.

Facteurs de l'environnement de travail susceptibles d'influencer le pronostic professionnel

Facteurs communs quel que soit le problème de santé

- absence ou insuffisance de politique de maintien en emploi dans l'entreprise
- faible latitude décisionnelle associée à des exigences élevées au travail, conduisant à un niveau élevé de stress au travail ;
- faible soutien social (de la hiérarchie et/ou des collègues) ;
- faible reconnaissance au travail.

À ces trois facteurs, on peut ajouter les autres facteurs de risque psychosociaux tels qu'ils sont repris par le rapport Gollac de 2011 :

- intensité et temps de travail,
- exigences émotionnelles,
- rapports sociaux de travail dégradés,
- conflits de valeur,
- insécurité de la situation de travail (incluant l'insécurité socio-économique).

Facteurs complémentaires spécifiques à certaines pathologies

Là aussi, la HAS identifie des facteurs spécifiques à prendre en compte pour certaines pathologies, par exemple pour les troubles musculo-squelettiques, cancers, troubles de santé mentale, pathologies neurologiques, pathologies cardio-vasculaires. Par exemple, pour les TMS, la HAS identifie comme facteurs « les exigences physiques du travail (rythme de travail soutenu, travail physique ressenti comme pénible, exigences physiques du poste de travail supérieures aux capacités fonctionnelles de la personne) ».

[194] **La recommandation de la HAS, fondée sur une revue de littérature et des travaux d'experts, recense donc l'ensemble des facteurs de désinsertion, sans pour autant les hiérarchiser ni recommander spécifiquement la mise en place d'indices de risque de désinsertion.** La HAS recommande le repérage précoce de toute altération de la santé du travailleur, y compris en amont de l'arrêt de travail, sans pour autant préciser les outils opérationnels susceptibles de permettre ce repérage.

1.1.2 Le repérage précoce constitue une dimension essentielle de la PDP depuis l'ANI de 2020 traduit dans la loi de 2021 et ses textes d'application

[195] **Un an après la recommandation de la HAS, l'ANI de 2020 pour une prévention renforcée et une offre renouvelée en matière de santé au travail et conditions de travail mentionne comme objectif l'amélioration du repérage précoce⁴⁷.** Il s'inscrit dans la lignée de plusieurs rapports d'expertise mettant l'accent sur cet enjeu⁴⁸. L'accord fait le lien entre détection individuelle et repérage des risques dans l'entreprise : « L'anticipation doit avoir lieu le plus en amont possible dans l'entreprise sur la base d'éléments de diagnostics internes à l'entreprise et mis en écho avec les éléments de sinistralité et de connaissances des risques professionnels de la branche professionnelle. Elle doit passer par un dialogue renforcé entre les acteurs de l'entreprise (employeur, management, RH, représentants du personnel, salariés...) et les acteurs externes qui viennent en appui. » La détection précoce du risque passe notamment par une amélioration des relations entre médecin du travail, médecin de soin et médecin conseil.

[196] **Transcrivant l'accord de 2020, la loi du 2 août 2021 consacre les cellules de PDP et prévoit notamment la mise en place d'une certification des services inter-entreprises en fonction d'un référentiel construit autour de leurs trois missions socle, parmi lesquelles la PDP.** Le décret du 25 avril 2022 qui définit cette offre service socle des SPSTI mentionne l'enjeu d'anticipation et de détection à plusieurs reprises :

- dans l'offre socle, l'objectif attaché à la PDP est défini ainsi : « faire vivre une cellule opérationnelle pour anticiper et accompagner les cas individuels susceptibles de sortir de l'emploi ».
- La première étape de la démarche de PDP est ensuite définie comme l'« alerte et signalement précoce qui peut venir du médecin du travail, du médecin traitant, du médecin conseil, de l'employeur et du salarié »
- Le décret prévoit que l'anticipation du risque repose entre autres sur le salarié lui-même : « lorsqu'il anticipe un risque d'inaptitude, dans l'objectif d'engager une démarche de PDP et/ou de maintien en emploi et de bénéficier d'un accompagnement personnalisé, le salarié peut solliciter la cellule PDP. Si cette demande est formulée alors que le contrat de travail n'est pas suspendu, l'employeur en sera préalablement informé »
- Cependant, ce décret ne pose pas de définition des salariés susceptibles d'être accompagnés par la cellule PDP ni de méthode partagée entre SPST pour les identifier ou pour prioriser les salariés concernés par des actions de maintien en emploi.

[197] La spécification AFNOR SPEC 2217 d'août 2023, référentiel de certification des SPSTI, identifie le « repérage, signalement précoce et accompagnement professionnel et social des

⁴⁷ Préalablement à la loi de 2021, la direction générale du travail a lancé une expérimentation sur cinq services de santé au travail portant notamment sur les modalités de détection précoce du risque de désinsertion ; cette expérimentation a été interrompue par le Covid en 2020.

⁴⁸ En particulier le rapport de l'Igas sur la prévention de la désinsertion professionnelle. Voir l'annexe 1 sur les différents rapports parus sur le champ de la PDP.

salariés » parmi les missions de PDP à assurer par le SPSTI. Pour autant, cet objectif n'est pas assorti d'un indicateur.

[198] **Enfin, l'enjeu de repérage précoce est rappelé dans les différents documents stratégiques relatifs à la santé au travail pris suite à la loi de 2021.** C'est le cas par exemple du PNST 4 qui insiste sur l'enjeu de détection précoce du risque de désinsertion : il s'agit de « détecter le plus tôt possible les salariés en risque de désinsertion professionnelle dans les entreprises grâce à des critères de repérage partagés ». C'est le cas encore de l'instruction conjointe DGT / CNAM du 26 avril 2022. Celle-ci distingue les situations selon que le salarié détecté est en arrêt de travail ou non. Cependant, l'instruction précise davantage les modalités d'accompagnement du salarié par les différents partenaires que ses modalités de détection.

1.2 Le développement d'études sur les données des SPSTI dans les années 2010 a porté notamment sur les déterminants du risque d'inaptitude

[199] **Des travaux et études impliquant les SPST sont menés depuis plusieurs décennies, par exemple pour comprendre les facteurs d'inaptitude.** Les différentes études soulignent les facteurs revenant systématiquement dans le maintien en emploi, ou inversement dans la désinsertion professionnelle : le niveau d'études, le soutien social par le collectif de travail lors du retour sur le poste, la satisfaction au travail, l'évaluation par le salarié lui-même de son état de santé et de sa capacité à reprendre le travail.

[200] **Ces travaux se fondent soit sur des enquêtes spécifiques conduites au niveau d'un SPST, soit sur l'exploitation d'enquêtes nationales (Sumer, MCP, Evrest) auprès des SPST⁴⁹.** Plusieurs limites doivent en être soulignées : absence d'interopérabilité des logiciels, obligeant à conduire des études au niveau d'un seul SPST, qualité très inégale des dossiers médicaux en santé au travail ne permettant pas leur pleine exploitation, réponses aux enquêtes fondées sur le volontariat des professionnels de santé des SPST.

[201] **Les développements qui suivent ne visent pas à l'exhaustivité dans le recensement de ces études mais à illustrer en quoi ces travaux ont pu préfigurer ou inciter à la mise en place d'indices de risque de désinsertion professionnelle.** Les principales méthodes employées et les principaux résultats en sont retracés afin d'éclairer les discussions actuelles sur les différents indices⁵⁰.

⁴⁹ Pour une présentation de ces enquêtes, voir l'annexe 3 sur les systèmes d'information.

⁵⁰ Les études citées dans la présente annexe ont été conduites ces quinze dernières années, mais de nombreux travaux sont conduits dans ce champ depuis plusieurs décennies. Par ailleurs, les études examinées sont celles qui sont conduites par un SPST et/ou à partir des données d'un SPST en lien avec la PDP. Le présent rapport ne traite donc pas des nombreuses études plus globales portant sur la détection des risques professionnels : voir par exemple, sur un outil de détection du risque de TMS, « Pertinence de l'outil d'évaluation des postes de travail à risque de TMS-MS chroniques EVAL RISK TMS dans les entreprises du BTP en Ile de France et Pays de la Loire de novembre 2019 à mars 2020 », Inserm, Université d'Angers, OPPBTP, APST.

1.2.1 Des travaux qui visent à expliquer la désinsertion par des déterminants multiples

[202] **La désinsertion professionnelle est un phénomène complexe par essence qui ne peut donc être rapporté à un nombre limité de facteurs simples.** Comme le montre la HAS, de multiples facteurs entrent en ligne de compte, relatifs à la santé de la personne, à son environnement de travail, à son entourage personnel voire à ses relations avec les acteurs de son parcours (médecin du travail, médecin traitant...). Ainsi, au niveau international, le modèle dit de « Sherbrooke » illustre la nécessité d'intégrer l'ensemble de ces facteurs pour favoriser le retour au travail des patients atteints de lombalgie. Ce modèle vise à faire évoluer le paradigme traditionnel qui considèrerait que le problème à résoudre est la lésion dont souffre le travailleur selon une causalité de nature biomédicale. Le modèle de Sherbrooke élargit la perspective pour associer intervention clinique et intervention dans le milieu de travail afin de favoriser le retour au travail⁵¹.

1.2.2 De nombreuses études de terrain centrées sur les facteurs de l'inaptitude

[203] **Une étude publiée en 2016 a visé à identifier les facteurs prédictifs d'une restriction d'aptitude ou d'une inaptitude prononcée par le médecin du travail en visite de reprise**⁵². Conduite dans un service de santé de Saint Etienne, l'étude se fondait sur un questionnaire renseigné pour partie par le salarié et pour partie par le médecin. Le questionnaire rassemblait des éléments de nature médicale, professionnelle et « psychosociale » (niveau de satisfaction au travail, évaluation de la relation à l'employeur...).

[204] **Fondée sur une analyse multivariée, l'étude de 2016 a conduit à identifier quatre facteurs principaux à prendre en compte dans l'hypothèse de mise en place d'un « score de prédiction du risque d'inaptitude » :**

- 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.

[205] **Outre ces résultats, les auteurs de l'étude de 2016 ont également réfléchi à l'usage possible de ce type de « score de prédiction » du risque d'inaptitude.** Selon les auteurs de l'étude, il pourrait être utilisé en particulier par les médecins conseils et les médecins traitants pour évaluer la situation des personnes. Le score pourrait ainsi leur permettre de « faciliter le repérage en amont des situations de retour au travail difficiles afin d'orienter précocement le salarié vers le médecin du travail dans le cadre d'une visite de pré-reprise ». Cette visite de pré-reprise devant

⁵¹ « De la recherche à l'amélioration des pratiques en prévention d'incapacité au travail », J.-B. Fassier . M.-J. Durand . P. Loisel, 2009.

⁵² « 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. Pélissier, F. Chauvin, L. Fontana, INRS, TF 234.

permettre de programmer le plus en amont possible la mise en œuvre d’actions de maintien dans l’emploi.

[206] Une étude plus récente a cherché à analyser le profil des salariés déclarés inaptes dans un SPST en 2019 en ciblant, parmi les salariés inaptes, ceux qui n’ont plus de capacité de travail restante⁵³. Parmi les salariés déclarés inaptes, ce sont en effet ces salariés sans capacité de travail restante, donc en dispense de reclassement, qui présentent le risque le plus fort de désinsertion. Dans les facteurs d’une inaptitude sans capacité de travail restante, l’étude identifie l’âge, la CSP, la présence d’une pathologie psychique, la présence d’une invalidité et l’obtention d’une RQTH. L’analyse multivariée conduit à identifier l’âge et la pathologie psychique comme les deux facteurs principaux pour une inaptitude sans capacité de travail restante. En revanche, le genre ou le secteur d’activité ne paraissent pas déterminants.

[207] Plusieurs enquêtes et études ont complété l’analyse des facteurs d’inaptitude par un travail de suivi du devenir des salariés concernés :

- Une étude conduite en 2015 dans trois services de santé au travail de la région Nord Pas de Calais a cherché à suivre le taux de reclassement et la situation des salariés six mois après une inaptitude médicale⁵⁴. Six mois après l’inaptitude, 93,7 % des sujets étaient licenciés. 64,9 % étaient au chômage et 10,8 % en situation d’emploi. Le maintien dans l’entreprise était favorisé par un âge plus jeune, la présence d’un employeur ayant déjà reclassé des salariés inaptes et une motivation du salarié à rester dans l’entreprise.
- Une autre enquête avait été conduite dans le Vaucluse dans les années 2000. Elle se fondait sur un questionnaire adressé à l’ensemble des salariés déclarés inaptes sur trois années⁵⁵. Le retour à l’emploi concernait 22,5 % des cas : celui-ci était favorisé par la réalisation d’une formation professionnelle après l’inaptitude. Il existait une perte de salaire deux fois sur trois ; le nouvel emploi était considéré comme adapté par la personne dans 80 % des cas.
- Une enquête a été menée en Bretagne par la prise de contact avec la personne un an après l’inaptitude : 29 % sont en emploi, 11 % en formation. 68 % mettent en avant une perte de revenus⁵⁶.
- Une étude a porté sur le maintien dans l’entreprise un mois seulement après la déclaration d’inaptitude, en ciblant les troubles ostéo articulaires et les troubles psychiques. Entre 4 et 7 % des salariés concernés étaient maintenus dans l’entreprise un mois après l’inaptitude⁵⁷.

[208] Au-delà des résultats chiffrés, qui dépendent étroitement de la méthode employée, de la conjoncture économique 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

⁵³ « Analyse du profil des salariés déclarés inaptes au poste de travail : quelle place pour les facteurs sociétaux ou extra-professionnels et quelles conséquences sur l’emploi ? », R. Courtois, M. Couvreur, JF Gehanno, L. Rollin, revue d’épidémiologie et de santé publique, 2023.

⁵⁴ « Devenir des salariés après une inaptitude médicale », A. Rondi, S. Fantoni-Quinton 2017

⁵⁵ « Devenir des salariés licenciés suite à une inaptitude au poste de travail en Vaucluse de 2002 à 2004 », C. Buchet, A. Col, B. de Labrusse, H. Rigaut, A.-M. Masse, M. Faivre-Dupaigre, 2010.

⁵⁶ « Devenir professionnel des salariés après inaptitude : étude au sein d’un service de santé au travail d’Ille et Vilaine », S. Perrin, A. Reilhac, M. Ben Lahoussine, 2021.

⁵⁷ « Facteurs liés au maintien dans l’entreprise à un mois chez 8507 salariés déclarés médicalement inaptes en Hauts-de-France entre 2014 et 2018 », B. Boulanger, M. Surquin, S. Fantoni-Quinton, A. Leroyer, 2020.

pour éviter l'inaptitude. On peut en effet résumer ces études par les estimations approximatives suivantes : parmi les salariés déclarés inaptés, soit plus de 130 000 par an, plus de 90 % finissent par être licenciés et parmi les salariés licenciés, seuls 20 à 30 % d'entre eux parviendront à retrouver un emploi dans l'année qui suit.

[209] Enfin, les décisions d'inaptitude ont fait l'objet de travaux portés dans le cadre des différents PRST au regard du nombre très important de décisions d'inaptitude prononcées chaque année.

Une enquête systématique auprès des SPSTI pour approfondir la connaissance des inaptitudes : l'enquête IODA en Occitanie

Lancée dans le cadre du PRST 3, conduite par le CREA-ORS Occitanie, l'enquête IODA vise à recueillir des informations sur les situations au travail donnant lieu à une inaptitude prononcée dans chaque service : pathologies, caractéristiques des salariés concernés, activités les plus fréquentes, types d'entreprises. Cette enquête permet de calculer les taux d'incidence des inaptitudes par territoire (région, département, zone d'emploi), par cause médicale principale, par secteur d'activité, par métier, par sexe et par tranche d'âge. Dans le cadre du PRST 4, l'enquête a été enrichie notamment par un indicateur permettant d'identifier les facteurs déterminants des taux d'incidence des inaptitudes et des demandes d'aménagement de poste prononcées par les médecins du travail.

1.2.3 Certaines études portent sur les déterminants de la désinsertion au-delà de l'inaptitude : décrochage professionnel, usure professionnelle

[210] Des études s'intéressent aux facteurs de désinsertion sans se limiter à la notion d'inaptitude constatée par le médecin du travail, à l'instar d'une étude de 2019 sur les facteurs de « décrochage professionnel » dans un SPST en Gard Lozère⁵⁸. L'étude a été menée en 2019 sur les salariés entre 45 et 50 ans suivis par le CIMST pour identifier les facteurs de « décrochage » qui peuvent intervenir sur cette tranche d'âge. Le service relevait en effet que cette population était particulièrement impactée en termes de pathologies, de handicaps et d'inaptitudes.

[211] Les questions de l'étude de 2019 portaient d'une part sur le ressenti du salarié sur sa santé et sur son poste à partir d'un auto-questionnaire, d'autre part sur un volet rempli par le professionnel de santé portant sur les pathologies, aménagements de poste éventuels, etc. Trois questions ont fait l'objet d'investigations particulières : le ressenti du salarié sur son poste actuel (contraintes, difficultés), son éventuel sentiment de manque de compétences, son pronostic sur sa capacité à tenir sur ce travail d'ici trois ans. A titre d'exemple, plus d'un quart des répondants doute que son état de santé lui permette de rester sur son poste à distance de trois ans, proportion qui augmente après 53 ans et chez les ouvriers. L'étude illustre l'intérêt de « rechercher des signes de décrochage auprès d'une population encore éloignée de la fin de la vie active ».

⁵⁸ « Les facteurs potentiels de « décrochage professionnel » : une étude statistique chez les 45-55 ans en Gard-Lozère », A. Bernard et alii, Références santé au travail, mars 2021.

[212] **Cette première étude a été suivie d'autres travaux dans le même SPST portant plus spécifiquement sur le caractère prédictif des réponses au questionnaire⁵⁹.** Il s'agissait ainsi, trois ans après, de voir s'il y avait une corrélation entre la situation des personnes sans emploi à cette date et les réponses apportées au questionnaire trois ans auparavant. La corrélation n'est pas démontrée pour la réponse relative aux compétences ; en revanche, le caractère prédictif semble confirmé s'agissant de la réponse sur le ressenti concernant le poste actuel et le pronostic sur sa propre capacité à conserver son travail d'ici trois ans. Sur cette période de trois ans, un suivi téléphonique régulier des salariés concernés a été assuré par le SPST, permettant non seulement le suivi mais également la mise en contact avec des professionnels ou des partenaires du SPST en cas de besoin identifié de la personne. Au-delà du champ de l'étude, ce suivi a été mis en place par la cellule PDP du SPST pour évaluer le parcours des salariés à la sortie de leur accompagnement par la cellule.

[213] **Des études sont également conduites dans des SPST pour rechercher les déterminants de l'usure professionnelle.** Ainsi, une étude a été menée auprès d'un SPST du bâtiment établissant un lien entre exposition à des contraintes physiques et psychosociales et usure, entendue comme une baisse des capacités fonctionnelles physiques (CFP)⁶⁰. L'étude montre par exemple une corrélation entre exposition à des vibrations du corps ou à une forte demande psychologique et la baisse de certains CFP. Les auteurs en concluent que certains tests fonctionnels pourraient être mis en place pour prévenir les risques d'usure.

[214] **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 :** construction d'un indice pour orienter vers une visite de pré-reprise, suivi téléphonique régulier pour évaluer le devenir des salariés.

1.2.4 Des caractéristiques communes des études malgré leurs méthodes différentes

[215] **Ces études récentes présentent certains points communs sur le plan de la méthode :**

- **Concernant la méthode, la place très large laissée aux questionnaires, à remplir par le salarié et/ou le médecin ;** un nombre limité d'études se fonde sur l'analyse des DMST ;
- **Le caractère géographiquement limité de ces études,** le plus souvent sur un seul service de santé au travail, 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, fragilise la représentativité des réponses et l'extrapolation de leurs enseignements.

⁵⁹ « 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.

⁶⁰ « Prévenir l'usure professionnelle : contraintes professionnelles cumulées et capacités fonctionnelles physiques », Emmanuelle Turpin-Legendre, Laurent Claudon, INRS.

Tableau 1 : Synthèse d'un échantillon d'études sur les facteurs d'inaptitude ou de désinsertion

Auteurs / date publication	Population ciblée	Lieu	Méthode	Facteurs-clés identifiés par l'étude
Pélissier, Chauvin, Fontana / 2016	Salariés concernés par déclaration d'inaptitude ou restriction d'aptitude	SST Saint Etienne	Questionnaire salarié et médecin du travail Analyse multivariée	Quatre facteurs d'inaptitude identifiés : - jugement du salarié sur son état de santé - durée de son arrêt de travail - dernier diplôme obtenu - informations sur son suivi thérapeutique
Courtois, Couvreur, Gehanno, Rolllin / 2023	Salariés concernés par déclaration d'inaptitude sans capacité de travail restante	SST Mont Saint Aignan	Analyse des dossiers médicaux Régression logistique	Age et pathologie sont les deux facteurs principaux de l'inaptitude. Autres facteurs : CSP, présence d'une invalidité...
Rondi, Fantoni / 2017	Devenir post-inaptitude des salariés	Trois SST Nord Pas de Calais	Contact téléphonique six mois après l'inaptitude	Trois facteurs principaux de maintien en emploi : - âge ; - employeur ayant déjà reclassé des salariés; - motivation du salarié à rester dans l'entreprise
Buchet, Col et alii / 2010	Devenir post-inaptitude des salariés	Ensemble des médecins du travail du Vaucluse	Questionnaire adressé aux salariés déclarés inaptes sur trois années	Facteurs défavorables : âge, genre, pathologies psychiques et ostéo-articulaires. Maintien en emploi favorisé par la réalisation d'une formation professionnelle après l'inaptitude
Perrin, Reilhac, Ben Lahoussine / 2021	Devenir post inaptitude des salariés	SST Ille et Vilaine	Contact téléphonique post inaptitude	Facteurs défavorables : âge, troubles psychiques, invalidité
Bernard et alii / 2021	Décrochage professionnel (retraite anticipée, invalidité, recherche d'emploi)	SST Gard Lozère	Auto-questionnaire rempli par le salarié	Ressenti du salarié sur son poste de travail ; Pronostic sur sa propre capacité à rester sur son poste
Boulanger, Surquin, Fantoni, Leroyer / 2020	Devenir un mois après l'inaptitude	Hauts de France	Questionnaire rempli par les médecins du travail.	Facteurs défavorables au maintien dans l'entreprise : genre féminin ; durée d'arrêt de travail ;

			Régression logistique.	appartenance à une entreprise de moins de 50 salariés
--	--	--	---------------------------	--

Source : Mission

[216] **Malgré leurs différences d’approches, ces études identifient ainsi des facteurs de désinsertion qui dépassent largement l’âge ou l’existence d’une pathologie chez le salarié.** La compétence (niveau de qualification ou suivi d’une formation), la taille de l’entreprise et surtout le ressenti sur le poste de travail sont des facteurs déterminants.

1.2.5 Des auto-questionnaires dont la valeur prédictive est démontrée par des études internationales

[217] **L’accent sur le questionnaire auprès des salariés dans les études analysées ci-dessus 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 figurant dans le *Work ability index (WAI)* diffusé au niveau international depuis plusieurs décennies, qui a inspiré plusieurs questionnaires administrés dans des SPSTI.

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. Plusieurs versions du WAI existent.

La version courante du WAI est composée des questions suivantes :

- évaluation de votre capacité de travail actuelle comparée à la meilleure que vous n’ayez jamais atteinte ;
- 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 international⁶¹. Des travaux en France tendent à montrer que le WAI constitue un bon indicateur pour détecter les situations de risque de désinsertion professionnelle à deux ans. C'est le cas d'une étude conduite en 2018-2019 sur des salariés atteints de lombalgie chronique⁶².

2 Depuis cinq ans, l'émergence d'indices de risque de désinsertion professionnelle en ordre dispersé dans les SPST

2.1 Des indices en développement qui appliquent des méthodes différentes

[218] Aujourd'hui encore, 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'IRD. Pour autant, l'usage d'indices s'est fortement développé ces dernières années.

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

[219] Différents indices ont été développés par certaines SPSTI. La mission présente ici des outils qui ont connu une diffusion au-delà d'un seul SPST, sur l'ensemble d'une région voire sur plusieurs régions.

2.1.1.1 Un indice de désinsertion et d'inaptitude intégré dans le logiciel métier PADOA à partir des travaux d'un SPSTI à Marseille

[220] **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 autonomes⁶³.**

[221] **L'indice construit par le GIMS 13 entre 2017 et 2020 a vocation à être utilisé » à chaque visite, dès l'embauche pour tous les salariés par tout professionnel de santé au travail » dans une optique de détection précoce du risque⁶⁴.** Sa construction s'inspire à la fois de la méthode

⁶¹ Voir par exemple, concernant la profession infirmière, l'étude « Propriétés psychométriques de l'indice d'aptitude au travail à la lumière d'une étude comparative », P. Radkiewicz, M. Wierszal-Bazyl, 2005. Pour une étude plus globale : Lundi et alii, Predictive validity of the WAI and its individual items in the general population, Scand J Public Health, 2017.

⁶² « Evaluation de la relation entre le score obtenu au questionnaire WAI et le maintien en emploi à deux ans chez les travailleurs lombalgiques chroniques », Thibault Blondin, Clémentine Quesnel, Faculté de santé d'Angers, 2019.

⁶³ Voir l'annexe sur les systèmes d'information.

⁶⁴ « Expérimentation d'un indice de risque de désinsertion professionnelle », Nicole Dousselin, Marie Triglia, Anne Landi, 2020.

EVREST⁶⁵ et de l'échelle de bien-être au travail (EVA BT), conduisant à classer les salariés entre un niveau 0 de risque et un niveau 3⁶⁶ :

- A titre d'exemple, un salarié ne présentant aucune affection physique ou mentale et ayant un score de bien être au travail supérieur à 7 est classé en risque 0 de désinsertion.
- A l'inverse, un salarié présentant un score EVA BT inférieur à 7 avec retentissement sur la santé, qui ne se projette plus dans l'entreprise de façon durable, avec une altération de santé et un gêne dans le travail est classé sur un risque de niveau 3.
- Les salariés classés en niveaux 2 et 3 sont considérés comme vulnérables.

Tableau 2 : Estimation de l'IRDP d'un salarié selon la méthode du GIMS 13 de Marseille

VOLET Affections physiques ou mentales	INDICE DE RDP	VOLET Bien être au Travail
Aucune affection	RDP 0 nul	Score de Bien être au travail (EVABT) ≥ 7
Antécédent ou facteur de risque (addictions, surcharge pondérale...) pouvant à long terme gêner le salarié dans son travail	RDP 1 faible	EVA BT < 7 SANS retentissement sur la santé SANS remise en question de la projection dans l'entreprise
Maladies suivies ou traitées OU signes fonctionnels OU altération de l'état général	RDP 2 moyen	EVA BT < 7 + retentissement sur la santé OU ne se projette plus de façon durable dans l'entreprise
Maladies suivies ou traitées OU signes fonctionnels OU altération de l'état général + GÊNE DANS LE TRAVAIL*	RDP3 fort	EVA BT < 7 + retentissement sur la santé + ne se projette plus de façon durable l'entreprise

Source : Présentation aux 57èmes journées santé au travail de Presanse

[222] **L'étude du GIMS 13 présente des résultats de détection de l'indice jugés performants par l'équipe de recherche à l'aune de plusieurs critères** : la fidélité inter-juges, c'est-à-dire la concordance des résultats obtenus entre professionnels différents ; la sensibilité discriminante, soit la capacité de l'indice à identifier les salariés à risque ; la validité convergente c'est-à-dire la corrélation entre salariés classés en niveau 3 de risque et salariés inaptes. Ce coefficient de corrélation est à 0,73. En outre, l'indice s'insère dans le protocole de collaboration médecin infirmière et « s'avère d'une aide majeure pour les infirmières dans leur démarche d'orientation des salariés vers les médecins ».

[223] **A partir de travaux conduits en lien 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**

⁶⁵ Le questionnaire EVREST est présenté dans l'annexe SI.

⁶⁶ « Elaboration d'un indice de risque de désinsertion professionnelle », 57^{ème} 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.

d'inaptitude (IRI de 0 à 3). Ainsi, un salarié en risque fort d'inaptitude pourra être associé à un risque plus faible de 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.

La cotation des IRDP dans PADOA

L'onglet relatif à l'IRDP dans le logiciel PADOA permet au professionnel de saisir les facteurs de risque au moment où il remplit l'indice. Les facteurs de risques peuvent être des expositions, des pathologies, des antécédents comme l'illustre la capture d'écran ci-dessous.



Le professionnel de santé doit classer le salarié soit :

- en niveau 0 : absence d'impact santé/ travail
- en niveau 1 : impacts possibles à long terme. Par exemple, score de stress au travail supérieur à 7, facteurs de risques (alcool, tabac, obésité)
- en niveau 2 : 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
- en niveau 3 : gêne dans le travail exprimée et identifiée.

Le logiciel permet également de coter un indicateur de vécu au travail (échelle de stress au travail de 0 à 10).

La cotation de l'IRDP va déboucher directement sur un autre onglet, « maintien en emploi », qui comportera le suivi des mesures à mettre en place.

[224] **Dans chaque SPST, l'équipe pluridisciplinaire définit ainsi son protocole de classement des situations individuelles au sein de ces catégories du logiciel PADOA, sur la base des définitions portées par le logiciel.** 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'automatisme dans la traduction en indice des facteurs de risque identifiés. Les deux indices, IRDP et IRI, ont vocation à être remplis à l'occasion de n'importe quelle visite au SPST.

2.1.1.2 Un auto-questionnaire développé par un SPSTI en Grand Est en collaboration avec l'institut national de recherche et de sécurité

[225] **Un indice de risque fondé sur un questionnaire a été construit en région Grand Est et diffusé à l'ensemble des SPSTI de la région sous impulsion du médecin inspecteur régional de la Dreets.** A l'origine, le service ALSMT⁶⁷ a conçu et administré en 2016, en collaboration avec l'INRS, un questionnaire de repérage de salariés à risque de « décrochage ». Le point de départ était le constat d'une difficulté croissante à reclasser des salariés de plus de 45 ans et donc la volonté d'identifier plus en amont les potentiels « décrocheurs ».

[226] **Destiné aux plus de 45 ans dans les entreprises de moins de 50 salariés, le questionnaire de l'ALSMT est composé de dix questions et se veut simple d'utilisation et inspiré du Work ability Index (WAI, cf supra)⁶⁸.** L'étude conclut que « deux questions, simples d'utilisation, s'avèrent prédictives du risque de désinsertion à trois ans » : la première porte sur l'évaluation par le salarié de sa capacité de travail actuelle et la seconde sur ses projections professionnelles à deux ans compte tenu de son état de santé actuel. Lorsque le salarié déclare un score faible sur ces deux items cumulés, le risque de se retrouver parmi les décrocheurs trois ans plus tard est de 60 %⁶⁹.

[227] **Dès lors, les deux questions identifiées comme prédictives sont désormais posées systématiquement dans le service en question par les médecins et infirmiers volontaires pour les salariés de plus de 45 ans.** Les réponses conduisent au remplissage de l'indicateur de risque dans le logiciel PADOA du SPST, ce qui illustre la compatibilité entre la démarche d'auto-questionnaire et l'indice de risque figurant dans ce logiciel. Le remplissage de l'indice par le médecin du travail n'est cependant pas obligatoire. En cas de remplissage d'un indice élevé, des actions individuelles ou collectives peuvent être mises en place mais la situation du salarié n'est pas systématiquement examinée en cellule PDP si le médecin du travail considère qu'il peut suivre la situation sans l'appui de la cellule. 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.

[228] **Certaines organisations représentant les employeurs soulignent la nécessité de ne pas fonder l'évaluation des risques sur un simple questionnaire auprès des salariés.** Pour elles, il est indispensable de prévoir de compléter ces questionnaires par un regard apporté par un professionnel de santé, susceptible d'apporter une objectivité plus grande dans l'analyse de la situation du travailleur.

[229] **L'auto-questionnaire de l'ALSMT a donné lieu à plusieurs actions notables au niveau régional et national.**

[230] **Au niveau régional, l'utilisation de l'auto-questionnaire est désormais systématiquement prévue dans les CPOM signé par la Dreets avec les SPSTI.** Le guide des bonnes pratiques des cellules PDP construit par la Dreets Grand Est prévoit, parmi les missions des cellules, l'analyse

⁶⁷ Association Lorraine de Santé en Milieu de Travail.

⁶⁸ « Aspects prédictifs d'un questionnaire de repérage des salariés à risque de désinsertion professionnelle », Guyot et alii, Références en santé au travail, septembre 2023.

⁶⁹ 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.

collective des auto-questionnaires réalisés à l'occasion des visites de mi carrière et des actions engagées suite à ce travail de repérage du risque de désinsertion.

[231] **Au niveau national, l'enquête EVREST a évolué pour introduire la question sur la capacité perçue du travail, c'est-à-dire la vision du salarié sur sa propre capacité à se maintenir dans son emploi.** Depuis 2022, Evrest comporte ainsi la question suivante : « pensez-vous que dans deux ans, votre état de santé vous permettrait d'effectuer votre travail actuel ? ». En outre, il est désormais prévu que les salariés seront réinterrogés deux ans après avoir répondu à la question sur leur capacité à se maintenir dans leur emploi. Ce suivi à deux ans interviendra en 2026 et 2027. L'objectif est d'identifier les questions les plus pertinentes pour anticiper le risque de désinsertion, et plus globalement d'établir un lien entre les conditions de travail, l'état de santé à mi carrière et le devenir des salariés.

[232] **L'indice développé par le GIMS 13 et les auto-questionnaires fondés sur le ressenti du salarié apparaissent complémentaires, comme l'illustre le fait qu'ils peuvent tous les deux conduire à une cotation de risque dans PADOA.** En cible, l'articulation entre ces deux démarches pourrait être :

- Une approche fondée sur le ressenti du travailleur, qui peut intervenir à tout moment et même en dehors de toute visite, comme moyen de détection précoce et d'orientation vers un professionnel de santé ;
- Une approche par le professionnel de santé qui seul peut apporter une expertise médicale et professionnelle, et dont le diagnostic se traduit dans un IRDP du type de celui proposé par le logiciel Padoa.

2.1.1.3 L'appropriation de ces différents travaux dans les SPSTI a conduit à l'émergence d'indices différents et non harmonisés sur le territoire

[233] **Les travaux initiés à Marseille et dans la région Grand Est ont donné lieu à des adaptations dans d'autres territoires.** Les différences territoriales relevées par la mission portent à la fois sur la construction des indices et sur leur utilisation par les SPSTI.

[234] **S'agissant de la construction des indices, la mission relève plusieurs exemples d'initiatives spécifiques dans un ou plusieurs SPSTI.** Les paramètres renvoient toujours aux mêmes thèmes mais leur pondération peut différer.

Exemples d'indices de risque de désinsertion détectés au niveau local

L'AST 18 (Bourges) a construit un algorithme simple conduisant à classer le travailleur en IRDP 0/1/2/3 (dans son logiciel Padoa) en fonction de la réponse à quatre questions :

- Les contraintes professionnelles : faibles/modérées/fortes
- La relation avec l'entreprise : bonne / neutre / difficile, complexe
- La compatibilité du poste de travail avec l'état de santé
- L'appréciation du médecin du travail sur la compatibilité à terme « conditions de travail / santé ».

Dans les Hauts de France, un groupe de travail du réseau PDP constitué par la Dreets a proposé un indice fondé sur l'interrogation du salarié et du médecin, portant sur l'état de santé, les conditions de travail, l'accès aux soins, les possibilités de l'entreprise.

D'autres services ont adapté ces paramètres en fonction de leurs pratiques locales.

[235] **S'agissant de l'utilisation des indices, les réponses des SPSTI au questionnaire de la mission illustrent la diversité des usages possibles.** Certains SPSTI disent utiliser l'indice à chaque visite médicale quand d'autres le réservent aux visites de mi-carrière ou de préreprise. De même, les usages cités par les répondants à l'enquête diffèrent : certains l'utilisent pour suivre le devenir des salariés classés en indice 3 IRDP ; d'autres pour objectiver les critères d'entrée d'un salarié dans le parcours PDP ou pour l'orientation vers la cellule PDP ; d'autres pour évaluer l'efficacité de la cellule PDP en suivant l'évolution de l'indice moyen.

[236] **Ainsi, les SPSTI utilisent souvent leurs indices moins pour la détection précoce que pour le pilotage de leur service et l'orientation des salariés vers la cellule PDP.** Un SPST (Prevry en Occitanie) a construit son propre arbre décisionnel qui détermine les professionnels de la cellule à saisir en fonction du niveau de l'IRDP et de l'IRI (assistante sociale, IDEST, psychologue du travail ou staff pluridisciplinaire saisi par le médecin du travail). L'ensemble de ce process est précisé dans la documentation qui sert de base à la certification du service. 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.

[237] **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**

2.1.2 L'assurance maladie a construit sa propre nomenclature de classement des situations individuelles des assurés qui diffère entre régime général et MSA

[238] **Par rapport aux SPST, l'enjeu de détection du risque de désinsertion se pose nécessairement de manière différente pour l'assurance maladie :** historiquement, ce sont les arrêts de travail et leur durée ou leur répétition qui conduisent l'assurance maladie à intervenir sur des problématiques de maintien en emploi alors que les SPST interviennent aussi auprès de salariés qui ne sont pas en arrêt de travail. L'assurance maladie dispose de longue date de critères de repérage des arrêts de travail susceptibles de conduire à un risque de désinsertion, en se fondant en particulier sur le critère de la durée de l'arrêt. Les travaux conduits par la CNAM visent donc à affiner le ciblage des arrêts de travail associés à un risque de désinsertion⁷⁰ plutôt qu'à mettre en place des indices de repérage du risque à proprement parler.

[239] **Outre le ciblage sur certains arrêts de travail, l'assurance maladie a établi une nomenclature permettant de mieux classer les assurés en risque de désinsertion professionnelle par niveau de**

⁷⁰ Voir l'annexe 3 sur les systèmes d'information.

gravité. Cinq niveaux de gravité et de complexité ont été identifiés avec une visée de construction des parcours de prise en charge adaptée à ces différents profils T0 à T4.

La grille de l'assurance maladie/ régime général sur les cinq niveaux de gravité et de complexité des salariés à risque de désinsertion

Prévention primaire et secondaire, pour lesquelles la branche des Risques Professionnels peut être amenée à intervenir, en lien avec les SPST et les employeurs :

T0 : Prévention primaire ciblée : risque en lien avec le secteur d'activité croisé avec d'autres critères de profil sociodémographique. La réponse apportée est de type collectif.

T1 : Premiers signaux (individuels) d'alerte : La capacité à exercer un emploi n'est pas menacée à court terme mais certains signes laissent à penser que la situation et l'employabilité de l'assuré peuvent se dégrader.

Prévention tertiaire, sur laquelle intervient l'Assurance Maladie, au titre de la branche Maladie pour les assurés actifs, en lien avec ses partenaires :

T2 : Maintien dans l'emploi (sur le poste d'origine) : Moyennant une adaptation du poste et, le cas échéant une formation, un retour à l'emploi sur le poste, est possible.

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.

[240] **Cette nomenclature n'est pas utilisée comme un indice de détection du risque mais de classement des situations individuelles par les services de l'assurance maladie.** 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.

[241] **La nomenclature en question, parfois nommée « pyramide des fragilités », paraît bien connue au sein du réseau de l'assurance maladie d'après les déplacements réalisés par la mission.** En revanche, elle n'est pas ou peu connue des partenaires de l'assurance maladie, notamment les SPST. Sans être un indice de détection remontant aux facteurs prédictifs de la désinsertion, cette nomenclature présente l'intérêt de chercher à établir un lien direct avec le résultat du parcours de maintien en emploi (maintien sur le poste, reclassement, prise en charge du handicap...).

[242] **En outre, la circulaire CNAM de 2024 tente de faire correspondre les niveaux de gravité de cette pyramide à une intervention privilégiée du service social de la Carsat ou du SPST.** La circulaire indique par exemple qu'un salarié classé en T2 ou T3a bénéficiant d'un accompagnement par un SPST ne sera pas forcément accompagné par le service social de l'assurance maladie. Un salarié en situation T3a, T3b ou T4 nécessitera probablement un accompagnement de plusieurs acteurs et « une coordination du parcours et un accompagnement par le service social de l'Assurance Maladie s'impose, si l'assuré en est d'accord. »⁷¹. Cet exercice

⁷¹ Circulaire CIR-27-2024, 20 septembre 2024 : Présentation de la Prévention de la Désinsertion Professionnelle - Adaptation de l'organisation de l'offre de service de l'Assurance Maladie. On constate ainsi un recoupement potentiel entre intervention du SPST et du service social sur les situations « T3A ».

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 ne soit pas partagée avec les SPSTI.

[243] **La MSA dispose également d'une grille de classification des risques de désinsertion qui diffère de celui du régime général.** Elle ne compte que quatre niveaux au lieu de cinq pour le régime général. Les deux premiers niveaux sont proches dans les deux réseaux mais les niveaux suivants diffèrent. 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.

La grille de la MSA sur les quatre niveaux de gravité et de complexité des salariés à risque de désinsertion

T0 : action de prévention ciblée : approche collective d'information et sensibilisation sur les risques auprès d'un secteur ou d'une population ciblée

T1 : Premiers signaux individuels d'alerte : un nombre restreint d'entretiens d'information, conseil ou orientation à visée de PDP (dont visite de pré-reprise, mi carrière)

T2 : risque avéré de DP : mesures d'accompagnement et maintien en emploi sans passage en cellule pluridisciplinaire opérationnelle (CPO)

T3 : accompagnement concerné : passage en CPO pour concertation des trois services impliqués (santé au travail, médecin conseil, service social)

2.2 Les usages des indices en cours de construction doivent être clarifiés

2.2.1 Les indices de risque peuvent avoir des usages individuels ou collectifs

[244] **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.**

2.2.1.1 Les usages individuels pour outiller le suivi d'un salarié

[245] **Les premiers usages mis en avant sont de nature individuelle, c'est-à-dire pour la contribution à l'accompagnement du parcours individuel du salarié : l'IRDP peut constituer en particulier une aide à la décision du professionnel de santé.** Cet usage peut intervenir à différents moments du parcours : 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.

[246] **Plus particulièrement, la diffusion d'indices paraît particulièrement demandée par les infirmiers en santé au travail.** Les délégations entre médecins du 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, sans doute davantage que les médecins qui concentrent souvent déjà leur activité sur les cas les plus complexes. Certaines études ont souligné la pertinence d'une réflexion sur la transposition en santé au travail du concept de « fragilité » utilisé en gériatrie. La transposition de ce concept permettrait « le repérage des salariés vulnérables par l'infirmier en santé au travail lors de la visite d'information et de prévention et une orientation pertinente vers le médecin du travail afin de mettre en place un plan d'action, de sensibilisation et de prévention »⁷². Ce repérage serait facilité par la mise à disposition d'un indice.

[247] **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.

[248] **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.** A titre d'exemple, le logiciel PADOA permet de mesurer l'évolution de l'indice entre le début de mise en œuvre du plan de maintien dans l'emploi et la fin du plan : il permet ainsi d'approcher l'impact du plan de maintien en emploi même si l'évolution de l'indice ne lui est pas exclusivement imputable.

2.2.1.2 Les usages collectifs pour le pilotage d'un service ou la connaissance d'un tissu d'entreprises ou d'une population de salariés

[249] **Les usages possibles 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 ?
- **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.

[250] **Cet usage collectif potentiel, souligné par de nombreux interlocuteurs, renvoie plus globalement à des travaux de nature épidémiologique qui dépassent l'échelle d'un SPST.**

⁷² « Proposition d'un outil de repérage de facteurs de vulnérabilité des salariés par l'infirmier en Santé au travail », S. Nahum-Henry, A. Descatha, 2021.

Cependant, un tel usage n'est vraiment envisageable que si les SPST partagent un indice standardisé.

2.2.2 Un indice harmonisé entre services au niveau national présenterait plusieurs intérêts

[251] Par rapport à des indices limités à un SPST ou à un nombre limité de services, la construction d'un indice national pour l'ensemble des SPST présenterait plusieurs intérêts, qu'il s'agisse de son usage individuel ou collectif :

- 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 salarié⁷³.
- 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.
- L'usage collectif serait également facilité :
 - possibilité de comparer les indices de plusieurs SPST d'une même région, de suivre le résultat de leur action et donc de mieux rendre compte de leurs missions ;
 - possibilité pour un SPST de situer ses résultats en matière de PDP par rapport aux autres services.
 - Au niveau d'un territoire ou d'un secteur économique, indépendamment des SPST de rattachement, possibilité de suivre l'évolution du risque de désinsertion pour une population donnée et donc de construire les actions de prévention primaire en réponse.

[252] Un tel usage collectif supposerait cependant des extractions des logiciels pour permettre une exploitation des indices de chaque SPST. Il peut s'agir d'un argument supplémentaire en faveur d'un indice national : un indice standardisé permet de transmettre aux éditeurs des spécifications identiques pour l'ensemble des logiciels. Plus globalement, la construction d'un indice national et le chantier plus global d'interopérabilité entre logiciels sont étroitement liés.

[253] 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

⁷³ Voir l'annexe sur les systèmes d'information.

aucun indicateur n'est partagé entre institutions qui ne sont donc pas suffisamment responsabilisées sur des résultats communs.

[254] **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 Un indice standardisé de risque de désinsertion professionnelle est en cours de test dans une partie des SPSTI

[255] 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.

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

3.1.1 Un état des lieux mené par Presanse sur les différents indices en cours de construction

[256] **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 HAS⁷⁴.** 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.

[257] **Parmi les indices cités dans l'analyse de Presanse sur les outils existants, figurent des indices reposant sur le SPST, l'employeur ou le salarié lui-même.**

Exemples d'indices mis en avant par Presanse dans son diagnostic

- Un indice rempli par **l'employeur**, fondé sur les risques identifiés en entreprise, la fréquence d'exposition et les éventuelles mesures de prévention prises par l'employeur (GESTE 05)
- Un calcul par **le SPST** de risque de désinsertion du salarié combinant une évaluation de son état de santé, une estimation de l'échéance prévisible de son inaptitude et une estimation de la marge de manœuvre existante pour le maintenir en emploi (OPSAT)
- Un indice (ALSMT) fondé exclusivement sur un auto-questionnaire rempli par **le salarié**, proche des questions du Work ability index, comportant dix questions relatives :
 - Au travail, notamment : « notez de 1 à 10 votre capacité de travail » ; « y a-t-il eu des modifications importantes (techniques, temporelles, organisationnelles...) depuis deux ans ?
 - A la santé, par exemple : durant les douze derniers mois, avez-vous été absent pour raison de santé ? ;

⁷⁴ Groupe de travail rattaché à la commission Offre et innovation de Presanse.

- Au futur : « pensez-vous que dans deux ans, votre état de santé vous permettra d'effectuer votre travail actuel ? ».

3.1.2 Les principes fixés dans le groupe de travail de Presanse pour son futur indice

[258] **Un principe structurant décidé par le groupe de travail est de fonder le calcul d'un futur indice sur les données figurant dans les DMST.** Le projet affiché doit ainsi déboucher sur « un IRDP simple, adapté aux moyens temporels, adapté aux moyens logiciels et respectant le savoir-faire des experts »⁷⁵. Selon la direction de Presanse, le premier objectif est de mettre à disposition un outil qui aidera le professionnel de santé quand il reçoit le salarié. Ce choix tient notamment à la volonté de faciliter l'appropriation de l'indice par les services : ainsi, dans les réponses au questionnaire de la mission, plus de la moitié des SPSTI répondant considèrent que la « disponibilité de l'indice à partir du logiciel métier » constitue une condition nécessaire pour utiliser l'IRDP ; la facilité de remplissage est également régulièrement citée.

[259] **Le choix de fonder le futur indice sur les données figurant dans les DMST a conduit Presanse à traduire 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...

[260] **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.** Le groupe de travail de Presanse indique : « L'indice peut être calculé à partir du DMST dès lors que le salarié ou la salariée a été vu au moins une fois et sans nécessairement sa présence. Il ne doit pas être substitué au jugement du professionnel de santé au travail, mais peut l'aider dans l'orientation et l'organisation de son activité en matière de prévention de la désinsertion professionnelle. ». Selon les termes utilisés par la direction de Presanse, son indice sera un « premier tamis » et le professionnel de santé aura son propre regard sur le risque de désinsertion.

[261] **Ce diagnostic sur les indices en construction a donc conduit Presanse à lancer le développement d'un indice mobilisant 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 concernant les troubles musculosquelettiques. Dans l'attente de la construction de cet indice, les communications de Presanse invitent à « faire temporiser la définition des scorings

⁷⁵ Informations mensuelle Presanse, juillet août 2024.

en région ». De fait, la mission a constaté dans ses déplacements que certains travaux locaux sur des indices de risque ont été suspendus dans l'attente de l'aboutissement du chantier national.

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

3.2.1 La phase mono centrique de l'étude sur l'indice Presanse est achevée

3.2.1.1 Le choix du SPSTI pour l'étude mono-centrique

[262] **La phase mono centrique consistait à construire l'indice à partir des données d'un seul SPSTI, l'OPSAT**⁷⁶. Ce service a été choisi notamment en tant que client de PADOA, pour la qualité des données contenues dans ses DMST et pour des motifs de respect du RGPD. Il est en effet nécessaire d'informer les salariés, préalablement au recueil de leurs données, du traitement qui peut en être fait, ce qui a été réalisé par l'OPSAT. L'OPSAT a déposé une analyse d'impact prévue à l'article 35 du RGPD, qui constitue une étude des risques en amont du traitement des données personnelles.

L'analyse monocentrique : garanties de confidentialité des données personnelles

Les données de santé et socio-professionnelles sont extraites sous la responsabilité de la coordinatrice scientifique de l'OPSAT de la base de données médicale PADOA de l'OPSAT. Elles sont rassemblées dans un fichier Excel hébergé dans padoa. Elles sont pseudonymisées : les personnes concernées ne sont pas directement identifiables. Le laboratoire de l'Inserm développe l'algorithme pour générer l'indice de désinsertion professionnelle dans l'environnement des systèmes d'information de l'OPSAT à partir des données mises à disposition dans le fichier Excel.

[263] **L'équipe de l'Inserm, pilotée par le Dr Fadel et le Pr Roquelaure, a extrait les variables concernant les DMST des salariés vus en consultation à l'OPSAT entre juin 2023 et mai 2024.** Il s'agit donc d'une étude d'observation rétrospective destinée à construire les paramètres de l'indice.

3.2.1.2 Les choix de méthode : critère de jugement, champ des travailleurs pris en compte

[264] **L'équipe a construit un indicateur composite comme critère de jugement afin d'approcher la notion de désinsertion** : l'indicateur est construit sur la base d'un consensus d'experts pour refléter la désinsertion professionnelle. L'indicateur est composé notamment à partir des avis d'inaptitude, des pensions d'invalidité, d'une IPP supérieure à 10 % et dans une moindre mesure, les 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 de

⁷⁶ OPSAT compte environ 15 000 entreprises adhérentes et suit 150 000 salariés. Il est présent sur quatre départements.

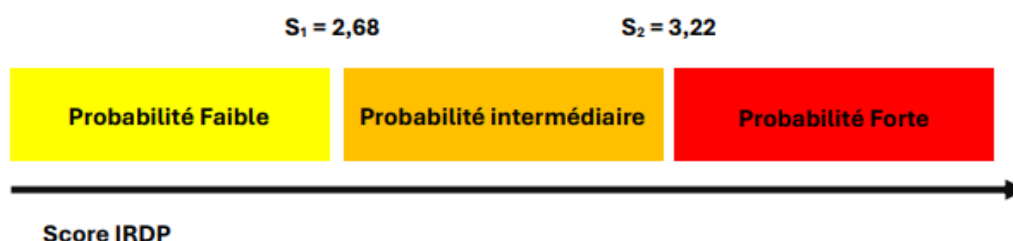
l'OPSAT, les facteurs les plus prédictifs de la réalisation de cet indicateur composite en appliquant des modèles statistiques.

[265] **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 autres contrats (saisonniers, intérim...) s'explique par la taille trop petite de l'échantillon qui n'aurait pas permis de tirer des conclusions valables sur les travailleurs concernés par ce type de contrat. Cette exclusion constitue une limite de l'analyse : il est difficile de considérer que ce type de travailleurs est par nature en bonne santé et éloigné de tout risque de désinsertion. Il est vrai cependant que beaucoup d'études se concentrent sur le rôle des conditions de travail davantage que sur le rôle des conditions d'emploi (type de statut, durée du contrat...) dans le risque d'usure professionnelle.

3.2.1.3 Les résultats : variables sélectionnées et équation

[266] **La méthode de régression logistique a permis d'éliminer les variables non pertinentes à partir des 340 variables qui avaient été pré-identifiées par le groupe de travail de Presanse.** L'équipe a déterminé deux seuils, 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)⁷⁷. Si l'indice se situe en dessous du premier seuil, le salarié est classé comme 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.

Schéma 3 : Interprétation de l'IRDP en cours de test



[267] **L'exploitation des données des DMST de l'OPSAT a ainsi permis d'aboutir sur une première équation constituant un indice dit « de première intention ».**

⁷⁷ Pour S1 = Sensibilité 80 %, Spécificité 60 % et Pour S2 = Sensibilité 56 %, Spécificité 80 %

L'équation de prédiction du risque résultant des travaux de l'équipe de recherche sur les données de l'OPSAT

SCORE TOTAL de désinsertion $Y =$

$0,05245 * \text{âge}$

$+ 0,3339 * \text{Sexe. Femme}$

$+ 0,2483 * \text{CSP. 5} + 0,5341 * \text{CSP. 6}$

$- 0,4507 * \text{Contrat. FPublique}$

$+ 1,1839 * \text{CIM. F} + 0,6277 * \text{CIM. G} - 0,010 * \text{CIM. I} + 0,6513 * \text{CIM. M}$

$- 0,7678 * \text{Thesaurus. FA} - 0,1571 * \text{Thesaurus. FC} - 0,7516 * \text{Thesaurus. MA} - 0,0016 * \text{Thesaurus. MB} - 0,0008 * \text{Thesaurus. DR} - 0,0023 * \text{Thesaurus. DS}$

Ainsi, les facteurs les plus prédictifs du risque de désinsertion tel que traduit par l'indicateur composite construit par l'équipe INSERM / Angers sont les suivants :

-l'âge

-le sexe : être une femme ;

-la CSP : être dans les CSP employé ou ouvrier ;

- le type de contrat : risque fortement réduit si la personne est titulaire de la fonction publique ;

- certaines pathologies (selon la codification CIM 10) : CIM F (troubles mentaux et du comportement), CIM G (maladies du système nerveux), CIM I (maladies de l'appareil circulatoire), CIM M (maladies du système ostéo-articulaire)

- les expositions et conditions de travail : travail en force (Thesaurus FA), posture (FC), exigence inhérente à l'activité (MA), organisation fonctionnelle de l'activité (MB), vibrations mécaniques (DR), onde sonore (DS).

Sur ce dernier point relatif aux expositions : il faut souligner que l'ensemble de ces facteurs relatifs aux conditions de travail ont un impact négatif (diminution du risque de désinsertion), ce qui est contre-intuitif. Selon les promoteurs de l'étude, il s'agit d'un effet « travailleur sain » : les salariés concernés présentent un état de santé meilleur que la moyenne, car ils ne pourraient pas occuper le poste en question, avec ses contraintes physiques, s'ils n'avaient pas cet état de santé. En revanche, cela ne signifie pas qu'ils ne sont pas exposés à des facteurs de risques de désinsertion liés à cette exposition à des conditions de travail spécifiques.

[268] Au-vu des coefficients présentés dans l'encadré ci-dessus, dans les travaux sur les données de l'OPSAT, les principaux facteurs prédictifs du risque de désinsertion⁷⁸ sont donc 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. Le seul fait d'être une femme représente plus de la moitié de la distance entre les deux seuils S1 et S2 qui séparent

⁷⁸ On rappelle que le risque de désinsertion correspond ici à l'indicateur composite constitué par le groupe d'experts.

probabilité de désinsertion faible, intermédiaire et forte : ce facteur est associé à un coefficient de 0,33 quand l'écart entre les deux seuils est de 0,54.

[269] **Le score chiffré issu de l'équation de l'indice Presanse ne conduira pas automatiquement à classer un salarié dans l'une ou l'autre des catégories de risque car le médecin aura toujours la possibilité de classer en risque élevé un salarié qui n'aura pas été détecté par l'indice, ou inversement.** Il s'agit donc d'un outil d'aide à la décision. De fait, sur le plan statistique, l'équipe Inserm souligne que l'indice sera prédictif de la désinsertion pour un individu présentant les caractéristiques moyennes de la population, ce sera au professionnel de santé d'intégrer des éléments plus propres à la situation individuelle. Il est à noter que cette garantie d'intervention médicale, légitime en soi, constitue 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.

3.2.2 La performance de l'indice Presanse mise en avant par l'équipe de recherche à partir de la phase monocentrique

[270] **La performance de l'indice Presanse est jugée correcte aussi bien en termes de sensibilité que de spécificité.** Selon les premières données de l'Inserm, l'indice détecte environ 80 % des situations considérées comme les plus dégradées, c'est-à-dire celles correspondant à l'indicateur composite de désinsertion. Il faut souligner que cette performance est, par construction, évaluée uniquement par rapport à la capacité de l'indice à être prédictif de l'indicateur composite de désinsertion, qui avait été préalablement construit par les experts.

[271] **L'équipe de l'Inserm souligne par ailleurs que la performance de l'indice dépend étroitement de la qualité des données rentrées dans les DMST.** Elle recommande donc « une attention accrue à la qualité du codage », à un niveau le plus fin possible. En effet, le niveau choisi à ce stade pour l'IRDP reste très global pour certaines données et ses performances pourraient donc être améliorées à l'avenir avec un codage plus précis. C'est le cas par exemple pour le codage des pathologies qui est fait au niveau le plus agrégé de la CIM 10.

3.2.3 La phase multicentrique de test de l'indice Presanse est en cours jusqu'à fin 2026

[272] **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. Le test auprès d'une pluralité de services doit permettre d'améliorer le caractère prédictif de l'équation, d'inciter les services à renforcer la qualité de la saisie dans le DMST et l'information des salariés sur l'utilisation de leurs données.

[273] 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. Un dossier de déclaration doit être réalisé par chaque SPSTI auprès de la CNIL, à l'image de la démarche conduite par l'OPSAT en 2024. L'analyse des données et la restitution des résultats interviendront donc au second semestre 2026. Les modalités de collaboration et de mise

à disposition des données par les SPSTI volontaires au CHU d'Angers seront fixées dans des conventions bilatérales.

[274] **L'idée est ainsi de regrouper en une seule base, gérée par l'équipe de l'Inserm, l'ensemble des données des SPST volontaires et ainsi de tester et améliorer l'indice 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 indices de risque de désinsertion sur des données massives. L'intérêt est aussi de démontrer que les SPST sont en capacité de partager des données à des fins de recherche comme le font de longue date d'autres structures (établissements de santé par exemple).

[275] **L'Inserm a constitué un groupe de travail associant les SPST concernés par l'étude et ouvert à des experts externes.** L'objectif est de tenir compte des retours du terrain sur la phase multicentrique mais aussi d'ouvrir la gouvernance du projet à d'autres experts que ceux de l'Inserm. Cet élargissement de la gouvernance était en cours au moment de l'achèvement du présent rapport.

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

[276] Le travail de construction de l'indice Presanse 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 qui seront obtenus. Cette méthode n'a cependant pas permis de clarifier l'ensemble des conditions de la généralisation éventuelle de l'indice.

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

[277] 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.

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

[278] 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.

[279] **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. »

[280] **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 engagé des travaux sur un indice de désinsertion ont d'ores et déjà indiqué à la mission avoir suspendu leurs travaux dans l'attente de l'aboutissement du chantier conduit par Presanse, mais ne pas exclure de les reprendre s'ils ne sont pas convaincus par le résultat de l'étude nationale sur l'IRDP. D'autres indiquent clairement qu'ils maintiendront leur propre indice en complément de celui promu par Presanse. D'autres enfin 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 l'IRDP, dont le remplissage reposera pour une grande part sur les médecins voire sur les infirmiers.

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

[281] **L'adaptation des logiciels pour intégrer l'IRDP constitue un préalable indispensable à la diffusion de l'indice.** A ce stade, les éditeurs ont été sollicités pour procéder à l'extraction des bases des SPSTI volontaires pour participer à l'étude multicentrique. A l'issue de l'étude, ils devront adapter leurs logiciels pour permettre l'exploitation des DMST en fonction de l'équation stabilisée de l'IRDP.

[282] **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.** A ce stade, l'équation testée par l'équipe du CHU d'Angers aboutit à trois niveaux de risque (faible, intermédiaire, élevé) contre quatre dans l'indice calculé actuellement dans les logiciels PADOA. Comme indiqué plus haut, le logiciel PADOA restait fondé sur une forme de subjectivité, au niveau du SPST qui définissait les règles de classement comme au niveau du professionnel de santé qui décidait de les appliquer ou non. La mise en œuvre de l'IRDP issu des travaux du Chu d'Angers limitera cette subjectivité même s'il ne mettra pas fin à l'intervention humaine toujours nécessaire pour valider l'indice.

[283] **Calculé sur la base des seules données du DMST, l'indice Presanse dépendra donc étroitement de la bonne qualité de saisie dans ces dossiers.** Ainsi, une personne qui n'aurait jamais été vue en visite n'aura pas d'indice faute d'éléments suffisants du DMST pour fonder le calcul. Il en irait de même pour un salarié dont la visite médicale n'a pas conduit à un remplissage suffisamment précis du DMST par le professionnel de santé. 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 il apparaît que certains SPST indiquent d'ores et déjà être en difficulté pour calculer l'indice en raison des lacunes de saisie dans leurs logiciels métier.

[284] **L'implémentation de l'indice rend donc encore plus indispensable la bonne application des thésaurus nationaux dans chaque SPST⁷⁹.** Le souhait des SPST de se doter d'indices fiables pourrait donc constituer une incitation à améliorer la qualité de la saisie. Inversement, on peut aussi craindre que la diffusion de l'IRDP soit fragilisée par le maintien de pratiques de saisie incomplète dans les dossiers médicaux. Traiter ce risque nécessitera un travail de conviction et une réflexion sur les arguments pour inciter le professionnel de santé à une meilleure saisie : par exemple, possibilité pour le professionnel de se comparer par rapport aux autres professionnels de son SPST ou d'autres SPST. Au-delà, l'application des thésaurus nationaux pourrait être intégrée dans les critères de certification des SPSTI.

[285] **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.

4.2 Plusieurs interrogations sur les paramètres du projet d'indice standardisé et son usage futur

[286] La valeur intrinsèque d'un indice ne suffit pas à assurer sa généralisation. 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.

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

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

4.2.1.1 Des interrogations sur la nature des paramètres de l'indice Presanse et sur son caractère non évolutif

[288] **En premier lieu, les paramètres majeurs de l'IRDP dans sa composante actuelle suscitent parfois le scepticisme car certains médecins du travail en soulignent le caractère assez évident :** les paramètres les plus prédictifs du risque de désinsertion sont ainsi l'âge, le genre, les pathologies ostéo-articulaires ou mentales et le fait d'appartenir à la catégorie « employé » ou « ouvrier ». Cela confirmerait le faible apport d'un indice national aux dires de certains professionnels : l'expérience du professionnel de terrain suffirait à repérer le risque de PDP.

⁷⁹ Voir l'annexe sur les systèmes d'information.

[289] **Ces acteurs qui doutent de l'intérêt même d'un indice national représentent cependant une part minoritaire des interlocuteurs de la mission et des répondants au questionnaire.** Ils considèrent que ce type d'indice participe d'une forme de bureaucratisation de la santé au travail.

[290] **Un second argument plus fondamental a trait à la nature des paramètres principaux de l'IRDP qui 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 ». On voit mal quelles composantes de l'indice sont vraiment 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.

[291] **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. Il s'agit donc bien d'un indice de détection et non pas de suivi dans la durée de l'évolution du risque. Du reste, l'indice est très tourné vers la prévention tertiaire. Il détecte en effet le risque de survenue d'un résultat composite qui doit traduire le risque de désinsertion (inaptitudes, invalidité : cf. *supra*).

4.2.1.2 L'accent sur la nécessité d'impliquer davantage l'entreprise dans les démarches de détection des risques de désinsertion

[292] **Plusieurs SPSTI et universitaires interrogés soulignent que le projet d'IRDP national en cours de construction 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.** Le choix de faire dépendre l'indice de paramètres figurant au DMST expose nécessairement à des résultats partiels car les salariés ne donnent pas l'ensemble des informations sur leur état de santé à leur médecin du travail. En outre, l'IRDP ne comporte pas de paramètres déterminants portant sur les conditions de travail. Les expositions sont même considérées comme un facteur qui vient limiter le risque de désinsertion (du fait de l'effet « travailleur sain », cf. *supra*).

[293] **Or, 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.

[294] **Dès lors, de manière complémentaire à la vision individuelle du risque de désinsertion traduite dans l'IRDP, 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 Occitanie⁸⁰. 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.

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'entreprise, le SPST et le salarié. Ainsi, l'entreprise remplit un questionnaire dans son espace connecté sur le logiciel métier 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 la situation de son entreprise. Le risque de désinsertion professionnelle des salariés figure parmi ces vingt risques, au même titre par exemple que le risque routier ou d'autres risques professionnels.

Le remplissage du questionnaire permet de générer le DUERP.

Ainsi, la démarche ne conduit ni à une équation ni à un indice, mais doit déboucher sur des actions à entreprendre par l'entreprise ou par le SPSTI à destination des salariés concernés.

[295] 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 : les dispositifs comme les rendez-vous de liaison ou les visites de pré-reprises sont encore trop peu connus des employeurs. Dès lors, 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 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.

[296] Cette question sur le rôle de l'employeur dans la détection du risque de désinsertion renvoie à la nécessité de réfléchir à l'usage des IRDP sans se focaliser sur la seule question technique de leur capacité prédictive du risque de désinsertion.

⁸⁰ SPSTI de Perpignan.

4.2.2 La phase de test de l'indice Presanse ne paraît pas avoir été précédée ni accompagnée d'une réflexion sur les futurs usages de cet indice ni sur la protection de cette donnée sensible

4.2.2.1 L'usage potentiel de l'indice

[297] **Comme indiqué précédemment, la justification du lancement d'un indice national se fonde d'une part sur la nécessité de rationaliser le paysage des IRDP marqué par un certain foisonnement, d'autre part sur une légitimité scientifique conférée en particulier par la recommandation de la HAS de 2019.** L'IRDP national a ainsi 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. Il s'agit cependant d'une traduction de la recommandation HAS, qui par ailleurs n'allait pas jusqu'à recommander la mise en place d'un indice de risque de désinsertion professionnelle.

[298] **L'absence de réflexion approfondie sur les usages qui pourront être associés à l'IRDP national contribue à expliquer les compréhensions diverses de l'utilité de ce type d'indice selon les interlocuteurs de la mission.** 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 pour identifier des entreprises concernées par des IRDP particulièrement dégradés, voire pour engager des études d'ordre épidémiologique sur certaines catégories de population. Certains pensent que l'indice doit amener à prioriser les profils de salariés à rencontrer dans un contexte de ressource médicale limitée en SPSTI. Ces différents usages ne sont pas nécessairement incompatibles mais l'accent sur l'un ou l'autre usage peut conduire à mettre plutôt la priorité sur un type d'indice au détriment d'un autre.

[299] **Une partie des partenaires sociaux exprime également des interrogations sur l'usage qui pourra être fait de l'indice national.** Certaines organisations syndicales expriment des réserves qui portent moins sur les composantes de l'indice national que sur l'utilisation qui pourra en être faite. Les réserves portent en particulier sur l'automatisme 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. Si ces craintes 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.

[300] **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 identifier des secteurs déjà bien connus pour les risques professionnels associés, voire à stigmatiser les entreprises de ces secteurs.

[301] Une crainte s'exprime également face à l'utilisation que pourront faire les éditeurs de logiciels des données du score, même s'il semble que le calcul du score ne représente pas un risque accru de protection de ces données par rapport à la situation actuelle dans laquelle les DMST

sont déjà hébergés par les logiciels métier mis à disposition des éditeurs. Cette crainte renvoie une fois de plus au risque de discrimination sur la base d'un indice associé à terme à chaque salarié.

[302] **La réticence de certaines organisations syndicales peut constituer un véritable point de blocage dans la diffusion d'un éventuel 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'ils considèrent que l'indice pourrait parfois être perçu de manière violente par certains salariés.

4.2.2.2 La protection de la donnée

[303] **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. Le principe de l'indice Presanse en construction est de calculer de manière automatique un indice de risque sur la base des informations figurant dans le DMST.

[304] **Le salarié sera donc associé à un score de risque ce qui soulève plusieurs questions :**

- **La traçabilité :** le score chiffré calculé sur la base de l'équation Presanse sera-t-il inscrit dans le DMST, ou seulement l'indice associé ? Dans la compréhension de certains interlocuteurs de la mission, c'est l'indice qui figurera dans le dossier, comme aujourd'hui pour les SPST équipés de Padoa (indices 0/1/2/3). Dans cette hypothèse, le score sera-t-il malgré tout tracé dans le logiciel ?
- **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 ?

[305] **A la connaissance de la mission, ces différentes questions n'ont pas encore été traitées.**

[306] **Il est vrai que certains indices sont déjà susceptibles d'être utilisés par les SPST sans que cela ne soulève de questions particulières.** A titre d'exemple, des SPST peuvent déjà utiliser un indice de bien-être au travail (EVA-BT⁸¹). Les IRDP en cours de construction associent déjà les salariés à des indices de risque, que ce soit dans le logiciel Padoa ou dans des démarches comme celle diffusée en Grand Est sur la base d'un questionnaire.

[307] **Cependant, par rapport à ces indices préexistants, la systématisation d'un IRDP national pose avec une acuité plus grande la question de la sensibilité et donc de la protection de cette donnée pour au moins deux raisons :**

- 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.

⁸¹ Echelle visuelle analogique de bien-être au travail

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. Il s'agira donc d'une donnée particulièrement sensible, davantage que des indices existants qui se concentrent sur un risque particulier (les RPS par exemple). 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.

[308] Au vu des différentes questions posées sur l'usage de l'indice, une réflexion et une prise de position de la société française de santé au travail, qui avait copiloté avec la HAS la recommandation de 2019 sur la PDP, aurait été pertinente pour clarifier cette question des usages et faciliter ainsi la compréhension par les SPSTI de la démarche de lancement de l'indice Presanse.

Faute de ce type de réflexion préalable, c'est le groupe de travail de Presanse qui a fixé les grands principes méthodologiques à respecter par l'indice. Ainsi, le critère de jugement composite de l'étude a été fixé par un groupe d'experts (cf. supra). En outre, le groupe de travail de Presanse a choisi de fonder le calcul de son indice exclusivement à partir des données du DMST : « L'indice peut être calculé à partir du DMST dès lors que le salarié ou la salariée a été vu au moins une fois et sans nécessairement sa présence. Il ne doit pas être substitué au jugement du professionnel de santé au travail, mais peut l'aider dans l'orientation et l'organisation de son activité en matière de prévention de la désinsertion professionnelle. »

4.2.3 La nécessité de clarifier l'articulation entre les différents indices et leur contribution respective à un futur IRDP national

[309] Il paraît indispensable de clarifier l'articulation éventuelle entre l'indice construit par l'équipe de l'Inserm et d'autres indices utilisés par certains SPSTI. Il s'agit d'une demande de clarification qui remonte notamment dans le cadre de l'enquête conduite par la mission auprès des SPSTI.

4.2.3.1 Un indice national aura vocation à intégrer des données issues des DMST, des auto questionnaires et d'une évaluation de l'environnement de travail en entreprise

[310] Si les modes de calcul d'indices locaux ont vocation à être remplacés à terme par un IRDP validé au niveau national, en revanche la mission considère que les auto-questionnaires développés en s'inspirant du WAI répondent à un besoin complémentaire. Les auto-questionnaires bénéficient d'un fondement scientifique et plusieurs études récentes ont confirmé leur intérêt prédictif du risque de désinsertion ou d'inaptitude (cf. supra).

[311] Du reste, plusieurs projets scientifiques sont en cours pour tester l'apport des questionnaires dans la détection du risque de désinsertion :

- l'enquête EVREST a été modifiée pour intégrer certaines des questions de l'auto-questionnaire et une étude est en cours pour assurer un suivi dans le temps des salariés ayant répondu. Elle permettra, à partir de 2026, d'établir des corrélations entre conditions de travail, estimation de sa propre capacité à se maintenir sur son poste et situation réelle deux ans plus tard.
- l'INRS conduit depuis 2024 un travail de recherche, toujours sur la base de questionnaires testés auprès de SPST. Selon les termes de l'INRS, il s'agit « d'identifier le meilleur modèle prédictif du risque d'usure professionnelle » et de viser un « outil court et facile à utiliser ». Ce type de questionnaire pourrait être systématisé à l'occasion des visites de mi-carrière.

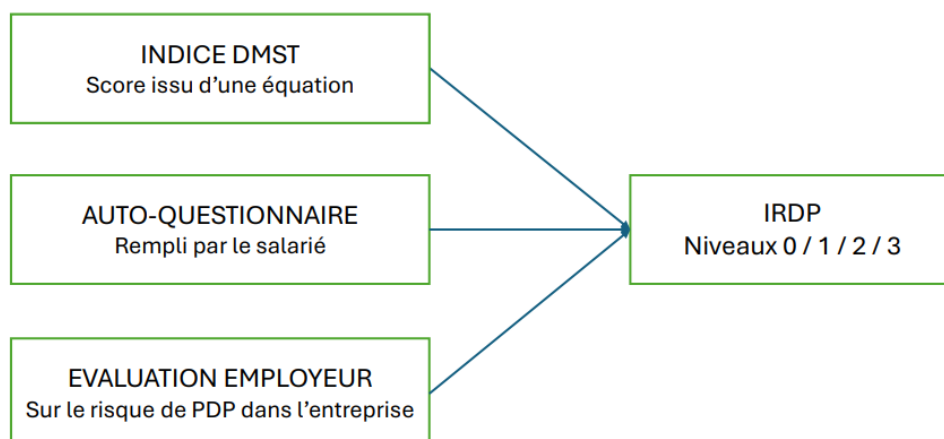
[312] L'intérêt de ces questionnaires est de correspondre aux pratiques des professionnels de santé. Un questionnaire court s'intègre ainsi sans difficulté dans une visite médicale ou infirmière. Les deux outils, indice Presanse calculé sur la base du DMST et auto-questionnaire, paraissent ainsi présenter chacun leur intérêt : le projet d'IRDP national présente l'intérêt de pouvoir être rempli sans entretien avec la personne, sur la base des informations du DMST ; l'auto-questionnaire paraît simple d'administration, d'autant plus s'il se limite aux deux questions les plus prédictives du risque de désinsertion. Une question de recherche pourrait ainsi être de comparer les résultats de ces deux indices pour évaluer leur complémentarité ou leurs recoupements éventuels.

[313] Ainsi, les travaux sur l'indice 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. A titre d'exemple, il serait possible de demander aux SPST de prévoir systématiquement de poser certaines des questions figurant dans EVREST au cours de la visite de mi-carrière, rendez-vous essentiel pour la détection du risque de désinsertion.

[314] La mission estime donc que trois paramètres doivent être intégrés dans la construction d'un futur indice national de risque de désinsertion :

- des données issues du dossier médical en santé au travail, comme dans le projet d'indice Presanse ;
- des informations issues d'auto-questionnaires remplis par le salarié, inspirés des questionnaires du type WAI ;
- 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 futur indice national de risque de désinsertion professionnelle



Source : mission

4.2.3.2 Il est également nécessaire de traiter la question de l'articulation entre un futur indice national commun aux SPST et les démarches engagées par les autres acteurs territoriaux de la PDP

[315] **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.

[316] **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.

[317] A cet égard, plusieurs questions doivent être anticipées :

- la possibilité ou non, pour certains partenaires, d'accéder à l'IRDP calculé au niveau du SPST ; une telle éventualité peut susciter l'inquiétude sur la protection de cette donnée ;
- réciproquement, la possibilité à terme de tenir compte de certaines informations transmises par les partenaires pour le calcul de l'IRDP. Les arrêts maladie sont potentiellement un élément essentiel d'un indice de risque du fait de leur caractère prédictif du risque de désinsertion. Or, le chantier de transmission des arrêts de travail par l'assurance maladie va être mis en œuvre en parallèle de la construction de l'IRDP ce qui invite à réfléchir à leur articulation. La durée de l'arrêt de travail est considérée par certains experts comme le facteur le plus prédictif du risque de désinsertion et il serait paradoxal que des indices de risque n'intègrent pas, à terme, ce paramètre.

[318] **Outre le chantier de transmission des arrêts de travail par l'assurance maladie, des travaux exploratoires sont envisagés par la MSA pour développer des algorithmes permettant de prévoir le risque de faire un arrêt de travail long et à terme le risque d'invalidité.** Comme indiqué par la

MSA, « le but du projet est ainsi de mettre en place des algorithmes permettant d'identifier les assurés dont les signaux d'altération de sa situation (santé, données socio-économiques, situation familiale...) induisent un risque de désinsertion professionnelle, à partir des données disponibles dans le DataLake de la MSA. »

[319] La transmission potentielle d'informations sur le risque de désinsertion entre acteurs du parcours de PDP devra 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.

4.3 Un futur indice national doit faire l'objet de travaux conduits par la société française de santé au travail et d'une information régulière des partenaires sociaux

[320] Les travaux en cours sous l'égide de l'équipe de l'Inserm aboutiront à une amélioration du caractère prédictif du projet d'indice de Presanse sur la base des données de plusieurs dizaines de SPSTI. Fin 2026, l'équipe de recherche devrait donc être en mesure de livrer une équation robuste de prédiction du risque de désinsertion, à partir de la définition de la désinsertion retenue dans le projet de recherche.

[321] Pour autant, il ne relève pas de l'équipe de recherche de l'Inserm de poser l'ensemble des conditions de généralisation d'un IRDP national qui pourrait être basé pour partie sur l'indice Presanse :

- 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. Ainsi, si l'usage recherché est en premier lieu d'agir à destination des entreprises, intégrer dans l'indice des facteurs non seulement médicaux mais ayant trait aussi à l'environnement de travail semble indispensable.
- 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.

[322] 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.

[323] La mission considère que plusieurs de ces questions nécessiteraient une prise de position de la part d'une instance scientifique : la société française de santé au travail pourrait être saisie en ce sens par la DGT. Les scientifiques seraient notamment amenés à se prononcer sur les usages possibles du futur indice national, 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. Une telle prise de position permettrait également de traiter les critiques parfois formulées aujourd'hui sur la pertinence de la méthode appliquée dans le test de l'indice de Presanse. Cela permettrait enfin de réduire le risque de compétition entre universitaires qui peut affaiblir la légitimité d'un indice porté par une seule équipe de recherche.

[324] **Ces travaux devront faire l'objet d'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.

ANNEXE 5 : Méthode de la mission

[325] Les deux axes de travail fixés dans la lettre de mission, coordination entre acteurs et indices de désinsertion, ont orienté la mission dans le choix de sa méthode et de ses terrains d'études.

1 Investigations de terrain

[326] La mission a réalisé des **déplacements dans quatre régions** : Hauts de France, Grand Est, Occitanie, Auvergne Rhône Alpes. Ces quatre territoires ont été choisis principalement en fonction de deux critères : antériorité des travaux sur des indices de désinsertion et dynamisme des partenariats locaux. La volonté de relever des bonnes pratiques a conduit la mission à rencontrer des services plutôt « en avance » sur le maintien en emploi, qui disposaient souvent de cellules dédiées antérieures à la loi de 2021. L'échantillon rencontré n'est donc pas pleinement représentatif de la diversité des SPSTI dans l'état d'avancement en matière de PDP. Les visites de terrain sont complétées par un questionnaire national qui donne une vision plus globale (*cf. infra*).

[327] **Les déplacements ont permis de rencontrer :**

- De manière systématique dans chaque région : la Dreets (direction, pôle Travail, médecin inspecteur régional) ; l'assurance maladie (Carsat, service médical, au moins une CPAM) ; au moins deux SPSTI par région (direction, gouvernance, professionnels) ; un Cap emploi ; une entreprise
- Dans certaines régions : pôle 3^e de la Dreets ; la délégation régionale de l'Agefiph ; la direction régionale de France travail ; une association Transition pro.

[328] **La mission a ainsi rencontré au total une dizaine de SPSTI** (dans les quatre régions et en Ile de France : voir la liste des personnes rencontrées).

2 Questionnaire auprès des SPSTI

[329] **La diffusion du questionnaire de la mission s'est appuyée sur la DGT qui a mobilisé les médecins inspecteurs régionaux des DREETS.** Ceux-ci ont procédé à la diffusion du questionnaire (enquête SOLEN) en mars 2025 puis à une relance début mai 2025.

[330] **L'enquête a donné lieu à 87 réponses exploitables de SPTI sur les 176 services (chiffre 2024).** Cela représente un taux de réponse de 49,5 %.

[331] **Les questions ont été déterminées pour ne pas doubler l'enquête Igas avec l'enquête annuelle de la DGT conduite auprès des SPST depuis deux ans.** Les principaux axes de questionnement de l'enquête Igas portaient sur :

- Le nombre de cellules PDP du service et leurs fonctions quand il y en a plusieurs ;

- Le cadre de collaboration avec les partenaires du territoire : conventions, instances d'examen des cas complexes, outils d'échanges d'informations avec les partenaires. Des questions spécifiques portaient sur les échanges avec les médecins de ville.
- Les actions engagées à destination des entreprises ;
- Les indices de risque de désinsertion : utilisation ou non d'un IRDP, vision du service sur les usages et l'intérêt de ces indices.

[332] **La répartition par taille des répondants illustre une bonne représentation des différentes strates** (en nombre de salariés suivis) :

- Environ 29 % ont moins de 50 000 salariés ;
- Environ 37 % comptent entre 50 et 100 000 salariés ;
- Environ 26 % comptent entre 100 000 et 400 000 salariés ;
- Environ 5 % comptent plus de 400 000 salariés

[333] Parmi les SPSTI répondants, toutes les régions métropolitaines sont représentées sauf la Corse. En Outre-mer, seule la Guadeloupe est représentée dans les réponses.

[334] Enfin, certaines questions de nature qualitative ont fait l'objet d'un traitement au moyen d'une intelligence artificielle supervisée, vérifié par la mission Igas.

3 Choix méthodologiques concernant certaines questions spécifiques

3.1 Les échanges avec des employeurs

[335] **Les employeurs constituent un acteur central de la PDP.** La mission s'est efforcée d'intégrer leurs attentes et leur point de vue sur le système actuel par plusieurs voies, sans aucune prétention de représentativité :

- Des **rencontres avec des SPSTA** au niveau national pour disposer d'éléments de comparaison notamment sur les bonnes pratiques en matière de lien entre service de santé et DRH : rencontre avec l'association Acomede, visite de trois SPSTA (Thalès, Saint Gobain, Keolis).
- Des **points de vue d'employeurs sur l'apport des SPSTI** : rencontres avec des représentants d'employeurs au niveau national et dans la gouvernance des SPST ; rencontres directes avec des chefs d'entreprises (TPE/PME) à l'occasion des déplacements.

3.2 La prise en compte du point de vue de salariés et de leur parcours

[336] **Des entretiens ont été conduits avec un échantillon restreint de salariés encore engagés ou ayant finalisé leur parcours de PDP (une douzaine d'entretiens individuels).** Il s'agissait de les

interroger sur leur parcours, leur connaissance des différentes institutions qui sont intervenues auprès d'eux, leur vision sur la valeur ajoutée du SPST et de ses partenaires. La sélection des salariés s'est faite sans objectif de représentativité : ces personnes ont été contactées par des Cap emploi ou une Dreets afin de recueillir leur accord pour s'entretenir avec la mission.

[337] **L'analyse de dossiers individualisés n'a pas été possible malgré l'intérêt qu'elle aurait présenté pour comprendre le parcours de PDP d'un salarié.** La mission a demandé à certains SPST de pouvoir prendre connaissance de dossiers individuels, le cas échéant anonymisés. Les médecins du travail consultés n'ont pas souhaité donner suite à cette demande⁸². La mission a pu cependant, dans certains cas, assister en observatrice à des échanges en réunion pluridisciplinaire sur des situations individuelles.

3.3 La dimension scientifique des travaux sur l'indicateur de risque

[338] La mission n'avait pas pour objet de valider un indice sur le plan scientifique mais d'examiner les conditions opérationnelles d'une éventuelle généralisation d'un indice de risque de désinsertion. Il ne s'agissait donc pas d'un travail scientifique, pour autant il a été nécessaire de comprendre l'ensemble des dimensions et paramètres des indices en construction.

[339] La mission a donc :

- Cherché à identifier les principaux indices de risques en cours de construction, au moyen des déplacements et du questionnaire, sans prétendre à une exhaustivité complète
- Procédé à une revue de littérature (notamment sur les études concernant les facteurs d'inaptitude)
- Tenu des échanges réguliers avec des chercheurs et universitaires en santé au travail (société française, Inserm, INRS, HAS...).

⁸² Pour mémoire, la consultation de dossiers individuels entre dans le champ de compétences de l'Igas, y compris pour des missions qui ne sont pas des missions de contrôle. Les éventuelles données médicales sont réservées aux médecins membres des missions. L'ensemble des inspecteurs de la mission sont soumis au secret professionnel. La consultation de dossiers individuels par la mission n'aurait donc posé aucune difficulté du point de vue de la protection des données.

ANNEXE 6 : Principaux enseignements du questionnaire auprès des SPSTI

[340] Les deux axes de travail fixés dans la lettre de mission, coordination entre acteurs et indices de désinsertion, constituent les deux champs sur lesquels la mission a interrogé les SPSTI via un questionnaire SOLEN :

- **S’agissant de la coordination**, les différentes enquêtes existantes fournissent des éléments mais ne permettent pas d’apprécier de manière fine les modalités de mise en place concrètes des cellules PDP depuis 2021. L’enquête annuelle de la DGT porte en particulier sur l’existence ou non d’une cellule, la composition de la cellule en professionnels, le nombre de parcours de PDP accompagnés, le nombre de dispositifs mobilisés (visites de préreprise, entretien de mi carrière, rendez-vous de liaison...). La mission a donc ciblé son questionnaire sur des éléments complémentaires (notamment partenariats externes, appréciations de nature qualitative...) ;
- **S’agissant des indices de désinsertion**, les travaux conduits sous l’égide de Presanse fournissent un riche état des lieux qui a nourri le rapport. Le questionnaire de la mission complète cet état des lieux et donne l’occasion à l’ensemble des SPSTI de s’exprimer, qu’ils aient ou non commencé à utiliser des indices de désinsertion.

[341] **En collaboration avec la DGT, la mission a donc adressé son propre questionnaire aux SPST, auquel 87 d’entre eux ont répondu.** Dans cet ensemble, on retrouve toutes les tailles (de moins de 50 000 salariés suivis à plus d’un million), et une majorité de régions⁸³ qui traduisent bien la diversité des SPSTI. Le mouvement en cours de concentration des SPST laisse subsister des disparités significatives de taille et de d’implantation territoriale : les plus grands (plus de 400 000 salariés suivis) ont des organisations qui couvrent plusieurs dizaines de secteurs (jusqu’à 44 pour le plus grand qui suit un million de salariés) avec des implantations réparties sur plusieurs départements. Ils doivent s’adapter, dans leurs relations partenariales, aux cartographies des organismes partenaires ainsi qu’avec les réalités socio-démographiques (notamment médicales) des différents territoires. Pour tenir compte de cette diversité de taille, le questionnaire de la mission a distingué chez les répondants : ceux de petite taille (moins de 50 000 salariés), moyenne (50/100 000), grande (100/400 000) et très grande (plus de 400 000 salariés) ainsi que les implantations : infra départementale (34,5 %), départementale (37 %) et autres.

[342] Le questionnaire était adressé aux directions des SPSTI. Cependant, le questionnaire a parfois été rempli par un médecin du travail saisi par sa direction.

⁸³ Seuls deux SPST d’un seul DROM ont répondu (la Guadeloupe). Aucun SPST de Corse n’a répondu ; il en est de même en AURA mais cette région a été visitée par la mission.

Tableau 3 : Répartition des répondants à l'enquête Igas par taille

Libellés	Nombre de réponses	Pourcentages
Sans réponses	3	3,4 %
moins de 50 000 salariés	25	28,7 %
50 000 à 100 000 salariés	32	36,8 %
100 000 à 400 000 salariés	23	26,4 %
plus de 400 000 salariés	4	4,6 %

1 La généralisation des cellules PDP : une réalité contrastée

[343] Sur la base de la dernière enquête de la DGT, à fin 2023, 88 % des SPSTI avaient mis en place une cellule PDP et 5 % d'entre eux déclaraient la mutualiser avec un autre service. Ces mêmes services déclaraient que le nombre de personnels exerçant au sein d'une cellule PDP était estimé à 1 562 personnes physiques et avaient suivi un total de 63 615 salariés. Les SPST déclaraient par ailleurs avoir réalisé 495 000 visites de pré-reprise (et 977 000 visites de reprise) et participé à 6 363 rendez-vous de liaison, marquant un début d'appropriation des instruments de prévention apportés par loi de 2021.

[344] Les SPST se sont emparés des marges d'actions que leur laisse la réglementation pour la structuration des cellules PDP. L'objectif était parfois de faire bouger les équipes autour « d'un noyau qui entraîne », « de ceux qui vont créer le mouvement » selon les termes employés au cours de certains entretiens. Ces mises en place ont adopté des modalités différentes en fonction à la fois des moyens médicaux et des choix de délégation de tâches. Ainsi, le ratio médecin/infirmière, s'il est globalement au-dessus de 0,8, diffère significativement chez un SPST affichant un ratio d'un demi ETP d'IDEST par médecin. Sur la base du questionnaire, à titre d'exemple, le ratio médecin / IDEST est de 0,88 à Action santé travail (Lille), 0,94 à Nantes (Service de santé au travail de la région nantaise), 0,50 chez Efficience santé au travail (Paris).

[345] Au-delà des ratios, c'est le positionnement du corps médical qui est déterminant : ainsi, un directeur indique que « les médecins du travail [de son service] ne voient pas la plus-value d'une cellule PDP, car ils considèrent qu'ils n'ont pas besoin d'aide et qu'ils gèrent très bien les situations de maintien dans l'emploi ».

[346] **A la lecture des 87 réponses du questionnaire, la grande majorité des SPSTI ont mis en place une unique cellule, mais environ 10 % en comptent plusieurs. Des grands services affichent un choix allant de deux à plusieurs dizaines de cellules de PDP**⁸⁴ ; sur l'ensemble, cinq SPST ne décrivent pas de missions spécifiques pour leur cellule PDP par rapport aux équipes pluridisciplinaires.

[347] Un autre indice de la diversité dans les choix d'organisation se lit dans les dénominations choisies pour désigner la fonction et les travaux des cellules : cellule experte, cellule interinstitutionnelle, commission de maintien en emploi, réunions pluridisciplinaires, « staff PDP », ateliers PDP, unions interservices, « revues »

⁸⁴ Pôle Santé Travail Métropole Nord : 114 microcellules (=114 Equipes Santé Travail) ; ACMS : 54 cellules...

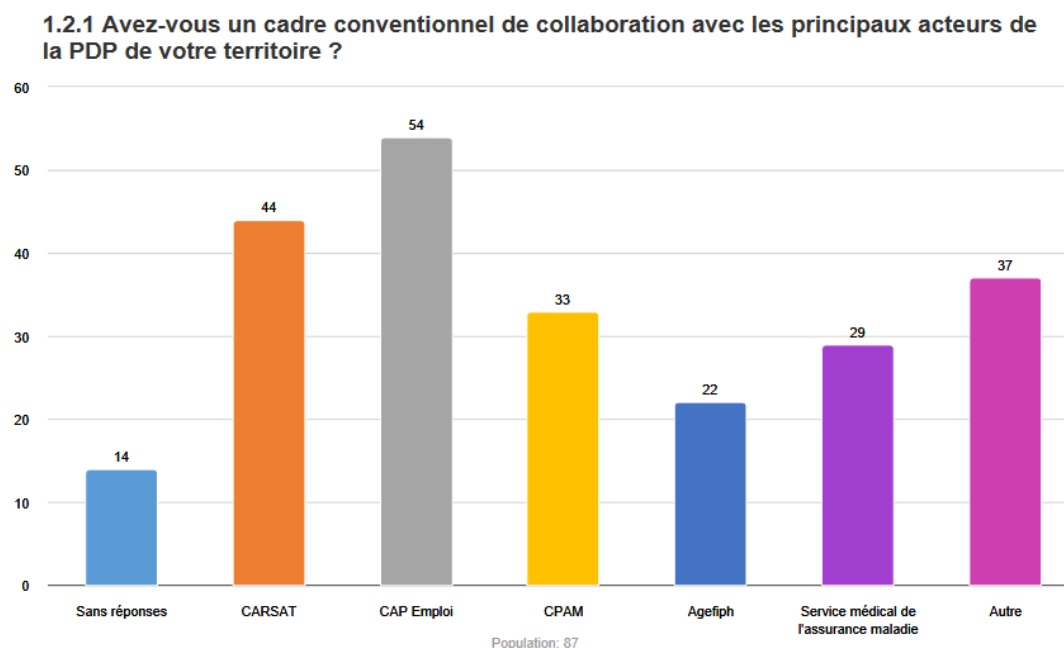
[348] Les visites de terrain illustrent le fait que des réponses au questionnaire traduisent parfois des interprétations différentes d'une même réalité : deux SPST ayant fait le choix d'un dispositif répartissant les actions de PDP entre cellules et équipes pluriprofessionnelles proche peuvent déclarer une cellule de PDP pour l'un et soixante-cinq⁸⁵ pour l'autre. Dans un cas, pour des raisons de réticence d'une partie des médecins, l'introduction d'une cellule de coordination, laissant une forte autonomie, notamment de contacts externes aux médecins, était à mettre en regard de la création d'un réseau de huit conseillers « maintien en emploi » qui fait peu à peu bouger les pratiques médicales individuelles.

2 Des partenariats à consolider et structurer

[349] **La mise en œuvre de la loi de 2021 en matière de PDP repose sur une collaboration structurée entre** les cellules PDP des SPST et leurs partenaires : au premier chef avec les services de l'assurance maladie et des Cap Emploi, mais aussi avec les autres acteurs : Agefiph, MDPH, structures de rééducation, médecine de ville, France travail, Transition-Pro... De ce point de vue, la réponse au questionnaire traduit une démarche partenariale active de la part des SPSTI, mais encore hétérogène qui rend difficile la promotion des bonnes pratiques et des initiatives permettant d'élargir le champ de la PDP.

2.1 Les partenariats

Graphique 4 : Nombre de conventions avec les partenaires du SPSTI



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

⁸⁵ Une cellule de pilotage et 65 cellules opérationnelles, soit une par médecin du travail chez ACTION SANTÉ TRAVAIL AIX-NOULETTE

[350] **Même si ces réponses, qui ont pu donner lieu à des interprétations différentes dans les SPST, elles font apparaître une dynamique conventionnelle inégale** : certains SPST ont une démarche de conventionnement active là où, quatre ans après la loi, certains n'ont signé aucune convention et se contentent de « contacts informels » avec une cellule ou un « STAFF » PDP.

[351] **La rubrique « autres partenariats » laisse entrevoir des bonnes pratiques qu'il serait utile d'analyser et de partager.** Il s'agit en effet de partenariats que la mission n'a pas toujours pu approfondir faite de temps : on y trouve des conventions avec des centres de rééducation, avec le FASTT, avec des associations Transition-Pro, avec un centre de lutte contre le cancer, avec un médecin généraliste (Amiens). On trouve aussi un projet de convention avec France travail (AISMT 04 -DIGNE), avec des CPTS, une URPS.

[352] Le questionnaire confirme que toutes les cellules ont établi un rythme de rencontre avec les partenaires des cellules (entre 7 et 11 fois par an) qui permet une collaboration régulière, notamment avec l'assurance maladie et les Cap emploi (avec une citation régulière de l'Agefiph.). La quasi-totalité des SPST indique disposer d'instances d'examen des cas complexes avec leurs partenaires, même si 14 % n'en disposent pas ce qui semble élevé au vu des objectifs de la loi de 2021.

[353] La complexité du paysage institutionnel conduit dans certains cas à formaliser la répartition des rôles. Un service (Santé BTP Normandie à Colombelle) indique avoir établi un logigramme décisionnel qui précise la place, les éléments à fournir et les modes de partage d'informations et d'intervention entre les acteurs autour de « plans d'action personnalisés » de PDP.

[354] **Enfin, une dernière étape reste souvent à construire en lien avec l'ensemble des partenaires : le suivi des salariés après la mise en œuvre du plan d'action.** Plusieurs SPST indiquent bien identifier cet enjeu d'avoir un dispositif de connaissance de la situation du salariés quelques mois après sa sortie. Certains médecins du travail font état de stratégies pour ne pas « perdre » leurs salariés : « en matière de PDP, j'oriente quasi toujours vers une instance indépendante de mon Service Inter entreprise tels que PRITH, CARSAT, Conseil en Evolution Professionnels, Avenir actifs etc. car je sais que, sinon, je perdrai de vue les salariés en PDP s'ils quittent l'entreprise adhérente au service inter entreprise auquel j'appartiens ».

2.2 Focus sur l'assurance maladie

[355] **Une mention particulière doit être faite des modalités de collaboration des cellules avec les services de l'assurance maladie et en particulier avec les CARSAT.** Si depuis l'instruction d'avril 2022, le rôle de coordination des ex-cellules PDP des CARSAT n'est plus affiché, les réponses au questionnaire font état de situations où certaines CARSAT ont conservé un rôle actif dans l'animation globale du dispositif de PDP : c'est le cas à Saint Quentin (02) ; c'est le cas avec la CARSAT de l'ARTOIS où l'instance de coordination locale est pilotée par la responsable du service social de la CARSAT⁸⁶ ; c'est le cas à Pau où le SPST déclare participer aux instances de coordination PDP organisées par le service social de la CARSAT (présence du référent PDP et d'un médecin du travail). Plusieurs SPST considèrent comme un réel apport le maintien de Cellules de

⁸⁶ Composée, outre le service social de la CARSAT, du service administratif de la CPAM, , de l'échelon local du service médical de l'Assurance Maladie, de Cap Emploi, de Comète et des SPSTI du secteur : Action Santé Travail et Pole Santé Travail.

Coordination Maintien en Emploi portées par le service social CARSAT). Ce rôle variable des CARSAT est conforme à la position de la CNAM qui laisse ses réseaux trouver les meilleures modalités de collaboration territoriale avec les SPST⁸⁷. Les questionnaires font également état de démarches communes externes entre assurance maladie, SPST et autres partenaires⁸⁸.

[356] Des pistes sont identifiées pour progresser dans le rapprochement entre médecins de ville et de santé au travail :

- Information sur l'intérêt de la visite de pré-reprise, par exemple lors de l'accueil d'internes en médecine générale
- Mobilisation de l'ordre des médecins pour informer sur la visite de pré reprise.
- Le questionnaire montre que de nombreux SPST ont bien identifié les CPTS comme point d'entrée. Certains l'affichent comme un axe stratégique (ex : CEDEST Coudekerque-Branche) prolongé d'un projet de convention avec l'URPS. Il reste qu'à ce stade, les actions sont encore modestes : participation à des journées organisées par la CPTS ; information sur le cadre d'activité de la médecine du travail, participation à la réflexion d'un lieu d'hébergement pour les internes (Haute Saône).

2.3 Les actions à destination des entreprises

[357] Les nombreuses actions à destination des entreprises mises en avant par les SPSTI comportent essentiellement des actions d'information / sensibilisation / communication. Rares sont les SPSTI qui font état d'actions de formation. Parmi les initiatives mises en avant : des webinaires, des diffusions de flyers, des entretiens individuels avec les employeurs.

[358] Les répondants mettent en avant de nombreuses actions de prévention primaire mais leur comptabilisation se heurte au manque de définitions homogènes de ces actions.

3 Les échanges de données entre acteurs : des modalités dispersées et fragiles

[359] Les SPST recourent actuellement, pour dialoguer avec leurs partenaires à des moyens dispersés :

- Fiches de liaison et comptes-rendus (77 % des répondants),
- Messageries sécurisées (56 %),
- Boîtes génériques (52 %).

⁸⁷ Comme dans les entretiens de la mission, il est plusieurs fois fait mention de la complexité à mobiliser des dispositifs tels que le CRPE et, dans une moindre mesure, les essais encadrés accompagnés.

⁸⁸ Intervention du comité de pilotage Interservices de l'Artois (CPAM, CARSAT, AST) et d'un SPST lors d'une soirée fin 2024 au sein d'une CPTS (Liévin) pour informations et échanges de pratiques en lien avec la PDP,

[360] Cet ensemble de vecteurs ne permet pas actuellement d'organiser les informations recueillies sous forme de document facilement partagé et traçable dans le temps au bénéfice du suivi du salarié. Un seul SPST interrogé indique avoir mis en place un carnet de liaison qui poursuit cet objectif (PST Nord Lille). Les solutions techniques (application SAMi) pour répondre à ce besoin essentiel de la PDP sont peu citées dans le questionnaire mais ont été citées au cours des entretiens de la mission lors de ses déplacements.

[361] **Le questionnaire fait aussi ressortir la grande difficulté à construire un cadre d'échanges fluide avec les médecins de ville.** Les problèmes cités sont, de manière classique, la disponibilité limitée des praticiens et la méconnaissance mutuelle des missions et pratiques. L'absence d'accès au DMP conduit les médecins du travail, en l'état, à des échanges qui reposent d'abord sur la mobilisation du salarié⁸⁹ : remise au salarié d'un courrier pour son médecin référent (84 % des médecins déclarent y recourir)⁹⁰ ; courriers directs quand le salarié l'accepte (51 %). Les médecins des SPST déclarent aussi recourir à 54 % à des messageries sécurisées : Medimail, MEDSYNE, MSSanté... Il reste que les médecins du travail constatent encore un très faible taux de retour des salariés ou de leurs médecins traitants après un premier contact à leur initiative (moins de 2 % selon l'estimation d'un répondant)⁹¹.

4 Le développement des indices de risque de désinsertion

4.1 Une utilisation encore minoritaire des indices de risque de désinsertion

[362] **27 services soit 36 % des 87 répondants utilisent un indice de risque.** Environ 64 % des répondants n'utilisent pas encore d'outil de repérage du RDP. Cette situation laisse une importante marge de progrès pour une démarche qui, au-delà des choix sur ses modalités, est un facteur d'efficacité avéré de la démarche de PDP.

[363] **Trois indices sont particulièrement cités parmi les outils utilisés par les SPSTI :**

- L'outil de PADOA issu des travaux du GIMS 13
- Les auto-questionnaires
- L'indice en cours de test sous l'égide de Presanse

4.2 Des pratiques qui diffèrent sur l'utilisation des indices par les professionnels des SPST

[364] Les pratiques sont différentes sur la cotation de l'indice, réalisée parfois par tous les médecins (et infirmiers), parfois par les seuls médecins (et infirmiers) volontaires. L'indice est coté,

⁸⁹ Qui doit en tout état de cause donner son consentement éclairé pour permettre au médecin du travail d'échanger avec son médecin traitant.

⁹⁰ Courriers parfois accompagnés de coupon-réponse ou de flyers explicatifs (APST-BTP-RP)

⁹¹ En outre, un médecin du travail regrette que « certains [médecins de ville] demandent parfois directement l'inaptitude, sans échange préalable avec le médecin du travail ».

dans la majorité des cas, à l'occasion de toutes les visites. Cependant, certains SPST n'utilisent l'indice que lors des visites de mi carrière ou encore des visites de préreprise.

[365] **Sur les 27 disposant d'un indice, 18 indiquent réaliser un suivi individuel de son évolution.** 15 indiquent réaliser des exploitations statistiques.

[366] **Les autres usages cités sont :**

- Suivi du devenir des salariés classés en indice 3 (risque de désinsertion le plus élevé)
- Utilisation pour entrée dans un parcours PDP
- Evaluation de l'efficacité de la cellule
- Ciblage d'entreprises en fonction des scores des salariés

4.3 Une majorité de répondants estime qu'un indice standardisé au niveau national serait utile

[367] **L'utilité du score donne lieu à des résultats partagés avec cependant une majorité d'avis favorables parmi les répondants :**

- 55 % pensent qu'un indice de repérage standardisé serait utile
- 8 % pensent le contraire
- 37 % ne se prononcent pas

[368] **Les principaux arguments formulés par les répondants en faveur des indices de risque portent à la fois sur l'intérêt des indices et sur la valeur ajoutée d'un indice standardisé au niveau national.**

Tableau 4 : Résumé des arguments issus du questionnaire sur l'intérêt d'indices de risque

Arguments en faveur de l'utilisation d'indices par les SPST	Outiller les IDEST en permettant la réorientation la plus précoce possible vers le médecin du travail des situations les plus dégradées	Aider à l'orientation vers la cellule PDP, en évitant la subjectivité et les oublis	Identifier les entreprises : repérage le plus précoce possible pour prévention primaire ; favorise la sensibilisation des employeurs par des indicateurs concrets sur le risque dans leur entreprise
Arguments complémentaires en faveur de l'utilisation d'un indice national	Fournir un scoring commun à tous les partenaires de la prévention (cap emploi, les RH d'entreprises...)	Produire des données comparables sur l'ensemble du territoire, établir des comparaisons régionales, contribuer aux politiques nationales.	Construire des enquêtes épidémiologiques

[369] Les arguments défavorables portent essentiellement sur le caractère non standardisable de l'activité des services de santé et donc des cellules de PDP. Ces arguments sont essentiellement portés par des médecins du travail quand ceux-ci ont été chargés de répondre au questionnaire de la mission :

- La PDP constitue un travail « sur mesure » en fonction des situations personnelles ;
- L'application d'indices nationaux irait donc dans le sens d'un « carcan inutile et contreproductif » ; ce serait un « cadre rigide superflu » sans utilité clinique, alors que « chaque cas est particulier et appelle une réponse qui ne saurait être procédurée »

4.4 Plusieurs conditions sont identifiées pour la réussite de l'indice

[370] Les principales conditions identifiées par les répondants sont en premier lieu la **disponibilité à partir du logiciel métier (51 % des réponses)** ; en second lieu, la **facilité de remplissage (remplissage automatique et/ou nombre restreint d'items)**. S'agissant du logiciel, un répondant souligne que « déployer une démarche sans avoir les outils adéquats risque de générer de la confusion et de freiner l'adhésion des équipes. A l'inverse, si l'on prend le temps de finaliser et de paramétrer correctement le logiciel, alors le déploiement pourra se faire de manière fluide et structurée. »

[371] **Le questionnaire rappelle aussi que le développement de cette démarche ne peut se faire sans gagner, par-delà des directions des SPSTI, l'adhésion des médecins du travail.** Ceux-ci expriment, quand ils sont répondants, des conditions de succès claires : les indices/dispositifs doivent être simples d'usage, respecter l'expertise et le jugement clinique. Ils ne doivent pas faire perdre la finesse d'analyse du praticien.

[372] **Selon plusieurs réponses au questionnaire, l'indice doit également faire l'objet d'une validation scientifique** ; il ne doit pas contenir d'informations médicales et être utilisable par des professionnels qui ne sont pas des professionnels de santé.

4.5 Il existe un consensus sur le fait que l'indice en lui-même ne sera pas suffisant pour progresser sur la PDP

[373] Les répondants, y compris ceux qui sont favorables à la généralisation d'un indice standardisé, insistent sur le fait qu'il s'agira d'un outil parmi d'autres, ne garantissant pas à lui seul d'améliorer les résultats de la PDP.

[374] **Plusieurs répondants insistent sur l'obstacle que constitue « une relative passivité des salariés et employeurs ».** Or, leur adhésion est un facteur de réussite essentiel à toute démarche de PDP. Ainsi pour un SPST, « La difficulté n'est pas tant de repérer les salariés concernés de manière précoce que de les convaincre de la nécessité de commencer à agir le plus tôt possible ». Le salarié sera tenté de repousser le moment d'agir tant que ses difficultés sont « supportables ». **Par ailleurs, des répondants insistent sur l'intérêt d'envisager des outils incitatifs pour les employeurs, de type bonus-malus.**

[375] **La mise en place d'indices doit s'intégrer dans un enjeu plus large de suivi du parcours individuel** (cf. supra) : « les dispositifs de maintien dans l'emploi et en emploi sont longs à mettre en place. Il faudrait pouvoir suivre l'évolution des scores eux-mêmes pendant la durée du plan ».

[376] **Enfin, la mise en place d'un éventuel indice national s'inscrit dans un contexte de fragilité des indicateurs actuels en matière de PDP soulignée par certains répondants.** Faute d'un référentiel et de règles de comptages précis, les agrégats n'ont pas de valeur statistique probante. Par exemple, un SPST souligne qu'un webinaire d'information réunissant 100 participants peut être soit comptabilisé comme une action, soit comme 100 actions.

5 Les commentaires libres de l'enquête

[377] **Les commentaires libres possibles en fin d'enquête ont donné lieu à une diversité d'expressions de la part des répondants, notamment médecins du travail quand ils étaient chargés de traiter le questionnaire :**

- Accent de certains sur le manque de moyens humains pour mettre en œuvre la PDP ;
- Nécessité de développer encore plus la prévention primaire collective au détriment du suivi individuel ;
- Accent sur l'importance de l'examen physique du salarié, qui peut être perdu de vue si on promeut des outils de repérage fondés sur les seuls questionnaires ou les DMST ;
- Difficulté à obtenir des conventionnements des partenaires : proposition d'imposer aux partenaires de conventionner avec le SPSTI dans le cadre de la PDP ;
- Les aides et outils de la Carsat sont peu connus par rapport à ceux de l'Agefiph ;
- Nécessité de travailler sur les indemnités de départ en cas d'inaptitude par comparaison avec d'autres modes de départ, pour réduire la pression de certains salariés voulant obtenir l'inaptitude.