PRÉFÈTE
DE LA RÉGION
AUVERGNE-
RHÔNE-ALPES

Liberté
Égalité
Fraternité

Direction régionale
de l'économie, de l'emploi,
du travail et des solidarités

La prévention de la désinsertion professionnelle par les services de prévention et de santé au travail interentreprises d'Auvergne-Rhône-Alpes

Mai 2025

Synthèse

La tendance structurelle d'un accroissement des inaptitudes des salariés de la région Auvergne-Rhône-Alpes, mesurée au travers des inscriptions à France Travail pour ce motif, et la récente loi du 2 août 2021 *pour renforcer la prévention en santé au travail* ont amené la DREETS Auvergne-Rhône-Alpes à s'interroger sur l'effectivité de la démarche de prévention de la désinsertion professionnelle (PDP). Une première étude, quantitative, avait été menée en 2022 auprès des entreprises de moins de 50 salariés de la région[1]. Dans ce second volet, qualitatif, ce sont les services de prévention et de santé au travail interentreprises (SPSTI) et leurs cellules de PDP qui ont été interrogés sur leur démarche de PDP à travers l'accompagnement individuel des salariés repérés à risque, sur les liens qu'elles ont avec les entreprises à ce sujet, de la sensibilisation collective à la mise en œuvre de la démarche.

Pour les SPSTI interrogés, l'implication des employeurs sur la PDP est largement insuffisante et l'identification du SPSTI pour les conseiller ou celle de la cellule PDP pour mettre en place des accompagnements individuels, peu effective. Les instances de dialogue social (CSE, CSSCT) sont par ailleurs vues par les SPSTI comme peu investies sur le sujet. Pour parer à cet état de fait, ceux-ci indiquent avoir déployé des visites sur site et, s'appuyant sur leur cellule, des actions collectives de sensibilisation à destination des employeurs et, plus secondairement, des représentants du personnel.

L'idée d'une prévention primaire par les employeurs, réalisée par la détection de situations à risque de perte d'emploi pour raison de santé de salariés en poste, est marginale. Selon les SPSTI, les visites obligatoires de mi-carrière mises en place par la loi pour les salariés en poste sont en effet encore peu déployées malgré la promotion qui en est faite. A l'inverse, les visites à la demande des salariés en poste leur paraissent en augmentation. Mais c'est l'arrêt de travail de longue durée qui demeure le principal mode de détection de ces situations. De ce fait, il est une priorité dans les actions de sensibilisation des SPSTI promouvant fortement les visites médicales de pré-reprise, y compris auprès des médecins traitants. D'après les SPSTI, celles-ci ont en effet connu un essor important et ont fortement contribué à la détection. Ils constatent malgré tout la faiblesse des rendez-vous de liaison entre salariés en arrêt et employeurs prévus par la loi en parallèle aux visites de pré-reprise et une orientation des salariés jugée encore aléatoire et souvent tardive de la part des service médicaux de l'Assurance maladie.

Aux dires des SPSTI, les médecins du travail et leur équipe pluridisciplinaire jouent un rôle central dans l'accompagnement des salariés à risque de DP. A l'origine de la détection via les visites médicales, ils peuvent apporter un niveau général d'informations sur les structures et outils de la PDP, orientent les salariés vers les cellules PDP dont l'accès est régi par des critères qui peuvent varier d'un endroit à l'autre : la complexité du « cas », lorsque des problématiques non médicales et/ou de souffrance psychique entrent en jeu, l'existence ou non d'une reconnaissance de travailleur handicapé (RQTh) et la probabilité du risque d'inaptitude. D'autres critères plus informels comme l'appréciation de la volonté de l'employeur d'agir ou le positionnement même du médecin référent sur la PDP et l'action de la cellule entrent en ligne de compte.

Selon les SPSTI, les médecins référents de l'entreprise sont en relation permanente avec la cellule PDP durant l'accompagnement du salarié pour le volet médical mais aussi pour valider les options non médicales proposées par les cellules. Cependant, les salariés détectés par les médecins ne sont pas forcément pro-actifs et les cellules doivent les solliciter pour entamer cet accompagnement.

[1] GRAFF Didier, « L'anticipation du risque d'inaptitude dans les entreprises de 50 salariés et plus d'Auvergne-Rhône-Alpes », DREETS ARA, juillet 2021

Plusieurs SPSTI décrivent un accompagnement de la cellule variable selon la situation du salarié. Auprès des salariés en poste, il relève d'une activité de conseils. Auprès des salariés en arrêt, il est orienté sur l'aménagement du poste ou la reconversion. Dans la pratique, les salariés accompagnés en arrêt sont majoritaires. De plus parmi l'ensemble des personnes accompagnées, certaines caractéristiques personnelles se dégagent : les femmes, les personnes de bas niveau de qualification professionnelle ou de plus de 45 ans sont plus présents. En outre, que ce soit pour les salariés en arrêt ou en poste, les troubles musculosquelettiques prennent une place importante dans le risque de désinsertion professionnelle, ainsi que la souffrance psychique. Celle-ci paraît aux SPSTI liée à l'augmentation des arrêts et des demandes de visite.

Deux enjeux ressortent nettement dans l'accompagnement. Le premier est celui du temps, qui se traduit par une recherche de précocité de la prise en charge et de réactivité de la cellule et des salariés. Enjeu d'autant plus crucial que plus l'accompagnement est tardif, plus il nécessite du temps pour « stabiliser » et « redynamiser ». Ce manque de temps, conjugué à la complexité de la situation, entraîne souvent un travail sur la reconversion externe davantage que sur la reprise de poste. Le second est celui de la souffrance psychique qui nécessite également un temps long.

Dans le cadre de l'accompagnement individuel, des outils sont valorisés par les SPSTI pour faciliter le maintien dans l'entreprise. La démarche d'obtention de la RQTH et l'essai encadré sont les plus mentionnés. Pour tout parcours, un bilan post accompagnement est effectué six mois après la sortie. Il est parfois anticipé pour les salariés conduits vers l'inaptitude, pour préparer le passage à France Travail.

La relation de la cellule avec les partenaires externes suscite une participation à des réunions communes pour coordonner l'accompagnement et éviter les doublons. Cela passe parfois par une formalisation de la répartition des rôles. Des écueils existent encore cependant et plusieurs SPSTI proposent des solutions. Les relations avec France Travail sont plus informelles et au gré des initiatives locales.

Le lien entre employeurs et SPSTI sur la PDP se fait d'abord après la visite médicale, lorsque le médecin du travail fait des préconisations sur le maintien dans l'emploi avec l'accord du salarié. Dans le cadre de la cellule PDP, le lien se fait avant tout avec le salarié. Lorsque le maintien dans l'emploi est jugé possible, sous forme d'aménagement de poste ou de reconversion interne, elle va entrer en lien avec l'employeur pour formuler des préconisations non médicales, plutôt pour des problématiques d'ordre physique. Elle jouera un rôle d'intermédiation entre salarié, employeur et médecin du travail, voire de médiateur entre salarié et employeur en cas de tensions.

Les SPSTI n'évoquent pas l'accompagnement à une reconversion externe du salarié comme moyen de nouer un lien avec l'employeur. Dans ce cadre, la cellule opère un lien avec le médecin du travail de l'entreprise uniquement. Les cas de souffrance psychique peuvent aussi poser question dans le lien à l'employeur plus encore que les cas d'ordre physique. Un problème relationnel peut faire l'objet d'une médiation, mais l'état de santé psychologique peut conduire à anticiper rapidement une reconversion externe.

Les SPSTI considèrent qu'il y a globalement prise en compte des préconisations de la cellule si la volonté de conserver le salarié de l'employeur existe, si le coût financier engendré et une éventuelle modification de l'organisation du travail lui paraissent acceptables. La mise en œuvre des préconisations nécessite cependant une veille des cellules compte tenu du temps nécessaire.

Dans leur fonctionnement, les cellules doivent s'adapter à un contexte difficile. Cet accompagnement semble conforme aux dispositions de la loi, mais nécessite pour l'ensemble des SPSTI une réactivité des cellules et une coordination avec les partenaires externes assez exigeantes. Par ailleurs, le manque de précocité de la prise en charge est mainte fois souligné et oblige à agir parfois en urgence. De sorte

qu'un arbitrage entre sensibilisation collective et accompagnement individuel se pose pour certains SPSTI et, par conséquent, une adaptation nécessaire des moyens.

Introduction

Entre 2013 et 2022, les inscriptions à France Travail en Auvergne Rhône-Alpes faisant suite à une inaptitude ont augmenté de 51% pour dépasser le nombre de 13 000 en un an. Un nombre pour la première fois supérieur à celui des licenciements pour motif économique. Concomitamment, la prévention du risque d'inaptitude est devenue au fil des années un enjeu majeur pour les services de santé au travail coexistant avec la prévention des risques professionnels[2].

L'accord national interprofessionnel (ANI) du 9 décembre 2020 transcrit dans la loi du 2 août 2021 *pour renforcer la prévention en santé au travail*, a modifié la gouvernance et les missions des services de santé au travail. Ceux-ci sont devenus des services de prévention et de santé au travail (SPST) et ont été appelés, entre autres, à développer une « *prévention primaire opérationnelle au plus proche des réalités du travail* ».

Cette notion de prévention primaire renvoie à une classification de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) établie à sa création en 1948, divisant la prévention en trois temps selon l'état d'avancée de la maladie : prévention primaire (avant l'apparition de la maladie), secondaire (au début de la maladie) et tertiaire (une fois la maladie installée).

Sous l'angle des risques professionnels, la classification de l'OMS se traduit, au regard de la législation du travail par :

- le fait d'empêcher la survenance du risque d'accident du travail ou de maladie professionnelle ou de supprimer les causes du risque en prévention primaire,

- d'éviter la création d'un dommage en présence d'un risque par la détection précoce (dépistage) en prévention secondaire,

- de limiter les effets, éviter les complications ou les récidives en présence d'un dommage du fait du travail en prévention tertiaire.

Dans l'ANI de 2020, les signataires réitèrent l'idée d'une prévention primaire non médicalisée et l'étendent au-delà du risque d'accidents du travail ou de maladies professionnelles, en intégrant le risque d'inaptitude. La logique annoncée dans l'ANI est de *« poursuivre l'objectif de s'attaquer en amont aux causes profondes de ces risques avant qu'ils ne produisent leurs effets. C'est pourquoi, en matière de prévention en santé au travail, au-delà de l'approche médicale et médicalisée, la prévention doit être centrée sur les réalités du travail pour préserver la santé et lutter contre la désinsertion professionnelle*. »

La prévention de la désinsertion professionnelle (PDP) des salariés apparaît dans l'ANI comme un enjeu de la prévention primaire, devant s'appuyer sur « *un repérage précoce du risque le plus en amont possible dans l'entreprise* », engageant les employeurs et encadrants, les représentants du personnel au sein de l'entreprise, en plus du SPST, des médecins traitants, des médecins Conseil de l'Assurance maladie et des organismes axés sur le maintien dans l'emploi des salariés à la santé altérée.

Au sein des SPSTI (services de prévention et de santé interentreprises), la loi a mis en place des cellules de PDP pour répondre à des situations individuelles à risque de désinsertion professionnelle (DP) par un accompagnement visant au maintien dans l'emploi et à défaut une reconversion interne ou externe.

L'article L 4622-8-1 du code du travail créé par la loi énonce les missions de ces cellules :

[2] Pour une présentation plus détaillée de l'évolution de la notion de prévention et du débat attenant : GRAFF Didier, MEYER Pascale, SEON Martial, La culture de prévention dans les petites entreprises en Auvergne-Rhône-Alpes, DIRECCTE ARA, septembre 2019.

- Accompagnement individuel :
    - Actions de sensibilisation ; identification des situations individuelles (principalement orientées par les équipes pluridisciplinaires, saisies directement, identifiées par cellule), Proposition de mesures individuelles en lien avec l'employeur et accompagnement de leur mise en œuvre.
    - Expertise pour l'équipe pluridisciplinaire sur les outils de PDP et être un interlocuteur privilégié des acteurs de la PDP, de l'emploi et du handicap pour un accompagnement individuel

- Accompagnement collectif :
    - A la demande des employeurs ou en accord avec eux dans les entreprises repérées à risque de DP, des actions d'information et de sensibilisation ; de communication.

L'instruction conjointe de la Direction Générale du Travail et de la Direction Générale de la CNAM du 26 avril 2022 précise que la mise en œuvre de ces cellules s'adresse aux salariés dont la vulnérabilité est d'origine professionnelle ou non ; bénéficiant ou non de la reconnaissance de travailleurs handicapés (RQTH) ou bénéficiaires de l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés (BOETH) et aux cas complexes. Il s'agit de limiter les conséquences de l'usure professionnelle et plus largement d'améliorer les conditions de travail.

En région Auvergne-Rhône-Alpes (ARA), le 4ème plan régional de santé au travail (PRST4) reprend l'objectif national de « *Prévenir la désinsertion[3] et l'usure professionnelles[4] en accompagnant les salariés et les entreprises concernés pour faciliter le maintien en emploi*. » Les cellules PDP, dont certaines préexistaient à la loi de 2021, se mettent progressivement en place dans un contexte de rapprochement et de fusion de certains SPSTI.

A la demande du pôle Travail de la DREETS ARA, une première étude quantitative avait été menée en 2021 par le SESE (service étude, statistique, évaluation de la DREETS) pour connaître et analyser les pratiques des employeurs dans les entreprises de 50 salariés et plus pour anticiper le risque d'inaptitude de leurs salariés[5]. Le pôle Travail souhaite complémentairement s'appuyer sur le point de vue des SPSTI et plus particulièrement de leur cellule PDP pour déterminer le lien existant entre les entreprises adhérentes au SPSTI et les cellules PDP au travers d'entretiens (cf. méthodologie p 7).

Les questionnements suivants sont posés :
- Les SPSTI sont-ils sollicités par les entreprises sur le volet PDP ? Selon quelles modalités ?
- A quel moment interviennent les SPSTI ? Quel niveau de précocité de la prise en charge ?
- Quel niveau de précocité du repérage du risque de DP ? Quel est le rôle du rendez-vous de liaison et de la visite de pré-reprise ?
- Quelles difficultés rencontrées par les SPSTI dans leurs relations avec les entreprises ?
- Au-delà de la prise en charge individuelle des salariés, quelles actions collectives en matière de PDP ?

Pour répondre à ces questionnements, il s'agira de décrire le positionnement des employeurs et l'organisation mise en place au sein des entreprises pour prévenir la désinsertion professionnelle et leur identification des cellules PDP des SPSTI pour les y aider, y compris au travers des actions de sensibilisation que celles-ci déploient.

---

[3] Défini dans le Plan de Santé au Travail (PST) par les dispositifs et accompagnements mis en œuvre à destination des salariés potentiellement vulnérables du fait d'un état de santé difficilement compatible avec la poursuite de leur activité. Ces situations de vulnérabilité peuvent être d'origine professionnelle ou non et peuvent se traduire ou non par une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH).

[4] Défini dans le PST comme un processus d'altération de la santé au travail qui se traduit par une accélération du vieillissement de la personne et une dégradation de ses capacités physiques…

[5] GRAFF Didier, « L'anticipation du risque d'inaptitude dans les entreprises de 50 salariés et plus d'Auvergne-Rhône-Alpes », DREETS ARA, juillet 2021

Dans une logique de déroulé chronologique propre à la démarche PDP, nous déterminerons le mode de détection des situations à risque de DP et ceux qui y contribuent, ainsi que le niveau de précocité de la détection et de la prise en charge de celles-ci.
Nous verrons ensuite le circuit d'accompagnement individuel mis en place au sein des SPSTI au travers des liens établis entre médecins du travail référent de l'entreprise, l'employeur lui-même, les partenaires externes et la cellule PDP. Enfin, nous décrirons le fonctionnement des cellules PDP et son évolution possible dans ce contexte.

Méthodologie

Pour répondre aux questionnements du pôle Travail de la DREETS, le SESE a procédé à une étude qualitative par entretiens auprès des SPSTI de la région ARA. Un mini questionnaire portant sur l'organisation de la cellule PDP a été rempli par ces SPSTI au préalable.

Six SPSTI ont été sélectionnés en fonction d'implantations territoriales diverses et d'une antériorité d'existence de la cellule PDP permettant d'avoir un retour d'expérience suffisant. Les entretiens ont eu lieu par visioconférence entre juin et août 2024. Ces entretiens ont fait l'objet d'une analyse thématique. Les citations, en gris, sont énoncées sans référence au SPSTI concerné pour des raisons de confidentialité. Elles sont emblématiques d'un constat valable pour plusieurs SPSTI, sauf mention contraire.

Dans chaque SPSTI, deux personnes de la cellule PDP ont été interrogées : le coordonnateur de la cellule (médecin du travail ou non) et un membre de la cellule dont le profil peut varier (psychologue du travail, chargé de maintien dans l'emploi, médecin du travail…). Deux SPSTI ont souhaité associer un deuxième membre de la cellule à ces entretiens.

Sauf mention contraire et par souci de simplification, les opinions sont énoncées au niveau du SPSTI et non des personnes interrogées elles-mêmes. En effet, les réponses des différents interlocuteurs d'un SPSTI sont peu souvent différentes sur le fond et davantage complémentaires.

Sommaire

Une insuffisante implication des employeurs et identification des cellules PDP 12

L'insuffisante action des employeurs sur la PDP 12

L'insuffisante identification de la cellule par les employeurs 12

L'insuffisante identification de la cellule par les représentants du personnel 13

L'accompagnement collectif des employeurs et des RP par les SPSTI centrées sur des ateliers spécifiques 13

La PDP peu présente dans les instances de dialogue entre employeurs et RP 13

Le développement d'interventions ciblées 14

A défaut de prévention primaire, les visites médicales et l'arrêt de travail servent au repérage 17

Salariés en arrêt : la visite de pré-reprise monte en flèche 18

Salariés en poste : la visite à la demande bien plus que celle de mi-carrière .. 20

La piste de l'action en milieu de travail 21

Un rôle central du médecin du travail référent de l'entreprise dans la PDP 22

Une organisation de la PDP qui dépasse la cellule puisque le médecin du travail et les équipes pluridisciplinaires y sont intégrés 22

Un circuit d'orientation des médecins du travail vers la cellule PDP dépendant de critères 22

Un renvoi au médecin du travail pour de rares sollicitations directes de la cellule PDP 24

Des relations permanentes durant l'accompagnement par la cellule PDP 24

L'accompagnement individuel par la cellule PDP 24

Les cellules contraintes de prendre contact avec les salariés repérés à risque de DP 24

Un profil des salariés accompagnés lié à l'arrêt de travail 25

Deux enjeux prégnants dans l'accompagnement 26

Des outils de la PDP plébiscités par les SPSTI et les entreprises 27

Le suivi post-cellule et le cas des inaptitudes 28

Le bilan post-inaptitude pour questionner les conditions de travail 29

Le lien entre cellule PDP et partenaires externes : des configurations différentes selon les SPSTI 29

Le lien entre cellule PDP - SPSTI et employeurs se fait surtout au moment des préconisations 31

Quand se fait le lien ? 31

Une prise en compte des préconisations qui nécessite une veille 33
Les facteurs d'engagement des employeurs à leur mise en œuvre 33
Un fonctionnement des cellules PDP en adaptation 34
Des missions entre conformité à la loi et hiérarchisation 34
Des moyens en question 35

Tables des abréviations

ANI	accord national interprofessionnel
BOETH	bénéficiaire de l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés
CSE	comité social et économique
DP	désinsertion professionnelle
IJ	indemnités journalières
MCP	maladies à caractère professionnel
OMS	organisation mondiale de la santé
PDP	prévention de la désinsertion professionnelle
RH	ressources humaines
RP	représentants du personnel
RPS	risques psycho-sociaux
RQTH	reconnaissance de la qualification de travailleur handicapé
SPSTI	service de prévention et de santé au travail interentreprises
TMS	troubles musculo-squelettiques

Une insuffisante implication des employeurs et identification des cellules PDP

L'insuffisante action des employeurs sur la PDP

L'action des employeurs en matière de PDP des salariés pour raison de santé est peu développée, d'après l'ensemble des SPSTI interrogés[6]. Ils estiment que la prévention primaire, enjeu de la démarche de PDP, n'est pas encore suffisamment installée dans la pratique des entreprises. Les SPSTI constatent unanimement peu d'anticipation du risque de DP des salariés mais plutôt une prévention secondaire ou tertiaire qui concerne le retour des salariés en arrêt de longue durée dans le meilleur des cas.
Pour un SPSTI, les arrêts de travail de longue durée sont d'ailleurs plus abordés par les entreprises comme un sujet de ressources humaines (RH) que de santé, ne facilitant pas la prévention et l'anticipation. Le pire des cas est décrit comme étant l'attente de l'inaptitude pour agir, d'après un autre SPSTI. Notons en effet, que l'étude quantitative précédente sur le sujet auprès des entreprises[7] indiquait que c'est le cumul d'inaptitudes qui devenait un facteur sensibilisant significativement les employeurs à la détection du risque.

Plusieurs bémols à ce constat. D'abord, la plupart des SPSTI considère que les grandes entreprises (sans délimitation de taille indiquée lors des entretiens) leur apparaissent plus sensibles à la prévention des risques d'une façon générale, avec un niveau de connaissance des dispositifs plus étendu que les petites entreprises. Un SPSTI indique à ce propos une approche plus ouverte sur les améliorations ergonomiques pour prévenir l'usure professionnelle et un traitement du handicap appréhendé avec des cellules ou missions spécifiques, des référents qui peuvent exister sur le sujet mais se limitant toutefois à ce cadre. Par ailleurs, selon deux SPSTI, il y a une tendance à une légère amélioration dans l'ensemble des entreprises, notamment sous l'effet de la sensibilisation à la PDP effectuée par les SPSTI eux-mêmes ou leur cellule PDP (cf. page 10 à 13).

L'organisation différenciée sur la PDP des grandes et des petites entreprises se retrouvent d'ailleurs au travers du type d'interlocuteur qu'ont les SPSTI et leur cellule PDP sur le sujet. Dans les petites entreprises, ce sont essentiellement les dirigeants ou le service RH alors que dans les grandes entreprises, le panel est plus large. Le service RH est toutefois cité dans les grandes entreprises du fait de sa position centrale. Un SPSTI le décrit plus connaisseur des carrières et des arrêts. Mais en dehors du service RH, une personne dédiée (membre du service Qualité, sécurité, environnement, infirmier en santé au travail, réfèrent handicap) ou désignée (Directeur administratif et financier, assistant de direction) peut servir de contact.

Si la PDP est peu présente dans l'organisation et la gestion des entreprises, celles-ci identifient-elles le SPSTI dans ce rôle et mieux encore, la cellule PDP ?

L'insuffisante identification de la cellule par les employeurs

La majorité des SPSTI estiment que l'identification de la cellule PDP par les employeurs ou plus largement du rôle du SPSTI en la matière est insuffisante, en particulier les dispositifs que la cellule peut proposer selon l'un d'entre eux. En effet, deux SPSTI estiment que les employeurs côtoient les services de santé plutôt au moment de la réalisation de la fiche d'entreprise[8] appuyée par les préventeurs.

[6] Pour simplifier, les SPSTI interrogés seront désignés comme les SPSTI.

[7] GRAFF Didier, L'anticipation du risque d'inaptitude dans les entreprises de 50 salariés ou plus d'Auvergne-Rhône-Alpes : de la détection à la prévention, DREETS ARA, 2021, p12 https://auvergne-rhone-alpes.dreets.gouv.fr/L-anticipation-du-risque-d-inaptitude-dans-les-entreprises-de-50-salaries-ou

[8] La fiche d'entreprise est un document obligatoire fourni par le service de santé au travail (Article R. 4624-46 du code du Travail), sur lequel figurent les risques professionnels et les effectifs de salariés y étant exposés. A noter que la fiche d'entreprise est réalisée avec les éléments et observés et communiqués par l'employeur.
Cette fiche est élaborée par le médecin du travail ou par un membre de son équipe pluridisciplinaire sous la coordination du médecin du travail (préventeur ou infirmier).

Plus souvent encore, c'est par les visites médicales que sont identifiés les SPSTI. Ce sont donc davantage les médecins du travail de l'entreprise adhérente au SPSTI et l'équipe pluridisciplinaire (ergonomes, préventeurs…) qui sont identifiés en premier lieu. Toutefois, les visites médicales et les préconisations du médecin du travail qui en découlent donnent lieu à un contact avec l'employeur et peuvent constituer à terme une porte d'entrée vers la cellule (surtout dans les grandes entreprises).

Deux SPSTI ont une vision plus nuancée, estimant que l'accompagnement individuel des salariés par les cellules commence à être connu des employeurs. Le maintien dans l'emploi réussi par l'action de la cellule serait un vecteur d'identification pour un accompagnement futur. Surtout, les actions de sensibilisation menées par les SPSTI permettraient de constater une progression dans l'identification de leur rôle en matière de PDP.

L'insuffisante identification de la cellule par les représentants du personnel

La majorité des SPSTI estime que l'identification par les représentants du personnel (RP) présents dans l'entreprises est également largement insuffisante. L'un d'entre eux l'explique par le fait que les nouveaux membres des comités sociaux et économiques (CSE) ne sont pas suffisamment formés à la santé au travail dans les entreprises de taille moyenne et un autre précise que les visites médicales demeurent ce qui est également le plus connu des RP.

Les sollicitations des RP ne concernent pas la prévention. Deux SPSTI indiquent qu'elles se font essentiellement pour résoudre en urgence des problèmes individuels avancés et complexes. Ceux-ci peuvent par exemple être liés à un conflit, un harcèlement présumé.

Si l'identification des SPSTI et de leur cellule est insuffisante, tant par les employeurs que les RP, comment y répondent-ils ?

L'accompagnement collectif des employeurs et des RP par les SPSTI centrées sur des ateliers spécifiques

La PDP peu présente dans les instances de dialogue entre employeurs et RP

Dans le premier volet de l'étude sur la DP menée auprès des employeurs, ceux-ci indiquaient que les CSE et les commissions santé et conditions de travail (CSSCT) ne sont pas souvent des lieux de dialogue sur la PDP ou le maintien dans l'emploi[9]. Plus largement, ces instances ne sont pas souvent identifiées comme traitant du sujet de la santé au travail, notamment par les services RH. De fait, les discussions se passent plutôt hors instances, en comité restreint et de façon informelle. Un cas de DP déjà avéré ou un risque individuel de DP favorisent ces discussions.

De la même façon, l'ensemble des SPSTI ne présentent pas ces instances comme un lieu de dialogue sur la PDP dont les employeurs ou les RP auraient l'initiative.

Elles servent toutefois de lieux d'expression pour plusieurs SPSTI afin de sensibiliser à la démarche et d'informer sur l'existence de la cellule. Certains envisagent même une prochaine intervention de la cellule pour s'y présenter.

Constatant le peu d'usage d'indicateurs de suivi (nombre d'arrêts longs, pyramide des âges…), un SPSTI veut « *mettre en alerte* » les instances sur les risques liés aux troubles musculo-squelettiques (TMS) ou à la souffrance psychique. Un autre veut y mettre en avant les moyens pour prévenir les risques :

« **[Il faut faire] la promotion des visites de pré reprise, parler des moyens et des procédures qu'on peut mettre en place pour aménager les postes pour mobiliser les fonds Agefiph.** »

Pour un autre SPSTI, le moment du rapport annuel du médecin du travail au CSE est un moyen de sensibiliser ses membres à la PDP (la

[9] Graff Didier, Op. Cit. pp23-26

loi du 2 août 2021 a pourtant supprimé ce rapport).

Un SPSTI constate que le sujet de la PDP était plus facilement abordé à l'époque des CHSCT, tout comme l'ensemble du volet santé au travail. Il prend donc acte que le dialogue se passe désormais sur site mais hors instance et, selon lui, de façon plus informelle sur des cas individuels. Il souhaiterait cependant une approche plus collective :

« La demande de l'entreprise est souvent une demande sur un cas individuel ou des cas individuels. Et nous, on essaye de d'aller sur une discussion un peu plus globale et sur l'évolution : l'âge de la retraite qui augmente, la pyramide des âges, le passif professionnel de leurs salariés et en particulier de l'usure et cetera.
C'est nous qui faisons à mon sens, l'ouverture vers le collectif, enfin sur une prise en charge plus globale du problème. »

Le développement d'interventions ciblées

Deux stratégies sont mises en avant par les SPSTI afin de sensibiliser les entreprises (employeurs et RP confondus) et favoriser l'dentification des cellules PDP et l'orientation de salariés vers elles : les visites sur site et les réunions d'information collectives.

La visite sur site

La visite sur site est réalisée par une majorité des SPSTI, essentiellement par les médecins du travail ou à défaut, par les préventeurs, les ergonomes. Un SPSTI cible les grosses entreprises pour cela en incitant à une réflexion sur la pyramide des âges et l'usure professionnelle. Il les sensibilise au fait que des mesures de prévention prises récemment n'effacent pas une usure qui survient après un long processus de dégradation de la santé et le risque de DP qui en découle.

La réalisation ou la mise à jour de la fiche d'entreprise est un moment privilégié pour sensibiliser sur la prévention selon deux SPSTI. Un autre SPSTI présente à l'inverse la fiche d'entreprise comme mobilisant trop les préventeurs et place plutôt le médecin du travail en première ligne :

« Il faut que le docteur rentre dans l'entreprise pour que l'équipe [pluridisciplinaire] soit réidentifiée et en 2ème niveau que la cellule maintien en emploi [PDP] soit identifiable ».

Pour ce service, il s'agit de partir des organisations du travail et plus seulement des enjeux ergonomiques pour sensibiliser les entreprises et les faire accéder à une prévention primaire. Un autre SPSTI rappelle le travail exigeant de la prévention primaire auprès des employeurs : dire, répéter, suivre, accompagner car la prise en compte n'est pas rapide en dehors des accidents du travail.

Les réunions d'information collectives

Tous les SPSTI ont mis en place des réunions d'information collectives des entreprises auxquelles participent les cellules PDP sous différentes formes : Cafés rencontre, Matinales, ateliers… Ces réunions visent toutes les tailles d'entreprise ou ciblent une partie selon certains critères. Ainsi, deux SPSTI invitent les entreprises ayant des problématiques qu'elles ont identifiées au travers du cumul de restrictions médicales ou d'inaptitudes.

Ces réunions attirent cependant plutôt un cercle de grandes entreprises déjà sensibilisées au sujet de la prévention et en faible nombre, même si une progression est constatée. Pour mobiliser davantage les plus petites entreprises, un SPSTI suggère des interventions sectorielles.

Côté employeurs, les dirigeants, les représentants de service RH et des encadrants sont présents à ces réunions. Les RP sont mentionnés par trois SPSTI. Ils sont soit associés à la même réunion que les employeurs, soit invités séparément. Un SPSTI estime que leur présence est plus rare.

Regrettant le manque d'approche en prévention primaire (et donc collective) des entreprises, la moitié des SPSTI et des cellules PDP interviennent lors des réunions d'information

sur ce volet en développant les moyens de repérage du risque :

« Dans le café rencontre, il y a aussi tout un volet « Comment on repère les situations à risque de DP » ? Les indicateurs qui peuvent être autant professionnels : arrêts de travail, maladies, arrêts répétitifs, perte de motivation au travail, plaintes de certaines douleurs. Mais aussi des indicateurs personnels : devenir aidant familial, un changement de vie, un divorce… L'entretien professionnel peut servir aussi à détecter des situations à risque »

Dans une approche de prévention secondaire, deux SPSTI incitent à développer les visites médicales à la demande de salariés présentant des signaux d'alerte sans attendre un éventuel arrêt de travail.

Les préventions primaire et secondaire constituent les axes prioritaires pour un SPSTI qui utilise, comme support auprès des participants aux réunions d'information collective, un outil développé par l'Assurance maladie, la pyramide des fragilités, dont la forme et les couleurs symbolisent les étapes de la prévention selon l'intensité du risque de DP censées concerner de moins en moins de salariés. (cf. Figure 1) :

« Donc on part de la prévention primaire où on voit qu'on a un socle très large, donc où on va finalement avoir plus d'outils, plus de marges de manœuvre et on va toucher un nombre de salariés plus important et ensuite on monte dans les étages pour aller du maintien dans l'emploi au maintien en l'emploi et ensuite à la reconversion pro parce qu'on arrive en haut de la pyramide et on n'a plus de solutions…

Donc l'idée (…) c'est (…) qu'on forme justement les entreprises aux facteurs de DP qu'elles seraient à même d'identifier sur les deux premiers étages de la pyramide. »

Figure 1 : UNE GRILLE DE LECTURE COMMUNE : LA PYRAMIDE DES FRAGILITÉS[10]

[10] Source : Webinaire l'accompagnement des personnes en arrêt maladie, Carsat Bourgogne-Franche comté, AIST 21 - https://eime.carsat-bfc.com/webinaires/

Pour autant, situé dans les plus hauts étages de la pyramide, l'arrêt de travail est le premier mode de repérage du risque de DP des employeurs[11] et des SPSTI (cf. pages 13 à 16). De ce fait, tous les SPSTI abordent le sujet de la prévention du risque durant l'arrêt de travail lors des réunions d'information collectives. Pour cela, ils sensibilisent à une nouvelle disposition de la loi de 2021, le rendez-vous de liaison entre employeur et salarié en arrêt de plus de 30 jours qu'ils approuvent largement au demeurant (cf. Encadré n°1).

Encadré n°1

Le rendez-vous de liaison

Dans le but de prévenir la désinsertion professionnelle, lorsque la durée de l'absence au travail du salarié justifiée par l'incapacité résultant de maladie ou d'accident, constatée par certificat médical et contre-visite s'il y a lieu, est supérieure à 30 jours, un rendez-vous de liaison entre le salarié et l'employeur peut être organisé à l'initiative de l'employeur ou du salarié.

Ce rendez-vous, qui n'est pas un rendez-vous médical, a pour objectif de maintenir un lien entre le salarié pendant son arrêt de travail et l'employeur et d'informer le salarié qu'il peut bénéficier d'actions de prévention de la désinsertion professionnelle, d'une visite de pré-reprise, et de mesures d'aménagement du poste et/ou du temps de travail.

La visite de pré reprise

En cas d'absence au travail justifiée par une incapacité résultant de maladie ou d'accident d'une durée supérieure à 30 jours, et en vue de favoriser son maintien dans l'emploi, le salarié (et, plus généralement, le travailleur) peut bénéficier d'un examen de pré-reprise par le médecin du travail, organisé à l'initiative du salarié, du médecin traitant, des services médicaux de l'assurance maladie ou du médecin du travail, dès lors que le retour du salarié à son poste est anticipé.

La visite de pré reprise est une visite qui vise à repérer les salariés à risque de désinsertion professionnelle et de préparer le mieux possible leur retour au travail. Cette visite est le moment privilégié pour mettre en place un plan de retour à l'emploi, proposer des aménagements et adaptations du poste de travail ; un essai encadré, une convention de rééducation professionnelle ou encore des formations professionnelles à organiser en vue de faciliter le maintien en emploi, le reclassement du travailleur ou sa réorientation professionnelle. Elle est organisée dès que l'état de santé permet d'envisager une reprise de l'activité professionnelle.

Source : Ministère du Travail, de la Santé, des solidarités et des familles - travail-emploi.gouv.fr

« Il faut que nous, on puisse voir le salarié pendant son arrêt et déclencher des choses rapidement pour qu'il se passe quelque chose parce que sinon (…) c'est 6 mois, 8 mois ; il [ne] s'est rien passé et on commence seulement à mettre des choses en place à ce moment-là et on sait que [au bout de] 6 mois, on a la moitié des gens qui sont en désinsertion.

Donc, pour moi, [la pyramide est] un outil vraiment qu'il faut valoriser plus, plus plus, … Il faut communiquer auprès des employeurs sur cet outil qui existe et comment ils peuvent l'utiliser. »

Dans la même logique, ils incitent également employeurs et RP à promouvoir la visite de pré-reprise afin d'anticiper la reprise du poste ou la reconversion du salarié dans de bonnes conditions (cf. Encadré n°1). Les acteurs du maintien dans l'emploi et les outils de la PDP sont à cette occasion présentés.

[11] Graff Didier. Op. Cit p12

En plus des réunions d'information collective en présentiel, une cellule PDP envisage d'organiser des webinaires thématiques sur les outils de la PDP.

Outre les visites sur place et les réunions d'information collective, une cellule PDP signale qu'elle participe aux formations des membres de CSE en matière de santé, sécurité et conditions de travail organisées par l'Assurance maladie. Elle y présente l'offre de service du SPSTI et particulièrement le volet PDP.

Enfin, un SPSTI identifie un nouvel axe de communication à développer par les cellules PDP auprès des entreprises : le montant des économies faites grâce à la PDP par le nombre de maintiens dans l'emploi et d'heures de travail récupérées de façon personnalisée. Ce même SPSTI estime que cela nécessiterait de renforcer les équipes pluridisciplinaires.

Au-delà des actions collectives visant à sensibiliser les employeurs et les RP au sujet de la PDP, comment les SPSTI détectent-ils les salariés à risque ?

A défaut de prévention primaire, les visites médicales et l'arrêt de travail servent au repérage

Les employeurs étant aux dires des SPSTI, encore insuffisamment impliqués dans le domaine de la PDP de façon autonome et ayant encore peu identifié les SPSTI et cellules comme appui en dépit des actions de sensibilisation, les sollicitations de leur part sont faibles. La démarche-type de PDP débute plutôt, selon eux, par un lien direct entre salarié et SPSTI. Ce lien s'établit lors des visites médicales. Le médecin du travail des entreprises adhérentes et l'infirmier de santé au travail (IDEST) sont donc centraux dans le repérage de situations à risque de DP.

D'après l'ensemble des SPSTI, ce sont les visites médicales à la demande des salariés, dont les visites de pré-reprise pour les salariés en arrêt, qui servent le plus à ce repérage. Il se fait plus secondairement par les visites périodiques. La visite de mi-carrière créée par la loi d'août 2021 est une nouvelle modalité de visite périodique (cf. Encadré n°2).

Encadré n°2

La visite de mi-carrière

Le salarié (ou, plus généralement, le travailleur) est examiné par le médecin du travail au cours d'une visite médicale de mi-carrière organisée à une échéance déterminée par accord de branche ou, à défaut, durant l'année civile du 45e anniversaire du salarié.

Cet examen médical peut être anticipé et organisé conjointement avec une autre visite médicale lorsque le salarié doit être examiné par le médecin du travail deux ans avant l'échéance mentionnée ci-dessus. Il peut être réalisé dès le retour à l'emploi du salarié dès lors qu'il satisfait aux conditions déterminées par l'accord de branche ou, à défaut, qu'il est âgé d'au moins 45 ans.

L'examen médical vise à :

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

Évaluer les risques de DP, en prenant en compte l'évolution des capacités du salarié en fonction de son parcours professionnel, de son âge et de son état de santé ;

Sensibiliser le salarié aux enjeux du vieillissement au travail et sur la prévention des risques professionnels.

Le médecin du travail peut proposer, par écrit et après échange avec le salarié et l'employeur, les mesures (aménagement du poste de travail, aménagement du temps de travail, etc.) prévues à l'article L. 4624-3 du code du travail. À la demande du salarié concerné, le référent handicap (celui-ci doit être désigné dans toute entreprise occupant au moins 250 salariés) participe à ces échanges ; il est alors tenu à une obligation de discrétion à l'égard des informations à caractère personnel qu'il est amené à connaître.

Source : Ministère du Travail, de la Santé, des solidarités et des familles - travail-emploi.gouv.fr

Salariés en arrêt : la visite de pré-reprise monte en flèche

Une majorité de SPSTI indiquent que la visite de pré-reprise est le premier moyen de repérage des salariés à risque de DP et qu'elle se développe de plus en plus, confirmant en cela la centralité de l'arrêt de travail de longue durée. Un SPSTI évoque un doublement de ces visites en 3 ans.

Une dynamique d'orientation par les médecins traitants

L'orientation des salariés en arrêt de travail vers la visite de pré-reprise se fait de plus en plus via le canal des médecins traitants, même si cela reste encore à développer pour la plupart des SPSTI.

Deux SPSTI font un lien entre cette croissance et le développement de la souffrance psychique plutôt liée à une relation conflictuelle dans l'entreprise repérée par les médecins traitants. L'orientation vers la visite de pré-reprise serait dans ce cas plus précoce et laisserait plus de temps à la cellule PDP pour préparer la reprise.

« Ils commencent vraiment, les médecins généralistes, à bien la maîtriser cette visite de pré reprise parce qu'eux-mêmes, ils ont des difficultés sur des arrêts qui se prolongent et ils [ne] savent pas quoi faire, notamment dans tout ce qui est conflit au travail (…). Et donc ils commencent à avoir bien identifié le fait que nous, on est un relais et que, quand le problème est dans le travail, que ce soit pour des TMS ou des RPS (…), ils incitent leurs patients et on en voit quand même de plus en plus en pré reprise. Et plus tôt. »

Afin de renforcer le nombre de visites de pré-reprise, cinq SPSTI ont mis en place diverses actions de sensibilisation auprès des médecins traitants. Deux ont associé aux médecins traitants les employeurs à des réunions d'information collective et l'option du temps méridien a permis d'avoir de l'affluence. Deux autres ont organisé un temps spécifique pour les médecins traitants, dont un n'a pas rencontré de succès. Le dernier a inscrit cette action dans le cadre d'une formation médicale continue qui a permis d'avoir une forte affluence.

Le sixième SPSTI envisage une action de sensibilisation en souhaitant y mêler également les médecins conseil de l'Assurance maladie.

Un SPSTI a complété son action par la création d'une adresse électronique professionnelle à destination exclusive des médecins traitants pour leur permettre de faire des demandes de visite de pré-reprise.

L'orientation par les services médicaux de l'Assurance maladie, encore aléatoire et souvent tardive

La quasi-totalité des SPSTI énoncent le fait que les médecins conseil de l'Assurance maladie sont parfois à l'origine de l'orientation vers la visite de pré-reprise, mais dans une proportion très variable selon les SPSTI et tout en constatant que cela reste bien souvent tardif.

Selon quatre SPSTI, des requêtes opérées par les services médicaux de l'Assurance Maladie permettent en théorie de repérer les salariés en arrêt au-delà d'une période déterminée et de les orienter rapidement vers eux. Le délai est fixé à trois mois d'arrêt et même 30 jours dans l'un d'entre eux pour les cas liés aux RPS. Cela constitue une amélioration clairement appréciée par les SPSTI par rapport à la situation précédente où le médecin conseil voyait le salarié peu de temps avant la fin de ses indemnités journalières avant de l'orienter vers le SPSTI. Cette situation laissait peu de temps pour travailler à une reprise ou une reconversion et obligeait le médecin du travail à négocier une prolongation des indemnités journalières.

Le nouveau requêtage fonctionne bien dans deux SPSTI mais se heurte à des écueils dans les deux autres : le manque de temps dans les services médicaux pour faire ces requêtes dans un territoire urbanisé et le manque de médecins conseil dans un territoire rural. La stratégie alternative de sensibilisation des médecins traitants par les cellules PDP est aussi une forme de réponse à ces écueils.

Les tentatives d'inciter les employeurs à collaborer au repérage

Une autre stratégie portée par trois SPSTI existe, la demande directe aux entreprises rencontrées lors de réunions de sensibilisation ou à l'occasion d'une visite périodique de fournir la liste des salariés en arrêt depuis au moins 3 mois afin que le SPSTI leur propose la visite de pré-reprise.

« Donc la plupart du temps, on dit bien aux assistantes médicales quand elles ont les employeurs au téléphone pour décaler des rendez-vous de visite périodique : « Posez bien la question aux entreprises de savoir si vous avez des arrêts de travail depuis plus de 90 jours. » Et à ce moment-là, on se propose de faire un courrier, nous, service de santé au travail aux salariés pour lui dire : « Voilà, nous avons eu connaissance du fait que vous étiez en arrêt. Sachez qu'il y a une cellule qui peut vous aider, sachez qu'on est là, qu'un médecin peut vous voir pour discuter de la poursuite de votre activité professionnelle. N'hésitez pas à prendre rendez-vous. » C'est la seule chose qu'on peut faire. »

Certains SPSTI, dans leur volonté d'anticiper au maximum, souhaiteraient même connaître les arrêts dès 30 jours par le canal des employeurs ou des services médicaux de la CPAM. Un SPSTI souligne en particulier sa volonté de stimuler les salariés dès le début de l'arrêt pour lever l'anxiété à se projeter et envisager des solutions. Et il positionne le médecin du travail en relai ou médiateur donnant des options entre salariés et employeurs. Un autre estime cependant qu'intégrer des salariés en arrêt court risquerait d'inclure des cas non problématiques pour une reprise.

La marginalité du rendez-vous de liaison

Le rendez-vous de liaison entre employeur et salarié en arrêt a notamment, comme on l'a vu, l'objectif d'inciter le salarié à demander une visite de pré-reprise dès 30 jours d'arrêt. La quasi-totalité des SPSTI jugent que ce dispositif est encore peu utilisé même si certains reconnaissent une légère évolution du fait des actions de communication qu'ils déploient à cet effet. Le manque de connaissance du rendez-vous de liaison est souvent mis en avant. Un SPSTI explique que ce dispositif est aussi parfois mal compris, certains employeurs le plaçant après la visite de pré-reprise afin de valider les aménagements préconisés. Un autre SPSTI regrette cette lacune car ce rendez-vous pourrait servir d'alerte par l'employeur auprès du SPSTI pour que celui-ci initie une visite de pré-reprise lorsque le salarié ne le fait pas.

Au-delà du rendez-vous de liaison, c'est le maintien même du contact entre salarié et employeur durant l'arrêt de travail qui est peu fréquent. Un seul SPSTI affirme qu'il se pratique couramment. Un autre, uniquement dans les petites entreprises. Plusieurs raisons sont données par les SPSTI : l'indifférence de l'employeur, sa méfiance par crainte de ne pas avoir le droit au contact ou l'existence de tensions latentes entre lui (ou un autre membre de l'entreprise) et le salarié. Un SPSTI confirme que les salariés connaissant une souffrance au travail ayant causé l'arrêt acceptent mal la prise de contact.

Si les SPSTI promeuvent très largement le maintien du contact avec le salarié en arrêt et le rendez-vous de liaison, deux d'entre eux considèrent que ce dispositif doit être conditionné :

« C'est à faire savoir à un moment donné à son salarié, mais ça dépend de la forme que ça prend aussi (…). Mais (…) [le] dire (…), c'est une marque de considération. Je pense que ça peut clairement aider un salarié qui [ne] l'entendra pas au moment où il reçoit le courrier ou l'appel ou la sollicitation en tout cas, mais c'est quand même entendu à un moment donné (…). Le salarié peut s'en saisir à un moment donné, mais même si c'est plus tard, donc il [ne] faut pas que ce soit instrumentalisé.
Le but, ce [n'] est pas de demander des nouvelles, « Comment tu vas ? « Quand tu reviens ? » Et (…) alors ça [ne] s'appelle pas rendez-vous de liaison dans ces cas-là. Mais (…) certains employeurs (…) se permettent ces choses-là…

Quand il est utilisé, moi je trouve qu'il est bien fait. Voilà, c'est de l'information qui est donnée, c'est dire au salarié qu'on se rend accessible pour lui si nécessaire. Le salarié en fait ce qu'il en veut après. »

Il s'agit donc, pour un SPSTI de bien fixer les modalités de ce contact.

« Vérifier avec le salarié s'il est d'accord pour rester en contact. Si oui, avec qui ? Est-ce que c'est avec le dirigeant ? Est-ce que c'est le service RH ? Est-ce que c'est avec le manager de proximité ? Juste les collègues ? De la modalité de contact, la fréquence. Est-ce que c'est par téléphone, par mail ? Donc on recommande tout ça aux employeurs. »

On observe en définitive la centralité de l'arrêt de travail de longue durée dans le repérage des situations à risque de DP pour raison de santé au travers du canal médical ou professionnel. Les SPSTI tentent toutefois d'élargir ce repérage aux salariés en poste dans une logique de prévention primaire.

Salariés en poste : la visite à la demande bien plus que celle de mi-carrière

Peu de visites de mi-carrière

Les visites périodiques obligatoires sont citées par quatre SPSTI comme un moyen de repérage des salariés à risque, dont un en fait un moyen privilégié au même titre que les visites à la demande.

La visite de mi-carrière est citée par trois SPSTI mais plusieurs constatent qu'elle est encore peu connue et commence à se mettre en place peu à peu. Un SPSTI met en parallèle ce faible essor à la difficulté ou au manque de volonté des employeurs d'anticiper le risque de DP pour raison de santé. Un autre évoque de façon plus générale la difficulté de la reconversion professionnelle à 45 ans qui suppose des emplois disponibles et une offre de formation suffisante.

« Il y a beaucoup de freins, je trouve, sur ces situations à mi-carrière. En tout cas, sur le département, parce que peut-être que ça vient aussi du fait qu'on a un marché de l'emploi qui [n'] est pas dynamique, qu'on est sur des petites entreprises, donc en termes de reclassement interne, les solutions, elles sont quand même limitées… On a aussi une offre de formation qui est hyper faible sur le territoire. »

Il n'en demeure pas moins que les SPSTI adoptent ce nouveau type de visite et déclarent en faire la promotion auprès des employeurs. Un SPSTI évoque à ce sujet sa forte attente pour que l'employeur se saisisse de l'entretien professionnel pour conseiller cette visite aux salariés.

Pour pallier le manque de visites de mi-carrière, un SPSTI a choisi de la faire en même temps qu'une visite périodique classique mais regrette le manque de suivi des expositions dans le parcours professionnel des salariés et soulève l'enjeu de l'interopérabilité des données médicales. Un autre envisage de faire une requête sur tous les salariés de 45 ans pour envoyer une convocation à cette visite en soulignant que :

« S'ils le souhaitent, ils peuvent effectivement annuler la visite. Mais qu'on soit un petit peu plus proactif pour cette visite de mi-carrière qui a vraiment un rôle important dans le cadre du repérage des situations le plus précocement possible. »

Essor des visites à la demande des salariés

Les visites à la demande des salariés sont un moyen de repérage pour cinq SPSTI dont quatre en font le premier moyen de repérage des salariés en poste. Tous considèrent que ce type de visite est en augmentation sur les dernières années et trois d'entre d'eux l'expliquent notamment par un accroissement de la souffrance psychique liée à un conflit au sein de l'entreprise.

« Moi, je vois l'évolution par rapport à une dizaine d'années où j'avais fait des affiches pour dire aux salariés : « Vous savez que vous avez la possibilité de (…) solliciter une visite auprès de nous à votre demande, quand vous voulez (…) ».

J'ai plus besoin de la mettre parce que les gens le savent.

Alors, les salariés sont à cette origine surtout pour des problématiques de RPS, de soucis plutôt d'organisation, de conflits, de trucs comme ça. Là, on les voit.

Les RPS, énorme, énorme, mais parce que c'est mal pris en charge et qu'on laisse les choses se dégrader (…) et avec un positionnement qui [n'] est pas bon. »

Les demandes de visites pour ce motif sont difficiles à prendre en compte selon un autre SPSTI du fait d'un décalage avec le discours de l'employeur et d'un manque de connaissance du climat de l'entreprise (du fait de l'espacement des visites et du partage de celles-ci avec les IDEST) qui n'aide pas à distinguer entre problématiques relationnelles et problématiques managériales.

Au travers du discours des SPSTI, les visites à la demande des salariés semblent donc être d'initiative individuelle, sans lien avec un repérage amont de l'employeur ou des équipes encadrantes.

Rares visites à la demande de l 'employeur

Les visites à la demande de l'employeur sont citées par trois SPSTI comme moyen de repérage, dont deux les qualifient de rares. Un SPSTI précise par ailleurs que ces visites se font plutôt en urgence et en réaction à une problématique de santé avancée. De plus, les employeurs ne fourniraient pas d'explication ni au salarié concerné, ni au SPSTI à cette demande de visite médicale. A charge pour ce dernier de se tourner vers l'employeur afin d'en savoir plus.

Mesurer pour prévenir

Afin de détecter le risque de DP durant les visites périodiques obligatoires ou à la demande, plusieurs SPSTI mettent en avant une méthode par un questionnaire plus ou moins fourni selon le type de visite, permettant de calculer un indice de risque. Ce questionnaire d'abord pensé pour les visites de mi-carrière a parfois été utilisé du fait de leur faible nombre pour les autres visites :

« Là, il a été mis en place, ça vaut ce que ça vaut, (…) un score de maintien dans l'emploi. Ça permet finalement, lors de la visite, qu'elle soit périodique ou à d'autres moments, d'évaluer un petit peu avec ce score, voir un peu où les gens en sont ; ce qui évite parfois de les faire trop verbaliser parce qu'ils [n'] ont pas envie et à l'inverse en chiffrant, on arrive parfois à s'approcher avec quelques items un peu simples, mais ça permet de le faire. »

Ce temps d'échange durant la visite médicale est aussi une occasion pour les médecins du travail ou les infirmiers de santé au travail de certains SPSTI de sensibiliser les salariés détectés à la PDP :

« Nous, quand on voit que les gens, soit voudraient changer, soit on pense qu'il va y avoir un souci dans quelques années, on essaie de les inciter à travailler un projet en amont aussi en prévention primaire, en individuel. On a ce qu'on appelle des recommandations ; donc on a des plaquettes qu'on peut leur donner, soit des plaquettes que la cellule a [faites] où (…) ils vont pouvoir aller voir tous les interlocuteurs en fonction des questions qu'ils se posent : « Je me pose des questions sur un autre poste. (…) Qui embauche dans le coin ? Qu'est-ce que j'ai comme droit à formation ? », avec tous les interlocuteurs existants pour qu'ils aillent déjà commencer à travailler un peu leurs projets (…) ou des ateliers collectifs auxquels ils peuvent s'inscrire (…). Et là, c'est la cellule, les deux personnes de la cellule qui animent sur les outils de la transition professionnelle. (…) Et on essaye d'anticiper. »

La piste de l'action en milieu de travail

En dehors des visites médicales, les SPSTI ne mentionnent pas d'autres moyens privilégiés de repérage du risque. Un SPSTI énonce toutefois qu'hormis l'élaboration ou la mise à jour de la

fiche d'entreprise, l'action en milieu de travail peut en être un :

« L'action en milieu de travail, c'est là où on va aller dépister plein de choses qu'on n'aura pas vu et ce qui montre bien que l'équipe pluridisciplinaire est quand même le premier acteur de cette histoire de la prévention DP parce que c'est là où on va aller repérer un truc. »

Le repérage de salariés à risque de DP repose essentiellement sur le médecin du travail et son équipe. Son rôle va cependant bien au-delà.

Un rôle central du médecin du travail référent de l'entreprise dans la PDP

Quel que soit le canal d'entrée, le médecin du travail est celui qui qualifie le risque de DP pour raison de santé. L'organisation de la PDP dépasse donc théoriquement le niveau de la cellule PDP. Il est aussi (avec l'appui de son équipe pluridisciplinaire) celui qui décide ou pas d'orienter vers la cellule PDP et qui en sera le référent médical.

Une organisation de la PDP qui dépasse la cellule puisque le médecin du travail et les équipes pluridisciplinaires y sont intégrés

« 85% de la PDP est faite par le médecin du travail et les équipes pluridisciplinaires et 15% par la cellule sur des cas complexes ».

Au-delà des chiffres avancés, ce propos illustre le fait de donner aux médecins du travail et aux équipes pluridisciplinaires un rôle qui va bien au-delà du repérage des situations à risque de DP. Ils peuvent certes décider d'orienter les salariés repérés à risque de DP mais ils peuvent être amenés à les informer par eux-mêmes et acter les solutions de maintien par leur connaissance de l'entreprise mise en avant par les SPSTI interrogés.

« En fait, au sein du service, tout le monde fait un petit peu de PDP. C'est les informations de premier niveau. Donc le médecin du travail, l'IDEST[12] peut directement parler de la RQTH, orienter vers un partenaire, faire des certificats médicaux aussi pour valider des aménagements, valider des orientations. Donc tout le monde… On n'a pas une équipe pluridisciplinaire dédiée à cette question-là. »

La moitié des cellules PDP ne disposent pas en effet d'une équipe pluridisciplinaire dédiée mais disposent de temps dédié par les membres d'une équipe pluridisciplinaire aux cas relevant de la PDP.

Un circuit d'orientation des médecins du travail vers la cellule PDP dépendant de critères

L'orientation des salariés détectés par les médecins du travail est diverse selon les SPSTI. Elle se fait uniquement vers la cellule PDP via des fiches de signalement (sans données médicales) dans le logiciel métier selon certains d'entre eux mais peut se faire également vers des partenaires externes dans d'autres.

Dans l'ensemble des SPSTI, l'accès ou non à la cellule dépend plus généralement de critères choisis localement.

La RQTH

La reconnaissance de la qualification de travailleur handicapé (RQTH) en est un. Dans cinq SPSTI, la RQTH est un facteur d'orientation directe vers Cap Emploi. Dans un SPSTI, les salariés handicapés sont accueillis en cellule pour l'accompagnement psychologique ou social et orientés vers Cap Emploi pour les aménagements de poste.

Dans plusieurs SPSTI, les salariés n'ayant pas la RQTH mais pouvant en relever sont orientés vers la cellule pour accompagner la démarche de RQTH. Si le maintien est envisagé sous réserve d'un aménagement de poste, ils seront orientés à terme vers Cap Emploi. La stratégie peut différer si le salarié risque l'inaptitude.

[12] Infirmier de santé au travail

Deux SPSTI préfèrent orienter rapidement vers Cap Emploi pour préparer une reconversion externe quand d'autres veulent accompagner le salarié vers la RQTH avant de passer le relai à Cap Emploi.

« **Et là par contre, on s'est dit que si on avait des signalements justement en lien avec du reclassement externe, ce serait Cap Emploi le partenaire privilégié. Quelqu'un, donc un médecin du travail ou un salarié, nous interpelle parce qu'on envisage vraiment une sortie de l'entreprise, qu'il [n']y a pas d'autre choix. Tout a été fait en interne. (…) La question du reclassement interne ne se pose pas. On est vraiment sur de la reconversion externe et par exemple du conseil en évolution professionnelle. Ça sera Cap emploi.** »

La possibilité d'accompagnement par d'autres partenaires ne s'arrête pas à Cap Emploi. Le fait que d'autres partenaires aient leurs propres critères d'accueil s'imposent parfois aux SPSTI et ceux-ci s'organisent alors pour traiter le cas des salariés que les partenaires ne traitent pas. Ils comblent les « trous dans la raquette » comme le disent plusieurs d'entre eux.

Les inaptitudes ou quasi-inaptitudes

La probabilité d'une inaptitude est également un critère sur lequel les SPSTI se positionnent. Envisagée à court terme, elle peut entraîner un traitement hors cellule PDP. A plus long terme, elle peut permettre un accompagnement de la cellule.

En fait, la question du temps dont dispose la cellule PDP pour accompagner le salarié, y compris ceux dont l'inaptitude est possible, est déterminante pour l'accompagnement (nous y reviendrons) et constitue une sorte de couperet. D'où l'enjeu de l'anticipation qui revient sans cesse au fil des entretiens.

La souffrance psychique

Dans la majorité des SPSTI, les salariés pour lesquels une souffrance psychique provoquant un risque de DP a été détectée en visite sont orientés vers la cellule PDP.

Dans un SPSTI cependant, ils sont orientés vers un organisme extérieur conventionné pour l'établissement d'un bilan psycho-social avant un éventuel accès à la cellule PDP. Dans un autre SPSTI, ils sont orientés vers une cellule RPS créée à cette occasion, comprenant des psychologues du travail. La raison est l'augmentation de leur nombre et la complexité apparente de ces cas souvent voués à l'inaptitude.

Plus globalement, une notion revient souvent dans les propos des SPSTI. La cellule doit accueillir les « cas complexes » (hors aspects médicaux). Cette notion recouvre tour à tour le risque d'inaptitude, la souffrance psychique, les volets sociaux, professionnels ou financiers et surtout le temps long nécessaire à l'accompagnement.

Un SPSTI cependant adopte une position plus stricte. S'il reprend ces critères, il considère que les salariés en poste ne font pas partie des cas complexes et leur risque de DP peu avéré. Ils sont suivis hors cellule. De même, la démarche de reconversion externe du fait d'une probable inaptitude est traitée hors cellule.

Par ailleurs d'autres critères s'ajoutent dans ce SPSTI : l'engagement du salarié (manifesté par la signature d'une charte d'engagement), la motivation de l'employeur, la pluridisciplinarité de l'accompagnement (social et psychologique par exemple).

Les critères non officiels

D'autres critères apparaissent en creux au fil des entretiens.

Les choix d'orientation dépendent aussi de la composition de la cellule. La présence d'un psychologue du travail par exemple facilitera l'orientation de salariés en souffrance psychologique vers la cellule.

L'appréciation des médecins du travail de la volonté d'agir des employeurs peut jouer aussi selon un SPSTI.

Le positionnement même des médecins du travail sur la PDP est également un critère d'orientation.

« Ils [les médecins du travail] ont des grandes lignes mais c'est laissé à l'appréciation. Alors je [ne] sais pas si je dois le dire ou pas, [il] y a des médecins qui nous [à la cellule PDP] orientent, d'autres qui [ne] le feront pas ou qui [ne] le feront jamais… Il y en a qui font peu appel à nous parce qu'ils pensent maîtriser ou parce qu'ils maîtrisent le sujet. D'autres parce qu'ils ne sont pas forcément convaincus, parce qu'ils [n'] ont pas forcément de représentation de ce qu'on fait, qui [ne] cherchent pas à l'avoir en tout cas. Ça peut être une première difficulté, c[e n]'est pas la majorité, mais c'est une c'est une réalité »

Un renvoi au médecin du travail pour de rares sollicitations directes de la cellule PDP

Plusieurs SPSTI évoquent de rares sollicitations directes de la cellule PDP par des employeurs sensibilisés à son existence ou des salariés. Elles sont dans tous les cas, transmises au médecin du travail afin qu'il valide un éventuel passage en cellule PDP.

Un SPSTI regrette cependant que l'équipe médicale soit systématiquement le seul prescripteur d'un accès à la cellule PDP. Pour élargir les possibilités de sollicitations directes, un SPSTI a mis en place une fiche de signalement en ligne ouverte aux employeurs, salariés ou partenaires externes. Hors traitement d'un cas complexe, ce signalement peut donner lieu à une information ou un relai vers des partenaires extérieurs.

Des relations permanentes durant l'accompagnement par la cellule PDP

Dès l'entrée en cellule et durant le parcours des salariés accompagnés, l'ensemble des SPSTI déclarent informer les médecins du travail et leur équipe pluridisciplinaire des actions menées. Un SPSTI précise que cela permet de se coordonner. Un autre que les plans de retour à l'emploi formalisant les préconisations sont soumis à l'approbation du médecin afin d'assurer la compatibilité avec l'état de santé du salarié.

Une répartition des rôles durant l'accompagnement est clairement établie par un SPSTI. Le médecin du travail est le référent médical et l'interlocuteur des autres professionnels de santé (Médecins traitants, Médecin conseil de l'Assurance Maladie…), tandis que la coordinatrice de la cellule PDP est en lien avec les autres partenaires.

Pour répondre aux orientations préconisées par les médecins du travail, comment les cellules PDP organisent l'accompagnement individuel ?

L'accompagnement individuel par la cellule PDP

Plusieurs SPSTI décrivent l'accompagnement de la cellule comme une activité de conseils auprès des salariés en poste, quand ceci n'est pas fait en amont lors d'une visite médicale, et de travail sur l'aménagement du poste ou la reconversion pour les salariés en arrêt exposés aux TMS. Dans la pratique, un profil des salariés accompagnés peut être mis en exergue.

De plus, l'enjeu d'une course contre le temps et l'inaptitude possible du salarié transparaissent au travers de l'accompagnement, notamment pour les salariés en souffrance psychique. Différents outils de PDP sont mobilisés par les cellules pour y faire face. La sortie de la cellule fait l'objet d'un bilan qui peut amener à prolonger l'action des SPSTI.

Les cellules contraintes de prendre contact avec les salariés repérés à risque de DP

Pour démarrer l'accompagnement, trois SPSTI évoquent les modalités de prise de contact entre salariés et cellule. Ainsi, dans deux SPSTI, les salariés doivent prendre l'initiative du contact après la visite médicale et la recommandation du médecin du travail pour marquer leur engagement. Mais les deux SPSTI constatent un faible retour. Face à cela, le premier a décidé d'écrire un courriel aux

personnes détectées pour les inciter à prendre contact. L'autre SPSTI estime que le souhait de quitter l'entreprise freine l'initiative des salariés et a également décider de les contacter au téléphone. Enfin, la cellule du 3ème SPSTI a décidé de prendre automatiquement contact.

Dans tous les cas, l'accord du salarié est obligatoire pour entamer la démarche d'accompagnement, ainsi que pour partager les informations non médicales avec des tiers, y compris l'employeur.

« **On essaie de leur [aux salariés] faire comprendre que si on veut construire quelque chose, il faut que l'employeur soit dans la boucle. Alors il y a plusieurs cas de figure, mais on leur dit que, clairement, nous on est sur des visites, on est soumis au secret médical mais qu'on peut transmettre des préconisations à leur employeur, qu'on peut échanger avec l'employeur s'ils en sont d'accord et que, pour faire du maintien de l'emploi, il faut forcément que l'ensemble des parties aillent dans le même sens (…). Il faut que ce soit un salarié qui a envie de garder un emploi dans son entreprise. Il faut aussi un employeur qui ait la volonté de garder son salarié.** »

Une fois l'accord du salarié obtenu, la démarche des cellules PDP est généralement, lors d'une réunion, d'analyser, qualifier puis répartir les salariés à accompagner en fonction des domaines de compétences présents, tout en préservant la possibilité d'échanger sur ses « situations complexes » entre ses membres. La réorientation vers un partenaire extérieur ou la coordination avec lui peut se décider également à ce stade.

Un profil des salariés accompagnés lié à l'arrêt de travail

Nonobstant le mode et les critères d'accès à la cellule, une constante se dégage dans tous les SPSTI : les salariés en arrêt de travail de longue durée constituent la majorité des accompagnements. Le risque de DP étant par nature plus élevé en cette circonstance et les visites de pré-reprise concernant ces salariés en nette augmentation, ce fait paraît logique. Un SPSTI indique cependant que les salariés en poste souffrant de maladies chroniques sont nettement présents et en hausse.

Outre les maladies chroniques, deux autres origines pathologiques sont énoncées par tous les SPSTI : les TMS et la souffrance psychique dont la majorité souligne l'augmentation. Cette dernière est caractérisée par une origine professionnelle identifiée (conflits, épuisement professionnel, changement d'organisation) ou moins identifiable (épisode anxio-dépressif, problèmes psychiatriques, addictions…).

« **[Un point] qui est plus récent est ce qu'on appelle le changement des organisations et tout ce qui peut aller avec, et donc qui a modifié considérablement ces liens-là, qui fait qu'aujourd'hui, les risques de désinsertion, on les voit monter comme dans toutes les pathologies avec un aspect psychologique de plus en plus important et des fractions importantes aujourd'hui non négligeables.**

On le voit d'ailleurs même sur les médecins généralistes puisqu'il est sorti, il n'y a pas très longtemps, qu'il y a 30% des IJ[13] qui étaient versées sur un motif psychologique.
On le voit de la même façon sur le maintien de l'emploi. On voit une surreprésentation aujourd'hui des conflits au travail. »

Ces pathologies recoupent celles observées par le programme de surveillance des maladies à caractère professionnel (MCP) en France dans la dernière enquête 2012-2018[14] de Santé Publique France.

Deux SPSTI alertent sur la difficulté à gérer ces problématiques de souffrance psychique qui limite la possibilité de reprise au poste.

[13] Indemnités journalières.

[14] Homère J, Provost D, Delézire P, Garras L, Smaili S, Fernet F, Bonnet T, Chatelot J. Programme de surveillance des maladies à caractère professionnel en France. Résultats des Quinzaines MCP sur la période 2012-2018. Saint-Maurice : Santé publique France, 2023, p25.

Des caractéristiques personnelles reviennent souvent dans le profil des salariés accompagnés : les femmes, les personnes de bas niveau de qualification et de plus de 45 ans sont plus fréquemment accompagnées. Un SPSTI pointe des secteurs d'activité dominants : le nettoyage, l'aide à domicile et la grande distribution pour les femmes et le bâtiment et les transports pour les hommes.

Le programme de surveillance des MCP confirme que les femmes sont davantage touchées par les TMS et deux fois plus atteintes par la souffrance psychique, atteignant un pic de prévalence entre 35 et 44 ans. L'organisation fonctionnelle du travail (le management) en est la cause dans 40% des cas pour les femmes comme pour les hommes[15].

Deux enjeux prégnants dans l'accompagnement

L'enjeu du temps durant l'accompagnement

Les SPSTI évoquent systématiquement la prise en charge tardive des salariés en arrêt de travail long. Ils relient cela à une orientation elle-même tardive par les médecins du travail. L'accueil des salariés dans ce cas de figure laisse moins de marges de manœuvre pour proposer des solutions et amènent à travailler parfois dans l'urgence. De sorte que l'intervention peut se réduire dans les cas les plus critiques à de l'information pour une réorientation rapide vers France Travail ou Cap Emploi.

Dans les cas les plus courants, lorsque l'orientation est anticipée, elle donne plus de marges de manœuvre mais se transforme en un travail préparatoire à une reconversion externe plus souvent qu'au maintien dans l'emploi ou qu'une reconversion interne. Cela s'explique en partie par le niveau de complexité des salariés orientés vers la cellule alors que ceux, plus « simples », nécessitant des aménagements de poste sont gérés en amont par le médecin du travail ou les équipes pluridisciplinaires.

De plus, les reconversions internes ou externes n'échappent pas à des difficultés dans l'accompagnement. Elles sont partagées par nombre de SPSTI : la prise en compte du soin (psychologique notamment) ou du refus de soin, le deuil du poste et la projection à long terme vers un autre emploi, la non-maîtrise du français. La mise en place des dispositifs de PDP nécessite également du temps à intégrer dans l'accompagnement.

L'accompagnement de salariés en poste permet, selon un SPSTI, davantage de marges de manœuvres.

Un SPSTI signale par ailleurs que plus l'arrivée en cellule est tardive, plus l'accompagnement aura tendance à nécessiter un accompagnement long pour « stabiliser » la situation ou « redynamiser » le salarié. En effet, la durée de la prise en charge est liée à une réactivité attendue des salariés (mais aussi des employeurs) par les SPSTI aux solutions proposées. Or, plusieurs SPSTI estiment que les salariés, ne le sont pas suffisamment, qu'ils soient en arrêt ou en poste. Plusieurs raisons peuvent être avancées au-delà des caractéristiques personnelles et du type de pathologie :

« **(…) on reste quand même dans des gens en souffrance médico-sociales, avant tout. Donc des gens perdus, c'est-à-dire pas au niveau pour pouvoir aborder une deuxième partie [de carrière] dès lors qu'une maladie les touche. Donc, avec aucun repère, en déshérence de parcours, en méconnaissance des outils possibles pour rebondir et en incapacité à 50 ans de se projeter où d'envisager une reconversion.**
C'est les plus longs et les plus difficiles à accompagner parce que ça, c'est une problématique qu'on a assez souvent. »

Par ailleurs, il existe un couperet qui limite le temps disponible et entrent en ligne de compte dans l'accompagnement des cellules. La date de fin des indemnités journalières versées par l'Assurance maladie pour les salariés en arrêt lorsque l'état de santé est consolidé mais sans reprise de l'emploi possible.

Un autre enjeu paraît déterminant dans le travail des cellules contre le temps, celui de l'inaptitude décidée par le médecin du travail.

[15] Ibid. p47.

L'avis des SPSTI est variable sur l'accompagnement de salariés en voie d'inaptitude. Un SPSTI indique que sous réserve d'un temps suffisant, de relations partenariales de confiance et d'un soutien psychologique, ils parviennent à se projeter sur une reconversion possible. Un autre pointe une résistance à l'accompagnement social lorsque l'inaptitude est assurée à court terme.

Plusieurs SPSTI ont décidé de mettre en place des ateliers collectifs à destination des salariés en voie d'inaptitude animés par les cellules PDP. Ces temps se passent sous forme d'informations par la cellule ou d'échanges avec des salariés ayant connu une inaptitude mais ayant pu se reconvertir et, de fait, s'appuyant sur leur expérience pour conseiller les salariés en voie d'inaptitude. Des organismes de reconversion peuvent y intervenir à cette occasion.

D'autres SPSTI précisent qu'ils mettent également en œuvre des ateliers thématiques, sur la transition professionnelle par exemple, ou auprès des salariés de 40-45 ans ou de ceux concernés par la souffrance au travail en vue d'une réorientation ou de conseils.

Il existe aussi un enjeu de temps pour les salariés en souffrance psychique liée au travail.

Les cas de souffrance psychique qui augmentent

La particularité et la difficulté de l'accompagnement des salariés soumis à une souffrance psychique liée au travail tient au fait que l'attente du salarié peut varier entre désir de maintien au poste et de départ de l'entreprise, notamment en cas de conflit ou de burn-out. Un SPSTI indique que la priorité des cellules reste bien le maintien en poste ou dans l'entreprise selon l'adaptation entre l'état psychologique du salarié concerné et l'organisation du travail et que pour cela, la prise en charge doit être précoce pour « travailler sur le relationnel » et plus généralement trouver une solution. Plusieurs SPSTI soulignent que ce type d'action nécessite du temps car il s'agit de revoir avec l'employeur et le salarié une réorganisation du travail. Les psychologues du travail des cellules sont impliqués dans cette démarche.

Dans le cas de salariés en arrêt de travail, celui-ci ne doit donc pas être trop court selon un SPSTI, ni trop long non plus car il empêche de questionner rapidement le travail auprès de l'employeur et le maintien dans l'emploi auprès du salarié. En cas de non-retour possible jugé par le médecin du travail, s'engage un travail sur une reconversion mais rendu difficile par des crédits et des places limitées, selon un SPSTI.

Un SPSTI décrit le processus d'accompagnement pour les personnes en souffrance reçues : exposition du vécu en entreprise ; aide à prendre de la distance avec ce vécu pour objectiver la situation ; aide à prendre la décision de rester ou changer d'emploi en fonction de sa motivation et des compromis possibles ; accompagner le retour en le sécurisant ou la définition d'un nouveau projet. Le processus de reconversion externe peut passer par l'inaptitude (en cas de conflit plus lourd par exemple).

Des outils de la PDP plébiscités par les SPSTI et les entreprises

L'aide au montage de dossier RQTh est systématiquement mentionnée par les SPSTI pour les salariés exposés à des TMS au point où le risque de désinsertion professionnelle est posé. Un SPSTI explique que cet « outil » doit être « dédramatisé » et présenter comme « une démarche personnelle » et qu'il n'y a donc pas obligation d'en informer son employeur. Dans l'esprit des accompagnateurs de la cellule PDP, ce statut doit permettre soit de faciliter l'aménagement de poste par les aides financières de l'Agefiph, soit de bénéficier des dispositifs spécifiques d'aide à la reconversion. Un SPSTI regrette cependant les délais d'obtention du fait de cette forte demande.

L'essai encadré est un autre dispositif que la quasi-totalité des SPSTI évoquent et valorisent (cf. Encadré n°3). Un SPSTI le décrit comme « *encore peu connu mais très apprécié des employeurs et des salariés du fait de son faible coût et de sa pertinence liée à un maintien dans l'emploi, sous condition d'aménagements dans la majorité des cas* ». Les cellules des SPSTI se veulent donc parties prenantes dans

l'organisation et le suivi de ces essais en lien avec les partenaires externes concernés. Deux SPSTI évoquent un développement actuel de ce dispositif.

Cependant, deux SPSTI soulignent que le délai d'autorisation de l'Assurance maladie (1,5 mois) quand les autres parties donnent leur accord rapidement (1 semaine) peut constituer un frein à ce développement.

Enfin, deux autres dispositifs (cf. Encadré n°3) sont mis en avant moins fréquemment : le temps partiel thérapeutique, mis en place via le lien médecin traitant/médecin du travail apparaît pour un SPSTI comme un outil indispensable et insuffisamment utilisé ; l'emploi accompagné est jugé intéressant par un autre.

Encadré n°3

L'essai encadré

Il s'agit d'un test de la capacité à reprendre son ancien poste, son poste aménagé, un nouveau poste durant un arrêt de travail pour évaluer la compatibilité avec son état de santé.
Le dispositif est mis en œuvre et financé par l'Assurance maladie et peut être proposé au salarié par elle-même, le service social de la CARSAT ou un SPSTI avec l'accord du médecin traitant, du médecin conseil et du médecin du travail.

Le temps partiel thérapeutique

Il s'agit de la réduction temporaire du temps de travail prescrite par le médecin traitant avec l'accord de l'Assurance maladie après visite de reprise d'un salarié en arrêt menée par le médecin du travail et accord de l'employeur. Les indemnités journalières versées par l'Assurance maladie viennent compléter le salaire versé par l'employeur.

L'emploi accompagné

Il s'agit d'un appui aux personnes en situation de handicap destiné à obtenir ou à garder un emploi par le biais d'un accompagnement médico-social du salarié et un accompagnement de l'employeur. La mise en œuvre et le pilotage sont assurés par un organisme médico-social et un opérateur du service public de l'emploi.

Le suivi post-cellule et le cas des inaptitudes

La quasi-totalité des cellules fait un bilan 6 mois après la fin de l'accompagnement des salariés sur la réalisation du plan d'action.

« **On rappelle les gens à 6 mois pour savoir ce qu'ils deviennent et s'il y'a besoin peut-être de faire quelque chose ou pas. Est-ce qu'ils ont fait leur formation ? Est-ce qu'ils (ne) l'ont pas faite ? Est-ce qu'ils ont trouvé du travail ? Est-ce qu'ils sont toujours au chômage et ça [ne] bouge pas ? Comment a évolué leur état de santé ? Et cetera.** »

Mais un certain nombre d'entre elles doublent cela en proposant un bilan au bout de 3 mois et jusqu'à 12 mois. Un SPSTI procède même à un bilan à 1 mois après la reprise au poste, le reclassement ou l'inaptitude précédant une reconversion.

Dans deux SPSTI, la fin de l'accompagnement est anticipée pour les salariés dont l'inaptitude est irrémédiable en faisant le lien avec France Travail. Il s'agit d'alerter l'institution sur *« les freins sociaux et psychologiques identifiés par la cellule pour faciliter l'accompagnement ultérieur »*[16] en préparant la phase de chômage et de futur retour à l'emploi.

« **En fait, cette personne-là, elle va se retrouver au chômage et c'est un futur salarié. Donc, si elle retourne sur le même poste où il (elle) avait des difficultés physiques à l'occuper, ça n'a aucun sens. [...] Donc potentiellement, ça va être de nouveau un futur salarié qu'on va accompagner parce qu'il sera en difficulté. Donc j'essaye de montrer aussi que nous, on peut faciliter. [...] Pour moi c'est dans notre rayon d'action, c'est dans notre devoir même à plus long terme d'accompagner cette phase d'arrivée au chômage et de comment je rebondis au cours du chômage, d'évoquer l'offre de service de France travail.** »

Un descriptif de l'accompagnement fait par la cellule à remettre aux conseillers de France Travail est une piste évoquée.

Le bilan post-inaptitude pour questionner les conditions de travail

L'ensemble des SPSTI déclarent revenir sur le travail dans l'entreprise à la suite d'une inaptitude. En cas d'origine professionnelle déterminée, c'est le médecin du travail de l'entreprise et son équipe pluridisciplinaire qui reviennent sur les causes. Une étude de poste et des conditions de travail permet de faire des préconisations d'aménagement de poste. Dans certains SPSTI, il faut un ensemble de cas pour que cela soit effectif par « manque de temps ».

Un SPSTI précise qu'il y a peu d'inaptitudes liées à la souffrance psychique. Une enquête et un contact entre médecin du travail et employeur ont lieu dans ce cas-là et un bilan psychologique collectif est réalisé pour « objectiver » et le cas échéant, alerter l'employeur.

Si le travail est questionné en cas d'inaptitude, dans un SPSTI, le cumul de cas complexes (à risque de DP) peut également entraîner un diagnostic en prévention dans l'entreprise.

Au-delà des inaptitudes, dans un autre SPSTI, existe un projet en accord avec Cap emploi de travailler sur les conditions de travail des salariés (handicapés ou non) avec la cellule ergonomique du SPST lorsqu'une maladie professionnelle est reconnue dans l'entreprise.

Enfin, un autre SPSTI rappelle la position du médecin du travail de conseiller de l'employeur qui nécessite une écoute de sa part (réunions de travail, signalement collectif). Par cette position, il peut rappeler à l'employeur qu'écrire dans le DUERP[17] ne suffit pas et qu'il y a obligation de formation et de résultats.

Quelle que soit la voie envisagée pour l'accompagnement, l'implication de partenaires extérieurs est permanente pour chaque SPSTI.

Le lien entre cellule PDP et partenaires externes : des configurations différentes selon les SPSTI

Lors de la création des cellules PDP dans les SPSTI, celles-ci ont dû faire leur place au sein d'un paysage partenarial ayant de longue date des actions en matière de maintien dans l'emploi. De fait, certaines tensions ont pu exister ou demeurent encore dans certains cas. Un SPSTI évoque « la question de concurrence » qui a demandé « un travail en complémentarité ».

Pour cela, une coordination entre partenaires et une répartition des rôles devaient être construites pour faciliter les orientations et le parcours de maintien du salarié accompagné. Certaines cellules PDP ont donc ouvert leurs réunions mensuelles à des partenaires extérieurs à cet effet. De même, certaines cellules indiquent participer à des instances de coordination externes (Carsat, Cap Emploi) ou tout au moins avoir des contacts réguliers avec les partenaires externes pour identifier les

[16] Selon un SPSTI

[17] *Déclaration unique d'évaluation des risques professionnels*

parcours, mutualiser l'information et se répartir les accompagnements.

« **Donc, on a sur le département des instances de coordination toutes les six semaines. Toutes les six semaines, on se réunit avec l'Assurance maladie service médical, service social et services administratifs, plus le cap Emploi. […] Là, on traite des situations individuelles […] de salariés en arrêt de travail à risque de désinsertion professionnelle et on se coordonne pour savoir, qui fait quoi et comment la situation avance.** »

Il s'agit également de s'articuler pour éviter les doublons d'accompagnement qui existent encore couramment.

Chaque SPSTI décrit une répartition des rôles propre à son territoire. Deux d'entre eux illustrent un fonctionnement spécifique.

Dans un SPSTI, la cellule accompagne les salariés en poste et les salariés en arrêt en situation d'urgence mais oriente vers le service social de la Carsat les autres salariés en arrêt. En cas de doublon, une réorientation vers le premier accompagnant est opérée. La recherche du « bon dispositif » et de l'aide financière pour répondre aux problématiques du salarié guide aussi l'orientation par la cellule, des salariés non accompagnés, vers ses partenaires.

« **Le but, c'est vraiment [de] répondre à la demande du médecin et du salarié à l'instant T, mais le but, c'est tout de suite [de] faire le point avec l'accord du salarié vers le partenaire. […] Mon but, c'est vraiment [de] ne pas subtiliser l'accompagnement. (…) Il faut que le salarié garde son premier interlocuteur. Donc, s'il a une assistante sociale qui le suit depuis 10 ans en extérieur, le but c'est toujours maintenir ce lien-là. […] Donc s'ils sont déjà positionnés dessus, le but, c'est vraiment qu'ils se tiennent sur ce dispositif-là. S'ils sont contents de ce dispositif.** »

Dans un autre SPSTI, la cellule se veut en position centrale comme premier interlocuteur en cas de multi accompagnements et pose les partenaires externes en satellite de son action en fonction des attributions et des compétences. Ainsi en est-il de l'intervention de la Carsat pour la mise en place d'un essai encadré ou du service médical de l'Assurance maladie pour la consolidation de l'état de santé mettant fin aux indemnités journalières ou encore de l'Agefiph et Cap Emploi pour le financement d'aides aux personnes handicapées.

« **Si Cap Emploi intervient, c[e n']est pas Cap Emploi tout seul, c'est souvent avec notre ergonome (…) [Il] va y avoir de toute façon, à un moment donné, le besoin de valider des choses avec le médecin du travail, donc ça sera le médecin référent de la cellule. Donc oui, c'est plutôt la cellule qui est le centre des interlocuteurs en fonction des compétences, du besoin.** »

Cette problématique des doublons d'accompagnements à éviter pour fluidifier le parcours concernent tous les SPSTI et des initiatives plus formelles sont parfois prises. Un SPSTI a signé une convention avec Cap Emploi à ce sujet.

« **(…) on vient de signer une convention (…) avec Cap Emploi pour justement éviter les doublons et pour qu'il y ait une espèce de fil conducteur et parce qu'il y a des entreprises qui ont des conventions (…) avec Cap Emploi. Donc on se dit [que] ces entreprises conventionnent avec Cap Emploi, c[e n]'est pas la cellule PDP (…) qui va intervenir, c'est plutôt (…) Cap Emploi. Quand (…) on est plutôt sur de l'AT, de la maladie pro, c'est plutôt la cellule PDP du service qui va intervenir.**

(…) [il] y a largement beaucoup de travail. C[e n]'est pas la peine de se parasiter et, y compris pour l'entreprise, c'est toujours compliqué d'avoir plusieurs interlocuteurs. Donc, l'idée c'est de savoir quel est l'interlocuteur le plus approprié pour chaque cas qui peut être la cellule PDP du service ou éventuellement un partenaire extérieur. »

D'autres SPSTI sont en attente d'une telle formalisation des partenariats afin d'asseoir une répartition des rôles et une meilleure coordination. Un exemple donné par un SPSTI porte sur le risque de cumul de prescriptions de

bilan de compétences par plusieurs organismes comme réponse systématique au risque de DP.

Dans un autre SPSTI, la cellule voudrait nouer des liens avec France Travail pour communiquer de l'information par anticipation au salarié sur ses droits et assurer une continuité, celui-ci présentant son parcours avec la cellule au conseiller de France Travail.

« **Pôle Emploi, c'est compliqué pour les avoir, c'est compliqué pour avoir de l'info. Moi j'aimerais bien les avoir pour tout ce qui est même informer les gens sur les droits.**
Alors, j'ai quelques notions, mais quand même pas suffisamment pour aussi rassurer, pour qu'il y ait une continuité en fait. »

Le souhait de coordination soulevé par l'ensemble des SPSTI traduit un enjeu d'échanges d'informations sur les accompagnements entre partenaires et d'orientation fonctionnant dans les deux sens. Trois SPSTI déclarent ne pas avoir d'orientation de tous leurs partenaires, ou encore une information incomplète ou tardive sur leurs accompagnements. Un SPSTI dénote par le constat qu'il fait d'un manque flagrant de coordination entre partenaires.

« **C'est le problème du mille-feuille de la PDP et des outils qu'on n'a pas pour communiquer. Moi, je vais vous dire, dans la PDP, le gros sujet, le gros problème, c'est qu'on n'a pas d'outils communs. Mais quand je dis commun, c[e n]'est pas que santé au travail - Carsat ou santé au travail - Cap Emploi, c'est commun, y compris avec les médecins généralistes traitants.**

(…) En fait, le salarié, il est au centre. Il y a plein d'acteurs : [il] y a l'employeur, [il] y a le médecin traitant, [il] y a Cap Emploi, la MDPH, la Carsat, la CPAM, le service santé au travail, les AGEFIPH en tant que financeurs. (…) Un ensemble de gens qui font plein de trucs, qui [ne] se coordonnent pas du tout, c'est tout en silo. (…). C'est une catastrophe en termes de prise en charge. »

Des améliorations sont donc attendues ou prévues. Dans ce cas précis, le SPSTI exprime un souhait d'une mise en commun du positionnement de tous les partenaires et d'une coordination des objectifs et moyens pour évaluer rapidement les situations. Pour cela, il plaide pour une plate-forme commune avec une "grille du temps" pour connaître le parcours et l'accompagnement du salarié pour interagir et se coordonner. Il y ajoute la possibilité de contourner ce qu'il considère comme l'obstacle du secret médical sur ce type de plate-forme en énumérant uniquement les conséquences des problématiques de santé avec l'accord du salarié.

Comme nous l'avons vu, les employeurs sont peu impliqués dans l'identification et l'orientation des salariés à risque DP vers les SPSTI ou leurs cellules PDP. Quels liens sont alors établis par ces derniers avec les employeurs durant l'accompagnement ?

Le lien entre cellule PDP - SPSTI et employeurs se fait surtout au moment des préconisations

Le lien entre employeurs et SPSTI se fait d'abord après la visite médicale, selon l'appréciation du médecin du travail, lorsqu'il fait des préconisations sur le maintien dans l'emploi, et avec l'accord du salarié. L'entrée en cellule PDP (toujours avec accord du salarié) se décide à ce moment-là. Les préconisations non médicales de la cellule PDP sont aussi un moment clé.

La reconversion externe et les cas de RPS sont traités différemment.

Quand se fait le lien ?

D'après les propos des SPSTI, le lien avec un employeur sur la PDP se fait d'abord en amont de l'accompagnement par les cellules PDP. Le lien entre le médecin du travail ou son équipe pluridisciplinaire et l'entreprise se réalise en effet par le conseil en prévention primaire ou les visites sur place. Les visites médicales sont également un moment de contact avec les employeurs. La visite de pré-reprise permet de faire un diagnostic de la situation du salarié en

arrêt et de recueillir ses intentions ; puis, avec l'accord du salarié d'adresser des préconisations médicales en vue d'un aménagement de poste et de préparer le dialogue entre employeur, salarié concerné et médecin du travail sur son application. La déclaration d'inaptitude au poste est aussi le temps d'un lien pour rechercher des possibilités de reclassement.

L'accompagnement d'un salarié par la cellule PDP, souvent désigné « cas complexe », se fait dans la pratique sur orientation du médecin du travail. Le lien se fait donc avant tout avec le salarié. Lorsque le maintien dans l'emploi est jugé possible, sous forme d'aménagement de poste ou de reconversion interne, la cellule PDP entre en lien avec l'employeur pour formuler des préconisations, plutôt pour des problématiques d'ordre physique. Elle jouera un rôle d'intermédiation entre salarié, employeur et médecin du travail, voire de médiateur entre salarié et employeur en cas de tensions.

« Dès l'instant où on [la cellule PDP] va mettre des plans d'action, alors que ça soit de l'aménagement d'une situation de travail, aménagement organisationnel, aménagement technique, un essai encadré, là pour le coup, on est en lien direct, notamment avec les RH. On prend tout en charge en fait.

(…) En fait, on est le lien entre l'employeur, le salarié et le médecin du travail. Et nous, on va se charger de coordonner un peu tout ça. »

Un SPSTI a une pratique différenciée. Après un premier entretien en cellule avec le salarié et un pré-diagnostic de la situation à risque établi avec tous les membres de la cellule, un binôme se déplace rapidement sur site pour rencontrer l'employeur. Il est souvent composé, selon le besoin, du médecin du travail de la cellule, de la psychologue du travail, de l'ergonome ou de la conseillère en emploi qui intervient. L'objectif avancé par le SPST est de jauger sur place de la situation et des possibilités de maintien dans l'emploi par une confrontation entre le poste observé et l'état de santé du salarié.

« On fait un diagnostic salarié (…) plus ou moins rapidement. Et on fait maintenant ce qu'on appelle un diagnostic entreprise. C'est que très rapidement, on va voir l'entreprise. Prise de contact. Ça nous permet de voir le contexte relationnel déjà. C'est un élément hyper important. Est-ce que c'est bloqué ? Est-ce qu'on peut faire évoluer les choses ? Est-ce que c'est conflictuel ? Est-ce qu'il y a une ouverture à ? Et puis on a la vision, je [ne] dis pas qu'elle est vraie, mais c'est souvent une autre. On a la vision de l'employeur du problème. Et donc on voit l'employeur très vite, là aussi dans le respect du secret médical. »

L'exception est la situation de conflit. Dans ce cas la cellule endosse un rôle de médiateur et le lien avec l'employeur pour envisager des pistes d'actions se fait dans les locaux du SPSTI.

A la suite de la rencontre sur site, la cellule devient le seul interlocuteur de l'entreprise et le médecin de la cellule devient le référent médical le temps de la prise en charge.

« **L'intérêt de voir l'entreprise tout de suite, c'est qu'il nous acte comme l'interlocuteur.**
Donc, comme ça, assez rapidement, parce que je [ne] sais pas si vous l'avez vu, mais en gros, lorsqu'un médecin de secteur adresse à la cellule, il accepte que le médecin de la cellule devienne le médecin référent du salarié pendant son temps de passage dans la cellule. Ça veut dire que c'est moi qui suis en relation avec l'entreprise sur le plan médical mais il y a aussi l'assistante sociale et la psychologue. Enfin, à peu près tout le monde. Mais ça veut dire que s'il y a des restrictions émises, s'il y a une inaptitude, s'il y a des choses comme ça, tant qu'il est en cellule, c'est le médecin de la cellule qui fait et donc ça, ça nécessite d'être présenté auprès de l'entreprise.

On leur dit bien votre médecin référent de l'entreprise reste le docteur untel, mais pour ce salarié qui est en cellule, c'est le docteur [de la cellule]. ».

Les SPSTI n'évoquent pas l'accompagnement à une reconversion externe du salarié comme moyen de nouer un lien avec l'employeur. Trois d'entre eux indiquent même que celui-ci n'a pas à en être informé sauf volonté du salarié qui le fera lui-même. Dans ce cadre, la cellule opère

un lien avec le médecin du travail de l'entreprise uniquement.

Les cas de souffrance psychique peuvent aussi poser question dans le lien à l'employeur plus encore que les cas de TMS. Un problème relationnel peut faire l'objet d'une médiation, mais l'état de santé psychologique peut conduire à anticiper rapidement une reconversion externe.

Cependant, ces cas de figures pourraient être appelés à évoluer avec la procédure obligatoire de certification des SPSTI (dite AFNOR SPEC 2217[18]) découlant de l'ANI de 2020. Les SPSTI doivent, en effet, répondre à des exigences et des bonnes pratiques relatives à la réalisation de l'ensemble de l'offre socle définie par le décret n°2022-653 du 25 avril 2022. Parmi les exigences relevant de la PDP, on trouve une information de l'employeur des mesures d'accompagnement proposées pour favoriser le maintien au poste ou dans l'emploi ou des aides au reclassement et à la reconversion.

Un SPSTI se pose la question sur la position à tenir en cas de désaccord du salarié sur cette information rendue obligatoire à l^employeur par cette certification. Son interprétation l'amène à penser que l'accompagnement pourrait cesser.

Une prise en compte des préconisations qui nécessite une veille

La moitié des SPSTI indiquent que les employeurs tiennent comptent des préconisations et sont réactifs dans leur décision d'accepter ou de refuser celles-ci. Les difficultés de prise en compte énoncées par les SPSTI ont trait à un sentiment de remise en cause de l'organisation du travail, et donc des conditions de production et au coût engendré. D'autres éléments sont avancés comme le refus du salarié ou le manque d'acceptation des collègues, ou encore les possibilités matérielles.

Plusieurs SPSTI indiquent que les employeurs sont réactifs une fois la décision prise de donner suite aux préconisations et certains sont même demandeurs d'un accompagnement de la cellule dans la mise en œuvre des préconisations, notamment pour ce qui concerne les aménagements techniques.

Un SPSTI liste les moments clés pour se mettre en lien avec les employeurs durant un accompagnement : les études de poste, la mise en relation avec des fournisseurs, la réalisation de tests de matériel, la demande d'aide financière, le retour à l'emploi et le bilan des solutions.

Mais les SPSTI constatent que la mise en œuvre des préconisations prend un temps qui nécessite une veille de la cellule et une réactivité des partenaires externes. Les plus grandes entreprises leur apparaissent plus ouvertes et réactives aux préconisations

Un SPSTI souligne toutefois que le suivi de la mise en œuvre des préconisations n'est pas toujours possible par manque de temps, hormis les mesures immédiates de PDP. Ainsi, le changement d'organisation du travail ou la mise en place des limitations prescrites sur le long terme sont plus ardues à suivre.

Les facteurs d'engagement des employeurs à leur mise en œuvre

Un certain nombre de facteurs sont relevés par plusieurs SPSTI pour la prise en compte et la réactivité à la mise en œuvre par les employeurs des mesures de PDP préconisées. Deux sont plus nommées que les autres :

- la volonté d'agir de l'employeur. Il doit être convaincu de son intérêt à mettre en place des mesures. Un SPSTI explique à ce propos l'intérêt de la cellule de rencontrer l'employeur en amont de l'accompagnement individuel pour expliquer ce que peut faire la cellule. Cette volonté d'agir de l'employeur doit être associée à celle du salarié pour les SPSTI.

- l'argument financier qui lui est lié, notamment pour les aménagements ergonomiques du poste

[18] AFNOR SPEC 2217, Référentiel de certification des SPSTI, avril 2023 - https://www.presanse.fr/wp-content/uploads/2023/04/AFNOR-SPEC-2217_Referentiel-Certification-SPSTI_Enquete-terrain_04-2023.pdf

de travail. La cellule joue dans ce cas un rôle déterminant en facilitant l'accès aux aides de l'Agefiph qui lèvent l'essentiel du problème, selon plusieurs SPSTI.

« **Alors bien sûr que les aides de l'Agefiph [n']interviennent qu'en compensation du handicap. Il y a un reste à charge employeur mais enfin, quand même, (…) sur la plupart des situations, vu qu'il y a le volet compensation du handicap qui est pris en charge, un employeur, (…), il [n'] a pas de surcoût en fait lié à la pose de ces restrictions médicales.**

Donc là, je [ne] vais pas dire qu'il [n']y a aucun frein financier mais enfin, moi je trouve quand même qu'avec les aides de l'Agefiph, ça me permet plutôt de lever ce frein-là. »

Les plus grandes entreprises n'hésitent plus désormais à solliciter directement les cellules PDP pour une mobilisation de ces fonds Agefiph, selon un SPSTI.

L'expérience d'un accompagnement « réussi » aux yeux de l'employeur constitue également un facteur engageant.

« **Un employeur, quand (…) on l'a contacté dans le cadre de l'accompagnement d'un salarié en cellule, (…) je trouve qu'il est beaucoup plus (…) investi dans d'autres accompagnement**. »

Pour ce SPSTI, un dispositif comme l'essai encadré permet de valoriser une expérience réussie et par la suite, la réactivité de l'employeur. Celle-ci sera plus forte pour les salariés en poste car la dimension du soin qui peut retarder la mise en œuvre du plan d'action n'est pas contraignante.

Du fait des liens entretenus avec les employeurs par les cellules PDP qui relèvent d'une prévention secondaire ou tertiaire, les missions et les moyens pour y répondre posent question au sein des services et appellent à une adaptation des cellules PDP.

Un fonctionnement des cellules PDP en adaptation

Des missions entre conformité à la loi et hiérarchisation

On retrouve dans les missions mises en avant par les cellules PDP celles dictées par la loi de 2021 (cf. p 2). D'abord pour ce qui concerne l'accompagnement individuel. Ainsi en est-il de l'information des salariés sur les partenaires et outils de la PDP, de la réponse au besoin d'expertise des médecins du travail sur les outils de la PDP les plus adaptés, notamment dans les cas de souffrance psychique.

On retrouve également au sein des SPSTI cette séparation entre l'information générale donnée par le premier cercle des médecins du travail des entreprises (ou leur équipe pluridisciplinaire), ainsi que la prise en charge d'aménagements de poste dans certains cas, et l'expertise des cellules sur le maintien dans l'emploi de « cas complexes » avec un volet social, financier, professionnel qui s'ajoute, notamment pour les projets de reconversion externe. La médiation entre employeurs et salariés en arrêt pour favoriser les contacts en vue de la reprise est souvent avancée comme une mission de la cellule. Enfin, la notion de réactivité de la cellule PDP et sa coordination avec les partenaires externes sont également partagées.

Dans la pratique, l'action des cellules varie sur certains points sans que cela remette en cause le constat précédent. Ainsi telle cellule PDP évite les visites sur site quand telle autre en fait une démarche systématique pour établir la possibilité du maintien dans l'emploi en fonction de la réceptivité de l'employeur. De même, telle cellule peut être associée à une CSSCT quand d'autres ne rencontrent pas ce type d'instance.

Ensuite, si la loi de 2021 donne aux cellules PDP la mission d'un accompagnement individuel des salariés à risque de DP, elle ajoute également celle d'une approche collective de sensibilisation auprès des entreprises où les situations de risque se cumulent. Les SPSTI mettent également en avant ce type d'actions.

On constate cependant une forme d'opposition dans les propos de la majorité des SPSTI qui tend à hiérarchiser entre les deux missions. L'accompagnement individuel est présenté comme « *chronophage* » et enfermant dans une prévention secondaire ou tertiaire, « *curative* » dont il s'agit de sortir pour s'orienter vers une prévention primaire en conformité avec l'esprit de la loi de 2021. Le temps nécessaire à dégager pour cela est pointé comme essentiel quitte à traiter autrement les priorités réglementaires. Derrière la sensibilisation collective des entreprises, l'objectif est de développer l'accompagnement auprès des salariés en poste, en amont d'un éventuel arrêt. On touche ici à la limite entre la mission d'une cellule PDP et celle des préventeurs des équipes pluridisciplinaires.

Des moyens en question

Dans ce contexte d'un réajustement des missions des cellules PDP, se pose la question de leurs moyens humains. Ceux-ci sont aussi à mettre en perspective avec les critères d'orientation des salariés à risque de DP et l'intensité de la participation des professionnels de santé (médecins du travail, mais aussi médecins traitants et médecins Conseil de l'Assurance maladie indirectement) à la démarche qui peuvent faire varier le nombre d'orientations potentielles.

De fait, la plupart des SPSTI évoque un accroissement de l'activité des cellules ces derniers temps. Or, en fonction de l'organisation du SPSTI, les membres, coordonnateur compris, peuvent être dédiés à 100% de leur temps de travail à la cellule ou partiellement. Il en ressort une adéquation des moyens humains toujours questionnée au regard des projets de développement de prévention primaire (visites de mi-carrière notamment) et de la réactivité attendue pour y répondre.

Dans leur fonctionnement, les cellules PDP sont très liées aux médecins du travail des entreprises adhérentes et à leur équipe pluridisciplinaire comme la loi de 2021 le prévoyait. Les cellules PDP peuvent même être caractérisées comme un support.

Le souhait de faire évoluer les priorités des SPSTI et de leur cellule vers une prévention primaire et un accompagnement des entreprises dans la détection pour une prise en charge la plus précoce possible des salariés par la cellule est un enjeu majeur. Les moyens prévus pour y répondre dans les cellules est son corollaire.

Bibliographie

GRAFF Didier, MEYER Pascale, SEON Martial,La culture de prévention dans les petites entreprises en Auvergne-Rhône-Alpes, DIRECCTE ARA, septembre 2019

GRAFF Didier, L'anticipation du risque d'inaptitude dans les entreprises de 50 salariés et plus d'Auvergne-Rhône-Alpes, DREETS ARA, juillet 2021

HOMERE J, PROVOST D, DELEZIRE P, GARRAS L, SMAILI S, FERNET F, BONNET T, CHATELOT J. Programme de surveillance des maladies à caractère professionnel en France. Résultats des Quinzaines MCP sur la période 2012-2018. Saint-Maurice : Santé publique France, 2023

Dernières publications du SESE

https://auvergne-rhone-alpes.dreets.gouv.fr/Retrouver-les-publications

ETUDES

ANTOINE Patricia, PRIVAS Christophe (INSEE), SEON Martial, VAN PUYMBROECK Cyrille (DREETS ARA), BLONDON Alexandre (France Travail), Jeunes inactifs ou au chômage : cinq profils, une forte influence des conditions familiales, INSEE Analyses Auvergne-Rhône-Alpes n°181, septembre 2024

GALMES Anne-Lise, La situation des demandeurs et demandeuses d'emploi relevant du RSA en Auvergne-Rhône-Alpes en 2023, DREETS, juillet 2024

JAKSE Christine, Les personnes de 50 ans et plus dans le Rhône, DREETS, mai 2024

CHIFFRES CLES

Inscrits à France Travail en région Auvergne-Rhône-Alpes, DREETS ARA-France Travail, avril 2025

Note de conjoncture de la région et des départements, au 4ème trimestre 2024, DREETS, 2025

Notes relatives au taux de chômage et à l'emploi salarié au 4ème trimestre 2024, DREETS, 2025

Panorama statistique cohésion sociale Auvergne-Rhône-Alpes en 2023, DREETS, septembre 2024

PRÉFÈTE
DE LA RÉGION
AUVERGNE-
RHÔNE-ALPES

Liberté
Égalité
Fraternité

Direction régionale
de l'économie, de l'emploi,
du travail et des solidarités

Directrice de la publication : Georges MARTINS BALTAR

Tour Swisslife - 1, Boulevard Vivier Merle - 69443 LYON CEDEX 03

Téléphone : 04 72 68 29 00

Site internet : http://auvergne-rhone-alpes.dreets.gouv.fr/

N°ISBN 978-2-11-179798-7

© DREETS Auvergne-Rhône-Alpes 2025