



HAL
open science

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

Marion del Sol

► **To cite this version:**

Marion del Sol. Maintien en emploi : la Sécurité sociale en appui des services de prévention et santé au travail. *Regards*, 2023, 61 (1), pp.163-173. hal-04184153

HAL Id: hal-04184153

<https://hal.science/hal-04184153>

Submitted on 24 Aug 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

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

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

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

Résumé – La prévention de la désinsertion professionnelle fait du maintien en emploi une question essentielle pour laquelle les services de prévention et de santé au travail (SPST) se voient reconnaître une place centrale, renforcée par la loi du 2 août 2021. Cette loi conduit également à réaffirmer, dans des termes plus ou moins explicites, la nécessité de mieux articuler les interventions respectives des SPST et de l'Assurance maladie tant pour repérer les risques de désinsertion que pour mettre en œuvre des actions de prévention. Dans ce contexte renouvelé, la Sécurité sociale a vocation à venir en appui des SPST, à accompagner leurs actions en matière de maintien en emploi.

À l'occasion des débats suscités par projet de loi de réformes des retraites, l'augmentation visée du taux d'emploi des seniors a été principalement appréhendée en termes d'accès à l'emploi de cette catégorie de la population active. Mais elle devrait tout autant l'être en termes de maintien en emploi au sens large¹ car cela participerait de la mise en lumière des enjeux de la lutte contre la désinsertion professionnelle qui ne concernent pas, loin s'en faut, les seuls travailleurs vieillissants. Il existe en effet des corrélations significatives entre problèmes de santé et perte d'emploi. Ainsi, 95 % des déclarations d'inaptitude médicale au poste de travail se solderaient par un licenciement². Un salarié arrêté plus de 6 mois perdrait 50% de chance de retrouver un jour son travail, voire un travail³. Certes, comme le précise un rapport de l'IGAS de 2017, « *il n'existe pas de mesure directe du nombre de salariés risquant de perdre leur emploi à court ou moyen terme en raison d'un problème de santé ou d'un handicap* ». Mais « *ce sont vraisemblablement 1 à 2 millions de salariés qui sont exposés à ce risque, soit 5 à 10 % d'entre eux* ». Bien que ses contours soient délicats à dessiner, cette population présentant des vulnérabilités – quels qu'en soient les déterminants – est une réalité tout à la fois d'aujourd'hui et de demain au regard des projections relatives au vieillissement de la population active et de l'augmentation significative des maladies chroniques évolutives qui, compatibles de plus en plus souvent avec l'exercice d'une activité professionnelle, nécessitent une prise en charge médicale de longue durée (cancer, diabète, maladies cardio-vasculaires...).

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

² Plan Santé au travail 2016-2020

³ Bérard J.-L., Oustric S. et Sellier S., *Plus de prévention, d'efficacité, d'équité et de maîtrise des arrêts de travail*, rapport au er Ministre, janv. 2019

À défaut d'être une grande cause nationale, le maintien en emploi n'en constitue pas moins une préoccupation présente dans le champ des politiques publiques, voire même une préoccupation croissante. On en trouve des manifestations dans la Stratégie nationale de santé 2018-2022 et dans des plans plus spécifiques relatifs à certaines pathologies (v. notamment le Plan Cancer 2014-2019⁴). Sans surprise, le maintien en emploi occupe une place davantage affirmée, voire même priorisée, dans les Plans Santé au Travail (PST) ainsi que dans les conventions d'objectifs et de gestion (COG) des branches maladie et ATMP de la Sécurité sociale. Ainsi, « *désinsertion et usures professionnelles et maintien en emploi* » constituent l'un des trois axes stratégiques déterminés par le 4^{ème} PST (2021-2025).

La préoccupation du maintien en emploi est désormais assez largement partagée et le déploiement de la lutte contre la désinsertion professionnelle peut s'appuyer sur de nombreux acteurs (intervenants du champ du handicap⁵, services sociaux et médicaux des caisses de sécurité sociale, services de prévention et de santé au travail, voire organismes de protection sociale complémentaire). Pour autant et de façon récurrente, sont pointés le manque de lisibilité d'ensemble ainsi que l'insuffisante coordination d'acteurs fonctionnant encore trop souvent en silo. Or, comme le souligne la Haute Autorité en Santé, « *la coordination des acteurs intervenant dans le maintien en emploi et la prévention de la désinsertion professionnelle est indispensable* » (HAS, préc.). De façon plus précise, la Stratégie nationale de santé pour la période 2018-2022 appelle à « *davantage structurer le réseau des services de santé au travail, ainsi que leurs relations avec les caisses d'assurance maladie, pour gagner en efficience dans les politiques de maintien dans l'emploi* ». Hors champ du handicap, il s'agit là en effet des acteurs dont « l'attelage » semble le plus essentiel en matière de maintien en emploi.

Dans cet « attelage », les dernières évolutions donnent à voir la centralité des services de prévention et de santé au travail (ci-après SPST) (I), le renforcement des synergies en matière de repérage et de détection des signes avant-coureurs de risque de désinsertion professionnelle (II) et des possibilités, en partie renouvelées, pour l'Assurance maladie de venir en appui des démarches de maintien en emploi (III).

I- La centralité affirmée des SPST en matière de maintien en emploi

Par certaines de ses dispositions, la loi n° 2021-1018 du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail⁶ conduit à faire des SPST en quelque sorte le centre de gravité en matière de maintien en emploi allant dans le sens recommandé par l'IGAS de miser en priorité sur ces « *d'acteurs-clefs* » de la sécurisation des parcours professionnels⁷. Plusieurs dispositions juridiques donnent corps à cette centralité (I-1) qui s'appuient sur des éléments de légitimité (I-2).

I-1/ Les marqueurs juridiques de la centralité

C'est par une loi du 20 juillet 2011⁸ que la question du maintien dans l'emploi et de la lutte contre la désinsertion professionnelle a été arrimée aux missions des services de santé au travail. Cependant, il s'est agi à l'époque de rattacher cette question à la mission de conseiller des employeurs, des travailleurs et de leurs représentants confiée à ces services. Avec la loi du 2 août 2021, le maintien en emploi entre de plain-pied dans les missions des SPST comme le matérialise la réécriture du premier alinéa de l'article L. 4622-2 du Code du travail : « *les services de prévention et de santé au travail ont pour mission principale d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail. Ils contribuent à la réalisation d'objectifs de santé publique afin de préserver, au cours de la vie professionnelle, un état de santé du travailleur compatible avec son maintien en emploi* ». En d'autres termes, si les SPST doivent toujours conseiller les parties prenantes sur les questions ayant trait au risque de désinsertion professionnelle, ils se voient désormais reconnaître un rôle proactif en matière

⁴ Dans l'objectif de diminuer l'impact du cancer sur la vie personnelle, ce plan affirme la nécessité d'accorder une priorité au maintien et au retour dans l'emploi.

⁵ Organismes de placement spécialisé (Cap emploi-Sameth) chargés de la préparation, de l'accompagnement, du suivi durable et du maintien dans l'emploi des personnes handicapées (C. trav., art. L. 5214-3-1).

⁶ Loi qui « transpose » l'accord national interprofessionnel (ANI) pour une prévention renforcée et une offre renouvelée en matière de santé au travail et conditions de travail du 9 décembre 2020.

⁷ IGAS, *La prévention de la désinsertion professionnelle des salariés malades ou handicapés*, rapport n° 2017-025R, déc. 2017.

⁸ Loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail.

de maintien en emploi. Dans ce champ, ce changement constitue incontestablement le principal marqueur juridique de la place centrale confiée aux SPST⁹.

Des marqueurs juridiques complémentaires donnent corps à ce changement. D'une part, l'offre socle de services obligatoires devant être fournis par chaque SPST à l'ensemble des entreprises adhérentes – et en contrepartie de leur cotisation – doit intégrer des services relatifs à la prévention de la désinsertion professionnelle. Avec ce dispositif de l'offre socle, l'objectif est de proposer non seulement une offre de services centrée sur l'ensemble des missions¹⁰, dont le maintien en emploi, mais également une offre harmonisée sur le territoire, quel que soit le SPST auquel l'entreprise adhère¹¹. D'autre part, la loi du 2 août 2021 fait obligation à tout SPST de se doter d'une cellule pluridisciplinaire de prévention de la désinsertion professionnelle chargée de proposer des actions de sensibilisation, d'identifier les situations individuelles et de contribuer à la prise en charge d'actions de maintien en emploi (C. trav., art. L. 4622-8-1). Cette cellule est un marqueur juridique fort de la centralité des SPST car il lui est demandé de remplir ses missions « *en collaboration* » avec les principaux acteurs susceptibles de contribuer, selon des modalités diverses, au maintien en emploi : les professionnels de santé chargés des soins, le service du contrôle médical de la sécurité sociale, les CPAM et les CARSAT, les acteurs présents dans le champ du handicap. Par conséquent, la logique de déploiement de la mission de maintien en emploi des SPST est tout à la fois d'ordre systémique et opérationnel¹², ce que matérialise en principe le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) conclu par les SPST avec la DREETS et la CARSAT (C. trav., art. L. 4622-10). Ce CPOM doit notamment définir des actions visant à permettre le maintien dans l'emploi des salariés et lutter contre la désinsertion professionnelle et indiquer les moyens mobilisés par les parties, la programmation des actions et les modalités de collaboration pour atteindre des objectifs chiffrés (C. trav., art. D. 4622-45 et 46).

I-2/ Les éléments de légitimité

Couvrant l'ensemble des entreprises du secteur privé et des près de 16 millions de travailleurs qu'elles emploient, les SPST sont incontestablement des acteurs stratégiques en matière de lutte contre la désinsertion professionnelle.

En premier lieu, la mission « historique » de surveillance de l'état de santé des salariés qui leur est confiée situe les SPST au cœur des enjeux du maintien en emploi. Même s'il a été réorganisé assez significativement par la loi Travail de 2016, l'exercice de cette mission permet tant de repérer des fragilités de santé que d'en appréhender les possibles effets sur le maintien au poste de travail, voire en emploi, et d'envisager des mesures individuelles permettant de rendre compatible l'état de santé du salarié avec la poursuite d'une activité professionnelle.

En second lieu, les SPST sont des structures interfaciales entre le salarié en situation de fragilité et l'employeur qui est juridiquement l'acteur-clef du maintien en emploi puisqu'il dispose du pouvoir d'organisation et de décision pour donner suite aux recommandations ou préconisations individuelles. Ce positionnement est essentiel, « *les revues de littérature internationale [montrant] l'efficacité des dispositifs d'accompagnement individuel pour le retour au travail après une longue absence, sous réserve que cette fonction soit confiée à un intervenant interne à l'entreprise ou proche d'elle* »¹³. Ce positionnement d'interface présente également un intérêt essentiel lorsque l'on envisage la lutte contre la désinsertion professionnelle dans sa dimension collective au regard de risques liés, notamment, aux caractéristiques et conditions de travail de certains secteurs d'activité.

En troisième lieu, les SPST sont les acteurs présents dans le champ du maintien en emploi qui disposent du plus large spectre de compétences et de personnes ressources à la fois pour détecter les risques de désinsertion, accompagner la démarche de maintien en emploi et coordonner les actions. D'une part, les SPST sont dotés d'un service social. D'autre part, les missions des SPST sont assurées par une équipe pluridisciplinaire comprenant des médecins du travail, des intervenants en prévention des

⁹ V. F. Héas, « La désinsertion professionnelle », *Droit social* 2021, pp. 909-913

¹⁰ L'offre socle concerne trois missions : la prévention des risques professionnels, le suivi individuel de l'état de santé, la prévention de la désinsertion professionnelle (C. trav., art. L. 4622-9-1). P.-H. Antonmattei, « Les services fournis par les SPST interentreprises à leurs entreprises adhérentes », *Droit social* 2021, pp. 880-884

¹¹ V. décret n° 2022-653 du 25 avril 2022 relatif à l'approbation de la liste et des modalités de l'ensemble socle de services des services de prévention et de santé au travail interentreprises.

¹² Ainsi, au titre de l'offre socle de services, « *l'objectif est de faire vivre une cellule opérationnelle pour anticiper et accompagner les cas individuels susceptibles de sortir de l'emploi* » (v. décret préc.).

¹³ IGAS, 2017 – préc. p. 97

risques professionnels, des infirmiers ainsi que, le cas échéant, des auxiliaires médicaux disposant de compétences en santé au travail, des assistants de services de prévention et de santé au travail et des professionnels recrutés après avis des médecins du travail (ergonome, psychologue...) (C. trav., art. L. 4622-8). Ces deux éléments relatifs à la composition des SPST sont tout à fait essentiels en matière de maintien en emploi en raison de la dimension plurifactorielle des risques de désinsertion professionnelle et du caractère multimodal de l'accompagnement de la personne.

D'une certaine façon, la composition de la cellule pluridisciplinaire de prévention de la désinsertion professionnelle doit prendre appui sur ces ressources internes. En application de l'article L. 4622-8-1, elle doit être animée et coordonnée par un médecin du travail¹⁴. Le texte législatif n'en dit pas davantage et renvoie au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens le soin de fixer des exigences minimales relatives à sa composition. Cependant, une instruction ministérielle du 26 avril 2022 relative aux modalités de mise en œuvre des cellules – cosignée par le directeur général du travail et le directeur de la CNAM – estime que la présence de certains personnels du SPST doit être favorisée¹⁵ : médecins et infirmiers du travail, assistants du service social, psychologues du travail, ergonomes, chargés de mission maintien en emploi, assistant administratif. Par conséquent, la contractualisation avec la DREETS et la CARSAT sera sans nul doute conditionnée par une composition faisant place à plusieurs domaines de compétence considérés comme complémentaires dans la lutte contre la désinsertion professionnelle.

Pour la Cour des comptes, cette évolution « *devrait conduire l'assurance maladie à ajuster en conséquence son offre de prévention compte tenu du risque de redondance entre ses services et les missions dévolues aux services de prévention et de santé au travail interentreprises* »¹⁶. À tout le moins, certaines dispositions de la loi du 2 août 2021 vont dans le sens d'une articulation renforcée (v. *infra*).

II- Le repérage des fragilités : des synergies en voie de renforcement

L'évaluation des risques constitue la pierre angulaire de la démarche de prévention en santé au travail. En matière de lutte contre la désinsertion professionnelle, il en va de même de la détection des fragilités susceptibles d'avoir un retentissement sur le maintien en activité. Le repérage, aussi précoce que possible, de ces fragilités constitue donc un enjeu tout à fait essentiel. Il est toutefois malaisé en raison du caractère multifactoriel du risque de désinsertion professionnelle¹⁷. Toutefois, « *l'arrêt de travail (le premier ou non, répété, court ou prolongé) est un point de repérage pertinent du risque de désinsertion professionnelle* »¹⁸. De ce point de vue, « l'attelage » Sécurité sociale/SPST est essentiel (II-1), en particulier pour déclencher une visite de préreprise (II-2) ; il se trouve renforcé par l'article 19 de la loi du 2 août 2021 (II-3).

II-1/ L'appui nécessaire de la Sécurité sociale au repérage des fragilités

Dans l'exercice de leur mission de surveillance périodique de l'état de santé des salariés, les SPST peuvent détecter des risques, à court ou moyen terme, de désinsertion professionnelle. La HAS propose à cet effet qu'une question systématique puisse être posée par les professionnels des SPST qui assurent ce suivi : « *avez-vous (depuis la dernière visite) des difficultés à effectuer votre travail en ce moment en raison de problèmes de santé ? Et si oui, de quelle nature ? Depuis combien de temps ? À quelle fréquence ?* » (préc. p. 65). Pour autant, en raison de l'espacement de ces visites dans le temps¹⁹, une telle pratique ne permettrait sans doute pas de produire pleinement l'effet recherché, à savoir un repérage en temps utile. De ce point de vue, une plus grande efficacité peut sembler-t-il être attendue de l'aménagement de la visite de reprise après arrêt de travail, de la transformation de la visite

¹⁴ Ou par un membre de l'équipe pluridisciplinaire du SPST désigné par le médecin du travail et agissant sous sa responsabilité.

¹⁵ Bien qu'aucune précision ne soit apportée sur ce point, la composition des cellules a vocation à être complétée par des représentants des partenaires externes du SPST.

¹⁶ Cour des comptes, *Les politiques publiques de prévention en santé au travail dans les entreprises, rapport public thématique*, déc. 2022, p. 82

¹⁷ Sur ce point, v. HAS, préc. p. 65 qui identifie des facteurs de risques génériques liés au travailleur ou au travail ainsi que des facteurs prédictifs de retour/maintien en emploi dont certains sont spécifiques à certaines pathologies (par exemple, les maladies cardiovasculaires).

¹⁸ HAS, préc. p. 65. Le document relaie également d'une recherche ayant procédé à un suivi de cohorte dont les résultats montrent que les arrêts de travail fréquents et les arrêts de longue durée sont associés à un risque important de perte d'emploi (v. Koopmans PC, Roelen CA, Groothoff JW. *Frequent and long-term absence as a risk factor for work disability and job termination among employees in the private sector*. *Occup Environ Med* 2008;65(7):494-9).

de fin de carrière en visite médicale post-exposition ainsi que du déploiement de deux nouveaux dispositifs issus de la loi du 2 août 2021 : la visite de mi-carrière et le rendez-vous de liaison.

Cependant, s'il n'est pas le seul point de repérage des fragilités, l'arrêt de travail n'en constitue pas moins l'un des plus essentiels et pour deux raisons : d'une part, parce que la corrélation entre des arrêts de travail d'une certaine durée ou fréquents et le risque de perte d'emploi est peu contestée ; d'autre part, parce que l'arrêt de travail constitue une donnée objective qu'un problème de santé emporte une incapacité temporaire de travail. Or, les SPST – spécialement les médecins du travail – ne sont pas destinataires des certificats d'arrêt de travail, la réglementation ne rendant la transmission de ceux-ci obligatoire qu'à la CPAM et à l'employeur. Aucune information systématique des médecins du travail n'est organisée. Par conséquent, ils peuvent rester dans l'ignorance des arrêts de travail, ignorance temporaire si une visite de reprise doit être organisée à la demande de l'employeur ou pouvant être rompue si une visite de préreprise est sollicitée.

Il est dès lors du plus grand intérêt que les CPAM puissent mobiliser – au bénéfice de l'action des SPST – les informations et données qu'elles détiennent sur les arrêts de travail pour le repérage des risques de désinsertion professionnelle ou, à tout le moins, des facteurs ou indices de tels risques.

II-2/ La contribution de la Sécurité sociale au déclenchement des visites de préreprise

Dans la boîte à outils du maintien en emploi, la visite de préreprise occupe une place particulière. Avant le terme d'un arrêt de travail, elle permet au médecin du travail non seulement de détecter certaines fragilités mais également d'anticiper le retour au travail et les difficultés inhérentes à celui-ci. Comme le précise l'article R. 4624-29 du Code du travail, l'objectif est de « *favoriser le maintien en emploi* » *via* des recommandations d'aménagement et adaptation du poste de travail, des préconisations de reclassement ou encore des suggestions de formation professionnelle en vue de faciliter le reclassement du travailleur ou sa réorientation professionnelle (art. R. 4624-30).

Cependant, malgré son évident intérêt, l'organisation d'une visite de préreprise ne présente aucun caractère systématique et n'est pas, contrairement à la visite de reprise, une obligation pesant sur l'employeur. Son organisation suppose une prise d'initiative et c'est à ce stade que la Sécurité sociale peut apporter sa contribution au déclenchement des visites de préreprise. En effet, les services médicaux de l'assurance maladie se voient reconnaître le droit d'initier une telle visite en cas d'arrêt de travail de plus de 30 jours. Par cette initiative, il est mis un terme à l'ignorance du médecin de travail concernant l'existence d'une incapacité temporaire de travail lui permettant d'« entrer en action » dans une logique de retour au travail et, plus largement, de maintien en emploi. En ce sens, l'abaissement de la durée d'arrêt de travail servant de seuil de déclenchement de 3 mois à 30 jours²⁰ est à souligner car il participe d'une prise en charge plus précoce des difficultés.

Certes, les services médicaux de l'assurance maladie ne sont pas les seuls instigateurs d'une visite de préreprise, l'article L. 4624-2-4 du Code du travail faisant également place à l'initiative du travailleur lui-même, du médecin traitant et du médecin du travail. Pour autant, ils sont des « prescripteurs » de visite de préreprise tout à fait particuliers car ils sont les seuls à pouvoir procéder à un déclenchement systématisé. En effet, *via* des requêtes réalisées par les services administratifs des CPAM, ils peuvent avoir connaissance des assurés en arrêt de travail depuis plus de 30 jours. Ce faisant, au regard du cadre juridique actuel, deux options existent théoriquement : la première consiste à avoir une politique de déclenchement direct à partir des données à leur disposition ; la seconde option conduirait à préférer un déclenchement indirect en informant les médecins du travail des arrêts de travail mais laissant à ces derniers le choix d'initier eux-mêmes une visite de préreprise en fonction des données connues par le SPST concernant les salariés (données de santé et données relatives au poste et aux conditions de travail). Il semblerait que les pratiques soient assez diverses d'un organisme à l'autre, ce que le nouveau cadre issu de la loi du 2 août 2021 cherche manifestement à éviter (*v. infra*).

²⁰ Décret n° 2022-372 du 16 mars 2022.

II-3/ L'instauration par la loi du 2 août 2021 d'un cadre ambitieux

À l'occasion du vote de la loi du 2 août 2021, ont été jetées les bases d'une coopération systématisée entre la Sécurité sociale et les SPST en matière de repérage et signalement des risques de désinsertion professionnelle. À noter que le cadre posé par l'article 19 de la loi n'entrera en vigueur qu'au 1^{er} janvier 2024 car sa mise en œuvre suppose un avis de la CNIL, puis l'adoption d'un décret en Conseil d'État.

Même cela n'est pas exprimé en ces termes, le nouvel article L. 315-4 du Code de la sécurité sociale met à la charge de la Sécurité sociale une obligation de transmission aux SPST « *des informations relatives aux arrêts de travail* » devant permettre à ceux-ci d'agir, aussi précocement que possible, en matière de maintien en emploi. Cette obligation concerne « *les arrêts de travail de l'assuré qui ont été adressés à l'organisme lui servant des prestations à ce titre [qui] remplissant des conditions fixées par décret ou [qui] font apparaître un risque de désinsertion professionnelle* ». S'agissant du premier cas de figure, le texte réglementaire fixera très probablement un seuil de déclenchement exprimé en durée minimale d'arrêt de travail (données de nature administrative). En revanche, concernant la seconde hypothèse, il sera sans doute renvoyé à une appréciation du risque de désinsertion reposant – au moins en partie – sur des données d'ordre médical puisque l'article L. 315-4 évoque une transmission pouvant émaner tant de la CPAM que du service du contrôle médical. Or, pour rappel, les médecins qui prescrivent des arrêts de travail sont tenus de mentionner sur les documents destinés au service du contrôle médical « *les éléments d'ordre médical justifiant l'interruption de travail* » (CSP, art. L. 162-4-1, 1°).

Le cadre posé est ambitieux. Il confie explicitement à la Sécurité sociale un rôle-pivot dans la détection, *via* l'exploitation des données relatives aux arrêts de travail qu'elle détient, des risques de désinsertion professionnelle. Ce rôle-pivot fait écho à la création des cellules pluridisciplinaires de prévention de la désinsertion professionnelle dont on peut penser qu'elles sont les destinataires des informations, au-delà des SPST. La structuration de l'action des SPST en matière de maintien en emploi doit permettre de donner un plein effet utile à cette nouvelle obligation de transmission²¹ dont le déploiement, grâce au cadrage réglementaire à venir, devrait se faire de façon relativement homogène.

III- Les dispositifs mobilisables par et avec l'Assurance maladie

En miroir du nouvel article L. 315-4 du Code de la sécurité sociale (v. *supra*), la loi du 2 août 2021 met à la charge du SPST, à compter du 1^{er} janvier 2024, une obligation d'informer la Sécurité sociale « *lorsqu'il accompagne des travailleurs qui ont fait l'objet de la transmission d'informations* » relatives à leur arrêt de travail ; sous réserve de l'accord du travailleur, « *il transmet des informations relatives au poste et aux conditions de travail de l'intéressé* » (C. trav., art. L. 4622-1)²². Quand bien même la Sécurité sociale n'est pas l'acteur central en matière de lutte contre la désinsertion professionnelle, de telles informations n'en présentent pas moins un intérêt pour l'Assurance maladie dans la mobilisation de certains dispositifs pouvant accompagner une démarche de maintien en emploi. Selon diverses modalités, l'Assurance maladie a vocation à être le « *partenaire privilégié* » des cellules pluridisciplinaires des SPST (instruction du 26 avril 2022, préc.). Le regard portera dans les développements à suivre sur les dispositifs dont le financement peut être, au moins partiellement, assuré par l'assurance maladie. Certains visent à remobiliser le salarié pendant son arrêt de travail (III-1). D'autres sont des outils inscrivant l'action de la Sécurité sociale dans une logique d'activation de ses ressources en faveur de la lutte contre la désinsertion professionnelle et conduisant au dépassement de sa mission d'assureur (social) (III-2).

²¹ L'article L. 315-4 conditionne la transmission à l'accord de l'assuré. Quant au décret à venir, il devra préciser le contenu des informations transmises et les conditions de la transmission, réalisée de façon dématérialisée, qui peut mettre en jeu la question du partage du secret médical.

²² Les destinataires de l'information sont le service du contrôle médical, les CPAM, les CARSAT et le service social des CARSAT. Quant aux modalités de transmission, elles seront définies par un décret non encore paru à ce jour.

III-1/ Les outils de remobilisation du salarié pendant l'arrêt de travail indemnisé

Depuis la LFSS pour 2011, l'indemnisation de l'arrêt de travail est compatible avec le suivi d'actions de formation professionnelle continue ou encore d'actions d'évaluation, d'accompagnement, d'information et de conseil (CSS, art. L. 323-3-1). S'est ainsi trouvée ouverte la possibilité d'une remobilisation pendant un arrêt de travail indemnisé²³, d'une sorte de convalescence active, supposant l'accord du médecin traitant et du médecin-conseil.

Les actions de formation professionnelle continue visées ici sont celles qui concourent au développement des compétences prévues par l'article L. 6313-1 du Code du travail : actions de formation, y compris par apprentissage, bilans de compétences et actions de VAE. D'une certaine façon, il s'agit d'initier un parcours de reconversion par la formation dans le cadre d'un projet de maintien en emploi.

En revanche, jusqu'à récemment, l'article L. 323-3-1 ne donnait aucune précision sur la nature des actions d'évaluation, d'accompagnement, d'information et de conseil. Désormais et sous l'effet de l'article 28 de la loi du 2 août 2021, le texte vise expressément l'essai encadré au titre des actions d'accompagnement donnant une visibilité nouvelle à un outil déployé depuis assez longtemps par l'Assurance maladie. Le cadre juridique en a été précisé par un décret du 16 mars 2022. Il s'agit d'un dispositif dit de remobilisation précoce devant permettre au salarié « *d'évaluer, pendant l'arrêt de travail, au sein de son entreprise ou d'une autre entreprise, la compatibilité d'un poste de travail avec son état de santé* » (CSS, art. D. 323-6). La durée de l'essai encadré ne peut excéder quatorze jours ouvrables, renouvelable dans la limite d'une durée totale de vingt-huit jours ouvrables, période pendant laquelle le salarié continue de percevoir les indemnités journalières ainsi que le complément indemnitaire mis à la charge de l'employeur par le droit du travail (C. trav., art. L. 1226-1).

Avec cette codification, l'essai encadré a vocation à devenir l'outil-clé de remobilisation pendant l'arrêt de travail pour un maintien en emploi à relativement court terme (contrairement aux actions de formation professionnelle continue pour lesquelles la perspective de maintien en emploi est plus lointaine). Le cadre de déploiement posé par voie réglementaire est aligné sur la place à venir de l'essai encadré. En particulier, il donne à voir les articulations voulues avec les SPST : d'une part, après évaluation globale de la situation par le service social de la CARSAT, le médecin du travail qui assure le suivi du salarié doit donner son accord en complément de ceux du médecin traitant et du médecin-conseil ; d'autre part, l'article D. 323-6-3 fait du SPST un des possibles « prescripteurs » de l'essai encadré. On peut penser que les cellules pluridisciplinaires de prévention de la désinsertion professionnelle seront spécialement force de proposition en matière d'essai encadré, outil entrant désormais pleinement dans la « boîte à outils », partagée avec l'Assurance maladie, du maintien en emploi. Sa mobilisation peut s'avérer particulièrement pertinente lorsqu'un risque d'inaptitude au poste est prévisible car cela peut permettre d'anticiper – en amont de la visite de reprise – une recherche de reclassement dans l'entreprise employeuse²⁴. En effet, l'essai prend la forme d'une mise en situation sur un poste (nouveau poste ou poste aménagé), suivie par un tuteur au sein de l'entreprise et au terme de laquelle un bilan est réalisé par le tuteur en lien avec le salarié, puis communiqué au médecin du travail.

III-2/ Les outils d'activation financière en accompagnement du maintien ou du retour à l'emploi

Certains outils du maintien en emploi se situent dans une logique d'activation des ressources financières de l'Assurance maladie qui met à distance sa qualité d'assureur (social). En effet, avec ces dispositifs, les ressources sont mobilisées au-delà, voire même en-dehors, des conditions ouvrant droit à indemnisation au titre de l'incapacité temporaire de travail et inscrivent l'Assurance maladie comme un acteur à part entière en matière de lutte contre la désinsertion professionnelle.

Parmi ces outils, les plus connus sont le temps partiel pour motif thérapeutique (branche Maladie – CSS, art. L. 323-3) et le travail aménagé ou à temps partiel (branche ATMP – CSS, art. L. 433-1). Leur

²³ Sous réserve que la durée de l'action de remobilisation envisagée soit compatible avec la durée prévisionnelle de l'arrêt de travail.

²⁴ Un essai encadré peut également être réalisé dans une autre entreprise. Mais la mise en œuvre s'avèrera sans nul doute plus compliquée.

vocation initiale était de faciliter le retour à l'emploi après une période d'arrêt de travail indemnisé en aménageant le temps ou la charge de travail et en « continuant » le versement des indemnités journalières en compensation de la réduction du temps de travail. Aujourd'hui, l'ambition de ces dispositifs est plus large puisque les indemnités journalières peuvent être servies lorsque l'aménagement du temps de travail est envisagé dans une logique de maintien en emploi comme étant de nature à favoriser l'amélioration de l'état de santé ou la guérison ou la consolidation de la blessure (ATMP). Il ne s'agit pas alors de verser des indemnités journalières « continuées » mais de contribuer à financer directement le maintien en emploi et ce pendant une durée pouvant être significative²⁵. Ces dispositifs sont prescrits par le médecin traitant. Mais, au-delà de cette prescription initiale, l'organisation pratique est une problématique de droit du travail qui ne fait toutefois l'objet d'aucune disposition spécifique dans le Code du travail. En application des dispositions générales régissant les questions de santé au travail, la mise en œuvre du temps partiel ou du travail aménagé doit être envisagée d'un commun accord entre l'employeur, le médecin du travail et le salarié. On peut également penser que, dans le cadre des futurs CPOM, une attention particulière sera portée à une démarche articulée entre les cellules pluridisciplinaires des SPST et l'Assurance maladie dans le souci d'optimiser cet important et pertinent levier d'action.

Par ailleurs, la loi du 2 août 2021 élargit les possibilités de mobilisation de la convention de rééducation professionnelle en entreprise (CRPE), jusqu'alors conditionnée à une reconnaissance en qualité de travailleur handicapé. Désormais, peuvent également en bénéficier les salariés déclarés inaptes ou « *pour lesquels le médecin du travail a identifié, dans le cadre de l'examen de préreprise [...], un risque d'inaptitude* » (C. trav., art. L. 5213-3-1). Bien que son objet ne soit pas précisé par les textes, la CRPE constitue véritablement un dispositif de lutte contre la désinsertion professionnelle²⁶ visant soit à une rééducation au métier, soit à une reconversion, dans l'entreprise d'origine ou dans une autre entreprise, *via* l'acquisition de nouvelles connaissances et/ou savoir-faire nécessaires à l'exercice d'un nouveau métier. Il s'agit là aussi d'un dispositif ambitieux pouvant s'étaler sur une durée maximale de 18 mois et nécessitant la conclusion d'une convention entre l'employeur, le salarié et la Sécurité sociale (CPAM ou CARSAT). En effet, celle-ci est partie prenante au financement – sous forme de versement d'indemnités journalières – comme le prévoit expressément l'article L. 323-3-1 du Code de la sécurité sociale tel que modifié par la loi du 2 août 2021. Comme pour le temps partiel ou aménagé, un déploiement davantage systématisé de la CRPE ne pourra se concevoir qu'en partenariat avec les SPST qui sont l'interface avec l'employeur dont la mobilisation est également nécessaire pour un maintien en emploi pérenne.

²⁵ Le service des indemnités journalières en cas de travail aménagé ou à temps partiel (cadre ATMP) n'est pas limité dans sa durée. Pour le temps partiel thérapeutique, est en revanche fixée une durée maximale d'indemnisation d'un an au-delà du délai de 3 ans prévu à l'article R. 323-1. En d'autres termes, en cas d'ALD, la durée maximale est d'un an au-delà des 3 ans d'indemnités journalières « classiques » ; hors hypothèse d'ALD, la durée maximale est théoriquement d'un an après épuisement de la 360^{ème} indemnité journalière « classique ».

²⁶ Ici, il s'agit de raisonner par analogie avec la « doctrine » de la Sécurité sociale relative aux contrats de rééducation professionnelle en entreprise que la loi du 2 août 2021 inscrit dans le Code du travail sous la nouvelle dénomination de convention de rééducation professionnelle en entreprise.