ECHANGES ENTRE CPAM ET SPST : RETOUR D'EXPÉRIENCE

Angélique LOUCHART
Référente PDP – SPST 19-24 – Brive la Gaillarde

Sophie MERIAU
Infirmière en Santé au travail, Membre de la cellule PDP – SPST 19-24 – Brive la Gaillarde

Dr Fabrice MICHIELS
Médecin coordonnateur – SPST 19-24 – Brive la Gaillarde

Isabelle ORDAS
Assistante relai des signalements CPAM – SPST 19-24 – Brive la Gaillarde

Introduction :

Bien que partageant un cadre déontologique commun, « *promouvoir la santé et le bien-être de chacun de ses patients* », les missions spécifiques des médecins-conseils et des médecins du travail rendent difficile la conciliation de leurs objectifs respectifs.

Longtemps, ce travail en silo s'est traduit par un manque de communication entre la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) et les médecins du travail, dont la manifestation la plus pénalisante était la coupure d'indemnités journalières (IJ) à très brève échéance, rendant illusoire la mobilisation de dispositifs de maintien en emploi (MEE) par le Service de Prévention et de Santé au Travail (SPST).

Une collaboration a donc été conjointement recherchée entre les médecins-conseils de la CPAM et l'AIST19, devenue SPST19-24, afin d'établir une coopération dans une optique de contribution tripartite (salarié, CPAM, SPST).

Problématique identifiée en 2019 : y a-t-il un intérêt ?

La démarche est partie de deux constats :

- Perte de chance pour le salarié en situation d'arrêt maladie (AM) pour accéder à des dispositifs de maintien en emploi du fait d'un manque de communication entre la CPAM et le Service de prévention et de santé au travail interentreprises (SPSTI), conduisant à des délais incompatibles dans la gestion des objectifs des deux entités.
- Moins glorieux mais réaliste : pression organisationnelle majeure pour le déroulement des étapes préparatoires aux procédures éventuelles d'inaptitude lors des coupures d'IJ à très court terme.

Cadre de l'expérimentation

- Tester les bénéfices de l'envoi hebdomadaire par la CPAM au SPST d'une liste de salariés en situation prolongée d'AM, très en amont d'une éventuelle coupure des indemnités journalières.
- Évaluation à 1 an et 2 ans.

Objectif

- Mobilisation des leviers de maintien dans l'emploi ou en emploi.

Méthodologie :

Une organisation au sein du SPSTI a été déployée :

- Une secrétaire médicale du SPST19-24 ventile la liste reçue aux équipes référentes de chaque salarié signalé.
- L'infirmière en santé au travail (IST) appelle chaque salarié. Ce recueil de données aborde l'état de santé, le poste de travail occupé ainsi que les soins et démarches réalisés et en cours par le salarié, contenu très comparable à celui d'une visite de pré-reprise.
- Il peut être proposé au salarié de solliciter un rendez-vous de visite de pré-reprise avec le SPST19-24 (avec retour, dans ce cas, vers le médecin-conseil via une fiche de préparation à la reprise d'activité).

- Si nécessaire, mobilisation interne (cellule de prévention de la désinsertion professionnelle (PDP), étude de poste) et externe des partenaires du maintien en emploi (Carsat, Cap emploi, Comète, conseiller en évolution professionnelle (CEP)...).
- En parallèle, un échange entre le médecin du travail et l'employeur (avec accord du salarié) peut s'avérer utile suivant la situation de santé, par exemple en incitant à l'organisation d'un rendez-vous de liaison.
- Lancement, le cas échéant, des éventuelles étapes préparatoires à une inaptitude, vue comme une étape vers un rebond professionnel ou, a minima, de sauvegarde sociale.

Résultats obtenus :

Preuve de son intérêt, le dispositif perdure sans besoin de négociation depuis 6 ans. Chaque année, 700 à 900 signalements sont adressés au SPST par la CPAM 19. Le nombre de visites de pré-reprise a ainsi augmenté de 88 % en moyenne annuelle.

Si le nombre d'inaptitudes prononcées ne semble pas significativement abaissé, les procédures se déroulent sans urgence et permettent, dans la grande majorité des cas, de ne pas laisser le salarié sans solution ou accompagnement social ou professionnel.

Le nombre de mobilisations de dispositifs d'accompagnement au retour en emploi a très nettement augmenté. Les essais encadrés ont ainsi été multipliés par 4 et, ponctuellement, des périodes de mise en situation en milieu professionnel (PMSMP) ou conventions de rééducation professionnelle en entreprise (CRPE) ont pu être organisées, améliorant le rebond professionnel même en cas d'inaptitude.

Discussion :

Ce dispositif de signalement a constitué un progrès marquant dans l'accompagnement des salariés en arrêt maladie prolongé. Si l'on excepte un petit recadrage sur le fait qu'un signalement ne conduisait pas systématiquement à une visite de pré-reprise (situation médicale inappropriée, salarié ne donnant pas suite...), ce partenariat s'est avéré tout à fait fluide.

Ce signalement permet d'établir ou de rétablir un dialogue avec un salarié souvent éloigné de son environnement de travail du fait de l'arrêt maladie et du parcours de soins. Il permet de rassurer, d'informer sur l'existence de leviers de retour en emploi et de se projeter sur le devenir professionnel, même dans les situations où la reconversion professionnelle semble se profiler. Le salarié reste ainsi « acteur » de son parcours et regarde au-delà de la maladie.

Si l'effectif que nous suivons ne permet pas de le valider de manière statistiquement significative, la littérature suggère que la précocité de la prise de contact améliore la dynamique de remobilisation du salarié en situation d'AM. Plusieurs études ont prouvé qu'une mobilisation précoce constituait un moyen de réduire le risque de désinsertion professionnelle, de réduire la durée des arrêts de travail, voire d'améliorer le pronostic de certaines pathologies. C'est donc une action gagnant-gagnant-gagnant pour l'entreprise, le salarié et la CPAM !

Conclusion :

Les récents décrets n° 2026-320 et n° 2026-321 du 28 avril 2026 viennent consolider ces échanges entre professionnels, tant sur les modalités de transmission des informations que sur leur nature.
Si l'on ne peut que se satisfaire de ce premier pas vers davantage d'échanges entre professionnels de santé pour favoriser la mobilisation des partenaires du maintien en emploi et du maintien dans l'emploi (MEE-MDE), notre expérience confirme, comme la littérature, qu'un signalement à 6 mois d'AM est trop tardif pour en tirer tous les bénéfices potentiels, sur le plan de la santé globale du salarié et pour systématiser la doctrine « pas d'inaptitude sans projet de retour en emploi ».

Perspectives

Au plan médical, ce début d'échanges ne supprime pas le cloisonnement des données entre SPST et CPAM et ne permet donc pas d'apprécier sur le long terme l'efficacité réelle de nos actions en termes de morbidité, de congés maladie ultérieurs, etc. Nous continuons à n'évaluer nos actions que par les moyens mis en œuvre et des résultats à très court terme.

Plus globalement, la prévention de la désinsertion professionnelle (PDP) reste encore trop l'affaire des acteurs médicaux et sociaux, et est insuffisamment prise en compte par les entreprises. En témoigne la grande rareté de la PDP dans leurs documents uniques d'évaluation des risques (DUER), preuve qu'elles n'ont pas encore perçu la prévention comme un levier de performance durable.

Références bibliographiques :

- Rapport IGAS 2017 : Prévention de la désinsertion professionnelle des salariés malades ou handicapés.
- Décrets n° 2026-320 et n° 2026-321 du 28 avril 2026 relatifs à la transmission d'information entre le service du contrôle médical et les SPST, et réciproquement.

Pour contacter l'auteur de cette communication : s.meriau@spst19-24.org