

N° 10

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2019-2020

Enregistré à la Présidence du Sénat le 2 octobre 2019

RAPPORT D'INFORMATION

FAIT

au nom de la commission des affaires sociales (1) sur la santé au travail,

Par M. Stéphane ARTANO et Mme Pascale GRUNY,

Sénateurs

(1) Cette commission est composée de : M. Alain Milon, *président* ; M. Jean-Marie Vanlerenberghe, *rapporteur général* ; MM. René-Paul Savary, Gérard Dériot, Mme Colette Giudicelli, M. Yves Daudigny, Mmes Michelle Meunier, Elisabeth Doineau, MM. Michel Amiel, Guillaume Arnell, Mme Laurence Cohen, M. Daniel Chasseing, *vice-présidents* ; M. Michel Forissier, Mmes Pascale Gruny, Corinne Imbert, Corinne Féret, M. Olivier Henno, *secrétaires* ; Mme Cathy Apourceau-Poly, M. Stéphane Artano, Mmes Martine Berthet, Christine Bonfanti-Dossat, MM. Bernard Bonne, Jean-Noël Cardoux, Mmes Annie Delmont-Koropoulis, Catherine Deroche, Chantal Deseyne, Nassimah Dindar, Catherine Fournier, Frédérique Gerbaud, M. Bruno Gilles, Mmes Michelle Gréaume, Nadine Grelet-Certenais, Jocelyne Guidez, Véronique Guillotin, Victoire Jasmin, M. Bernard Jomier, Mme Florence Lassarade, M. Martin Lévrier, Mmes Monique Lubin, Viviane Malet, Brigitte Micouleau, MM. Jean-Marie Morisset, Philippe Mouiller, Mmes Frédérique Puissat, Marie-Pierre Richer, Laurence Rossignol, Patricia Schillinger, MM. Jean Sol, Dominique Théophile, Jean-Louis Tourenne, Mme Sabine Van Heghe.

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
LISTE DES SIGLES.....	7
LISTE DES PRINCIPALES PROPOSITIONS.....	9
AVANT-PROPOS	15
I. LA SANTÉ AU TRAVAIL EN FRANCE : UN PAYSAGE FRAGMENTÉ ET PEU LISIBLE.....	21
A. UNE ORGANISATION D'UNE COMPLEXITÉ REDOUTABLE.....	21
1. <i>Une multitude d'opérateurs intervenant dans la prévention des risques professionnels à l'extérieur des entreprises.....</i>	<i>21</i>
a) Un ministère du travail à la manœuvre, un ministère de la santé encore marginalisé.....	21
b) La prise en charge des risques professionnels par la sécurité sociale.....	23
(1) Par la branche AT-MP de la CNAM.....	23
(2) Par la mutualité sociale agricole.....	25
c) Les organismes de prévention nationaux.....	26
d) Les agences sanitaires et d'expertise scientifique.....	29
2. <i>La gestion des risques professionnels au sein de l'entreprise.....</i>	<i>31</i>
a) Les services de santé au travail.....	31
b) Le dialogue social sur la santé au travail au sein des entreprises.....	33
3. <i>L'organisation spécifique de la santé au travail dans la fonction publique.....</i>	<i>35</i>
B. DES RÉFORMES ET PLANS D'ACTION SUCCESSIFS AUX RÉSULTATS ENCORE INSUFFISANTS.....	36
1. <i>Une dynamique de baisse de la sinistralité qui s'essouffle alors que de nouvelles problématiques apparaissent.....</i>	<i>36</i>
a) Une sinistralité des accidents du travail hétérogène et qui ne se réduit plus.....	36
b) L'importance des troubles musculo-squelettiques parmi les maladies professionnelles.....	39
c) L'émergence des risques psychosociaux.....	40
d) Une augmentation des arrêts qui interroge l'organisation du travail.....	41
2. <i>La prévention au cœur des priorités des dernières réformes.....</i>	<i>41</i>
a) Le troisième Plan santé au travail : l'expression d'une ambition partagée qui se heurte au manque de moyens.....	41
b) Le recentrage de l'action des médecins du travail ouvre des interrogations quant au service rendu.....	43
II. CLARIFIER LA GOUVERNANCE DE LA SANTÉ AU TRAVAIL.....	44
A. DES PROPOSITIONS AUDACIEUSES, DIVERSEMENT ACCUEILLIES.....	44
1. <i>Une proposition tendant à créer un guichet unique régional.....</i>	<i>44</i>
2. <i>Un scénario qui n'apparaît pas souhaitable.....</i>	<i>44</i>
a) La complémentarité entre prévention et contrôle.....	44
b) Des difficultés juridiques difficilement surmontables.....	45
c) La nécessaire prise en compte des spécificités territoriales.....	45

B. RENFORCER LA COHÉRENCE DU PILOTAGE NATIONAL ET TERRITORIAL DE LA SANTÉ AU TRAVAIL	46
1. <i>Garantir un haut niveau de qualité de prestations des services de santé au travail</i>	46
a) Pour un pilotage national stratégique renforcé	47
b) Pour une certification exigeante des SST	49
c) Un réseau territorial de la santé au travail conforté dans la complémentarité entre les SST et les Carsat/ Aract	50
2. <i>Rendre les outils de la contractualisation en santé au travail pleinement opérationnels</i>	54
a) Pour plus de cohérence entre les documents d'orientation stratégiques et les outils contractuels.....	54
b) Faire du CPOM conclu par les services de santé au travail un véritable instrument au service de l'innovation dans la santé au travail	54
C. GARANTIR UN SERVICE UNIVERSEL DE LA SANTÉ AU TRAVAIL POUR TOUS LES TRAVAILLEURS	60
1. <i>Conserver le système de santé au travail propre aux agents publics</i>	60
a) La progression de certaines pathologies parmi les agents publics.....	60
b) Une préoccupation des pouvoirs publics qui doit déboucher sur des propositions	60
c) Développer les synergies là où elles peuvent l'être.....	61
2. <i>Prendre en compte la santé au travail des travailleurs non-salariés</i>	61
a) Les travailleurs non-salariés font face à des risques spécifiques.....	61
b) Faire bénéficier les non-salariés d'un suivi par un SST	62
3. <i>Améliorer le suivi de l'état de santé des intérimaires et des sous-traitants</i>	64
a) Un suivi lacunaire malgré des expositions plus fortes.....	64
b) Permettre un suivi plus cohérent	64
III. AMÉLIORER LES LEVIERS D'INTERVENTION DES ACTEURS DE LA SANTÉ AU TRAVAIL	66
A. DYNAMISER LE FINANCEMENT DES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL	66
1. <i>Maintenir une distinction entre le financement de la sécurité sociale et le financement de la santé au travail</i>	66
2. <i>Élargir les sources de financement des SSTI</i>	66
a) Permettre une modulation des cotisations des SSTI	66
b) Permettre l'affectation de ressources publiques aux SSTI	67
B. RENFORCER LES MOYENS DE CONSEIL ET DE CONTRÔLE DES CARSAT ET DES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL	68
1. <i>Améliorer le suivi de l'exposition aux agents chimiques dangereux</i>	68
2. <i>Permettre aux Carsat de déployer une politique de prévention véritablement incitative</i>	69
C. RELEVER LE DÉFI DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE	70
1. <i>Renforcer l'attractivité de la médecine du travail</i>	71
2. <i>Expérimenter une plus grande fluidité entre la médecine du travail et les autres spécialités médicales</i>	73
3. <i>Renforcer la pluridisciplinarité au sein des services de santé au travail</i>	76
4. <i>Rééquilibrer l'accès à la ressource médicale entre les SSTI et les SSTA</i>	78
IV. ANCRER PLEINEMENT LA SANTÉ AU TRAVAIL DANS LE PARCOURS DE SOINS DU TRAVAILLEUR	79
A. FAIRE DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL LE LEVIER D'UNE RÉELLE POLITIQUE DE PRÉVENTION PRIMAIRE	79
1. <i>Mobiliser les SST pour fournir un accompagnement personnalisé aux TPE et PME</i>	79
2. <i>Décloisonner la médecine du travail et la médecine de ville et hospitalière</i>	83

B. RÉNOVER LE SYSTÈME DE RECONNAISSANCE DES MALADIES	
PROFESSIONNELLES	85
1. <i>Une modernisation du système rendue incontournable par les mutations profondes du monde du travail</i>	85
2. <i>L'enjeu de la prévention des risques psychosociaux et de l'amélioration de la qualité de vie au travail</i>	91
a) Les risques psychosociaux, nouveau « mal du siècle » ?	91
b) Faire du travail un facteur d'épanouissement individuel et collectif	94
C. METTRE L'ACCENT SUR LA PRÉVENTION DE LA DÉSINSERTION	
PROFESSIONNELLE	97
1. <i>Prévenir les arrêts et accompagner le retour au travail</i>	97
a) Identifier de manière précoce les causes d'arrêt de travail	97
b) Mieux coordonner les acteurs intervenant autour du travailleur	98
c) Accompagner le salarié dans la reprise du travail	99
2. <i>Lutter contre les processus de désinsertion professionnelle</i>	99
EXAMEN EN COMMISSION	103
LISTE DES DÉPLACEMENTS	115
LISTE DES PERSONNES ENTENDUES	117

LISTE DES SIGLES

Anact	Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail
Animt	Association nationale des internes en médecine du travail
ANSéS	Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
Aract	Association régionale pour l'amélioration des conditions de travail
ARS	Agence régionale de santé
ASIP Santé	Agence nationale des systèmes d'information partagés de santé
A-SMT	Association de santé et de médecine du travail
ASST	Assistants de service de santé au travail
Astif	Alliance pour la santé au travail en Île-de-France
AT-MP	Accidents du travail-maladies professionnelles
BTP	Bâtiment et travaux publics
CCMSA	Caisse centrale de la mutualité sociale agricole
CCPP	Centre de consultation de pathologie professionnelle
CGSS	Caisses générales de sécurité sociale
CHSCT	Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CHU	Centre hospitalier universitaire
CMR	Substances cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques
CMSA	Caisse de mutualité sociale agricole
CNAM	Caisse nationale de l'assurance maladie
CNAV	Caisse nationale d'assurance vieillesse
COCT	Conseil d'orientation des conditions de travail
COG	Convention d'objectifs et de gestion
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPSNS	Comité de protection sociale des non-salariés
CPSS	Comité de protection sociale des salariés
Cramif	Caisse régionale d'assurance maladie d'Île-de-France
CRATMP	Commission régionale des AT-MP
Croct	Comité régional d'orientation des conditions de travail
CSE	Comité social et économique
CSSCT	Commissions « santé, sécurité et conditions de travail »
CTN	Comité technique national
CTR	Comité technique régional
Dares	Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques
DESC	Diplôme d'études spécialisées complémentaires
Dieccte	Direction des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi

Directe	Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi
Drees	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DUERP	Document unique d'évaluation des risques professionnels
Ehpad	Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ETP	Équivalent temps plein
ETPMA	Équivalent temps plein moyen annuel
FNPAT	Fonds national de prévention des AT-MP
GIP	Groupement d'intérêt public
HAS	Haute Autorité de la santé
IDEST	Infirmiers diplômés d'État en santé au travail
IGAENR	Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
INRS	Institut national de recherche et de sécurité
IPRP	Intervenants en prévention des risques professionnels
IRSN	Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire
Irstea	Institut national de recherche en sciences et technologies pour l'environnement et l'agriculture
LFSS	Loi de financement de la sécurité sociale
MIRT	Médecin inspecteur régional du travail
MSA	Mutualité sociale agricole
OPPBTP	Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics
PME	Petites et moyennes entreprises
PLFSS	Projet de loi de financement de la sécurité sociale
PRST	Plan régional de santé au travail
PST	Plan « Santé au travail »
QHSE	Qualité-hygiène-sécurité-environnement
QVT	Qualité de vie au travail
RNV3P	Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles
RPS	Risque psychosocial
SST	Service de santé au travail
SSTA	Service de santé au travail autonome
SSTI	Service de santé au travail interentreprises
TMS	Trouble musculo-squelettique
TPE	Très petites entreprises
Urssaf	Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales

LISTE DES PRINCIPALES PROPOSITIONS

PREMIER AXE : AMÉLIORER LA COHÉRENCE ET LA LISIBILITÉ DE LA GOUVERNANCE DE LA SANTÉ AU TRAVAIL

Renforcer le pilotage national de la santé au travail

Proposition n° 1 : Créer une agence nationale de la santé au travail chargée d'harmoniser les activités et les pratiques des SST en établissant un référentiel de certification de ces derniers.

Proposition n° 2 : Instituer une procédure de certification des SST définie par l'agence nationale de la santé au travail qui accrédi­tera les organismes habilités à procéder à cette certification.

Conforter le réseau territorial de la santé au travail

Proposition n° 3 : Rassembler les Carsat et les Aract au sein de caisses régionales de la santé au travail et en faire le relais territorial de l'agence nationale de la santé au travail dans le conseil et l'accompagnement des SST.

Proposition n° 4 : Engager, pour les branches professionnelles présentant un taux de sinistralité important, une négociation pour la création, d'ici fin 2020, d'organismes nationaux de prévention de branche.

Renforcer la cohérence des outils stratégiques et contractuels en santé au travail

Proposition n° 5 : Aligner la temporalité de la certification et des CPOM des SST sur celle du prochain PST.

Proposition n° 6 : Confier à l'agence nationale de la santé au travail le soin d'élaborer une trame nationale des CPOM avec un socle commun d'indicateurs nationaux obligatoires.

Proposition n° 7 : Permettre une prise en compte dans les CPOM des particularités des bassins d'emploi au moyen d'indicateurs complémentaires déclinés, le cas échéant, par branches professionnelles et/ou catégories de travailleurs.

Clarifier la répartition des responsabilités dans le réseau territorial de la santé au travail

Proposition n° 8 : Définir dans les conventions de partenariat entre les caisses régionales de la santé au travail et les SST un protocole d'intervention graduée dans la prévention de risques professionnels prioritaires.

Favoriser les innovations en santé au travail

Proposition n° 9 : Instituer un dispositif d'expérimentations en santé au travail analogue aux expérimentations de l'article 51 de la LFSS pour 2018, financé par une enveloppe dédiée au sein du FNPAT et une partie des crédits du programme 111 de la mission « Travail et emploi ».

**DEUXIÈME AXE :
GARANTIR UN SERVICE UNIVERSEL DE LA SANTÉ AU TRAVAIL
POUR TOUS LES TRAVAILLEURS**

Proposition n° 10 : Développer des coopérations entre les employeurs publics et l'OPPBTP pour le suivi des agents intervenant sur des chantiers.

Proposition n° 11 : Intégrer les chefs d'entreprise dans l'effectif suivi par le SST d'une entreprise, sans majoration de la cotisation versée.

Proposition n° 12 : Prévoir un rattachement obligatoire des travailleurs non-salariés qui n'ont pas de salarié au SST de leur choix moyennant une cotisation individuelle.

Proposition n° 13 : Attribuer par convention le suivi de l'ensemble des intérimaires d'une branche au sein d'un même bassin d'emploi à un SSTI identifié à cet effet.

Proposition n° 14 : Intégrer les salariés de sous-traitants, intervenant au sein d'une entreprise pendant une période minimale déterminée par voie réglementaire, dans les effectifs suivis par le SST de l'entreprise utilisatrice.

**TROISIÈME AXE :
RENFORCER LES MOYENS HUMAINS ET FINANCIERS
DE LA SANTÉ AU TRAVAIL**

Dynamiser le financement des services de santé au travail

Proposition n° 15 : Demander aux SST de transmettre aux Directeurs les informations relatives aux montants collectés auprès des entreprises afin de permettre une consolidation au niveau national et une visibilité sur les flux financiers en cause.

Proposition n° 16 : Permettre aux SSTI de fixer leur cotisation en tenant compte d'autres critères que le seul nombre de salariés, dans un cadre défini par le CPOM.

Proposition n° 17 : Faire bénéficier les SSTI de financements publics provenant du FNPAT et du budget de l'État pour le financement de projets ciblés.

Proposition n° 18 : Autoriser les Carsat à financer directement et intégralement des dispositifs de prévention pour les TPE et, en contrepartie, renforcer la périodicité des contrôles effectués par les Carsat sur les entreprises concernées.

Relever le défi de la démographie médicale

Renforcer l'attractivité de la médecine du travail

Proposition n° 19 : Autoriser les étudiants du deuxième cycle des études médicales à effectuer une partie de leur stage obligatoire de médecine générale en alternance entre un cabinet de médecine générale et un SST.

Proposition n° 20 : Autoriser les médecins du travail à prescrire dans le cadre strict de l'exercice d'une spécialité complémentaire transversale étroitement liée à la prévention (allergologie, addictologie, nutrition, médecine du sport...).

Expérimenter pour répondre en urgence aux besoins de zones sous-dotées en médecins du travail

Proposition n° 21 : Autoriser, dans des zones sous-dotées en médecins du travail, la signature d'un protocole de collaboration entre le SST et des médecins non spécialisés en médecine du travail pour assurer le suivi médical de travailleurs.

Renforcer la pluridisciplinarité des équipes de santé au travail

Proposition n° 22 : Élargir le champ de l'exercice infirmier en pratique avancée au diagnostic de certains risques professionnels.

Proposition n° 23 : Autoriser la mise à disposition par l'agence nationale de la santé au travail et par les caisses régionales de la santé au travail au bénéfice des SST de moyens humains et financiers pour la réalisation d'actions de prévention au sein des entreprises.

Rééquilibrer l'accès à la ressource médicale entre les SSTI et les SSTA

Proposition n° 24 : Prévoir, dans les conditions de certification des SSTA dans les zones où des écarts importants d'accès à la ressource médicale sont observés entre SSTA et SSTI, une mutualisation obligatoire du temps médical entre SSTA et SSTI, avec mise à disposition partielle du médecin du travail par les SSTA au profit des SSTI.

**QUATRIÈME AXE :
ANCRER LA SANTÉ AU TRAVAIL
DANS LE PARCOURS DE SOINS DE TOUT TRAVAILLEUR**

Faire de la médecine du travail un levier de la prévention primaire

Proposition n° 25 : Charger les SST d'accompagner les entreprises dans l'élaboration de dossiers de candidature aux aides financières simplifiées ou aux contrats de prévention.

Proposition n° 26 : Imposer une rédaction commune du DUERP entre l'employeur, les représentants du personnel et le SST.

Proposition n° 27 : Rendre obligatoire la réalisation par le SST d'actions en milieu de travail au sein de toutes les entreprises de moins de dix salariés.

Décloisonner la médecine du travail et la médecine de ville

Proposition n° 28 : Imposer aux SST de passer des conventions de partenariat avec les CHU disposant de CCPP et les agences sanitaires impliquées dans le RNV3P afin de déployer une politique de prévention primaire au sein des entreprises et de mieux détecter les maladies d'origine professionnelle.

Proposition n° 29 : Autoriser l'accès, partiel ou total, du médecin du travail au DMP sous réserve du consentement explicite du travailleur.

Proposition n° 30 : Autoriser, avec le consentement du patient, des téléconsultations entre le médecin du travail et le médecin traitant.

Améliorer la prévention des risques psychosociaux et les conditions de leur reconnaissance comme maladies d'origine professionnelle et faire de l'amélioration de la qualité de vie au travail une priorité

Proposition n° 31 : Instituer, pour certaines pathologies multifactorielles déterminées par décret, un système de pourcentage de risque attribuable à l'environnement professionnel.

Proposition n° 32 : Accorder une ristourne sur le taux de cotisation AT-MP aux entreprises ayant permis la formation d'au moins 50 % de leur effectif à la prévention et à la gestion des RPS dans un délai déterminé par la caisse régionale de la santé au travail.

Proposition n° 33 : Déployer, sous l'égide de l'agence nationale de la santé au travail, un plan de formation national à destination des encadrants, des salariés et des personnels de l'inspection du travail à la prévention des RPS et à l'évaluation de l'impact de l'organisation du travail sur l'état de santé des salariés.

Proposition n° 34 : Rendre obligatoire la présence dans tous les SST d'un psychologue du travail au sein de l'équipe pluridisciplinaire ou le conventionnement du SST avec une structure disposant de psychologues et de spécialistes de la prévention et de la gestion des RPS.

Proposition n° 35 : Renforcer la collaboration entre l'équipe pluridisciplinaire des SST et les services sociaux du travail en matière d'amélioration de la qualité de vie au travail.

Proposition n° 36 : Charger les SST de conduire une évaluation triennale de la qualité de vie au travail dans chaque entreprise adhérente débouchant, le cas échéant, sur un plan d'action dans ce domaine examiné et validé par le CSE ou les autres instances de consultation du personnel.

Développer la prévention de la désinsertion professionnelle

Mieux anticiper les risques d'éloignement de l'emploi

Proposition n° 37 : Demander à la CNAM de fournir à chaque entreprise les données relatives à l'absentéisme de ses salariés pour raisons de santé en comparaison avec les autres entreprises de sa branche.

Proposition n° 38 : Prévoir une obligation pour l'employeur de signaler au médecin du travail les absences répétées ou prolongées d'un de ses salariés pour raison de santé.

Renforcer la collaboration entre médecine du travail et médecine de ville

Proposition n° 39 : Associer le médecin du travail à l'élaboration du protocole de soins en ce qui concerne les éléments favorisant le retour au travail.

Mieux prévenir l'inaptitude

Proposition n° 40 : Rendre la visite de pré-reprise obligatoire dans un délai de trois mois à compter de l'arrêt et prévoir que cette visite doit permettre l'élaboration d'un plan de retour au travail.

Proposition n° 41 : Inciter les SSTI, dans le cadre des CPOM, à organiser en leur sein une structure dédiée au maintien dans l'emploi.

Proposition n° 42 : Recenser le nombre d'avis d'inaptitude prononcés chaque année ainsi que le nombre de licenciements pour inaptitude.

Proposition n° 43 : Préciser la rédaction de l'article L. 6315-1 du code du travail relatif à l'entretien professionnel, afin de faire de cet entretien une occasion d'envisager des évolutions professionnelles vers des postes moins exposés.

AVANT-PROPOS

Mesdames, Messieurs,

Si la sinistralité au travail se stabilise désormais à un niveau historiquement bas¹, la France enregistrait encore en 2015, en valeur absolue, le nombre le plus élevé d'accidents du travail mortels (595) en Europe, non seulement devant des pays à la population active comparable comme l'Italie (543) et le Royaume-Uni (260) mais également devant l'Allemagne (450)².

Le coût des accidents du travail, des accidents de trajet et des maladies professionnelles, de 12 milliards d'euros pour la branche des accidents du travail et des maladies professionnelles (AT-MP) en 2018, pèse en outre fortement sur les performances de notre économie : ces événements et pathologies ont occasionné un total de 58 095 626 journées perdues en 2017, en augmentation, par rapport à 2013, de 11,2 % au titre des accidents du travail, de 5,7 % au titre des accidents de trajet et de 13,5 % au titre des maladies professionnelles³.

Les deux dernières grandes réformes de la santé au travail, intervenues en 2011⁴ et 2016⁵, ont essentiellement eu pour objectif de pallier le manque de médecins du travail, en renforçant la pluridisciplinarité au sein des services de santé au travail puis en modernisant les modalités du suivi individuel de l'état de santé des salariés, notamment par un allongement de la périodicité des visites médicales. Toutefois, la gouvernance du système de santé au travail, les modalités de son financement et le contenu de ses missions n'ont pas fait l'objet d'une véritable refonte.

¹ Avec 33,4 accidents du travail pour 1 000 salariés en 2017 (L'assurance maladie - Risques professionnels, Rapport annuel 2017, janvier 2019).

² Eurostat, « Accidents at work statistics », données extraites en juin 2018.

³ Assurance maladie - Risques professionnels, Statistiques de sinistralité 2017 tous CTN et par CTN.

⁴ Loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail.

⁵ Loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels.

Dans un contexte de prise de conscience de la complémentarité entre santé et performance, la préoccupation de plus en plus importante tant chez les employeurs que chez les salariés pour l'amélioration des conditions de travail a conduit le Gouvernement à solliciter en janvier 2018 de la députée Charlotte Lecocq et MM. Henri Forest et Bruno Dupuis une étude sur la définition des enjeux et objectifs du système de santé au travail et sur l'amélioration de sa gouvernance, jugée peu lisible et fragmentée entre de nombreux acteurs à l'articulation insuffisante.

Le schéma de gouvernance proposé en août 2018 par cette mission a eu le mérite de poser la question de la cohérence de notre système de santé au travail et de son sens pour les principaux intéressés. Face à une multitude d'acteurs aux logiques parfois redondantes ou concurrentes, les employeurs et les salariés continuent en effet d'identifier la médecine du travail sinon comme une contrainte, au mieux comme une formalité déconnectée de la réalité de l'entreprise.

Le rapport de Mme Lecocq et MM. Forest et Dupuis¹ plaide pour une remise à plat de la gouvernance du système de santé au travail organisé autour d'interlocuteurs uniques national et régionaux recentrés sur la prévention des risques professionnels : un établissement national, « France Santé Travail », résultant de la fusion de plusieurs organismes nationaux, aurait la responsabilité d'animer un réseau de guichets régionaux uniques de santé au travail rassemblant les différents acteurs intervenant dans la prévention des risques professionnels² et financés par une cotisation unique de santé au travail versée par les employeurs.

Ce schéma, qui présente le mérite d'une vraie simplification, a toutefois été accueilli diversement par les acteurs de la prévention concernés dont certains ont reproché aux auteurs du rapport de ne pas saisir les spécificités de leurs interventions. Soucieuses d'impliquer les partenaires sociaux dans cette réflexion, la ministre des solidarités et de la santé et la ministre du travail ont alors proposé aux membres du groupe permanent du conseil d'orientation des conditions de travail (COCT) « *d'identifier les sujets en lien avec la santé au travail sur lesquels les partenaires sociaux ont vocation à négocier et ceux sur lesquels une concertation est préférable.* »³

¹ Charlotte Lecocq, Bruno Dupuis, Henri Forest, avec l'appui d'Hervé Lanouzière, Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée, rapport fait à la demande du Premier ministre, août 2018.

² Services de santé au travail interentreprises, préventeurs des caisses d'assurance retraite et de santé au travail, associations régionales d'amélioration des conditions de travail, antennes de l'organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics.

³ Agnès Buzyn, Muriel Pénicaud, Christelle Dubos, lettre de cadrage au secrétaire général du conseil national d'orientation des conditions de travail du 12 mars 2019.

À l'issue de plus de trois mois d'échanges au sein du COCT, les partenaires sociaux ont annoncé, le 12 juillet 2019, avoir échoué à s'entendre sur les orientations à impulser à la réforme de la santé au travail. Les organisations syndicales ont dénoncé les trois principales « lignes rouges » posées par les organisations patronales, à savoir : le refus d'une gouvernance paritaire des services de santé au travail interentreprises (SSTI) et le maintien de la présidence de leurs conseils d'administration par les employeurs, le refus d'une cotisation unique prélevée par les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (Urssaf) et le souhait d'une distinction des activités de contrôle et de conseil.

Dans ce contexte, votre commission entend apporter sa contribution au débat sur la réforme de la santé au travail. La réflexion conduite par ses deux rapporteurs s'appuie sur 51 auditions et entretiens avec plus de 100 personnes, représentant l'ensemble des parties prenantes, des ministères aux différents opérateurs de la santé au travail en passant par les partenaires sociaux et les agences sanitaires, ainsi que sur deux déplacements, dans la région des Hauts-de-France et au Danemark. Les contributions partagées par les interlocuteurs de la mission ont ainsi permis d'alimenter le présent rapport qui part des constats suivants :

- La santé au travail n'est traditionnellement pas envisagée comme une composante à part entière de la santé publique en France. Les services de santé au travail (SST) tout comme les instances paritaires régulatrices de la santé au travail¹ ne s'appuient encore que très insuffisamment sur le savoir-faire et l'expertise de nos agences sanitaires nationales en matière de prévention primaire. Le système de santé au travail reste en effet piloté par le ministère du travail, avec pour principale conséquence un périmètre de la santé au travail historiquement centré sur la lutte contre des risques professionnels traditionnels associés aux secteurs de l'industrie et du bâtiment et des travaux publics, en particulier l'exposition aux substances toxiques, le travail en hauteur et la manutention.

Le ministère de la santé n'est aujourd'hui pas en capacité de peser sur les orientations de notre politique de santé au travail et ne constitue donc pas un contrepoids efficace pour rééquilibrer la prévention vis-à-vis de la réparation. Comme cela avait déjà été le cas pour l'amiante, le ministère de la santé ne joue pas son rôle de vigie sanitaire face aux ministères à vocation économique comme le ministère du travail et le ministère de l'agriculture, alors que l'utilisation des produits phytosanitaires, les nuisances sonores ou encore la montée en puissance des risques psychosociaux auront un impact délétère à long terme sur l'état de santé de la population, avec une multiplication des maladies chroniques que l'assurance maladie devra prendre en charge.

¹ Le conseil national des conditions de travail et les comités régionaux des conditions de travail, la commission AT-MP de la caisse nationale de l'assurance maladie et les commissions régionales AT-MP des conseils d'administration des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail...

- Le système français de santé au travail est, de façon inhérente, profondément inégalitaire principalement à deux égards :

- certaines catégories de travailleurs restent exclues de la médecine du travail : c'est le cas des chefs d'entreprises mais également des travailleurs indépendants, des commerçants et artisans. D'autres, bien qu'en principe couvertes, en demeurent éloignées, notamment les travailleurs intérimaires et les salariés des entreprises sous-traitantes qui échappent bien souvent à un suivi médical régulier. Or les conditions de travail constituent un facteur aggravant des inégalités socioéconomiques. Ce sont généralement les salariés les moins qualifiés qui sont exposés aux conditions de travail les plus délétères en termes de santé et l'« ubérisation » de nombreux métiers ne peut qu'aggraver cette situation ;

- le système français de santé au travail est organisé de telle sorte que les mieux servis restent ceux qui disposent des moyens les plus importants, en particulier les grandes entreprises dont les services de santé au travail autonomes (SSTA) captent une grande partie de la ressource médicale au détriment des SSTI. Les très petites entreprises (TPE) et petites et moyennes entreprises (PME) demeurent les plus éloignées de la culture de prévention.

- La perception actuelle de la santé au travail reste problématique chez les employeurs qui, pour partie, y voient un système inefficace et sans rapport avec son coût. Les dernières réformes n'ont pas fait bouger le curseur, la prévention restant le parent pauvre de la santé au travail.

- La santé au travail continue d'être pensée par le prisme des enjeux industriels alors que le monde du travail a considérablement évolué au cours des deux dernières décennies. On assiste à une psychologisation progressive des problèmes de santé au travail, souvent liée à l'organisation du travail et marquée par une interconnexion croissante des difficultés personnelles et professionnelles.

Dans ces conditions, ce rapport s'articule autour de 43 propositions destinées à moderniser notre système de santé au travail :

- dans un souci de lisibilité et de cohérence, la gouvernance du système sera confiée à une agence nationale de la santé au travail chargée d'établir le référentiel de certification des SST afin de garantir un niveau de qualité des prestations de santé au travail homogène sur l'ensemble du territoire. Le réseau territorial de la santé au travail s'articulera autour des SST ainsi certifiés. Leur collaboration contractuelle sera renforcée avec les Carsat et les Aract qui, réunies au sein d'une seule et même entité régionale compte tenu de la complémentarité de leurs approches et expertises, leur apporteront une ingénierie couvrant l'ensemble des risques professionnels, de la prévention des risques traditionnels aux actions sur les déterminants de l'organisation du travail et l'amélioration des relations interprofessionnelles ;

- le financement de la santé au travail restera articulé autour de deux cotisations, l'une au titre du financement de la branche AT-MP, l'autre au titre du financement des services de santé au travail. Dans un souci de transparence, le montant de la cotisation de chaque SST s'inscrira dans une fourchette définie par le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu par le SST avec l'autorité administrative et la Carsat, qui tiendra compte du profil de l'entreprise et des spécificités de ses besoins ;

- la santé au travail sera consacrée comme un service universel pour l'ensemble des travailleurs, et concernera obligatoirement les chefs d'entreprises et les travailleurs indépendants. Une mutualisation de la ressource médicale sera organisée entre les SSTI et les SSTA afin de garantir également une prise en charge efficace des travailleurs intérimaires et des salariés des entreprises de sous-traitance ;

- le contenu des missions obligatoires des SST sera rénové afin d'y inclure la co-construction par le SST d'une stratégie de prévention primaire avec les employeurs et les représentants des salariés, en particulier avec les TPE et PME au travers de l'élaboration et de la mise en œuvre du document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP). Le renforcement de la collaboration des SST avec les Carsat/Aract leur permettra en outre de mettre en œuvre des protocoles de prévention de la désinsertion professionnelle et d'amélioration de la qualité de vie au travail adaptés à chaque entreprise.

I. LA SANTÉ AU TRAVAIL EN FRANCE : UN PAYSAGE FRAGMENTÉ ET PEU LISIBLE

A. UNE ORGANISATION D'UNE COMPLEXITÉ REDOUTABLE

Le manque de lisibilité du système français de santé au travail obère largement l'efficacité de la politique de prévention des risques professionnels conduite par une multiplicité déconcertante d'acteurs. Ce constat est placé au cœur de la réflexion portée par le rapport « Lecocq » précité qui déplore « *des périmètres de compétences entre acteurs qui ne sont pas exempts de zones de recouvrements et d'interférences* ». Si la diversité des organismes nationaux et locaux permet de croiser les expertises et d'enrichir le contenu des politiques conduites sur le terrain, les éventuelles redondances dans leurs champs d'intervention sont sources de confusion tant auprès des entreprises, en particulier des TPE/PME, dans l'accès aux outils de prévention que des salariés dans la compréhension de leurs droits.

1. Une multitude d'opérateurs intervenant dans la prévention des risques professionnels à l'extérieur des entreprises

a) *Un ministère du travail à la manœuvre, un ministère de la santé encore marginalisé*

Le système de santé au travail reste essentiellement piloté par le ministère du travail, notamment au travers du plan « Santé au travail » (PST), le ministère de l'agriculture conservant la responsabilité de la gestion spécifique des risques professionnels dans le secteur primaire. De l'avis de la plupart des personnes auditionnées par vos rapporteurs, l'implication du ministère de la santé demeure insuffisante, ce qui tend encore à cantonner la santé au travail à la lutte contre certains risques professionnels « historiques » (substances toxiques, travail en hauteur, manutention...) sans pleinement l'intégrer dans une approche plus large de santé publique. La santé au travail est pourtant désormais inscrite dans la stratégie nationale de santé pour la période 2018-2022.

Les 13 directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (Dirccte) de France métropolitaine et leurs unités territoriales au niveau départemental, de même que leurs équivalents dans les départements et collectivités d'outre-mer¹, veillent au respect par les entreprises et les services de santé au travail (SST) de leurs

¹ La Guadeloupe, la Guyane, la Martinique, Mayotte et La Réunion disposent de directions des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (Dirccte). La Dirccte de la Guadeloupe est compétente pour Saint-Martin et Saint-Barthélemy. À Saint-Pierre-et-Miquelon, ces compétences sont exercées par la direction de la cohésion sociale, du travail, de l'emploi et de la population (Dcstep).

obligations législatives et réglementaires en matière de santé au travail, notamment par le biais de leurs médecins inspecteurs régionaux du travail (MIRT) et de leurs agents de contrôle. L'agrément des SST est ainsi délivré par les Direccte. La conclusion avec chaque SST agréé d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), en partenariat avec la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat), doit permettre de décliner le plan régional de santé au travail (PRST), élaboré au niveau du comité régional d'organisation des conditions de travail (Croct) en cohérence avec le PST.

Le système d'inspection du travail animé par les Direccte comprend, en outre, des moyens d'intervention réglementaires qui ont été renforcés dans la période récente. Comme le rappelle la direction générale du travail (DGT) du ministère du travail dans ses réponses adressées au questionnaire de vos rapporteurs, les agents de contrôle de l'inspection du travail peuvent ainsi :

- prévenir les risques, en s'assurant que l'évaluation des risques sous la responsabilité de l'employeur a été correctement réalisée et que les mesures de protection sont effectivement mises en œuvre et en adressant, le cas échéant, des observations aux entreprises ;

- conduire des enquêtes à la suite d'accident grave du travail et transmettre, le cas échéant, des procès-verbaux à la justice ;

- prononcer, après mise en demeure, des arrêts de travaux dès lors que ceux-ci exposent les salariés à des produits cancérigènes, mutagènes ou reprotoxiques (CMR) ;

- retirer des travailleurs exposés à un danger grave et imminent dû à un risque de chute de hauteur, à un risque d'ensevelissement, à une exposition à l'amiante, à un risque électrique ou lié à l'utilisation d'un équipement de travail ;

- intervenir en direction de publics particulièrement vulnérables, exposés à un risque sérieux d'atteinte à leur santé, à leur sécurité ou à leur intégrité physique ou morale. Jusqu'à récemment cette prérogative ne concernait que les apprentis. Depuis la publication du décret n° 2019-253 du 27 mars 2019¹, l'inspection du travail peut agir pour retirer les jeunes de moins de 18 ans de situations dangereuses ;

- engager, en application d'une ordonnance du 7 avril 2016², des transactions pénales en droit du travail, homologuées par le procureur de la République, sanctionnant le responsable de l'infraction d'une amende transactionnelle et pouvant mettre à sa charge des obligations visant à faire cesser l'infraction ou à renouveler son renouvellement ;

¹ Décret n° 2019-253 du 27 mars 2019 relatif aux procédures d'urgence et aux mesures concernant les jeunes âgés de moins de 18 ans qui peuvent être mises en œuvre par l'inspection du travail.

² Ordonnance n° 2016-413 du 7 avril 2016 relative au contrôle de l'application du droit du travail.

- s'assurer du bon fonctionnement des instances représentatives du personnel sur les sujets de santé et de sécurité au travail, en participant aux réunions de comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), appelés à devenir les commissions « santé, sécurité et conditions de travail » du comité social et économique (CSE).

Les Direccte ne disposent néanmoins pas des moyens nécessaires à l'exercice optimal de leurs missions et font elles-mêmes face à la pénurie de la ressource médicale. En effectifs insuffisants, les MIRT ne sont pas en capacité d'anticiper suffisamment en amont les situations les plus problématiques en santé au travail et se voient contraints d'intervenir, comme l'ont souligné les représentants des médecins du travail à vos rapporteurs, dans des contextes déjà fortement dégradés (accidents du travail mortels, suicides en entreprise...). Il est également ressorti des auditions conduites par vos rapporteurs qu'un certain nombre de Direccte n'étaient pas en mesure de garantir le respect par les SST agréés de plusieurs obligations fondamentales, dont le caractère pleinement pluridisciplinaire de leurs équipes médicales ou encore la prise en charge des salariés d'entreprises de sous-traitance ou des salariés intérimaires.

Alors que les PST successifs se sont accompagnés d'une inflation d'actions, les Direccte et l'inspection du travail ne se sont plus vus attribuer de moyens supplémentaires depuis le deuxième PST¹. Si elles doivent gérer la pénurie de moyens en leur sein, les Direccte doivent également s'accommoder de la rareté de la ressource médicale dans l'exercice de leurs missions. Dans ses réponses au questionnaire de vos rapporteurs, la DGT a ainsi reconnu que *« la portée réelle des outils de pilotage est significativement affaiblie par le contexte de pénurie médicale dans certaines parties du territoire. Cette situation contraint de fait les services de l'État à accorder les agréments aux services qui le demandent, sachant qu'un refus aurait pour conséquence de priver les travailleurs de suivi médical. »*

b) La prise en charge des risques professionnels par la sécurité sociale

(1) Par la branche AT-MP de la CNAM

Le réseau de la branche des accidents du travail et des maladies professionnelles (AT-MP) de la caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) est articulé autour des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat), chargées de mettre en œuvre les trois missions principales de la branche : réparation, tarification et prévention.

¹ Seul le premier PST avait permis la création d'une cinquantaine de postes de scientifiques au sein de l'agence publique d'expertise en matière de santé au travail (l'agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail – Afsset - devenue en juillet 2010 l'agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail – Anses -) et de cellules régionales d'appui scientifique et technique pluridisciplinaires au sein des Direccte (essentiellement des postes d'ingénieurs de prévention venant en appui des agents de contrôle).

Elles ont ainsi vocation à déployer des actions de prévention au sein des entreprises les plus fortement exposées aux risques, de garantir une juste indemnisation aux victimes et d'en faire payer le juste prix aux entreprises dans la détermination de leur taux de cotisation AT-MP.

Les Carsat sont au nombre de 15. Les risques professionnels sont gérés, en Île-de-France, par la caisse régionale d'assurance maladie d'Île-de-France (Cramif) et, dans les départements et collectivités d'outre-mer, par des caisses générales de sécurité sociale (CGSS) et des caisses de prévoyance sociale (CPS).

Comme les autres caisses primaires de la sécurité sociale, les Carsat sont des organismes de droit privé chargés d'une mission de service public. Auprès du conseil d'administration de chaque Carsat, sont placés des comités techniques régionaux (CTR) de branche professionnelle chargés d'évaluer la sinistralité de chaque branche professionnelle et de proposer des mesures en faveur de la prévention des risques professionnels. Une commission régionale des AT-MP (CRATMP), composée de dix membres représentant paritairement les employeurs et les salariés, est en outre consultée pour avis sur toutes les questions de prévention et de tarification des risques professionnels.

Au 1^{er} janvier 2018, les Carsat comptaient 2 015 équivalents temps plein moyen annuel (ETPMA), dont 269 ingénieurs conseils, 554 contrôleurs de sécurité, 533 personnels administratifs de prévention et 658 personnels administratifs de tarification. Dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion (COG) de la branche AT-MP pour la période 2018-2022, le réseau des Carsat est appelé à se départir de 102 ETPMA d'ici 2022.

Évolution depuis 2014 des moyens des Carsat en matière de santé au travail

(en millions d'euros)

	Budget exécuté					Budget prévisionnel			
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Fonctionnement	174,7	171,7	171,9	177,7	172,6	182,9	181,9	182	182,4
Investissement	1,3	1,9	1,8	2,9	0,8	2,3	2,3	2,3	2,3
Intervention	58,1	51,5	60,7	101,1	52	105	105	120	120
Total	234,1	225,1	234,4	281,7	225,4	290,2	289,2	304,3	304,7

Source : Branche AT-MP de la CNAM

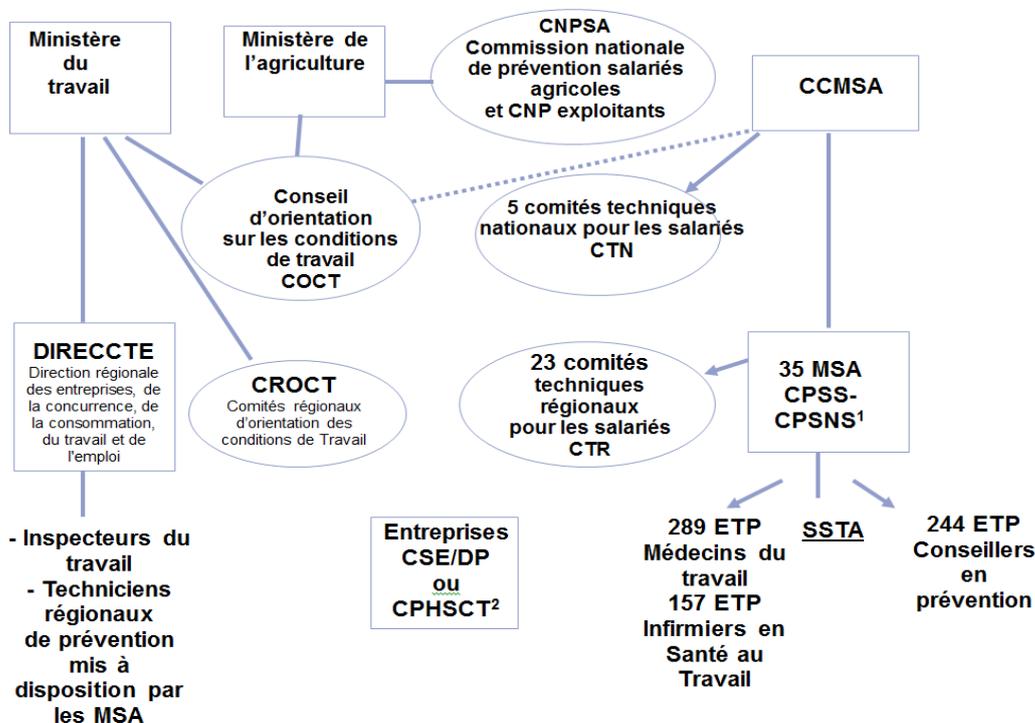
(2) Par la mutualité sociale agricole

La gouvernance de la santé au travail dans le secteur agricole se distingue par une organisation spécifique en « guichet unique » pilotée par la mutualité sociale agricole (MSA) et intervenant dans les domaines de la protection sociale, de la santé et de la sécurité au travail et de l'action sanitaire et sociale.

La caisse centrale de la MSA (CCMSA) gère un réseau de 35 caisses de MSA (CMSA), elles-mêmes assistées par 23 comités techniques régionaux salariés (CTR). La CCMSA est assistée d'un comité de protection sociale des salariés (CPSS) et d'un comité de protection sociale des non-salariés (CPSNS), assurant une représentation des trois collèges d'assurés agricoles (salariés, employeurs et exploitants), et de cinq comités techniques nationaux salariés (CTN) représentant les filières professionnelles.

Chaque CMSA anime un service de santé au travail en agriculture¹ (SSTA) qui assure le suivi individuel de l'état de santé des salariés agricoles, le déploiement d'actions en milieu de travail et la gestion et la promotion de la prévention des risques professionnels des salariés et des non-salariés agricoles. Le réseau de services de santé et sécurité au travail des CMSA est composé de 984,7 ETP pour le régime agricole.

Gouvernance de la santé au travail dans le secteur agricole



¹CPSS : Comité de protection sociale des salariés agricoles / CPSNS : Comité de protection sociale des non-salariés agricoles. Ces deux instances, émanation du Conseil d'administration, sont composées de trois collèges : salariés, non-salariés et employeurs de main d'œuvre.
²CPHSCT : commissions paritaires d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail

Source : Mutualité sociale agricole

¹ Une CMSA a fait le choix de créer une association spécialisée en santé au travail.

c) Les organismes de prévention nationaux

Au niveau national, le système de santé au travail comprend également plusieurs organismes et agences aux statuts divers. L'absence de réelle coordination de leurs interventions contribue à complexifier davantage l'offre de service disponible en prévention des risques professionnels pour les employeurs.

- *L'agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact) :*

Créée par la loi du 27 décembre 1973¹, l'agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact) est un établissement public national à caractère administratif placé sous la tutelle du ministre chargé du travail. Dans le cadre du 3^e PST et de son contrat d'objectifs et de performance pour la période 2018-2021, elle contribue prioritairement à l'amélioration des conditions de travail en intervenant principalement sur les facteurs organisationnels du travail et les relations professionnelles. À cet effet, elle met en œuvre, en s'appuyant sur le réseau des 17 associations régionales pour l'amélioration des conditions de travail (Aract), des expérimentations destinées à être capitalisées et diffusées en milieu de travail, ainsi que des partenariats avec des entreprises ou des acteurs relais auprès de ces dernières.

L'action des Aract : l'exemple des Hauts-de-France

Lors de leur déplacement dans le département du Nord², vos rapporteurs ont relevé l'investissement remarquable des personnels de l'Aract des Hauts-de-France en faveur de l'amélioration des conditions de travail au sein des entreprises locales, en dépit de moyens extrêmement limités. En s'appuyant sur une équipe de 19 personnes réparties sur deux sites à Lille et Amiens, elle est, à près de 80 % de ses moyens, mobilisée sur les entreprises de moins de 250 salariés. Elle conçoit et diffuse des méthodes et outils destinés à leur permettre de concilier durablement la qualité de vie au travail et la performance. Les expérimentations de l'Aract des Hauts-de-France ont ainsi principalement porté sur :

- la qualité de vie au travail (QVT) : les trophées de la QVT récompensent des entreprises exemplaires et trois *clusters* QVT regroupent 20 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) qui bénéficient d'un accompagnement personnalisé. En outre, des ateliers de travail (« *workshops* ») sur la QVT et une procédure d'évaluation des démarches de QVT sont proposés aux entreprises ;

- le dialogue social : l'Aract accompagne les entreprises dans le processus de fusion de leur comité d'entreprise (CE) et de leur comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) en comité social et économique (CSE). Elle contribue également, par la mise en place de formations à destination des *managers* et des membres des instances représentatives du personnel, à l'amélioration des conditions dans lesquelles prennent place les négociations au sein de l'entreprise, comme sur le temps de travail.

¹ Loi n° 73-1195 du 27 décembre 1973 relative à l'amélioration des conditions de travail.

² Déplacement effectué le 11 juillet 2019.

À la suite d'un contrôle des comptes et de la gestion de l'Anact pour la période 2013-2017, la Cour des comptes a adressé au Gouvernement un référé¹ en mai 2019 recommandant un renforcement de la sécurité juridique du réseau Anact-Aract dont les fragilités identifiées sont les suivantes :

- une partie des ressources de l'Anact et des Aract découle de la conclusion de contrats de prestations de services, principalement avec des établissements publics. Or ces contrats interviennent dans des domaines relevant du champ concurrentiel sans que l'Anact ou les Aract, qui sont respectivement des personnes morales de droit public et des personnes de droit privé soumises aux règles de la commande publique, aient été mises en concurrence avec d'autres prestataires de personnes publiques ;

- les Aract ne sont pas dotées d'un comptable public alors même qu'elles sont en partie financées par des personnes publiques, dont l'Anact et les Direccte, afin de mettre en œuvre les missions de service public qui leur sont déléguées.

Vos rapporteurs estiment que la réforme de la gouvernance de la santé au travail devra tenir compte des réserves émises par la Cour des comptes afin de lever les problèmes juridiques qui fragilisent le réseau Anact-Aract.

Évolution des effectifs et des ressources du réseau Anact-Aract sur la période 2014-2018

		2014	2015	2016	2017	2018
Anact	Effectifs (en ETP)	83,1	78,8	78,7	79,7	76,7
	Moyens (en millions d'euros)	13,8	16	14,2	15,7	14,7
Aract	Effectifs (en ETP)	199	199	199	197	192
	Moyens (en millions d'euros)	21	21	21	20,9	20,2

Source : Direction générale du travail du ministère du travail

¹ Cour des comptes, référé, « L'agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail et ses relations avec le réseau des associations régionales pour l'amélioration des conditions de travail », 24 mai 2019, disponible sur www.ccomptes.fr.

• *L'organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics (OPPBTP) :*

L'article L. 4643-1 du code du travail prévoit que sont constitués des organismes professionnels de santé, de sécurité et des conditions de travail dans des branches d'activités présentant des risques particuliers, chargés de promouvoir la formation à la sécurité, de déterminer les causes techniques des risques professionnels et de susciter les initiatives professionnelles en matière de prévention.

Créé par arrêté du 9 août 1947, l'organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics (OPPBTP) est le fruit d'une volonté ancienne de prévenir les risques professionnels spécifique à cette branche¹. Désormais régi par les articles R. 4643-2 et suivants² du code du travail, l'OPPBTP est un organisme à gouvernance paritaire responsable de la promotion de la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ainsi que de l'amélioration des conditions de travail dans ses entreprises adhérentes, à savoir les entreprises relevant des caisses de congés payés des professions du BTP. Il dispose de 13 agences régionales réparties sur le territoire.

Évolution des effectifs et des ressources de l'OPPBTP sur la période 2014-2018

	2014	2015	2016	2017	2018
Effectifs <i>(en nombre de collaborateurs)</i>	341	332	326	324	324
Moyens <i>(en millions d'euros)</i>	46	44	44	46	46

Source : Direction générale du travail du ministère du travail

• *L'institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS) :*

Constitué en 1947 « sous l'égide de la caisse nationale de l'assurance maladie et des travailleurs salariés »³, l'institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS) est une association placée sous le régime de la loi du 1^{er} juillet 1901, sans but lucratif, proposant des outils et services en

¹ Dès 1859, la caisse d'assurance mutuelle de la chambre syndicale de maçonnerie versait aux ouvriers blessés à l'occasion de travaux la moitié de leur salaire pendant la durée du chômage constaté.

² Hérités des décrets n° 85-682 du 4 juillet 1985 relatif à l'organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics et n° 2007-1284 du 28 août 2007 modifiant le décret n° 85-682 du 4 juillet 1985.

³ Statuts de l'INRS de juillet 2009.

matière de prévention aux entreprises, aux médecins du travail et aux différents acteurs de la prévention. Aux termes de ses statuts, l'INRS est tenu d'exercer ses missions suivant les directives de la CNAM et sous le contrôle de celle-ci dans le cadre de la politique définie par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Financé par le fonds national de prévention des AT-MP (FNPAT) et disposant de 570 salariés, l'INRS intervient par quatre modes d'action principaux : il réalise des études et des recherches en matière de prévention des risques professionnels ; il assure la formation, ou y contribue, des médecins du travail, des agents des Carsat, des élus des CHSCT et habilite les organismes assurant la formation des préventeurs ; il assiste les acteurs de la prévention, les employeurs et les salariés en répondant à près de 12 000 questions par an ; il diffuse, essentiellement par le biais de son site Internet, une documentation sur la santé au travail.

Évolution depuis 2014 des moyens de l'INRS

(en millions d'euros)

Budget exécuté					Budget prévisionnel			
2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
79,4	85,7	79,5	78,9	76	79	79	79	79

Source : Branche AT-MP de la CNAM

- *Eurogip* :

Eurogip est un groupement d'intérêt public créé en 1991¹ entre la CNAM et l'INRS et chargé de recueillir des ressources sur les questions relatives à l'assurance et à la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles aux niveaux international et européen.

d) Les agences sanitaires et d'expertise scientifique

Au niveau national, le système de santé au travail est, en outre, complété par l'intervention en soutien à la prévention des risques professionnels de plusieurs agences sanitaires et d'expertise scientifique :

- l'agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES), issue de la fusion le 1^{er} juillet 2010 de l'agence française de sécurité sanitaire des aliments (Afssa) et de l'agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (Afsset), est largement impliquée dans la mise en œuvre du 3^e PST dont elle pilote quatre actions. Elle anime un réseau national de vigilance et prévention des

¹ Arrêté du 28 novembre 1991 approuvant la création du groupement d'intérêt public dénommé Eurogip.

pathologies professionnelles (RNV3P) qui regroupe 30 centres de consultation de pathologie professionnelle (CCPP), afin de favoriser les échanges entre cliniciens et professionnels de la santé au travail dans le repérage des risques émergents ou ré-émergents en santé au travail et l'établissement de l'imputabilité professionnelle d'une affection. Elle développe également, depuis 2014, en collaboration avec d'autres partenaires, un thésaurus des expositions professionnelles (TEP) ;

- l'agence nationale de santé publique « Santé publique France »¹ assure, en matière de santé au travail, une mission d'ordre épidémiologique, en mesurant notamment l'impact des expositions, notamment professionnelles, sur la population. Elle contribue également au RNV3P ;

- en matière de prévention du risque nucléaire, interviennent l'institut de radioprotection et de sûreté nucléaire (IRSN), établissement public à caractère industriel et commercial chargé d'établir un bilan annuel de l'exposition des travailleurs aux rayonnements ionisants, et l'autorité de sûreté nucléaire (ASN), autorité administrative indépendante ;

- l'institut national de recherche en sciences et technologies pour l'environnement et l'agriculture (Irstea) est un organisme national de recherche participant notamment à l'évaluation de l'impact des expositions aux pesticides et produits phytosanitaires sur la santé des utilisateurs et travailleurs agricoles et contribuant à la réduction des risques physiques, mécaniques et chimiques dans le secteur agricole.

Compte tenu de la multitude des acteurs de la santé au travail et de la prévention mais surtout de l'absence d'un organisme chef de file bien identifié, il est difficile pour ces agences scientifiques de diffuser efficacement leurs recommandations auprès des SST et des entreprises sur l'ensemble du territoire. L'interconnexion entre la vie professionnelle et la vie personnelle et l'impact croissant du travail sur la santé publique rendent nécessaire la création au niveau national d'un interlocuteur institutionnel de pilotage de la santé au travail qui serait chargé de rediffuser à l'ensemble des acteurs de la prévention des risques professionnels les recommandations émises par les agences sanitaires et d'expertise scientifique.

¹ Elle succède, depuis le 1^{er} mai 2016, à l'institut de veille sanitaire (InVS), l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpés) et l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Éprus).

2. La gestion des risques professionnels au sein de l'entreprise

a) Les services de santé au travail

L'institution de services médicaux du travail obligatoires chargés d'assurer le suivi médical des salariés remonte à une loi du 11 octobre 1946¹. Le principe de la création et du financement obligatoires par les employeurs des SST est désormais codifié à l'article L. 4622-1 du code du travail. Les dépenses afférentes aux SST sont ainsi à la charge exclusive des employeurs². Au sein du SST, la responsabilité du suivi médical est confiée à un médecin du travail³ dont le rôle est exclusivement préventif et « *consiste à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail, notamment en surveillant leurs conditions d'hygiène au travail, les risques de contagion et leur état de santé.* »⁴

En fonction du nombre de salariés de l'entreprise, le SST chargé de leur suivi médical peut prendre la forme⁵ :

- soit d'un service de santé au travail interentreprises (SSTI) commun à plusieurs entreprises, auquel cas le financement du SSTI est réparti entre les entreprises adhérentes proportionnellement au nombre des salariés ;

- soit d'un service de santé au travail autonome (SSTA) et propre à l'entreprise. Cette modalité n'est ouverte qu'aux entreprises ou groupements d'entreprises dont l'effectif salarié est supérieur ou égal à 500 salariés⁶. Le choix de la forme du SST revient dans ce cas à l'employeur ou, en cas d'opposition du CSE, au directeur de la Direccte.

Selon les données communiquées par le ministère du travail, on dénombrait, en 2018, 239 SSTI et 572 SSTA. Leur nombre connaît une baisse continue depuis 2013 : 254 SSTI en 2016 contre 277 en 2013 (- 8,3 %), et 651 SSTA en 2016 contre 756 en 2013 (- 13,9 %)⁷. Cette évolution résulte, en partie, de la mise en œuvre de l'exigence de pluridisciplinarité des équipes de santé des SST qui a incité certains SSTI à se regrouper avec l'accompagnement actif des Direccte dans le cadre des politiques d'agrément.

¹ Loi n° 46-2195 du 11 octobre 1946 relative à l'organisation des services médicaux du travail, adoptée par l'Assemblée nationale constituante et promulguée par le Président du Gouvernement provisoire. Une première loi adoptée sous le gouvernement collaborationniste de Vichy en 1942 avait imposé aux entreprises la mise en place de services médicaux dans le cadre de la participation de la France au service du travail obligatoire.

² Art. L. 4622-6 du code du travail.

³ Art. L. 4622-2 du code du travail.

⁴ Art. L. 4622-3 du code du travail.

⁵ Art. L. 4622-5 du code du travail.

⁶ Art. D. 4622-5 du code du travail.

⁷ « Bilan de la mise en œuvre des CPOM », enquête de la direction générale du travail du ministère du travail, 2018.

La diminution du nombre de SSTA découle, elle, de la fixation à partir de 2012 d'un seuil minimal d'effectifs à 500 salariés¹. Dans les deux cas, le ministère du travail indique veiller à ce que les services atteignent une taille critique assurant une couverture suffisante pour répondre aux besoins des entreprises et des salariés.

Évolution des effectifs et des ressources du réseau des SSTI et SSTA sur la période 2014-2018

		2014	2015	2016	2017	2018
SSTI	Effectifs (en ETP)	9 553	-	10 091	13 637	14 462
	Moyens (en milliards d'euros)	1,3	1,632	1,645	1,5	-
SSTA	Effectifs (en ETP)	2 164	-	3 246	-	-
	Moyens (en millions d'euros)	-	-	-	-	-

Source : Direction générale du travail du ministère du travail

Dans sa communication, l'association Présance, seul organisme de représentation des SSTI au niveau national, évoque pour sa part un effectif de 17 000 collaborateurs au sein du réseau des SSTI.

Le réseau des SSTI couvre l'ensemble du territoire et dispose de nombreux points d'accès afin de fournir un service de proximité aux entreprises et à leurs salariés. Dans l'édition 2018 de son rapport de bilan, l'association Présance fait état de 210 SSTI qui « comptent autour de 1 500 centres fixes, répartis sur l'ensemble du territoire, 10 220 centres annexes ou d'entreprises, et 11 580 points de stationnement d'unités mobiles, soit plus de 23 000 points de visites pour accueillir les salariés de leurs adhérents. »²

En revanche, la complétude et le niveau de qualité des prestations des SSTI restent hétérogènes. Face à la pénurie de médecins du travail, le nombre de salariés suivis par chaque médecin du travail peut varier sensiblement d'une région à l'autre et même au sein d'une région : la direction générale du travail du ministère du travail indique ainsi que, dans les Pays-de-la-Loire, un médecin du travail de SSTI doit suivre, selon les territoires, entre 2 891 et 9 144 salariés en prenant en compte les médecins collaborateurs. En excluant les médecins-collaborateurs, ces chiffres s'élèvent respectivement à 2 891 et 15 348.

¹ Décret n° 2012-135 du 30 janvier 2012 relatif à l'organisation de la médecine du travail. Auparavant, un « service de santé au travail d'entreprise » était mis en place lorsque l'effectif de salariés surveillés dépassait 2 200 ou lorsque le nombre d'examen médicaux pratiqués atteignait au moins 2 133 (article D. 4622-5 du code du travail).

² Présance, Chiffres-clés 2017-2018, rapport d'octobre 2018.

De même, certains SSTI, bien qu'ayant obtenu leur agrément, ne satisfont pas pleinement à leurs exigences réglementaires minimales. Plusieurs services peinent encore à développer des actions de prévention sur le milieu de travail et se cantonnent à la délivrance de certificats d'aptitude, sans pouvoir consacrer une partie de leur activité à l'étude de postes en entreprise et au conseil des employeurs et des instances de dialogue social sur l'analyse et l'évaluation des risques professionnels.

D'autres ne sont parvenus à mettre en place qu'une seule équipe pluridisciplinaire en leur sein, en application de la loi « Travail » du 8 août 2016¹, alors même que des structures mieux organisées et plus proactives ont institué une équipe pluridisciplinaire à géométrie variable selon les principaux enjeux de santé au travail auxquels sont confrontées leurs entreprises adhérentes (troubles musculo-squelettiques, exposition aux substances toxiques, risques psychosociaux, addictions, maintien dans l'emploi...).

b) Le dialogue social sur la santé au travail au sein des entreprises

En application de l'ordonnance du 22 septembre 2017², les attributions en matière de santé, de sécurité et d'amélioration des conditions de travail sont transférées, pour les entreprises d'au moins onze salariés, du CHSCT au CSE. Dans les entreprises de 11 à 49 salariés, la délégation du personnel au CSE est ainsi chargée de contribuer à « *promouvoir la santé, la sécurité et les conditions de travail dans l'entreprise* » et de réaliser « *des enquêtes en matière d'accidents du travail ou de maladies professionnelles ou à caractère professionnel.* »³. Dans les entreprises d'au moins 50 salariés, le CSE se voit attribuer l'ensemble des compétences préalablement exercées par le CHSCT⁴, avec l'appui, dans le cas des entreprises employant au moins 300 salariés, de l'expertise technique d'une commission « santé, sécurité et conditions de travail » (CSSCT).

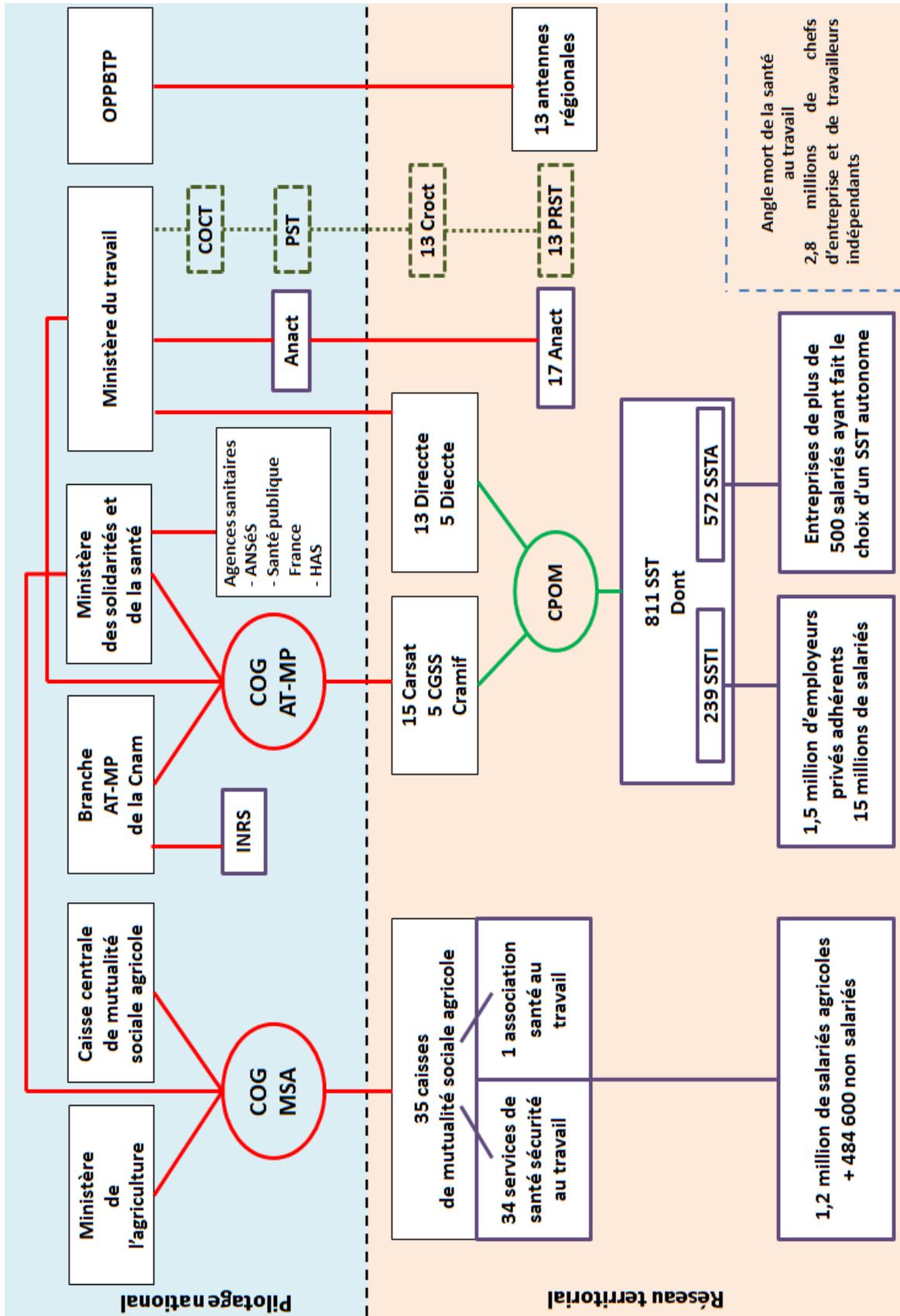
¹ Loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels.

² Ordonnance n° 2017-1386 du 22 septembre 2017 relative à la nouvelle organisation du dialogue social et économique dans l'entreprise et favorisant l'exercice et la valorisation des responsabilités syndicales.

³ Art. L. 2312-5 du code du travail.

⁴ Art. L. 2312-9 du code du travail.

L'organisation de la santé au travail en France



Source : Commission des affaires sociales du Sénat

3. L'organisation spécifique de la santé au travail dans la fonction publique

Conformément au statut général de la fonction publique, qui prévoit que nul ne peut avoir la qualité de fonctionnaire « *s'il ne remplit les conditions d'aptitude physique exigées pour l'exercice de la fonction compte tenu des possibilités de compensation du handicap* »¹, le suivi médical des agents publics fait l'objet d'une organisation spécifique. Trois ensembles de dispositions réglementaires régissent la santé et la sécurité des fonctionnaires et contractuels de l'État, des collectivités territoriales et des hôpitaux :

- le décret n° 82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique ;

- le décret n° 85-603 du 10 juin 1985 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la médecine professionnelle et préventive dans la fonction publique territoriale ;

- le chapitre VI du livre VI de la partie réglementaire du code du travail détermine l'organisation et le fonctionnement des services de santé au travail des établissements de santé, sociaux et médico-sociaux. Le service de santé d'un établissement de santé peut ainsi être organisé sous la forme soit d'un service de santé autonome propre à l'établissement, soit d'un service de santé autonome constitué par convention entre plusieurs établissements. Les établissements comportant moins de 1 500 agents peuvent néanmoins passer convention avec un service de prévention médicale commun à plusieurs administrations publiques ou un SSTI.

Au-delà des règles encadrant les visites médicales d'aptitude avant l'entrée en fonction assurées par des médecins généralistes agréés, les deux décrets précités ont institué une médecine de prévention propre à la fonction publique d'État et territoriale. Le médecin de prévention de chaque administration est ainsi chargé de prévenir toute altération de la santé de ses agents, de conseiller l'administration et ses agents, d'assurer le suivi de l'état de santé de certains membres du personnel particulièrement vulnérables, dont les agents handicapés, et de prescrire, le cas échéant, des aménagements de poste.

Par lettre en date du 6 mars 2019, le Premier ministre a confié à la députée Charlotte Lecocq ainsi qu'à Mme Pascale Coton et M. Jean-François Forest une mission sur l'amélioration du dispositif de prévention des risques professionnels dans la fonction publique, soulignant l'insuffisance des plans d'action en prévention primaire, notamment en matière de prévention des risques psychosociaux. Les conclusions de cette mission sont attendues pour la mi-octobre 2019.

¹ Article 5 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires.

À l'occasion de l'examen du projet de loi de transformation de la fonction publique, le Sénat a adopté plusieurs amendements¹ destinés à améliorer le suivi médical des agents publics et leur accompagnement en cas d'inaptitude, afin de tenir compte des recommandations formulées par sa commission des lois dans son rapport de mai 2019 sur la prise en compte du handicap dans la fonction publique² :

- la mutualisation des services de médecine préventive entre les trois versants de la fonction publique est facilitée³ ;

- la période de préparation au reclassement est étendue aux agents dont la santé se dégrade, en amont de la déclaration d'inaptitude ;

- les agents pourront suivre une formation qualifiante ou effectuer un bilan de compétences pendant leur congé pour raison de santé, sur la base du volontariat et avec l'accord du médecin traitant ;

- est prévue la possibilité d'une expérimentation de la mise en place par l'État d'une liste de médecins généralistes et spécialistes autorisés à exercer les fonctions de médecin de prévention pour répondre à la pénurie de praticiens ;

- un entretien de carrière est désormais institué pour les métiers les plus pénibles afin d'examiner les difficultés rencontrées et de déterminer, le cas échéant, des actions de formation et de reconversion professionnelle.

B. DES RÉFORMES ET PLANS D'ACTION SUCCESSIFS AUX RÉSULTATS ENCORE INSUFFISANTS

1. Une dynamique de baisse de la sinistralité qui s'essouffle alors que de nouvelles problématiques apparaissent

a) Une sinistralité des accidents du travail hétérogène et qui ne se réduit plus

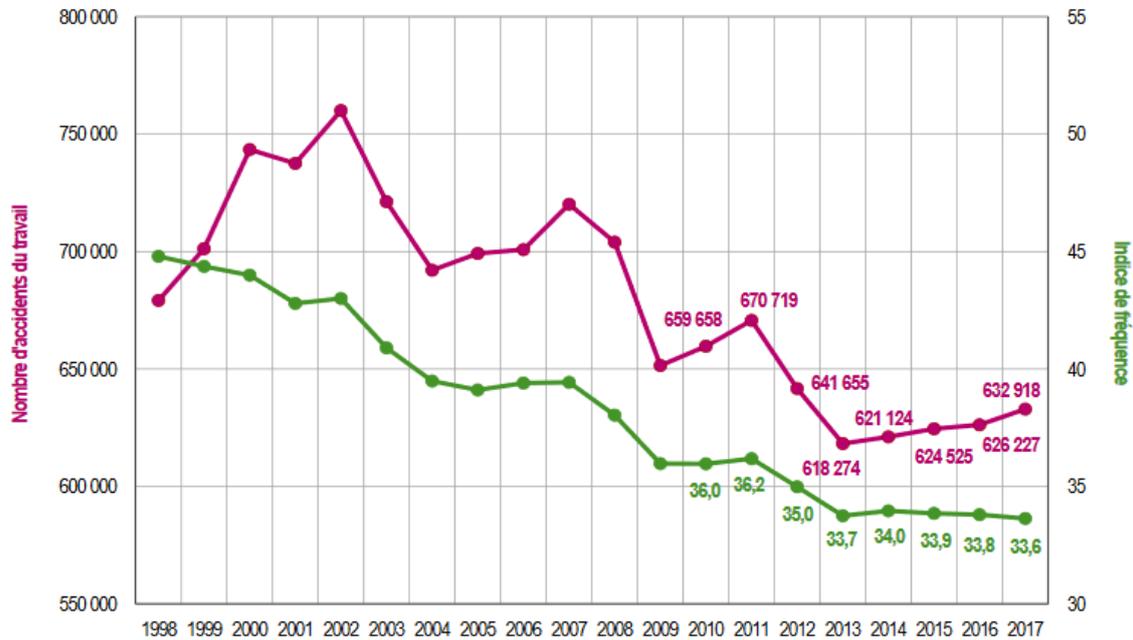
Si le nombre annuel d'accidents du travail est fortement lié aux variations conjoncturelles de l'activité économique, le progrès technologiques et le développement de la prévention ont permis, depuis la création de la sécurité sociale, une baisse continue de la fréquence des accidents du travail depuis une vingtaine d'années. Cette tendance est toutefois moins marquée depuis quelques années, comme si un niveau plancher avait été atteint un peu au-dessus de 30 accidents pour 1 000 salariés.

¹ Modifications intégrées à l'article 40 de la loi n° 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique.

² Donner un nouveau souffle à la politique du handicap dans la fonction publique, rapport d'information de Mme Catherine Di Folco et M. Didier Marie, fait au nom de la commission des lois, n° 520 (2018-2019) – 22 mai 2019.

³ Modification de l'article 108-2 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale.

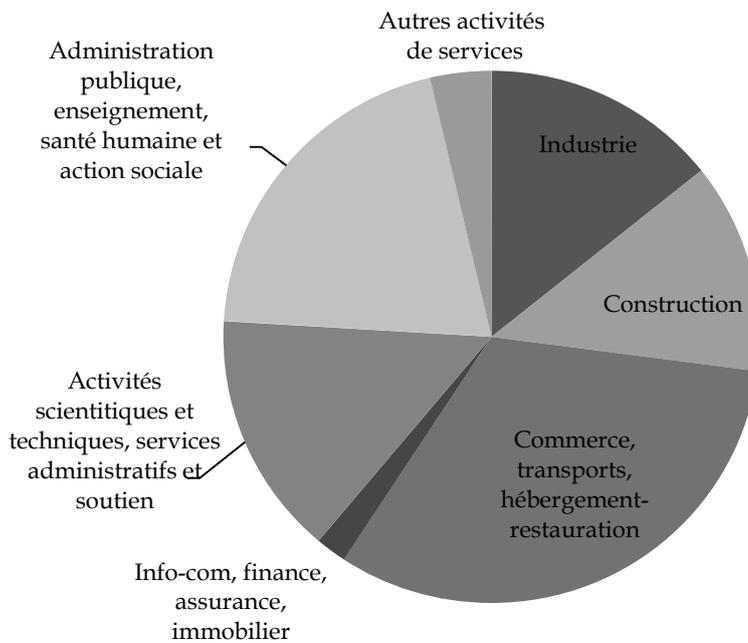
Évolution du nombre d'AT en 1^{er} règlement et de leur fréquence pour 1 000 salariés sur la période 1998-2017



Source : Assurance maladie – risques professionnels, Rapport annuel 2017

La sinistralité est inégalement répartie entre les secteurs d'activité. L'industrie, la construction et le secteur commerce, transports, hébergement-restauration concentrent ainsi près de 60 % des accidents du travail.

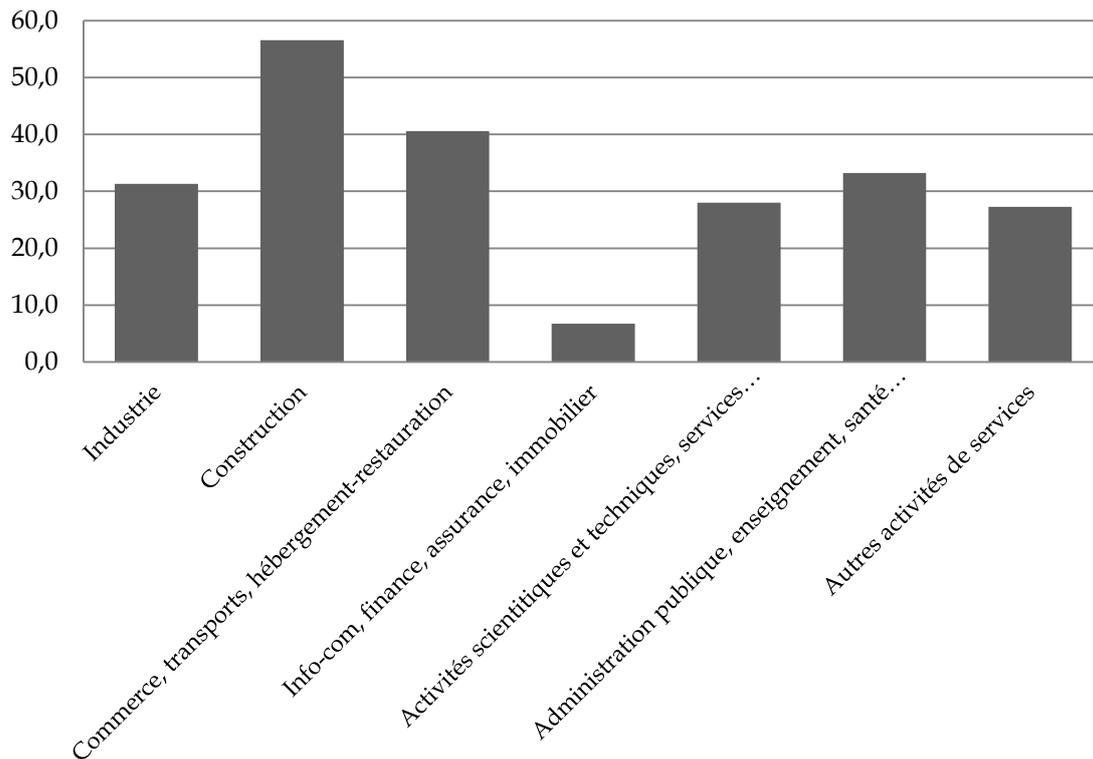
Nombre d'accidents du travail avec arrêt en 2017



Source : Programme de qualité et d'efficacité « AT-MP », PLFSS pour 2019

Les secteurs qui concentrent le plus d'accidents du travail sont également ceux dans lesquels la fréquence des accidents rapportée au nombre de salariés est la plus forte.

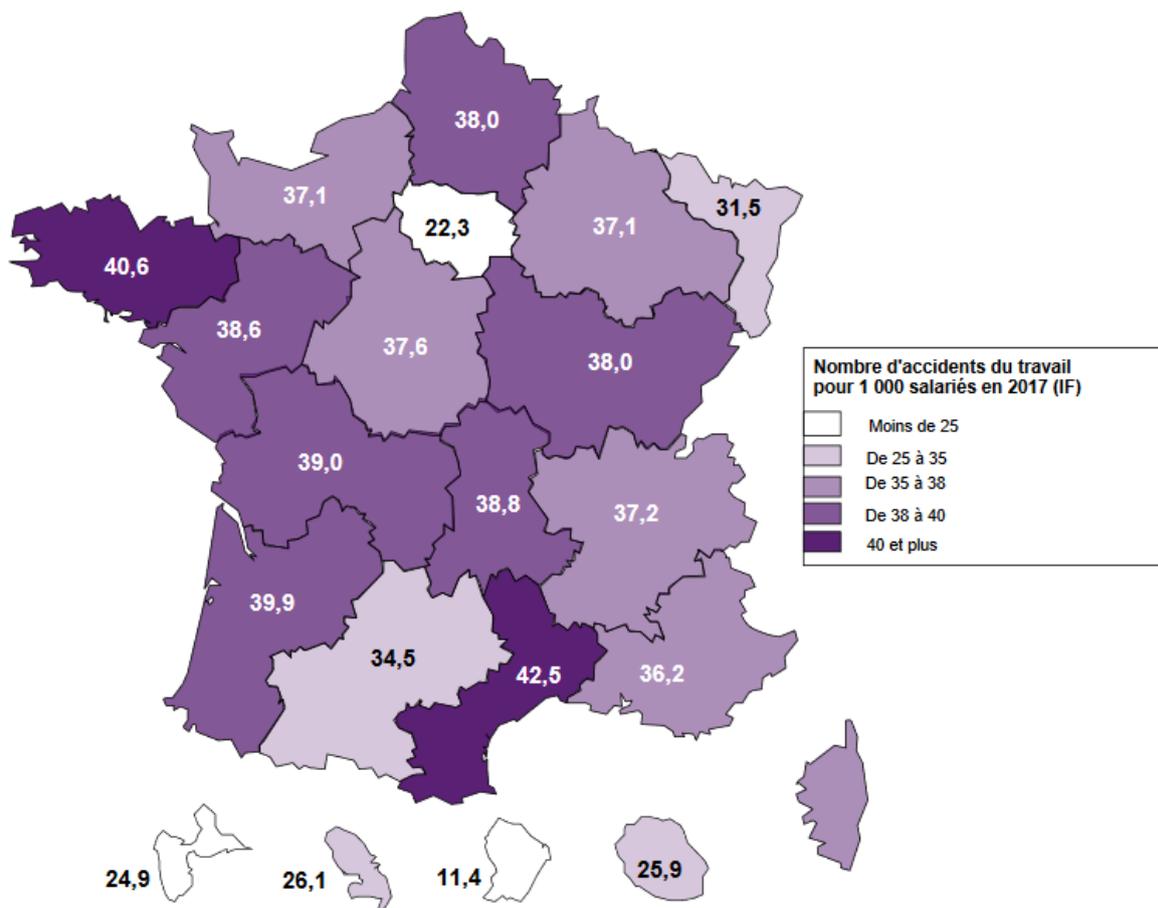
Fréquence des accidents du travail avec arrêt pour 1 000 salariés, selon le secteur d'activité (2017)



Source : Programme de qualité et d'efficacité « AT-MP », PLFSS pour 2019

Le niveau national masque des disparités régionales importantes, qui recourent en partie les différences entre les structures économiques. Ainsi, l'Ile-de-France, marquée par une forte part des activités tertiaires, connaît un indice de fréquence particulièrement bas alors que des régions comme la Bretagne ou le Languedoc-Roussillon enregistrent un indice supérieur à 40 accidents pour 1 000 salariés.

Indice de fréquence des AT 2017 par Carsat/CGSS



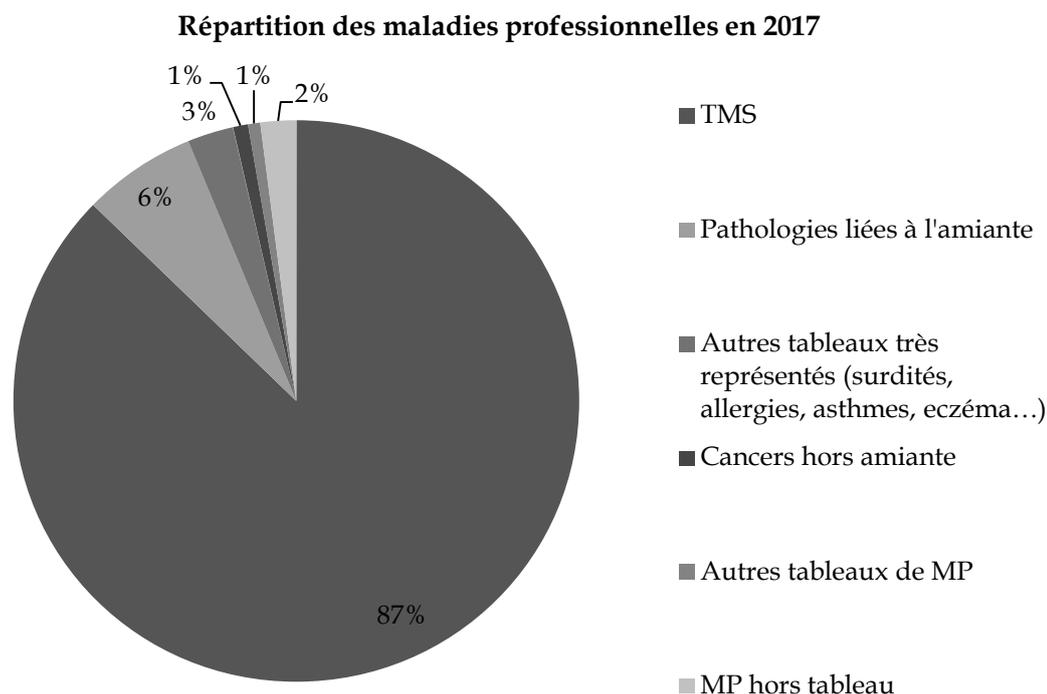
Source : Assurance maladie – risques professionnels, Rapport annuel 2017

b) L'importance des troubles musculo-squelettiques parmi les maladies professionnelles

Le rapport annuel 2017 de la branche AT-MP fait apparaître que, depuis 2012, le nombre de nouvelles maladies professionnelles prises en charge a tendance à diminuer (- 5,7 % entre 2013 et 2017).

Parmi les grandes familles de maladies professionnelles, seuls les cancers professionnels non liés à l'amiante et les maladies hors tableau ont progressé entre 2013 et 2017, respectivement de 42 % et 185 %, même s'ils représentent une part marginale des MP reconnues chaque année (respectivement 1 % et 2 %).

La très grande majorité (87 %) des MP reconnues sont des troubles musculo-squelettiques (TMS), les pathologies liées à l'amiante représentant par ailleurs 6 % des affections.



Source : Assurance maladie – risques professionnels, Rapport annuel 2017, calculs de la commission des affaires sociales du Sénat

c) L'émergence des risques psychosociaux

Si les contraintes physiques ont tendance à se réduire dans le monde du travail, l'évolution des modes d'organisation des entreprises entraîne un développement des risques psychosociaux (RPS). Les RPS sont définis comme « les risques pour la santé mentale, physique et sociale engendrés par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental »¹.

L'exposition à des RPS prend plusieurs formes, et est notamment observée au travers de l'enquête CT-RPS menée par le ministère du travail depuis 2013.

Ces enquêtes font apparaître que plus d'un tiers (35 %) des salariés subissant au moins trois contraintes de rythme, 31 % déclarent travailler sous pression et près d'un quart (24 %) estiment ne pas être reconnus pour leur travail.

L'enquête CT-RPS de 2016 montre toutefois « une stabilisation des contraintes de rythme de travail et une baisse de certaines autres contraintes psychosociales (charge mentale, comportements hostiles) ». Les salariés décrivent en revanche une autonomie en recul.

¹ Collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail réuni en 2009-2010, cité dans le bilan 2017 des conditions de travail du Coct, p. 235.

d) Une augmentation des arrêts qui interroge l'organisation du travail

Les arrêts de travail qui ne sont pas consécutifs à un accident du travail n'ont pas nécessairement de lien avec les conditions de travail. Toutefois, les variations observées d'une entreprise à l'autre pour des populations exposées, en dehors du milieu de travail, à des risques similaires, conduit à s'interroger sur les liens qui peuvent exister entre l'organisation du travail au sein d'une entreprise et l'absentéisme pour raisons médicales.

Or, une étude du cabinet Gras Savoye Willis Towers Watson (GSWTW) publiée en août 2019¹ montre que le taux d'absentéisme (arrêts maladie et AT-MP) a progressé de 16 % entre 2014 et 2018. En outre, la part des salariés ayant connu au moins un arrêt dans l'année (plus d'un sur quatre) a progressé de 8 % en 2018, tout comme la durée moyenne des arrêts.

Si, comme le souligne le rapport remis au Premier ministre par MM. Jean-Luc Bérard, Stéphane Oustric et Stéphane Seiller en janvier 2019, l'augmentation du nombre et de la durée des arrêts est à mettre en relation avec le vieillissement de la population active, l'étude du cabinet GSWTW montre que la progression de l'absentéisme touche toutes les classes d'âge, et plus fortement les 30-39 ans (+18 %) et les 40-49 ans (+15 %).

Selon Julien Rémy, expert qualité de vie au travail et absentéisme chez GSWTW, « si la maladie est bien évidemment un facteur premier, les difficultés organisationnelles, comme la surcharge de travail, et les difficultés relationnelles internes intensifient le phénomène ».

Cette progression doit conduire à s'interroger sur l'impact du travail et de son organisation sur la santé physique et mentale des travailleurs.

2. La prévention au cœur des priorités des dernières réformes

Au cours de la période récente, la politique de santé au travail est apparue excessivement centrée sur la surveillance de l'état de santé des salariés. Les réformes récentes témoignent d'une volonté des acteurs concernés de mettre l'accent sur la prévention.

a) Le troisième Plan santé au travail : l'expression d'une ambition partagée qui se heurte au manque de moyens

À partir de 2005, les pouvoirs publics ont cherché à donner une impulsion coordonnée aux différentes actions concourant à l'amélioration de la santé au travail en lançant des plans pluriannuels (PST) issus de la concertation entre le ministère du travail, le ministère de la santé, les partenaires sociaux, la branche AT-MP, les agences sanitaires et les acteurs de la prévention, dans le cadre du COCT.

¹ Gras Savoye Willis Towers Watson, résultats statistiques de l'absentéisme 2018. Étude portant sur un panel de 546 entreprises et 256 054 salariés et portant sur les arrêts (maladie et AT-MP) supérieurs à trois jours.

Le dernier plan santé au travail (PST 3), prévu pour la période 2016-2020, met en avant « *l'ambition d'un renouvellement profond de la politique de santé au travail* » et est le fruit d'un consensus rare et unanimement salué entre les parties prenantes.

Ce plan acte la nécessité d'opérer un changement de paradigme en faveur d'un accent mis sur la prévention, à rebours d'une « *vision centrée sur la réparation et donc d'un travail avant tout potentiellement pathogène* ». Outre la poursuite des efforts de prévention des risques classiques, ce plan doit permettre la prise en compte de risques organisationnels (usure professionnelle, risques psychosociaux) ainsi que l'anticipation de risques émergents (perturbateurs endocriniens, nanomatériaux...).

Le troisième plan santé au travail

Le PST 3 s'articule autour de trois axes stratégiques. Le premier consiste à « *donner la priorité à la prévention primaire et au développement de la culture de la prévention* ». Le deuxième axe stratégique concerne l'amélioration de la qualité de vie au travail comme levier de santé, de maintien dans l'emploi et de performance économique et sociale des entreprises. Enfin, le renforcement du dialogue social et des ressources de la politique de prévention, notamment en direction des TPE-PME constitue un troisième axe qui doit faciliter la mise en œuvre des actions relevant des deux premiers.

Il se décline en trois axes et 52 actions pour lesquels un pilote est clairement identifié (DGT mais aussi CNAM, Anact, OPPBTP...). En février 2019, toutes les actions prévues avaient été lancées et 82 % avaient produit des résultats, selon le bilan de mi-parcours produit par le ministère du travail.

Le PST est décliné en plans régionaux (PRST) tenant compte des spécificités locales et négociés au sein des Croct. Selon les réponses transmises à vos rapporteurs par la DGT, les 17 PRST adoptés comportent en moyenne une trentaine d'actions (507 au total) et constituent une « *avancée considérable* ». Quatre régions ont d'ailleurs lancé un site internet dédié à leur PRST.

L'ensemble des acteurs rencontrés par vos rapporteurs s'accordent pour considérer que le PST constitue un cadre stratégique et opérationnel essentiel pour orienter les interventions en matière de promotion de la santé au travail. Pour autant, l'inflation du nombre d'actions inscrites dans ces documents stratégiques ne s'est accompagnée ni d'un renforcement des moyens à la disposition des différents acteurs ni de la mise en place d'outils de gouvernance et de pilotage permettant une mise en œuvre à la hauteur des ambitions affichées. Selon la DGT, ces lacunes constituent « *le défaut majeur* » du système actuel.

b) Le recentrage de l'action des médecins du travail ouvre des interrogations quant au service rendu

Les missions de la médecine du travail ont été réformées par la loi du 8 août 2016¹ et son décret d'application du 27 décembre 2016².

Jusqu'au 1^{er} janvier 2017, tout salarié devait bénéficier d'un examen médical d'embauche par un médecin du travail préalablement à sa prise de poste et d'examens médicaux périodiques au moins une fois tous les 24 mois³.

Dans un contexte de pénurie chronique de médecins du travail, ces règles, qui apparaissaient excessivement exigeantes pour la majorité des salariés dont le poste n'implique pas de risques particuliers, ont été modifiées dans le sens d'une concentration de l'attention sur les salariés les plus à risque.

Depuis le 1^{er} janvier 2017, l'examen médical d'embauche a été remplacé, pour les salariés dont le poste n'implique pas une exposition à des risques particuliers, par une visite d'information et de prévention (VIP) réalisée dans un délai de trois mois à compter de sa prise de poste et au moins une fois tous les cinq ans. Cette visite peut être réalisée, outre le médecin du travail, par un collaborateur médecin, un interne en médecine du travail ou un infirmier. À l'issue de cette visite, un suivi adapté peut être prévu si l'âge, l'état de santé, les conditions de travail ou les risques professionnels auxquels le salarié est exposé le justifient.

Parallèlement à cet assouplissement pour les salariés peu exposés, un suivi individuel renforcé a été prévu pour « *tout travailleur affecté à un poste présentant des risques particuliers pour sa santé ou sa sécurité ou pour celles de ses collègues ou des tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail* ». Ce suivi comprend notamment un examen médical d'aptitude en lieu et place de la VIP, réalisé par un médecin du travail préalablement à l'embauche et renouvelé selon une périodicité déterminée par le médecin du travail et au moins tous les quatre ans.

Cette réforme, qui est en partie une réponse pragmatique à la pénurie de médecins du travail, a parfois été mal perçue par les employeurs, qui voyaient en la visite médicale annuelle la contrepartie à leur cotisation au SST alors même que la visite obligatoire revêtait souvent un caractère purement formel. Cette perception démontre les progrès qui doivent être réalisés dans la prise de conscience de l'importance de la prévention. En effet, la mission des médecins du travail et, plus largement, des SST, dépasse largement les visites médicales prévues par le code du travail et passe notamment par les visites de site et les échanges avec le chef d'entreprise. Il n'en demeure pas moins vrai que les solutions consistant à pallier l'insuffisance de ressources médicales ne peuvent représenter qu'un optimum de second rang.

¹ Loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels.

² Décret n° 2016-1908 du 27 décembre 2016 relatif à la modernisation de la médecine du travail.

³ Ces examens médicaux périodiques pouvaient toutefois être remplacés par des entretiens infirmiers associés à des actions pluridisciplinaires annuelles.

II. CLARIFIER LA GOUVERNANCE DE LA SANTÉ AU TRAVAIL

A. DES PROPOSITIONS AUDACIEUSES, DIVERSEMENT ACCUEILLIES

1. Une proposition tendant à créer un guichet unique régional

La pluralité des acteurs intervenant dans le champ de la santé au travail nuit à la lisibilité de cette politique publique et il existe un consensus pour considérer qu'une simplification serait la bienvenue.

Au terme de la mission que lui a confiée le Premier ministre en janvier 2018, notre collègue députée Charlotte Lecocq préconise dans son rapport, remis en août de la même année, la création d'un acteur régional unique qui aurait vocation à exercer les compétences aujourd'hui réparties entre les services de santé au travail, l'Aract, les Carsat et les agences régionales de l'OPBTP en matière de prévention. Cette structure de droit privé chargée d'une mission d'intérêt général serait accréditée sur la base d'un cahier des charges élaboré au niveau national et aurait vocation à constituer pour les entreprises un guichet unique en matière de prévention.

Les compétences de ce préventeur régional seraient donc nettement séparées de celles d'assureur, qui resteraient dévolues aux Carsat et de celles de contrôle, relevant de la responsabilité de l'État et exercées à la fois par l'inspection du travail et par les médecins inspecteurs du travail.

2. Un scénario qui n'apparaît pas souhaitable

S'ils partagent largement les constats dressés par la mission Lecocq, vos rapporteurs considèrent que le scénario proposé en matière d'organisation de la santé au travail n'est pas le plus pertinent.

a) *La complémentarité entre prévention et contrôle*

Le rôle de l'assureur et celui du préventeur sont intrinsèquement liés. Dès leur création, les caisses chargées de la réparation des accidents du travail et maladies professionnelles ont eu pour mission complémentaire de d'œuvrer à leur prévention. Dans ses réponses à vos rapporteurs, la CNAM fait au demeurant valoir que tous les systèmes d'assurance contre les risques professionnels existant en Europe associent à la mission de réparation un rôle de prévention de ces risques.

Ainsi, la connaissance fine de la sinistralité des entreprises par les Carsat leur permet par ailleurs de cibler leur action. Les préventeurs des Carsat voient ainsi 3 % des entreprises qui représentent 28 % des sinistres et 33 % des dépenses de la branche¹.

¹ Réponses de la CNAM au questionnaire adressé par vos rapporteurs.

Il ne paraît pas davantage pertinent de séparer les activités de contrôle et de conseil. Comme le fait valoir la CNAM, le fait que ces activités soient assurées par les mêmes agents, selon un logique de gradation de l'intervention, est un gage de l'efficacité de la branche.

b) Des difficultés juridiques difficilement surmontables

Dans le scénario proposé par le rapport Lecocq, les SSTI seraient amenés à disparaître au profit des nouvelles agences régionales.

La protection de la santé et de la sécurité au travail relève de la responsabilité des employeurs. Le financement et l'administration des SSTI par les employeurs constituent une traduction de cette responsabilité. Le fait que la sensibilisation des employeurs à la nécessité d'agir pour protéger la santé de leurs salariés soit insuffisante ne doit pas conduire à remettre en cause cette gouvernance.

Confier le rôle qu'exercent actuellement les SSTI à des agences régionales sans lien direct avec les employeurs pourrait selon vos rapporteurs conduire à une baisse de leur implication qui serait incompatible avec la responsabilisation des entreprises pourtant préconisée par le même rapport dans sa recommandation n° 4.

En outre, de telles agences régionales ne pourraient assurer leurs missions qu'à la condition d'absorber les moyens dont disposent aujourd'hui les SSTI. Or, compte tenu de leur statut associatif, la dissolution contrainte des SSTI par le législateur et, surtout, le transfert de leur patrimoine foncier et de leurs installations poseraient des difficultés juridiques importantes.

Vos rapporteurs partagent donc la forte opposition que suscite parmi les SSTI comme parmi les organisations patronales cet aspect du rapport Lecocq.

c) La nécessaire prise en compte des spécificités territoriales

Si la région peut être l'échelon pertinent pour un certain nombre de politiques publiques, les enjeux en matière de santé au travail sont bien souvent propres à un bassin d'emploi, et chaque région peut abriter des zones très différentes, a fortiori depuis la réforme de la carte régionale prévue par la loi dite « NOTRe » de 2015¹.

Or, on peut douter de la capacité d'une agence régionale de santé au travail à développer une gamme d'intervention adaptée à la diversité des situations locales ou à mettre en place des expérimentations territoriales.

¹ Loi n° 2015-991 du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République.

B. RENFORCER LA COHÉRENCE DU PILOTAGE NATIONAL ET TERRITORIAL DE LA SANTÉ AU TRAVAIL

1. Garantir un haut niveau de qualité de prestations des services de santé au travail

Le réseau des SST pâtit de l'absence d'un pilotage national fort capable de garantir des prestations de qualité sur tout le territoire et pour l'ensemble des entreprises, quelle que soit leur effectif. À l'occasion de leur audition par vos rapporteurs, les représentants des employeurs ont fait état, chez les chefs d'entreprise, d'un sentiment de décalage entre la cotisation versée au SST et le niveau perçu de qualité des prestations rendues. Une partie d'entre eux continue d'identifier la médecine du travail comme le lieu de délivrance des certificats d'aptitude et ne l'envisagent pas véritablement comme un partenaire de proximité susceptible de les accompagner dans la mise en œuvre de leurs obligations réglementaires en matière de prévention des risques professionnels.

Une étude¹ de l'institut Odoxa commandée par un SST, publiée en juin 2019, fait ainsi apparaître que, parmi les personnes interrogées, 59 % considèrent la médecine du travail plus comme un service de contrôle que comme un service de conseil et 82 % privilégient la consultation de leur médecin traitant plutôt que du médecin du travail en cas de problème de santé lié au travail.

L'existence de l'association Présance, créée pour défendre les intérêts des SSTI au niveau national, ne suffit pas à harmoniser les pratiques de ces services sur le territoire. Cet organisme privé n'est en effet pas en mesure, pas plus que l'État au travers de ses Direccte, de fournir un état des lieux exhaustif des effectifs, des moyens (autant financiers que patrimoniaux) et des activités des SSTI, alors même que les SSTI peuvent être regardés comme chargés d'une mission de service public². Il paraît ainsi surprenant qu'à la différence des établissements hospitaliers et des établissements sociaux et médico-sociaux, les SST, qu'ils soient interentreprises ou autonomes, ne fassent pas l'objet d'une procédure de certification de la qualité de leurs activités et prestations, bien qu'ils assurent une prise en charge médicale, même si celle-ci reste préventive. De nombreuses faiblesses dans la politique d'agrément des SST mise en œuvre par les Direccte ont ainsi été relevées lors des auditions conduites par vos rapporteurs.

¹ Odoxa, « Regard des actifs sur la santé au travail », sondage réalisé pour Service aux entreprises pour la santé au travail, 4 juin 2019 (<http://www.odoxa.fr/sondage/regard-actifs-sante-travail/>).

² La protection de la santé des travailleurs est inscrite au 11^e alinéa du préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 qui proclame que la nation « garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. »

Les services des Direccte, et en particulier l'inspection médicale du travail, ne disposent pas des moyens nécessaires afin de garantir au sein des SST le respect des exigences réglementaires qui s'attachent aux décisions d'agrément¹. L'association de santé et de médecine du travail (A-SMT) a ainsi confirmé à vos rapporteurs que les Direccte ne pouvaient pas imposer au SSTA d'une entreprise le suivi des salariés des entreprises de sous-traitance avec lesquelles elle contracte, bien que ceux-ci évoluent à demeure dans l'entreprise sur une période longue, ni même d'obtenir des SSTI de la branche du BTP qu'ils assurent le suivi médical des salariés intérimaires de ce secteur. En l'état actuel, la politique d'agrément mise en œuvre par les Direccte ne permet pas non plus de garantir dans chaque SST l'effectivité de l'exigence de pluridisciplinarité.

a) Pour un pilotage national stratégique renforcé

Dans ces conditions, vos rapporteurs plaident pour une simplification de la gouvernance nationale du système de santé au travail afin de garantir un haut niveau de qualité des interventions des SST sur l'ensemble du territoire. La création d'une agence nationale de la santé au travail² permettrait de confier à une seule instance clairement identifiée par l'ensemble des acteurs de la prévention des risques professionnels les missions suivantes :

- harmoniser les pratiques des SST ;
- établir un référentiel de certification des SST, en lien avec les agences sanitaires telles que l'ANSéS, Santé publique France et la Haute Autorité de santé (HAS) ;
- accréditer les organismes chargés de certifier les SST, comme le fait déjà la HAS pour l'accréditation des organismes de certification des établissements sociaux et médico-sociaux ;
- élaborer des recommandations de bonne pratique en direction des SST et des professionnels de la santé au travail, sur le modèle des recommandations diffusées par la HAS auprès des établissements hospitaliers, sociaux et médico-sociaux ;
- fournir aux SST un large éventail d'outils d'intervention en matière de prévention des risques professionnels (documents supports, formations...);
- relayer auprès de l'ensemble des acteurs de la santé au travail les recommandations émises par les agences sanitaires et d'expertise scientifique, notamment en matière d'exposition aux substances toxiques ;

¹ Qui elles-mêmes doivent s'inscrire en cohérence avec les politiques régionales d'agrément présentées chaque année devant le conseil régional d'orientation des conditions de travail (Croct).

² Dont la dénomination, déterminée par décret, pourrait utilement reprendre celle proposée par le rapport « Lecocq » à savoir « France Santé au travail ».

- garantir l'interopérabilité des bases de données de santé au travail, en favorisant l'utilisation d'un seul et même système d'information dans tous les SST, afin de faciliter le recueil et le traitement de données médicoprofessionnelles, en lien avec l'agence nationale des systèmes d'information partagés de santé (ASIP Santé), groupement d'intérêt public chargé d'assurer l'interopérabilité de l'ensemble des systèmes d'information et services et outils numériques en santé ;

- faire remonter aux agences sanitaires et d'expertise scientifique les données recueillies par les SST, notamment les données d'exposition, afin de développer la recherche en santé au travail dans une optique de santé publique.

Cette agence nationale serait le fruit de la fusion de l'Anact et de deux organismes nationaux œuvrant spécifiquement dans la recherche en matière de prévention des risques professionnels, à savoir : l'INRS (actuellement association sous le contrôle de la CNAM) et Eurogip (actuellement GIP entre la CNAM et l'INRS). Cette fusion n'impliquerait pas la dilution de l'identité de ces trois entités constitutives. L'agence pourrait en effet s'articuler, dans son organisation interne, autour de quatre piliers :

- un département de la certification et de l'évaluation, responsable de la définition des référentiels de certification des SST et des trames des contrats pluriannuels d'objectifs et de performance des SST qui tiendraient compte des spécificités de certaines branches professionnelles, notamment celle du BTP, et de catégories particulières de travailleurs requérant un suivi médical adapté (travailleurs exposés aux substances dangereuses, travailleurs intérimaires, salariés d'entreprises de sous-traitance, travailleurs mineurs, travailleurs indépendants...). L'agence conserverait toute la latitude nécessaire afin d'assurer une organisation interne de nature à garantir la prise en compte des spécificités de chaque branche professionnelle, le cas échéant au niveau de commissions de branche ;

- un département de l'animation du réseau des SST et de la formation des acteurs de la santé au travail, qui assurerait la diffusion auprès des professionnels de la prévention et du suivi médical des outils et bonnes pratiques nécessaires à la réalisation de leurs missions. Ce département organiserait la formation des acteurs de la prévention au sein du réseau des SST et des référents « santé et sécurité au travail » au sein des entreprises elles-mêmes, soit en assurant lui-même ces formations, soit en habilitant des organismes privés à délivrer des formations certifiantes ;

- un département de la recherche en santé au travail qui capitaliserait sur l'expertise de l'INRS et d'Eurogip, et contribuerait à concevoir les outils et les formations en matière de prévention des risques professionnels, et qui collaborerait avec les agences sanitaires ;

- un département des systèmes d'information en santé au travail qui définirait les référentiels d'interopérabilité des systèmes d'information utilisés par l'ensemble des acteurs de la santé au travail (SST, Carsat, responsables de l'évaluation des risques professionnels au sein de l'entreprise...) et garantirait la collecte, le suivi et le traitement de données de santé au travail, en particulier des données d'exposition.

L'agence nationale de la santé au travail disposerait du statut de groupement d'intérêt public (GIP) qui lui permettrait de bénéficier de la mise à disposition par ses membres de personnels mais également de recruter des personnels de droit privé comme des personnels relevant d'une personne morale de droit public non membre, et de tirer des ressources propres de services rendus contre rémunération, qu'il s'agisse des prestations de formation ou encore de la commercialisation d'outils informatiques et d'autres produits de propriété intellectuelle. Seraient membres de ce GIP :

- l'État, au travers des ministères du travail, de la santé, de la sécurité sociale et de l'agriculture ;

- la sécurité sociale, au travers de la CNAM et de la CCMSA ;

- les agences sanitaires en lien avec la santé au travail, au travers de l'ANSÉS et Santé publique France.

La direction du GIP serait assurée par un conseil d'administration au sein duquel la majorité des voix serait détenue par les personnes morales de droit public membres du groupement¹, mais qui garantirait la représentation des organisations patronales et syndicales.

Proposition n° 1 : Créer une agence nationale de la santé au travail chargée d'harmoniser les activités et les pratiques des SST en établissant un référentiel de certification de ces derniers.

b) Pour une certification exigeante des SST

La procédure de certification des SST par l'agence nationale de la santé au travail s'inspirerait de celle mise en œuvre par la HAS pour les établissements et services des secteurs médico-social et social : l'agence serait ainsi chargée d'évaluer et de faire procéder à l'évaluation de la qualité des prestations délivrées par les SST selon une procédure qu'elle aura préalablement définie, conforme au référentiel de certification qu'elle aura établi.

Les organismes autorisés à procéder à cette évaluation, dont les résultats détermineront l'octroi au SST de sa certification ou le renouvellement de cette certification, seront accrédités par l'agence nationale de la santé au travail qui définira le cahier des charges auquel ces

¹ Article 103 de la loi n° 2011-525 du 17 mai 2011 de simplification et d'amélioration de la qualité du droit.

organismes seront soumis. Les résultats de cette évaluation seront communiqués à l'agence nationale ainsi qu'à la Direccte et à la Carsat qui seront appelées à contractualiser avec le SST au travers du CPOM. Il reviendra à un décret de déterminer les conditions de publication de l'évaluation du SST en vue de sa certification ou du renouvellement de sa certification, ainsi que le rythme des évaluations.

La certification pourra tenir compte des spécificités du bassin d'emploi dans lequel le SST souhaite s'inscrire ou des branches professionnelles dont relèvent les métiers qu'il aura plus particulièrement à suivre. En fonction des besoins identifiés par la Direccte et la Carsat, l'attribution de la certification et son renouvellement pourront, par exemple, tenir compte de la capacité du SST à prendre en charge des intérimaires ou des salariés d'entreprises de sous-traitance, ou encore des travailleurs indépendants.

Compte tenu de l'échéance prochaine du 3^e PST, il convient de veiller à ce que l'élaboration de la procédure de certification des SST et l'accréditation des organismes autorisés à procéder à cette certification soient pleinement opérationnels à compter de la mise en œuvre du 4^e PST, soit au plus tard d'ici la fin de l'année 2020.

Proposition n° 2 : Instituer une procédure de certification des SST définie par l'agence nationale de la santé au travail qui accréditera les organismes habilités à procéder à cette certification.

La certification permettra, en outre, d'assurer la transparence des financements des SST en incluant, dans chaque évaluation périodique, un audit financier du service.

c) Un réseau territorial de la santé au travail conforté dans la complémentarité entre les SST et les Carsat/Aract

La simplification de la gouvernance de la santé au travail au niveau national doit également s'accompagner d'une clarification de la répartition des compétences au sein du réseau des acteurs de terrain en matière de prévention des risques professionnels, pour plus de lisibilité auprès des employeurs.

À cet égard, vos rapporteurs proposent un réseau articulé autour de deux piliers : d'un côté, les SSTI et SSTA, de l'autre, les organismes locaux chargés d'accompagner et de conseiller les SST dans l'accomplissement de leurs missions. Ces organismes locaux seraient incarnés par des caisses régionales de la santé au travail, issues de la réunion au sein d'un seul et même organisme de sécurité sociale des agents chargés des missions de réparation, de tarification et de prévention des actuelles Carsat et des agents des Aract.

Les Carsat sont aujourd'hui des organismes de sécurité sociale de droit privé chargés d'une mission de service public. Elles dépendent de la CNAM et de la caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) et sont placées sous la tutelle du ministère chargé de la sécurité sociale. Rien ne semble s'opposer, d'un point de vue opérationnel, à la scission des Carsat en caisses régionales d'assurance retraite d'une part, et caisses régionales de la santé au travail d'autre part.

Il s'agit en effet de deux types d'activité distincts qui bénéficient aujourd'hui d'une mutualisation, bien souvent au sein d'un seul bâtiment, d'un ensemble de fonctions administratives de support (direction comptable et financière, direction de l'informatique, direction des ressources humaines...). Cette mutualisation pourra se poursuivre lors de la création des caisses régionales de la santé au travail, l'activité « retraite » étant généralement déjà incarnée au sein des Carsat par un directeur ou un directeur-adjoint spécifiquement chargé des retraites. En application de l'article L. 216-3 du code de la sécurité sociale, les organismes locaux ou régionaux du régime général peuvent en effet « *se grouper en unions ou fédérations en vue de créer des œuvres et des services communs ou d'assumer des missions communes* ». Aussi la séparation juridique entre caisses d'assurance retraite et caisses de santé au travail ne devra-t-elle pas remettre en cause le regroupement physique au sein de locaux partagés.

Plusieurs arguments plaident pour capitaliser sur l'expertise accumulée par les Carsat et les Aract en matière de prévention des risques professionnels et renforcer, au travers d'un seul organisme local de sécurité sociale spécialisé en santé au travail, leur collaboration avec les SST :

- l'intégration des Aract au sein des Carsat garantirait la prise en compte spécifique des nouveaux risques professionnels associés aux enjeux d'organisation du travail et d'amélioration des relations professionnelles au sein de l'entreprise, enjeux que les Carsat ne prennent que très marginalement en charge car elles se concentrent prioritairement sur la prévention de risques physiques ou chimiques ;

- en outre, cette intégration viendrait répondre aux fragilités du réseau des Aract relevées par le référé de la Cour des comptes de mai 2019 qui appelait à une sécurisation de leur situation juridique au regard des règles de la commande publique et de la comptabilité publique. La présence d'agents comptables issus des Carsat au sein des futures caisses régionales de la santé au travail et la capacité des Carsat à répondre à des appels d'offres dans le domaine de prévention des risques professionnels permettrait de lever ces inquiétudes. La CNAM ayant vocation à être membre fondateur du GIP, il existera un lien organique entre l'agence nationale de santé au travail et le réseau des caisses régionales de la santé au travail ;

La capacité juridique des Carsat à répondre à des marchés publics

Par analogie avec les règles applicables aux personnes publiques (les Carsat étant des organismes privés en charge d'une mission de service public), telles que dégagées par la jurisprudence européenne et nationale, une Carsat a la possibilité de candidater à des appels d'offres émis par un personne morale de droit public ou une personne morale de droit privé chargée d'une mission de service public.

Néanmoins, il convient de préciser que par une décision du 30 décembre 2014¹, confirmée par une autre décision du 14 juin 2019², le Conseil d'État a conditionné la recevabilité d'une telle candidature au fait qu'elle réponde à un intérêt public. En l'espèce, afin que la candidature d'une Carsat à un marché public dans le domaine de la prévention des risques professionnels puisse s'inscrire dans le prolongement de la mission de service public dont elle a la charge, il faudrait que ce soit celle définie au 2° de l'article L. 215-1 du code de la santé publique : « *dans le domaine des risques professionnels, en développant et coordonnant la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles et en concourant à l'application des règles de tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles et à la fixation des tarifs* ».

Il conviendrait, par ailleurs, de vérifier que cette candidature ne fausse pas les conditions de la concurrence : à cet effet, le pouvoir adjudicateur, voire le juge saisi en cas de contentieux, s'assurera :

- que le prix proposé prend bien en compte l'ensemble des coûts directs et indirects concourant à sa formation ;

- que le candidat ne bénéficie pas, pour déterminer ce prix, d'un avantage découlant des ressources ou des moyens qui lui sont attribués au titre de sa mission de service public ;

- que le prix proposé peut être justifié par des documents comptables, le cas échéant, ou tout autre moyen d'information approprié.

¹ Conseil d'État, 30 décembre 2014, Société Armor SNC, n° 355563.

² Conseil d'État, 14 juin 2019, Société Vinci Construction, n° 411444.

Source : Direction des risques professionnels de la CNAM

- les caisses régionales de la santé au travail pourront également capitaliser sur l'identification par les Carsat, dans le cadre de leur mission d'assureur, des entreprises présentant la plus forte sinistralité. Les caisses régionales de la santé au travail pourront ainsi travailler en partenariat étroit avec les SST intervenant auprès de ces entreprises à forte sinistralité afin de coordonner leurs actions et d'éviter toute redondance ou compétition entre acteurs de la prévention.

Les caisses régionales de la santé au travail auront alors vocation à s'imposer comme le relais de terrain de l'agence nationale de la santé au travail dans l'accompagnement des SST, en facilitant la diffusion d'outils de prévention adaptés au contexte de sinistralité propre à l'entreprise.

Proposition n° 3 : Rassembler les Carsat et les Aract au sein de caisses régionales de la santé au travail et en faire le relais territorial de l'agence nationale de la santé au travail dans le conseil et l'accompagnement des SST.

L'organisation et le fonctionnement actuels de l'OPPBTB ne devraient pas être remis en cause par le schéma de gouvernance envisagé par vos rapporteurs. À l'instar des SST, l'OPPBTB et son réseau de 13 agences régionales, qui assurent des missions exclusives de prévention, feront l'objet d'une certification périodique selon la procédure définie par l'agence nationale de la santé au travail.

Il serait particulièrement contreproductif de remettre en cause l'identité et les spécificités de l'OPPBTB en le diluant au sein d'un ensemble national comme le proposait initialement le rapport « Lecocq ». Cet organisme de prévention national a démontré l'intérêt d'une démarche pragmatique et collective de prévention au niveau d'une branche professionnelle fortement exposée aux risques professionnels, notamment physiques et chimiques. Dans le cadre d'une gouvernance paritaire, l'OPPBTB travaille en parfaite coopération avec la CNAM et le ministère du travail. Financé par une cotisation obligatoire, assise sur la masse salariale brute déclarée pour le calcul de la cotisation des congés payés et prélevée par la caisse des congés payés du BTP, il témoigne de l'engagement fort d'une branche professionnelle en faveur de la préservation de la santé de ses travailleurs.

Vos rapporteurs estiment que cet exemple devrait être répliqué à d'autres branches professionnelles marquées par un contexte de sinistralité particulier et qui pourraient tirer profit d'une approche sectorielle de leurs enjeux de santé et sécurité. C'est pourquoi ils invitent la CNAM à identifier les branches présentant le taux de sinistralité le plus important (notamment hébergement médico-social, transport et entreposage, restauration et hôtellerie...) et appellent à mobiliser les partenaires sociaux de ces branches pour engager des négociations sur la constitution d'un organisme national de prévention sur le modèle de l'OPPBTB. La création de ces organismes nationaux de prévention de branche pourrait, du reste, conduire au regroupement d'un certain nombre de SST.

Proposition n° 4 : Engager, pour les branches professionnelles présentant un taux de sinistralité important, une négociation pour la création, d'ici fin 2020, d'organismes nationaux de prévention de branche.

2. Rendre les outils de la contractualisation en santé au travail pleinement opérationnels

a) Pour plus de cohérence entre les documents d'orientation stratégiques et les outils contractuels

Deux documents fixent aujourd'hui les orientations stratégiques de la santé au travail au niveau national :

- le PST ;

- la COG de la branche AT-MP. Celle-ci détermine les moyens mis en œuvre par les organismes de sécurité sociale afin de répondre aux priorités du PST.

La COG en cours d'exécution, couvrant la période 2019-2022, est le résultat d'une négociation de plus d'un an entre l'État, la CNAM et les partenaires sociaux qui avait échoué initialement sur le montant de l'effort que la puissance publique était prête à consentir au développement de la prévention. La COG prévoit ainsi une augmentation significative des crédits qui devraient être alloués aux dispositifs d'incitation financière en matière de prévention, dont les aides financières simplifiées (AFS) et les contrats de prévention, dans le cadre du FNPAT. La COG prévoit en outre le maintien à 1 400 ETP du nombre de préventeurs dans le réseau des Carsat.

La discordance des temporalités entre le PST et la COG de la branche AT-MP, de même qu'entre les agréments délivrés aux SST et les CPOM conclus par ces derniers ne favorise pas la mise en cohérence des actions conduites par les différents acteurs de la prévention avec les orientations stratégiques définies aux niveaux national et régional. Dès lors, vos rapporteurs recommandent de tirer profit de l'arrivée à échéance du 3^e PST pour faire coïncider la mise en œuvre de l'ensemble des obligations contractuelles des SST, dont la certification et le CPOM, avec la période d'exécution du prochain PST qui devrait couvrir la période 2021-2025.

Proposition n° 5 : Aligner la temporalité de la certification et des CPOM des SST sur celle du prochain PST.

b) Faire du CPOM conclu par les services de santé au travail un véritable instrument au service de l'innovation dans la santé au travail

Le CPOM ne constitue pas encore le levier d'une politique de prévention de proximité au bénéfice des entreprises.

Plus de sept ans après l'entrée en vigueur de la loi du 20 juillet 2011, seulement 77 % des SSTI ont signé un CPOM, bien qu'il s'agisse d'une obligation légale. La négociation et la conclusion des CPOM se caractérisent par un temps de coordination conséquent, chaque CPOM devant être

préalablement soumis pour avis aux partenaires sociaux au niveau du Croct et à l'ARS. Les CPOM ne font, en outre, pas l'objet d'une homogénéisation dans leur contenu au niveau d'un territoire ou d'un bassin d'emploi. La très grande diversité d'indicateurs utilisés dans différents CPOM ne permet pas une démarche partagée entre les signataires dans l'objectivation des moyens nécessaires à la réalisation des objectifs fixés.

Les actions de coordination entre les SST et les Carsat se font alors parfois en dehors du cadre des CPOM, ce qui tend à nier l'utilité de cet outil contractuel. Certaines expérimentations se mettent en effet en place en l'absence de cadre réglementaire ou contractuel, ce qui ne garantit pas leur évaluation et encore moins leur capitalisation au niveau du territoire ou de la branche.

Il convient, par conséquent, de charger la future agence nationale de la santé au travail d'élaborer une trame nationale des CPOM, qui tiendra compte de l'avis et de l'expertise des agences sanitaires et des organisations patronales et syndicales au niveau du COCT. Cette trame devra proposer à l'ensemble des SST un socle commun d'indicateurs nationaux obligatoires afin d'homogénéiser la mise en œuvre d'un certain nombre de prestations incontournables dans la prise en charge de problématiques prioritaires (suivi des travailleurs les plus exposés, prévention de la désinsertion professionnelle, prévention des risques psychosociaux, amélioration de l'organisation du travail et accompagnement à la conduite du changement...).

Cette trame pourra être déclinée territorialement afin de tenir compte des besoins des bassins d'emploi au moyen d'indicateurs complémentaires, spécifiques aux enjeux de certaines branches professionnelles ou de certaines catégories de travailleurs. À titre d'exemple, un projet de CPOM régional pour l'Île-de-France est en cours de réflexion entre la Direccte, la caisse régionale d'assurance maladie d'Île-de-France et les SSTI. Elle pourrait s'inspirer d'une trame commune de CPOM déjà élaborée pour plusieurs SSTI adhérant à l'Alliance pour la santé au travail en Île-de-France (Astif).

Proposition n° 6 : Confier à l'agence nationale de la santé au travail le soin d'élaborer une trame nationale des CPOM avec un socle commun d'indicateurs nationaux obligatoires.

Proposition n° 7 : Permettre une prise en compte dans les CPOM des particularités des bassins d'emploi au moyen d'indicateurs complémentaires déclinés, le cas échéant, par branches professionnelles et/ou catégories de travailleurs.

Par ailleurs, le CPOM doit être véritablement mis à profit afin de coordonner efficacement les interventions des organismes de sécurité sociale et celles du SST. Si l'article L. 422-6 du code de la sécurité sociale prévoit la conclusion de conventions entre la Carsat et le SST, annexées au CPOM, ces conventions n'ont pas encore en pratique permis la mise en cohérence de leurs actions respectives dont certaines peuvent apparaître redondantes. Le partenariat établi entre la future caisse régionale de la santé au travail et le SST doit permettre d'articuler la complémentarité de leurs interventions. Les conventions devraient ainsi préciser les moyens que la caisse régionale de la santé au travail est prête à mettre à disposition du SST pour la réalisation d'objectifs partagés, ce qui constitue du reste l'essence même d'un CPOM.

Ces conventions devraient être l'occasion d'établir un protocole d'intervention graduée entre le SST et de la caisse régionale de la santé au travail pour la prévention de risques prioritaires, que vos rapporteurs appellent de leurs vœux, selon un schéma en cinq étapes :

- *1ère étape* : analyse de la sinistralité par la caisse régionale de la santé au travail pour l'identification des entreprises nécessitant des actions prioritaires et transmission de l'information aux SST concernés ;
- *2e étape* : diagnostic partagé entre l'employeur, les instances représentatives du personnel et le SST pour identifier le contexte et les causes du risque professionnel accru ;
- *3e étape* : élaboration d'un plan d'action par le SST et l'entreprise, comprenant des actions de correction ou de prévention, le cas échéant avec le soutien de la caisse régionale de la santé au travail (*via*, par exemple, le dispositif des aides financières simplifiées ou des contrats de prévention pour l'acquisition d'équipements ou la mise en place d'un programme de formations) ;
- *4e étape* : définition d'un rythme de contrôles périodiques par la caisse régionale de la santé au travail afin de vérifier la mise en place du plan d'action ;
- *5e étape* : uniquement en dernier ressort, déclenchement de mesures d'injonction ou correctives par la caisse régionale de la santé au travail (mise en demeure, injonction, pénalités financières, arrêt de l'activité...).

Un tel protocole d'intervention graduée établira clairement la répartition des responsabilités entre le SST et la caisse régionale de la santé au travail et permettra une meilleure distinction entre les activités de diagnostic, de conseil et de contrôle, souhaitée par les employeurs.

Proposition n° 8 : Définir dans les conventions de partenariat entre les caisses régionales de la santé au travail et les SST un protocole d'intervention graduée dans la prévention de risques professionnels prioritaires.

Enfin, vos rapporteurs proposent la création d'un dispositif d'expérimentations en santé au travail analogue aux expérimentations de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 pour la mise en œuvre d'innovations dans l'organisation nationale et régionale du système de santé et la dispensation des soins¹.

En matière de santé au travail, un tel dispositif permettrait d'adapter l'organisation et le fonctionnement du système de prévention des risques professionnels aux spécificités de certaines collectivités, des bassins d'emploi ou encore des branches professionnelles. Le potentiel d'innovation en santé au travail est en effet considérable, notamment en matière :

- de prévention de la désinsertion professionnelle, dans le cadre du suivi et de l'accompagnement des salariés à la suite d'un arrêt de travail de longue durée ;

- de suivi médical de certaines catégories de travailleurs, pour la réalisation des visites médicales des travailleurs indépendants, des intérimaires, des salariés d'entreprises de sous-traitance ou encore des apprentis² ;

- de modalités du suivi médical, en recourant à des techniques innovantes comme la télémédecine ;

- de délégations de tâches au sein de l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail, pour la mise en place de protocoles encadrant la réalisation de visites déléguables, comme les visites à la demande ou les visites de pré-reprise ou de reprise pour certains métiers ;

- de mutualisation de la ressource médicale et de collaboration entre les SSTI et les SSTA ;

- d'amélioration de la qualité de vie au travail.

¹ Ce dispositif ouvre en effet la possibilité de déployer des expérimentations dérogeant à un certain nombre de dispositions du code de la sécurité sociale et du code de la santé publique, par exemple en matière de tarification et de prise en charge par l'assurance maladie ou encore d'autorisation d'activités de soins. Un comité technique, composé de représentants de l'assurance maladie, des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé et des agences régionales de santé, émet un avis sur les projets d'expérimentations, leur financement, leurs modalités d'évaluation et leur champ territorial d'application. Un conseil stratégique est en outre chargé de formuler des propositions sur les innovations en santé.

² L'article 11 de la loi n° 2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel prévoit que, jusqu'au 31 décembre 2021, la visite d'information et de prévention d'un apprenti peut être réalisée par un médecin de ville en cas d'indisponibilité des professionnels de santé spécialisés en médecine du travail dans un délai de deux mois (décret n° 2018-1340 du 28 décembre 2018).

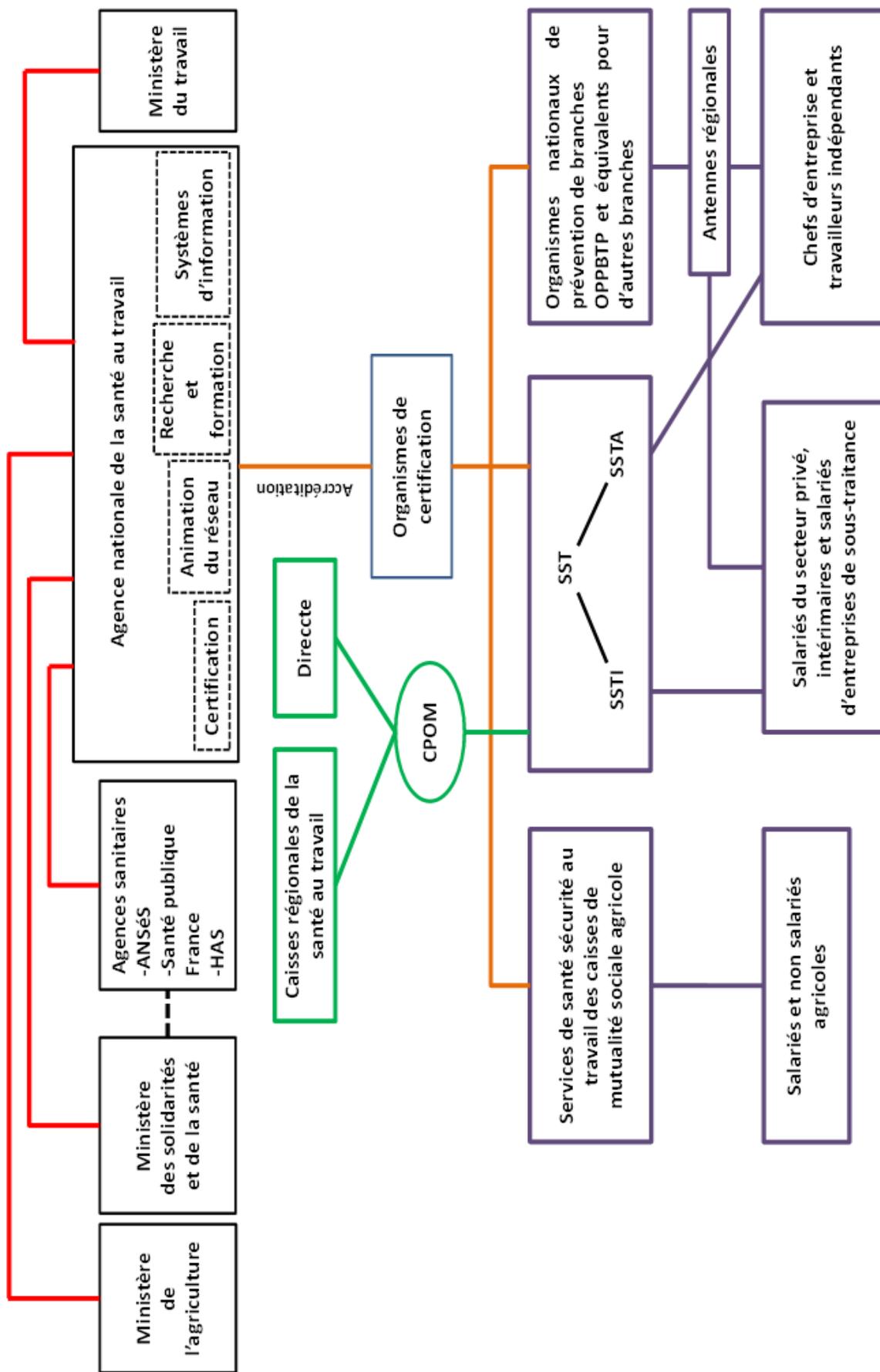
À titre d'exemple, M. Denis Garnier, conseiller social à Saint-Pierre-et-Miquelon, a présenté, lors des assises des outre-mer de 2018, un projet d'expérimentation d'un SSTI qui prendrait en charge dans cette collectivité la santé au travail de tous les travailleurs, salariés, non-salariés, fonctionnaires et agents publics, afin de tenir compte de l'absence de médecin de prévention ou de médecin agréé pour le suivi médical des agents publics dans l'archipel. Au-delà de l'élargissement du public suivi, ce projet préconise une collaboration renforcée entre la caisse de prévoyance sociale, organisme de sécurité sociale à Saint-Pierre-et-Miquelon, et le service de santé au travail existant.

Dans le cadre du dispositif d'expérimentations en santé au travail proposé par vos rapporteurs, le CPOM déterminerait les modalités de financement des expérimentations. Une évaluation de chaque expérimentation permettrait, au sein d'un conseil stratégique des innovations en santé au travail placé auprès de l'agence nationale de santé au travail, d'examiner l'opportunité de sa généralisation au niveau national ou à d'autres régions et, le cas échéant, les modifications réglementaires qui s'imposeraient.

Ces expérimentations seraient financées par des crédits issus d'une enveloppe dédiée au sein du FNPAT et d'une partie des crédits de prévention du programme 111 de la mission « Travail et emploi ». Ces crédits seraient répartis entre les régions par l'agence nationale de la santé au travail. Le financement de chaque expérimentation serait accordé par la caisse régionale de la santé au travail.

Proposition n° 9 : Instituer un dispositif d'expérimentations en santé au travail analogue aux expérimentations de l'article 51 de la LFSS pour 2018, financé par une enveloppe dédiée au sein du FNPAT et une partie des crédits du programme 111 de la mission « Travail et emploi ».

Nouveau schéma de gouvernance de la santé au travail proposé par vos rapporteurs



C. GARANTIR UN SERVICE UNIVERSEL DE LA SANTÉ AU TRAVAIL POUR TOUS LES TRAVAILLEURS

1. Conserver le système de santé au travail propre aux agents publics

a) La progression de certaines pathologies parmi les agents publics

L'état de santé des agents publics fait l'objet depuis 2011 d'une étude récurrente de l'institut BVA pour le compte de MFP services. La troisième édition de ce baromètre, publiée en juillet 2019 fait apparaître que 84 % des fonctionnaires jugent que leur état de santé est bon et 13 % se disent en « très bonne santé ». Les affections de longue durée (ALD) touchent par ailleurs moins les fonctionnaires (27 %) que l'ensemble de la population (36 %).

Pour autant, certaines pathologies sont en nette progression, notamment les maladies métaboliques (+ 8 points par rapport à 2017), les maladies du cœur et des artères (+ 10 points) et les maladies respiratoires (+ 4 points). Surtout, 70 % des agents interrogés se plaignent de douleurs au dos et un tiers à la nuque et aux épaules.

L'étude révèle également des comportements à risque en matière d'alcool ainsi qu'une surconsommation d'anxiolytiques chez les agents de catégorie C, qui peuvent être un symptôme de l'importance croissante des risques psychosociaux dans la fonction publique.

b) Une préoccupation des pouvoirs publics qui doit déboucher sur des propositions

La santé au travail des agents publics a fait l'objet de plusieurs initiatives des gouvernements successifs au cours de la période récente.

Un premier accord sur la santé au travail dans la fonction publique a été conclu en novembre 2009 entre les employeurs des trois fonctions publiques et les organisations syndicales de fonctionnaires. Cet accord définissait quinze actions concernant les instances et acteurs compétents, les objectifs et outils de prévention des risques et les dispositifs d'accompagnement.

À la fin du quinquennat précédent, un plan d'action pluriannuel¹ a été lancé en 2017 par la ministre de la fonction publique²

Vos rapporteurs attendent donc avec intérêt les conclusions de la mission composée de Charlotte Lecocq, Pascale Coton et Jean-François Forest.

¹ Plan d'action pluriannuel pour une meilleure prise en compte de la santé et de la sécurité au travail dans la fonction publique.

² Circulaire du 28 mars 2017 relative au plan d'action pluriannuel pour une meilleure prise en compte de la santé et de la sécurité au travail dans la fonction publique NOR : R DFF1709837C.

c) Développer les synergies là où elles peuvent l'être

Au vu des spécificités de la fonction publique, notamment en termes de déroulé de carrière, il apparaît à vos rapporteurs qu'il ne serait pas pertinent de remettre en cause l'existence d'un système de médecine préventive distinct du système de santé au travail du secteur privé.

Pour autant, s'agissant du suivi des fonctionnaires et des contractuels travaillant sur des chantiers, il pourrait être pertinent que des collaborations soient développées entre les services de médecine préventive et l'OPPBTP. Ces collaborations pourraient prendre la forme de partenariats entre chaque employeur public ayant des personnels intervenant sur des chantiers et les antennes locales de l'OPPBTP.

Proposition n° 10 : Développer des coopérations entre les employeurs publics et l'OPPBTP pour le suivi des agents intervenant sur des chantiers.

2. Prendre en compte la santé au travail des travailleurs non-salariés

a) Les travailleurs non-salariés font face à des risques spécifiques

Les dispositions du code du travail relatives à la santé et à la sécurité au travail ne concernent pas que les seuls salariés. Aux termes de l'article L. 4111-5, elles concernent « *les salariés, y compris temporaires, et les stagiaires, ainsi que toute personne placée à quelque titre que ce soit sous l'autorité de l'employeur* ». Ce champ exclut toutefois la plupart des travailleurs non-salariés (TNS), notamment les artisans, commerçants et chefs d'entreprise, ainsi que les professions libérales, soit environ 2,8 millions de personnes.

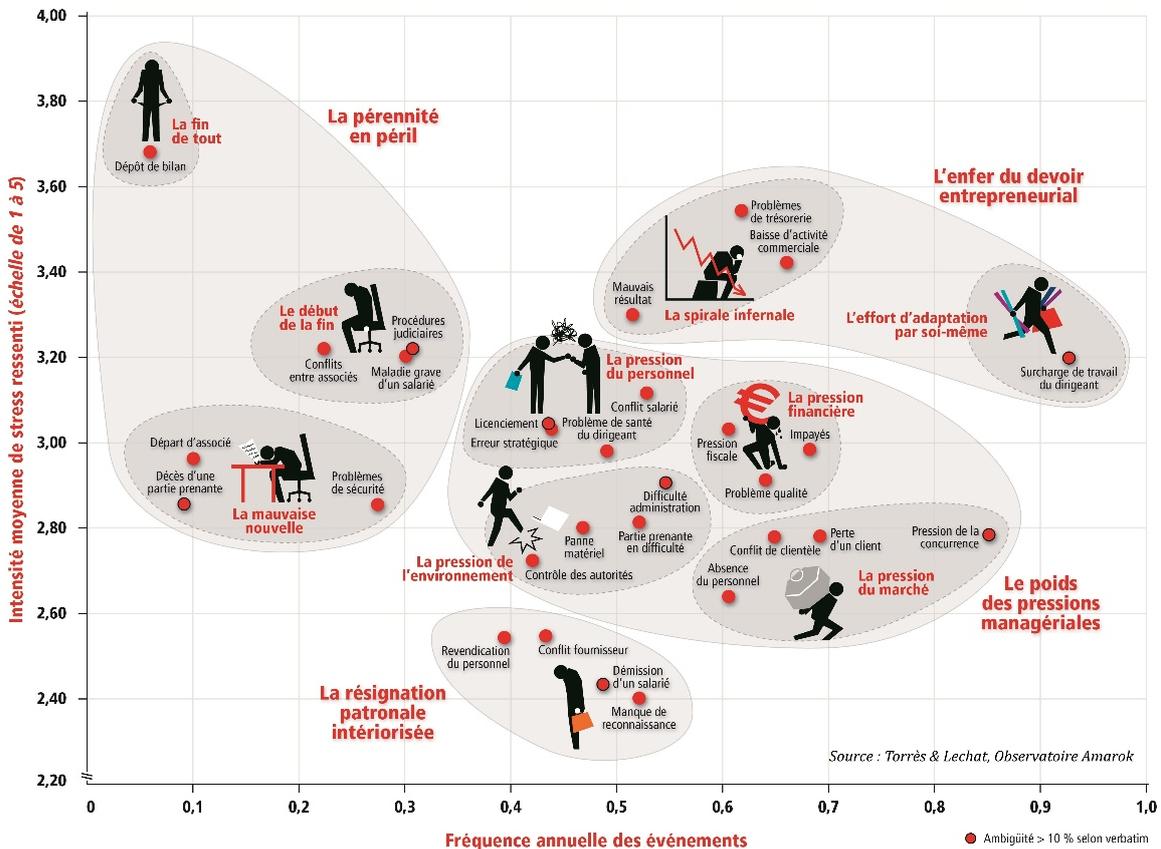
Les travailleurs non-salariés font pour autant face à des problèmes de santé au travail divers et forment à cet égard un ensemble hétérogène. Selon le professeur Olivier Torres, président-fondateur de l'observatoire spécialisé sur la question de la santé des TNS Amarok, « *la santé des artisans se rapproche de celle des ouvriers, celle des commerçants de celle des employés et celle des professions libérales de celle des cadres supérieurs* ».

Pour partie, les risques auxquels sont exposés les TNS ne sont pas fondamentalement différents de ceux qui concernent les salariés. Il s'agit notamment des risques d'accidents du travail liés à l'exercice d'activités dangereuses, notamment pour les artisans.

Les travailleurs indépendants sont toutefois également soumis à des risques spécifiques liés à la forte responsabilité personnelle qui caractérise leurs métiers. Les risques d'épuisement professionnel, voire le risque suicidaire sont donc fortement présents chez les TNS.

En outre, la nature du travail indépendant favoriserait le déni par les intéressés de leurs problèmes de santé, conduisant selon une logique de cercle vicieux à l'aggravation de ces problèmes.

Cartographie des facteurs de stress chez les travailleurs non-salariés



Source : Observatoire Amarok

b) Faire bénéficier les non-salariés d'un suivi par un SST

Vos rapporteurs portent un vif intérêt aux initiatives tendant à mieux prendre en compte les problématiques de santé au travail des chefs d'entreprise. Il s'agit notamment de l'observatoire Amarok mais également le dispositif *Aide Psychologique pour les Entrepreneurs en Souffrance Aiguë* (Apesa) créé au tribunal de commerce de Saintes et qui doit être progressivement déployé dans un nombre croissant de tribunaux de commerce.

Par ailleurs, sur le modèle en vigueur dans le monde agricole¹, vos rapporteurs estiment qu'il pourrait être permis aux chefs d'entreprise de demander à bénéficier d'un suivi de leur état de santé par le service de santé au travail de leur entreprise. Bien entendu, les dispositions relatives aux

¹ Les exploitants agricoles peuvent volontairement adhérer au service de santé au travail offert par la mutualité sociale agricole (MSA). Ils s'acquittent alors d'une cotisation annuelle spécifique. Cette faculté est toutefois très peu utilisée selon les réponses communiquées à vos rapporteurs par le ministère du travail.

visites obligatoires et aux avis d'aptitude ou d'inaptitude ne sauraient être étendues aux chefs d'entreprise et le SST n'interviendrait qu'à la demande du chef d'entreprise.

Compte tenu de son caractère facultatif, le coût marginal de ce suivi supplémentaire apparaît limité. Vos rapporteurs estiment donc qu'il peut être envisagé sans majoration de la cotisation versée par l'employeur au service de santé. Il conviendrait alors que les organes consulaires et les organisations patronales prennent leur part dans la sensibilisation des chefs d'entreprise et les incitent à faire usage de cette aide nouvelle qui leur serait proposée.

Proposition n° 11 : Intégrer les chefs d'entreprise dans l'effectif suivi par le SST d'une entreprise, sans majoration de la cotisation versée.

S'agissant des indépendants qui n'ont pas de salariés et qui ne cotisent donc pas en tant qu'employeurs à un SST, vos rapporteurs estiment qu'il serait souhaitable d'envisager un rattachement obligatoire au SST de leur choix. Les modalités de financement de ce rattachement restent toutefois à déterminer avec les représentants des TNS.

Proposition n° 12 : Prévoir un rattachement obligatoire des travailleurs non-salariés qui n'ont pas de salarié au SST de leur choix moyennant une cotisation individuelle.

La santé au travail des travailleurs des plateformes

En tant que travailleurs indépendants, les travailleurs utilisant des plateformes électroniques de mise en relation ne sont pas couverts par le système de santé au travail. Or, les activités qu'ils exercent peuvent présenter des risques professionnels importants, notamment dans le domaine du transport de personnes et dans celui de la livraison.

Toutefois, le développement de ces activités, dont la distinction avec le salariat est parfois remise en cause, pose plus largement des questions en matière de droit du travail et de protection sociale. Cette problématique mérite donc une approche qui dépasse le cadre de la santé au travail.

Votre commission a confié à M. Michel Forissier et Mmes Catherine Fournier et Frédérique Puissat une mission d'information sur le droit social applicable aux travailleurs indépendants économiquement dépendants, qui aura notamment vocation à se pencher sur cette question, qui ne peut être traitée dans le cadre du présent rapport.

3. Améliorer le suivi de l'état de santé des intérimaires et des sous-traitants

a) Un suivi lacunaire malgré des expositions plus fortes

Si les salariés temporaires font en principe partie du public suivi par les services de santé au travail, leur présence par nature intermittente au sein de l'entreprise rend leur suivi plus difficile. Or, en particulier lorsqu'ils exercent des métiers industriels, les intérimaires font face à des facteurs de risque importants.

Une étude de la Dares datant de 2018¹ fait ainsi apparaître que les ouvriers intérimaires sont davantage confrontés à des contraintes physiques mais également de rythme de travail que les autres ouvriers. Cette étude montre également que l'exposition apparemment moindre aux produits cancérogènes des intérimaires résulte d'une part de la réglementation² mais également d'une moindre connaissance de cette exposition par les médecins du travail. La Dares conclut donc que l'exposition des salariés intérimaires à des produits dangereux est certainement sous-évaluée.

Le développement de la sous-traitance et des contrats courts constitue également une problématique importante en termes de santé et de sécurité au travail. En effet, les travailleurs concernés exercent souvent des tâches impliquant une pluralité de risques physiques (port de charges), chimiques et biologiques (manipulation de produits dangereux par exemple dans le cas des agents de nettoyage) et organisationnels (horaires atypiques) alors que leur suivi est rendu plus difficile par leur présence irrégulière dans l'entreprise.

b) Permettre un suivi plus cohérent

Afin d'assurer un suivi plus cohérent et plus durable des intérimaires, il pourrait être envisagé de désigner des SST de branche. Ainsi, à l'échelle d'un territoire, qui peut être le département, l'ensemble des intérimaires d'une branche donnée serait suivi par un même SST accrédité à cet effet. Un mécanisme de reversement à ce SST des cotisations afférentes devra être prévu pour financer ce suivi.

Proposition n° 13 : Attribuer par convention le suivi de l'ensemble des intérimaires d'une branche au sein d'un même bassin d'emploi à un SSTI identifié à cet effet.

¹ Dares analyses, *Les ouvriers intérimaires sont-ils plus exposés aux risques professionnels ?* 9 octobre 2018.

² L'article D. 4154-1 du code du travail interdit d'employer des salariés titulaires d'un contrat de travail à durée déterminée et des salariés temporaires pour l'exécution des travaux les exposant à certains agents chimiques dangereux.

En ce qui concerne la sous-traitance d'activités au sein même d'une entreprise, vos rapporteurs préconisent que les salariés de sous-traitants intervenant au sein d'un établissement en vertu d'un contrat conclu pour une période minimale, déterminée par voie réglementaire, supérieure à deux mois soient suivis par le SST de l'entreprise utilisatrice. Dans un certain nombre de cas, il s'agirait d'un service de santé autonome, les entreprises ayant recours à la sous-traitance en interne étant généralement des grandes entreprises. Cela conduirait l'entreprise utilisatrice à prendre en compte l'ensemble des travailleurs intervenant dans ses locaux dans sa stratégie de prévention des risques.

Proposition n° 14 : Intégrer les salariés de sous-traitants, intervenant au sein d'une entreprise pendant une période minimale déterminée par voie réglementaire, dans les effectifs suivis par le SST de l'entreprise utilisatrice.

III. AMÉLIORER LES LEVIERS D'INTERVENTION DES ACTEURS DE LA SANTÉ AU TRAVAIL

A. DYNAMISER LE FINANCEMENT DES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL

1. Maintenir une distinction entre le financement de la sécurité sociale et le financement de la santé au travail

La cotisation versée par l'employeur au titre de l'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles est une cotisation de sécurité sociale qui s'inscrit dans une logique d'assurance et donc essentiellement de réparation. Elle est par nature distincte du financement par l'employeur de son obligation en matière de suivi de la santé de ses salariés, qui passe par la cotisation au service de santé au travail.

En cohérence avec leur attachement au maintien des missions actuelles des SSTI, vos rapporteurs sont défavorables à une fusion de ces deux contributions.

Il n'en demeure pas moins vrai que la fragmentation de la collecte par chaque SSTI des cotisations de leurs adhérents ne permet pas d'avoir une vision d'ensemble des flux financiers en jeu. Vos rapporteurs considèrent donc que, dans le cadre de la certification des SSTI, il serait pertinent que les informations relatives aux montants exigés et collectés soient communiquées aux Direccte et qu'une consolidation soit effectuée au niveau national par l'agence nationale de santé au travail.

Proposition n° 15 : Demander aux SST de transmettre aux Direccte les informations relatives aux montants collectés auprès des entreprises afin de permettre une consolidation au niveau national et une visibilité sur les flux financiers en cause.

2. Élargir les sources de financement des SSTI

a) Permettre une modulation des cotisations des SSTI

Aux termes de l'article L. 4622-6 du code du travail, les frais supportés par un SSTI sont répartis entre les employeurs adhérents « *proportionnellement au nombre des salariés* ». Malgré cette disposition, un certain nombre de SSTI pratiquait une tarification tenant compte de la masse salariale des entreprises adhérentes. En 2014, selon le centre interservices de santé et de médecine du travail en entreprise (Cisme), devenu Présance, 44 % des SSTI pratiquaient une tarification basée sur la masse salariale et 10 % une tarification mixte, seuls 46 % des services respectant strictement la règle législative.

La Cour des comptes relevait cet état de fait dans son rapport public thématique de 2012¹ et recommandait soit que les entorses à la loi soient sanctionnées soit que la règle soit modifiée.

À l'occasion de l'examen du projet de loi « Travail » de 2016², le Sénat avait adopté un amendement de notre collègue Michel Amiel³ visant à permettre les tarifications reposant sur la masse salariale. Cet amendement n'avait pas prospéré dans le texte sur lequel le Gouvernement avait engagé sa responsabilité.

Dans un arrêt récent⁴, la Cour de cassation a rappelé l'illégalité des tarifications ne reposant pas exclusivement sur le nombre de salariés, tout en considérant qu'une modulation tenant compte du nombre de salariés bénéficiant d'un suivi renforcé pouvait être appliquée.

Vos rapporteurs considèrent qu'il serait pertinent de laisser aux SSTI une certaine latitude pour déterminer les modalités de calcul de la cotisation demandée aux employeurs. Un encadrement de cette liberté, par exemple au travers de montants planchers et plafonds par salarié, pourrait être fixé dans les CPOM. Cette proposition suppose une modification législative.

Proposition n° 16 : Permettre aux SSTI de fixer leur cotisation en tenant compte d'autres critères que le seul nombre de salariés, dans un cadre défini par le CPOM.

b) Permettre l'affectation de ressources publiques aux SSTI

Par ailleurs, afin de dynamiser la capacité d'intervention des SSTI en faveur des petites entreprises qui ne disposent pas de la trésorerie nécessaire pour réaliser des investissements en faveur de la santé et de la sécurité de leurs salariés, il pourrait être envisagé de diversifier les sources de financement des SST en leur donnant accès à des fonds publics.

Vos rapporteurs considèrent notamment que les SSTI pourraient être affectataires d'une partie des ressources du fonds national de prévention des accidents du travail (FNPAT), dans un cadre qui devra être fixé par la COG conclue entre l'État et la branche AT-MP.

Les SSTI pourraient également bénéficier de crédits du programme 111 de la mission Travail et emploi, dont 24 millions d'euros étaient destinés en 2019 à la santé et à la sécurité au travail. L'attribution de tels financements passerait là encore par la contractualisation.

Proposition n° 17 : Faire bénéficier les SSTI de financements publics provenant du FNPAT et du budget de l'État pour le financement de projets ciblés.

¹ Cours des comptes, *les services de santé au travail interentreprises : une réforme en devenir, rapport public thématique, novembre 2012.*

² Loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels.

³ Amendement n° 910 au texte de la commission des affaires sociales, adopté le 24 juin 2016.

⁴ Cour de cassation, 19 septembre 2018, 17-16-219.

B. RENFORCER LES MOYENS DE CONSEIL ET DE CONTRÔLE DES CARSAT ET DES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL

1. Améliorer le suivi de l'exposition aux agents chimiques dangereux

Les pathologies liées à des produits chimiques dangereux interviennent généralement longtemps après l'exposition, d'où la nécessité d'assurer une traçabilité de l'exposition des travailleurs tout au long de leur vie professionnelle. Cette nécessité est d'autant plus forte pour les expositions dont on ne connaît pas encore avec précision l'ampleur du risque.

Or, ainsi que le souligne le rapport remis en août 2018 par le Pr Paul Frimat¹, la traçabilité est relativement récente et demeure morcelée. Au demeurant, les documents obligatoires et leur contenu ont évolué plusieurs fois au cours des dernières années.

L'attestation d'exposition, créée en 2001 pour les agents chimiques cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction et en 2003 pour les autres agents chimiques dangereux a été remplacée par une fiche de prévention des expositions aux facteurs de risques professionnels puis par une déclaration finalement supprimée par l'ordonnance du 22 septembre 2017 réformant le compte pénibilité².

Des informations sur l'exposition des travailleurs existent également dans le document unique d'évaluation des risques (DUERP) établi par l'employeur conformément à l'article R. 4121-1 du code du travail, dans la fiche d'entreprise établie par le médecin du travail (art. D. 4624-37) ainsi que dans la notice de poste prévue en cas d'exposition à des agents chimiques dangereux (art. R. 4412-39).

Cette complexité, peut contribuer à expliquer le respect insuffisant des obligations réglementaires, en particulier par les petites entreprises. Le rapport Frimat cite ainsi les chiffres du rapport 2016 de l'inspection du travail faisant apparaître que seulement 30 % des établissements contrôlés avaient pris en compte le risque chimique dans leurs DUERP, que 4 % des établissements tenaient à jour une liste des salariés exposés et 5 % des entreprises réalisaient une fiche d'exposition.

¹ Mission relative à la prévention et à la prise en compte de l'exposition des travailleurs aux agents chimiques dangereux, rapport remis à la ministre du travail et à la ministre des solidarités et de la santé le 31 août 2018.

² Ordonnance n° 2017-1389 du 22 septembre 2017 relative à la prévention et à la prise en compte des effets de l'exposition à certains facteurs de risques professionnels et au compte professionnel de prévention.

Sur la question spécifique des risques chimiques, vos rapporteurs renvoient aux conclusions du rapport Frimat qui vont dans le sens d'un suivi plus rigoureux mais plus simple des expositions aux agents chimiques dangereux. Il est notamment proposé de simplifier la réglementation (suppression de la distinction entre agents cancérigènes, mutagènes et toxiques pour la reproduction et risques et agents chimiques dangereux) en contrepartie d'un renforcement des sanctions (mise en place d'amendes administratives) et d'améliorer le suivi des salariés exposés par la création d'un dossier d'entreprise agréant les différentes informations disponibles.

2. Permettre aux Carsat de déployer une politique de prévention véritablement incitative

En plus du système de modulation de la cotisation AT-MP en fonction de la sinistralité, qui n'est pleinement applicable qu'aux entreprises de plus de 150 salariés, les Carsat disposent d'outils d'incitation financière à la mise en œuvre d'actions de prévention pour les entreprises de plus petites tailles.

Les entreprises de moins de 150 salariés peuvent ainsi bénéficier d'une ristourne représentant jusqu'à un quart du taux collectif qui leur est applicable aux employeurs ayant « *accompli un effort de prévention soutenu et pris dans ce sens des mesures susceptibles de diminuer la fréquence ou la gravité des accidents du travail et des maladies professionnelles* »¹. La Carsat peut à l'inverse imposer une cotisation supplémentaire en cas d'infraction constatée par l'inspection du travail ou en cas de non-respect de l'injonction qu'elle a prononcée à l'égard de l'employeur.

Par ailleurs, pour les entreprises de 10 à 19 salariés, le dispositif « prime-signal » qui doit entrer en vigueur le 1^{er} janvier 2022 entraînera une majoration dans la limite de 10 % de la cotisation (« signal ») des entreprises ayant des accidents du travail récurrents et une réduction forfaitaire (« prime ») pour celles ayant une démarche positive en matière de prévention. Le dispositif de signal devrait selon les estimations de la branche AT-MP concerner 6 % des 144 000 établissements de 10 à 19 salariés.

Vos rapporteurs suivront avec attention la mise en place de ce dispositif.

L'action des Carsat passe également par les aides financières simplifiées proposées aux petites entreprises afin de les aider à réaliser certains investissements en faveur de la prévention. L'arrêté du 9 décembre 2010 précise que ces aides s'adressent à des entreprises de 1 à 49 salariés et que leur montant maximal est de 25 000 euros. Les règles fixées par la branche AT-MP ajoutent une condition relative au co-financement de l'investissement par l'entreprise bénéficiaire.

¹ Arrêté du 9 décembre 2010 relatif à l'attribution de ristournes sur la cotisation ou d'avances ou de subventions ou à l'imposition de cotisations supplémentaires en matière d'accidents du travail ou de maladies professionnelles.

Vos rapporteurs considèrent qu'il serait souhaitable d'assouplir les conditions d'attribution des AFS, afin de permettre, pour les très petites entreprises ne disposant pas de la trésorerie nécessaire, une prise en charge totale de l'investissement. Afin de ne pas déresponsabiliser les employeurs et de ne pas diluer excessivement l'enveloppe totale dont dispose la branche AT-MP, il conviendrait que les conditions d'un tel financement intégral tenant à la taille des entreprises bénéficiaires, à la nature des investissements envisagés soient précisées par la convention d'objectifs et de gestion. En contrepartie, les entreprises bénéficiaires pourraient faire l'objet de contrôles renforcés de la part des Carsat.

Proposition n° 18 : Autoriser les Carsat à financer directement et intégralement des dispositifs de prévention pour les TPE et, en contrepartie, renforcer la périodicité des contrôles effectués par les Carsat sur les entreprises concernées.

C. RELEVER LE DÉFI DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE

La pénurie des ressources médicales dans le domaine de la santé au travail pèse sur la capacité du système à assurer un suivi médical de qualité des travailleurs. Le nombre insuffisant de médecins du travail dans certains territoires conduit à de fortes disparités dans l'effectif maximal de travailleurs suivis par le médecin du travail ou l'équipe pluridisciplinaire, fixé par l'agrément du SSTI¹. Selon les chiffres communiqués par l'association Présance, le nombre de médecins du travail et de collaborateurs médecins au sein des SSTI s'est établi à 3 883 en 2018, en diminution de 4 % par rapport à 2017.

L'attractivité de cette spécialité reste problématique. L'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et l'inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche (IGAENR) relevaient, dans leur rapport de 2017 sur l'attractivité et la formation des professions de santé au travail², que le nombre de postes en internat n'était pas pourvu en 2016, avec 72 postes choisis par les étudiants en médecine pour devenir médecins du travail sur 150 postes offerts. En termes d'attractivité, la spécialité se classait dernière à l'issue des épreuves classantes nationales en 2016, derrière la médecine générale, la biologie médicale, la santé publique et la psychiatrie.

¹ Aux termes de l'article D. 4622-48 du code du travail, « l'agrément fixe l'effectif maximal de travailleurs suivis par médecin du travail ou, pour les services de santé au travail interentreprises, par l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail. »

² CHASTEL, Xavier, SIAHMED, Hamid, et BLEMONT, Patrice, Attractivité et formation des professions de santé au travail, rapport de l'inspection générale des affaires sociales et de l'inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche, n° 2017-023R (IGAS) et n° 2017-057 (IGAENR), août 2017.

Plusieurs explications ont été avancées par les représentants de la médecine du travail pour comprendre ce déficit d'attractivité préoccupant :

- reste perçu comme ambigu le positionnement du médecin du travail vis-à-vis de la hiérarchie administrative du SST et des employeurs qui, en tant que financeurs du SST et titulaires de la présidence de son conseil d'administration, sont identifiés comme ayant « autorité » sur le SST. Le code du travail consacre pourtant l'indépendance du médecin du travail qui bénéficie d'un statut de salarié protégé, son licenciement ou le non-renouvellement, le cas échéant, de son contrat à durée déterminée ne pouvant intervenir qu'après autorisation de l'inspection du travail, après avis du médecin inspecteur du travail¹ ;

- alors même que le travail influence considérablement l'état de santé des patients, les spécificités de la médecine du travail restent méconnues dans le tronc commun des études médicales. Le caractère noble de cette spécialité, liée au poids important de la prévention des risques professionnels et des exigences de sécurité dans le dialogue social de l'entreprise, est très insuffisamment valorisé dans les premières années de formation des médecins ;

- la situation actuelle de la médecine du travail fait craindre aux potentiels aspirants à cette spécialité, compte tenu des moyens matériels limités des SST et d'éventuelles pressions de la part des employeurs, l'incapacité en pratique d'assumer leurs obligations déontologiques et réglementaires dans de bonnes conditions. La possibilité pour l'employeur de saisir le conseil de l'ordre d'une plainte contre le médecin du travail, ouverte depuis une modification réglementaire de 2007² et confirmée par la jurisprudence administrative³, a été particulièrement mal accueillie par la profession.

1. Renforcer l'attractivité de la médecine du travail

Afin de renforcer l'attractivité de la médecine du travail, la très grande majorité des personnes auditionnées par vos rapporteurs appelle à une mise en œuvre rapide des préconisations formulées en 2017 par le rapport IGAS-IGAENR précité, dont encore trop peu ont trouvé à s'appliquer à cette date.

¹ Art. L. 4623-5 et L. 4623-5-1 du code du travail.

² Décret n° 2007-552 du 13 avril 2007 relatif à la composition, aux modalités d'élection et au fonctionnement des conseils de l'ordre des infirmiers et à la procédure disciplinaire applicable aux infirmiers et modifiant le code de la santé publique, ayant modifié l'article R. 4126-1 du code de la santé publique.

³ Conseil d'État, 4^e et 5^e chambres réunies, 11 octobre 2017, n° 403576.

Si les SST sont autorisés à accueillir des internes en médecine du travail¹, voire des étudiants inscrits en deuxième cycle des études médicales, la sensibilisation de l'ensemble des étudiants en médecine aux enjeux du suivi de l'état de santé des salariés en entreprise mériterait d'être systématisée plus tôt dans leur cursus.

En application d'un arrêté de 2013², les stages obligatoirement accomplis pour une durée totale de 36 mois par les étudiants de deuxième cycle incluent « *des stages dans des unités de soins où ils participent à l'activité hospitalière* » et « *un stage chez un ou des médecins généralistes* ». Ce n'est donc que dans le cadre du stage librement choisi par l'étudiant entre la validation du deuxième cycle et la nomination en qualité d'interne que la découverte de la médecine du travail peut avoir lieu.

En cohérence avec l'objectif d'une meilleure articulation de la médecine générale avec la médecine du travail, vos rapporteurs considèrent que le stage réalisé auprès d'un ou plusieurs médecins généralistes pourrait être l'occasion pour l'étudiant de deuxième cycle de découvrir le suivi médical des travailleurs en ayant la possibilité d'effectuer une partie de ce stage en alternance entre le cabinet de médecine générale et un SST. Ce stage de découverte contribuerait au rapprochement entre ces deux spécialités, en conduisant le maître de stage médecin généraliste et le maître de stage médecin du travail à s'entendre sur une organisation du stage qui permettrait à l'étudiant de mesurer l'impact du travail sur l'état de santé de la population générale.

Proposition n° 19 : Autoriser les étudiants du deuxième cycle des études médicales à effectuer une partie de leur stage obligatoire de médecine générale en alternance entre un cabinet de médecine générale et un SST.

En outre, vos rapporteurs plaident pour l'introduction de modules de formation obligatoires dans les enseignements du premier comme du deuxième cycle des études médicales consacrés aux enjeux du suivi de l'état de santé des travailleurs. La prévention étant affichée comme la priorité du Gouvernement dans le cadre du programme « Ma Santé 2022 », il importe de sensibiliser les étudiants de médecine le plus tôt possible à l'impact de l'environnement professionnel sur la santé.

Vos rapporteurs restent, par ailleurs, attachés à une médecine du travail identifiée comme une médecine de prévention et non de soins, les SST ayant pour mission exclusive, aux termes de l'article L. 4622-2 du code du travail, « *d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail.* » Par définition, les médecins du travail ne sont ainsi pas autorisés à prescrire des médicaments et produits de santé, à l'exception des vaccins et substituts nicotiniques.

¹ Après avoir été agréés en ce sens par le directeur général de l'ARS.

² Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales.

Ils peuvent, en revanche, prescrire des examens complémentaires à l'occasion de l'évaluation de l'aptitude du travailleur, pour le dépistage d'une maladie professionnelle ou d'une maladie susceptible de mettre en danger l'entourage professionnel du travailleur¹, ainsi que des examens spécialisés complémentaires s'ils le jugent utile dans le cadre du suivi des travailleurs de nuit². Vos rapporteurs estiment que ces dispositions suffisent à permettre aux médecins du travail de procéder à la surveillance ou à la biosurveillance de l'état de santé des travailleurs, sous réserve de la capacité du SST ou de l'employeur à prendre en charge les examens complémentaires correspondants.

Ils partagent néanmoins le souhait émis par l'association nationale des internes en médecine du travail (Animt) de permettre aux médecins du travail de jouir d'un droit de prescription dans le strict cadre de l'exercice d'une spécialité complémentaire acquise, par exemple, par la voie d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC)³. La possibilité d'exercer dans des domaines de spécialisation transversaux étroitement liés à la prévention, tels que l'allergologie, l'addictologie, la nutrition ou encore la médecine du sport, peut en effet contribuer à l'attractivité de la médecine du travail tout en apportant une forte valeur ajoutée au suivi médical des travailleurs.

Proposition n° 20 : Autoriser les médecins du travail à prescrire dans le cadre strict de l'exercice d'une spécialité complémentaire transversale étroitement liée à la prévention (allergologie, addictologie, nutrition, médecine du sport...).

Enfin, vos rapporteurs appellent à renforcer les liens entre les SST et les centres de consultation de pathologie professionnelle (CCPP) des centres hospitaliers universitaires (CHU)⁴. Il convient, pour ce faire, de faciliter l'ouverture aux médecins du travail exerçant en SST l'activité de praticien attaché des hôpitaux⁵.

2. Expérimenter une plus grande fluidité entre la médecine du travail et les autres spécialités médicales

Outre les mesures tendant à renforcer l'attractivité de la médecine du travail auprès des étudiants en médecine, dont les effets mettront un certain temps à se matérialiser, il est indispensable d'expérimenter dans l'immédiat des dispositifs susceptibles de répondre dans l'urgence au problème de la démographie médicale dans certaines zones sous-dotées en

¹ Art. R. 4624-35 du code du travail.

² Art. R. 4624-37 du code du travail.

³ Rapport de l'IGAS et de l'IGAENR précité, p. 4.

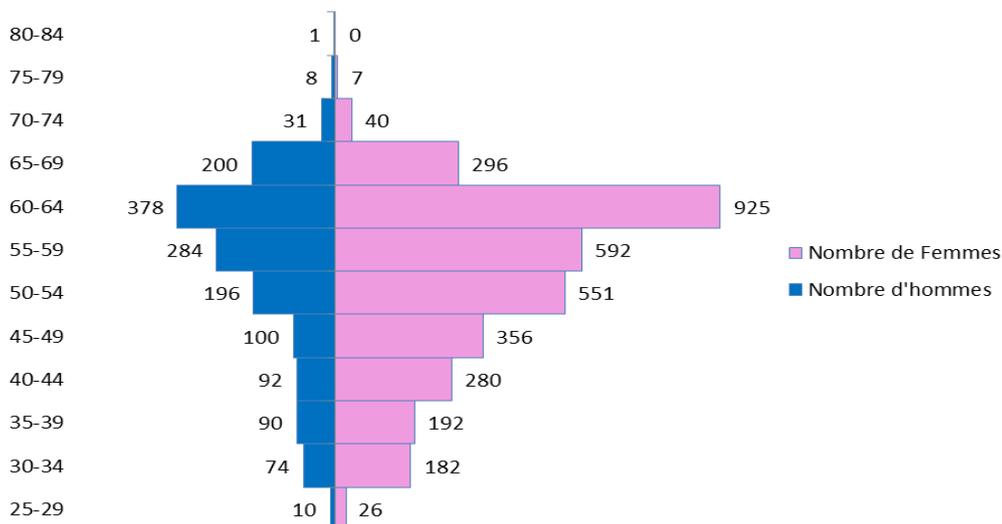
⁴ L'Ansés dénombre 30 CCPP à l'heure actuelle sur le territoire.

⁵ Un praticien attaché peut exercer en établissement hospitalier à raison d'une à dix demi-journées hebdomadaires.

médecins du travail. Les constats de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du ministère des solidarités et de la santé et du conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) sur l'état de la démographie des médecins du travail sont en effet préoccupants quant aux perspectives en termes de renouvellement générationnel des médecins du travail dans plusieurs départements :

- en 2016, la médecine du travail était la quatrième spécialité avec l'âge moyen le plus élevé (55 ans), derrière la chirurgie maxillo-faciale et la stomatologie (55,6 ans), la recherche médicale (57,4 ans) et la gynécologie (60,9 ans). Selon la pyramide des âges des médecins du travail en 2018, plus de 56,2 % des médecins du travail ont plus de 55 ans ;

Pyramide des âges des médecins du travail en exercice en 2018



Source : Conseil national de l'ordre des médecins, Atlas national 2018 – Approche territoriale des spécialités

- les écarts de densité sont significatifs sur le territoire, avec une population de médecins du travail significativement plus âgée dans les départements les moins densément pourvus dans cette spécialité : les quatre départements les moins bien dotés sont la Meuse (1,5 médecin du travail pour 100 000 habitants), la Haute-Marne (2,2), l'Allier (2,3) et l'Ariège (2,5), et présentent la triste particularité de ne disposer d'aucun médecin du travail de moins de 40 ans (100 % des médecins du travail installés dans la Meuse ayant du reste plus de 60 ans). Les quatre départements les mieux dotés en médecins du travail sont Paris (21,1 médecins du travail pour 100 000 habitants), les Hauts-de-Seine (13,5), le Bas-Rhin (11,5) et les Bouches-du-Rhône (10,1), avec une proportion de médecins du travail de plus de 60 ans qui reste comprise entre 31,6 % (Bouches-du-Rhône) et 46,6 % (Paris).

Le rapport précité de l'IGAS et de l'IGAENR de 2017 concluait à un effet positif de la pleine application de la réforme de 2016 sur la résolution du problème de la pénurie de médecins du travail à l'horizon 2030 à l'échelle nationale, en estimant qu'elle devrait permettre d'assurer un suivi dans des conditions réglementaires avec les effectifs projetés, soit 4 200 médecins en SSTI et en SSTA. Il soulignait toutefois la probabilité que de fortes disparités territoriales subsistent.

Dans ce contexte, vos rapporteurs estiment que des dispositifs facilitant une plus grande fluidité entre la médecine du travail et les autres spécialités doivent être expérimentés, sans pour autant remettre en cause la place centrale du médecin du travail dans le suivi de l'état de santé des travailleurs.

Ils recommandent, en particulier, d'autoriser, dans les zones sous-dotées en médecins du travail identifiées par l'ARS, la mise en place de conventions entre la Direccte et les SST permettant le suivi médical des salariés par des médecins non spécialisés en médecine du travail qui auraient signé des protocoles de collaboration avec des SST et présenteraient des garanties en termes de formation à la prévention des risques professionnels et d'évaluation de l'aptitude des travailleurs.

Ces protocoles, signés après avis du CNOM, s'inspireraient des dispositions de l'article L. 4625-2 du code du travail qui autorisent, par la voie d'un accord collectif de branche, le suivi médical des salariés du particulier employeur et des mannequins par des médecins non spécialisés en médecine du travail ayant signé avec un SSTI un protocole prévoyant « *les garanties en termes de formation des médecins non spécialistes, les modalités de leur exercice au sein du service de santé au travail ainsi que l'incompatibilité entre la fonction de médecin de soin du travailleur ou de l'employeur et le suivi médical du travailleur prévu par le protocole.* »

En cas de difficulté ou de désaccord avec les avis délivrés par les médecins non spécialistes, l'employeur ou le travailleur gardent la possibilité de solliciter un examen médical auprès d'un médecin du travail appartenant au SSTI ayant signé le protocole.

<p>Proposition n° 21 : Autoriser, dans des zones sous-dotées en médecins du travail, la signature d'un protocole de collaboration entre le SST et des médecins non spécialisés en médecine du travail pour assurer le suivi médical de travailleurs.</p>

3. Renforcer la pluridisciplinarité au sein des services de santé au travail

Aux termes de l'article L. 4622-8 du code du travail, l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail des SST comprend, outre le médecin du travail et les collaborateurs médecins, des internes en médecine du travail, des intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP) et des infirmiers. Elle peut, en outre, compter sur le concours d'assistants de SST (ASST)¹ et de professionnels recrutés après avis du médecin du travail.

En créant le statut de collaborateur médecin au sein de l'équipe pluridisciplinaire animée et coordonnée par le médecin du travail, la réforme de 2011 a facilité les passerelles vers la spécialité de médecine du travail. Les collaborateurs médecins sont des médecins non spécialistes en médecine du travail qui s'engagent dans une formation universitaire leur permettant de prétendre à la qualification ordinaire en médecine du travail. La direction générale du travail du ministère du travail souligne le succès de cette nouvelle voie d'accès à la médecine du travail, en indiquant qu'entre 2013 et 2016, le nombre de collaborateurs médecins est passé de 146 à 326, soit une progression de 122 %².

Selon les données communiquées par l'association Présance, les effectifs en SSTI d'infirmiers diplômés d'État en santé au travail (IDEST), d'IPRP et d'ASST se sont établis en 2018 respectivement à 1 778, 1 543 et 5 816, soit des progressions de 22 %, 11 % et 7 % par rapport à 2017. Il est à noter que la catégorie des IPRP intègre des fonctions variées, allant des psychologues du travail aux ergonomes, en passant par les toxicologues, les spécialistes des enjeux de l'organisation du travail ou encore les ingénieurs qualité-hygiène-sécurité-environnement (QHSE).

Bien que seuls les SSTI soient tenus de mettre en place une équipe pluridisciplinaire de santé au travail, un nombre significatif de SSTA tend à développer cette organisation.

Dans un souci d'optimisation du temps médical disponible, le médecin du travail peut déléguer, dans le cadre de protocoles écrits, certaines de leurs missions aux collaborateurs médecins, qui peuvent ainsi réaliser les visites médicales d'aptitude pour les salariés bénéficiant d'un suivi individuel renforcé, ainsi qu'aux internes, mais également aux IDEST et aux ASST³.

¹ Qui assurent notamment des missions de secrétariat médical et peuvent assister les professionnels de santé pendant les consultations.

² Conseil national d'orientation des conditions de travail, direction générale du travail du ministère du travail, Conditions de travail – Bilan 2017, 2018.

³ Art. R. 4623-14 du code du travail.

Afin d'élargir les responsabilités qui pourraient être exercées par les IDEST sous la supervision du médecin du travail, vos rapporteurs proposent d'élargir le champ de l'exercice infirmier en pratique avancée à la médecine du travail. Dans ce cadre, les infirmiers en pratique avancée pourraient développer une expertise spécifique dans le diagnostic de certains risques professionnels dont la prévention est identifiée comme prioritaire (troubles musculo-squelettiques, troubles auditifs et problèmes respiratoires, par exemple).

Un décret du 18 juillet 2018¹ limite aujourd'hui l'exercice infirmier en pratique avancée à trois champs : les pathologies chroniques stabilisées ; l'oncologie et l'hémo-oncologie ; la maladie rénale chronique, la dialyse et la transplantation rénale.

Proposition n° 22 : Élargir le champ de l'exercice infirmier en pratique avancée au diagnostic de certains risques professionnels.

Par ailleurs, afin de susciter plus de vocation chez les étudiants infirmiers pour l'exercice en SST, il convient de compléter la formation initiale des infirmiers par des modules obligatoires d'initiation à la santé au travail.

Afin de permettre aux SST de s'investir pleinement dans une démarche proactive d'accompagnement des entreprises, en particulier des TPE/PME, il importe de leur faciliter l'accès aux ressources, notamment humaines, disposant d'une connaissance solide des dispositifs de prévention. Vos rapporteurs appellent donc à autoriser la mise à disposition par l'agence nationale de la santé au travail et les caisses régionales de la santé au travail au bénéfice des SST de moyens humains et financiers leur permettant de mettre en œuvre des actions de prévention auprès des entreprises.

L'agence pourra en effet compter sur des ressources à forte valeur ajoutée issues de l'expertise de l'OPPBTP et de l'INRS et les caisses régionales de la santé au travail disposeront d'un large éventail de préventeurs spécialistes de l'ensemble des risques professionnels grâce notamment à l'expertise accumulée par les Aract.

Proposition n° 23 : Autoriser la mise à disposition par l'agence nationale de la santé au travail et par les caisses régionales de la santé au travail au bénéfice des SST de moyens humains et financiers pour la réalisation d'actions de prévention au sein des entreprises.

¹ Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée.

4. Rééquilibrer l'accès à la ressource médicale entre les SSTA et les SSTA

Dans ses réponses au questionnaire adressé par vos rapporteurs, la DGT souligne que, de manière générale, les SSTA ont plutôt tendance à capter la ressource médicale, en raison de conditions d'exercice et de rémunération bien souvent plus attractives que dans les SSTA. À titre d'exemple, dans les Pays de la Loire, on dénombre 1 624 salariés suivi par un médecin en SSTA, contre 4 831 suivis par un médecin en SSTA, soit un rapport de presque un à trois.

Vos rapporteurs plaident, par conséquent, pour la mise en place de mesures de nature à garantir une mutualisation de la ressource médicale entre SSTA et SSTA. Elle propose ainsi, dans les zones où des écarts significatifs sont observés entre les effectifs de salariés suivis par un médecin du travail en SSTA et un médecin du travail en SSTA, de responsabiliser plus fortement les SSTA, en prévoyant dans les conditions de leur certification une mutualisation obligatoire du temps médical entre SSTA et SSTA, avec mise à disposition partielle du médecin du travail par les SSTA au profit des SSTA. Cette solution semble plus opérationnelle qu'une contribution financière additionnelle des entreprises recourant à un SSTA.

Proposition n° 24 : Prévoir, dans les conditions de certification des SSTA dans les zones où des écarts importants d'accès à la ressource médicale sont observés entre SSTA et SSTA, une mutualisation obligatoire du temps médical entre SSTA et SSTA, avec mise à disposition partielle du médecin du travail par les SSTA au profit des SSTA.

IV. ANCRER PLEINEMENT LA SANTÉ AU TRAVAIL DANS LE PARCOURS DE SOINS DU TRAVAILLEUR

A. FAIRE DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL LE LEVIER D'UNE RÉELLE POLITIQUE DE PRÉVENTION PRIMAIRE

La prévention tout au long de la vie constitue un axe prioritaire de la stratégie nationale de santé 2018-2022 et a donné lieu à la mise en place, en 2018, du plan « Priorité prévention ». Dans cette logique, la COG de la branche AT-MP pour la période 2018-2022 accorde une large place à l'effort de prévention en milieu de travail : au-delà de la prévention de risques ciblés (TMS, exposition aux substances cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques – CMR–, chutes de hauteur), elle met l'accent sur l'expérimentation et le déploiement d'actions de prévention primaire dans le souci de développer une véritable culture de prévention, notamment par la voie de la formation initiale et continue ou encore en renforçant l'offre de prévention des RPS.

Si le montant alloué aux aides financières simplifiées et aux contrats de prévention a été significativement revalorisé dans le cadre de cette nouvelle COG, le principal défi reste de mobiliser les plus petites entreprises autour de ces dispositifs. Lors de son audition par votre commission en octobre 2018 sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019¹, Mme Marine Jeantet, alors directrice des risques professionnels à la CNAM, avait rappelé qu'« *il n'est pas facile de dépenser plus en matière de prévention. Nos actions s'inscrivent dans une logique de co-financement avec les entreprises, il faut donc trouver des partenaires qui s'engagent.* »

1. Mobiliser les SST pour fournir un accompagnement personnalisé aux TPE et PME

Les entreprises, tout particulièrement les TPE et PME, doivent être plus fortement sensibilisées à l'enjeu de la prévention des risques professionnels qui est encore largement perçu comme une démarche contraignante et bureaucratique. Dans le paysage fragmenté des acteurs de la prévention, les employeurs des TPE/PME ne sont pas en mesure d'identifier l'interlocuteur à privilégier afin de les accompagner efficacement dans la définition d'une stratégie de prévention : ils ne sont bien souvent pas en capacité d'élaborer un dossier solide de candidature aux aides financières simplifiées ou aux contrats de prévention, quand ils n'ignorent pas l'existence de ces dispositifs.

¹ Audition du 31 octobre 2018 :

(<http://www.senat.fr/compte-rendu-commissions/20181029/soc.html#toc3>).

Le renforcement de la collaboration entre les Carsat/Aract et les SST devrait permettre de rationaliser le circuit d'accès des entreprises aux instruments d'aide au développement de la prévention, en particulier les aides financières simplifiées et les contrats de prévention, encore insuffisamment mobilisés par les TPE. Le montant annuel de ces dispositifs a été fortement revalorisé dans le cadre de la COG de la branche AT-MP pour la période 2018-2022 : il devrait s'établir à 85 millions d'euros¹ en début d'exécution, et être porté pendant les deux dernières années de mise en œuvre de la COG à 100 millions d'euros.

Vos rapporteurs recommandent ainsi que, dans le cadre d'un protocole défini par l'agence nationale de la santé au travail, chaque caisse régionale de la santé au travail confie aux SST les premières étapes d'élaboration et d'instruction des demandes formulées par les entreprises pour bénéficier des aides financières simplifiées ou conclure un contrat de prévention. Les échanges entre le SST et l'entreprise sur le contenu du dossier de candidature permettront de consolider un véritable projet de prévention, en particulier pour les TPE qui nécessitent un accompagnement personnalisé dans la formulation de leurs besoins et que le SST pourra leur apporter.

La caisse régionale de la santé au travail conservera la décision finale d'attribution des aides au projet co-construit entre l'entreprise et le SST. En cas d'attribution de l'aide, la caisse régionale de la santé au travail confiera au SST le soin de veiller à sa bonne mise en œuvre.

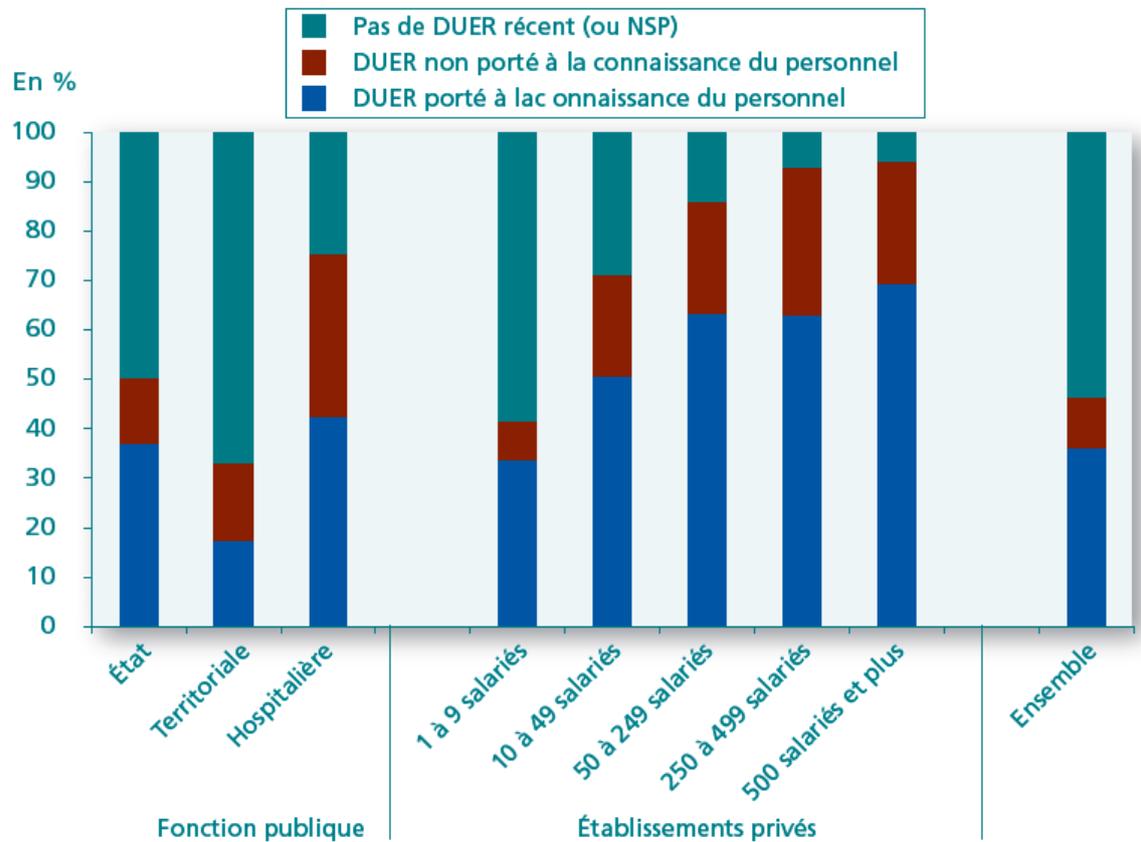
Proposition n° 25 : Charger les SST d'accompagner les entreprises dans l'élaboration de dossiers de candidature aux aides financières simplifiées ou aux contrats de prévention.

L'élaboration du document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) est en outre encore perçue comme une contrainte bureaucratique, et non comme une démarche au service de l'entreprise, du bien-être de ses salariés et de la performance collective. Selon la dernière enquête sur les conditions de travail de 2013 (celle de 2016 portait sur les risques psychosociaux), seulement 46 % des employeurs ont élaboré ou mis à jour un DUERP au cours des douze mois précédant l'enquête, bien qu'il s'agisse d'une obligation depuis 2001². Plus de 50 % des entreprises de moins de 10 salariés ne disposaient pas d'un DUERP récent, contre moins de 10 % des entreprises de plus de 500 salariés. Seule la fonction publique territoriale fait pire, avec près de 70 % des collectivités répondantes indiquant ne pas disposer d'un DUERP récent.

¹ Contre 50 millions d'euros sous la précédente COG.

² Dares, « La prévention des risques professionnels – Les mesures mises en œuvre par les employeurs publics et privés », Dares-Analyses, n° 013, mars 2016.

Évaluation des risques professionnels en France



Lecture : dans la fonction publique d'État, 50 % des établissements ont actualisé le DUER au cours des 12 derniers mois, 37 % l'ont porté à la connaissance de leurs salariés et 13 % non.

Champ : établissements d'un salarié ou plus ; France entière.

Source : enquête Conditions de travail 2013, volet employeurs.

Source : Dares, « La prévention des risques professionnels – Les mesures mises en œuvre par les employeurs publics et privés », Dares-Analyses, n° 013, mars 2016

Le déroulement du procès des dirigeants de France Télécom pour harcèlement moral au premier semestre 2019 a contribué à donner une nouvelle actualité à la responsabilité des employeurs en matière de santé et sécurité de leurs salariés, en mettant en avant la problématique de plus en plus prégnante de la souffrance au travail et son caractère multiforme.

Le système français de santé au travail, fondé sur une logique assurantielle puissante héritée d'un compromis remontant à 1898, est en effet appelé à se réformer profondément pour tenir compte des mutations du travail des deux dernières décennies. Le principe de la présomption de responsabilité civile sans faute de l'employeur, posé par la loi du 9 avril 1898 sur l'indemnisation des accidents du travail et ouvrant droit, pour la victime, à une réparation forfaitaire et non intégrale, est de plus en plus remis en cause par les associations de victimes et leurs ayants-droits qui n'hésitent plus à poursuivre l'employeur pour faute inexcusable.

Les procédures judiciaires visant à établir les manquements des employeurs à leur obligation de sécurité se sont multipliées depuis la redéfinition par la Cour de cassation de la faute inexcusable de l'employeur à l'occasion de plusieurs arrêts rendus sur des affaires liées à l'amiante au cours de l'année 2002 : *« en vertu du contrat de travail le liant à son salarié, l'employeur est tenu envers celui-ci d'une obligation de sécurité de résultat, notamment en ce qui concerne les maladies professionnelles contractées par ce salarié du fait des produits fabriqués ou utilisés par l'entreprise ; que le manquement à cette obligation a le caractère de faute inexcusable. »*¹

On reste encore loin de la situation américaine où la mise en cause de la responsabilité de l'employeur peut donner lieu à des condamnations financières très importantes. Néanmoins, l'extension en 2019 par la jurisprudence de la Cour de cassation² du périmètre du préjudice d'anxiété devrait logiquement inviter les employeurs à une prise de conscience accrue du risque judiciaire qui pourrait découler de l'absence de mise en œuvre de mesures de protection et de prévention.

Dans ce contexte de judiciarisation des conflits en santé au travail, les employeurs doivent renforcer leurs efforts pour démontrer qu'ils ont mis en œuvre toutes les précautions nécessaires pour protéger leurs salariés des risques évitables.

Vos rapporteurs sont ainsi convaincus que le DUERP doit s'imposer comme le document stratégique permettant de démontrer l'implication de l'employeur dans la mise en œuvre de son obligation de sécurité. Elle recommande, par conséquent, que le DUERP fasse l'objet d'une rédaction commune entre l'employeur, les représentants du personnel et le SST, avant qu'il ne soit soumis pour validation aux instances représentatives du personnel. Impliqué très en amont de la procédure d'élaboration du DUERP, le SST aura la responsabilité de réaliser l'inventaire de tous les risques, de proposer des outils de nature à protéger les salariés et d'accompagner l'entreprise dans la collecte des données collectives et individuelles d'exposition.

¹ Cour de cassation, chambre sociale, 28 février 2002, arrêts n° 837, 838, 842 et 844.

² Cour de cassation, assemblée plénière, 5 avril 2019, arrêt n° 643 : quand bien même celui-ci ne relèverait pas du champ des entreprises défini par l'article 41 de la LFSS pour 1999 qui détermine les conditions dans lesquelles les travailleurs exposés à l'amiante peuvent prétendre au versement de l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (Acaata) dès lors qu'ils ont travaillé au sein d'établissements de fabrication de matériaux contenant de l'amiante, d'établissements de flocage et de calorifugeage à l'amiante et d'établissements de construction et de réparation navales. Cour de cassation, chambre sociale, 11 septembre 2019, arrêt n° 1188 : la Cour de cassation a étendu le périmètre du préjudice d'anxiété à l'exposition à toutes les substances toxiques.

Le DUERP deviendra ainsi un document stratégique contractuel définissant non seulement les engagements de l'employeur mais également ceux du SST dans le déploiement de la stratégie de prévention de l'entreprise : il précisera ainsi les actions en milieu de travail qui devront obligatoirement être conduites par le SST, de même que, par exemple, l'assistance que ce dernier fournira dans l'élaboration des dossiers de demandes d'aides financières simplifiées ou de contrats de prévention. Il convient, en particulier, de rendre obligatoire la réalisation par le SST d'actions en milieu de travail au sein de toutes les entreprises de moins de dix salariés qui requièrent un accompagnement de proximité.

Proposition n° 26 : Imposer une rédaction commune du DUERP entre l'employeur, les représentants du personnel et le SST.

Proposition n° 27 : Rendre obligatoire la réalisation par le SST d'actions en milieu de travail au sein de toutes les entreprises de moins de dix salariés.

L'accompagnement du SST peut s'avérer également particulièrement précieux dans l'élaboration de l'accord ou du plan d'action de prévention des risques professionnels que toutes les entreprises de plus de 50 salariés doivent désormais mettre en œuvre depuis le 1^{er} janvier 2019, en application d'une des ordonnances « Macron »¹ prises en 2017. Cette ordonnance a inséré dans le code du travail la notion d'indice de sinistralité : les entreprises présentant un indice de sinistralité supérieur à un seuil fixé par décret sont tenues d'engager la négociation d'un accord en faveur de la prévention des effets de l'exposition à une série de facteurs de risques professionnels, dits « facteurs de pénibilité ».

2. Décloisonner la médecine du travail et la médecine de ville et hospitalière

Par ailleurs, le réseau des CCPP des CHU et le réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P) animé par l'ANSÉS constituent une source exceptionnelle d'expertise dans l'identification des risques professionnels, notamment émergents. Il convient d'amener les SST à capitaliser, dans le cadre de conventions avec les CHU et les agences sanitaires, sur ces connaissances scientifiques pour déployer une réelle politique de prévention primaire au sein des entreprises, mais également mieux détecter les maladies d'origine professionnelle.

Proposition n° 28 : Imposer aux SST de passer des conventions de partenariat avec les CHU disposant de CCPP et les agences sanitaires impliquées dans le RNV3P afin de déployer une politique de prévention primaire au sein des entreprises et de mieux détecter les maladies d'origine professionnelle.

¹ Ordonnance n° 2017-1389 du 22 septembre 2017 relative à la prévention et à la prise en compte des effets de l'exposition à certains facteurs de risques professionnels et au compte professionnel de prévention.

Enfin, l'investissement du SST dans le renforcement de la prévention primaire dans le milieu de travail passe par un renforcement de la collaboration entre le médecin du travail et le médecin traitant. L'interconnexion grandissante entre la vie personnelle et la vie professionnelle et son poids sur l'état de santé du patient militent pour un accès élargi de ces professionnels aux données de santé du patient.

L'article 51 de la loi « Santé » du 24 juillet 2019¹ a ainsi permis d'intégrer le dossier médical de santé au travail (DMST), alimenté par le médecin du travail, dans le dossier médical partagé (DMP) du patient et a autorisé l'accès au DMST, sauf opposition du patient, à son médecin traitant ou hospitalier afin que ceux-ci puissent prendre en compte les éléments relatifs à son environnement professionnel dans la construction de son parcours de soins. L'article précité met fin à l'interdiction absolue d'accès de la médecine du travail au DMP mais n'autorise pour l'heure le médecin du travail qu'à verser dans le DMP des documents, comme par exemple des fiches d'exposition.

Vos rapporteurs estiment indispensable de poursuivre le renforcement de la collaboration entre la médecine du travail et la médecine de ville, sous réserve que l'accord du travailleur ait été systématiquement recherché par le médecin du travail. Ils proposent ainsi que le salarié puisse consentir à l'accès, partiel ou total, à son DMP par le médecin du travail, en gardant à tout moment la possibilité de revenir sur les conditions de cet accès. Le travailleur pourra alors décider de la nature des informations issues de son parcours de soins en ville ou à l'hôpital qu'il souhaite porter à la connaissance du médecin du travail.

Une meilleure compréhension par les médecins du travail du parcours de soins et des traitements des personnes souffrant de maladies chroniques, notamment les personnes atteintes de cancer, leur permettra d'anticiper les aménagements nécessaires au maintien en emploi des personnes concernées.

Proposition n° 29 : Autoriser l'accès, partiel ou total, du médecin du travail au DMP sous réserve du consentement explicite du travailleur.

Il pourrait être envisagé de permettre également des téléconsultations entre le médecin du travail et le médecin traitant afin notamment que les éventuelles contraintes du parcours de soins du patient soient prises en compte dans l'aménagement de ses conditions de travail.

Proposition n° 30 : Autoriser, avec le consentement du patient, des téléconsultations entre le médecin du travail et le médecin traitant.

¹ Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

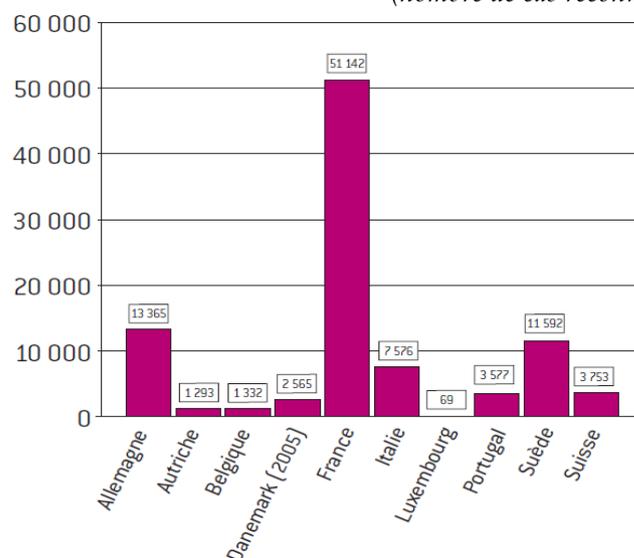
B. RÉNOVER LE SYSTÈME DE RECONNAISSANCE DES MALADIES PROFESSIONNELLES

1. Une modernisation du système rendue incontournable par les mutations profondes du monde du travail

D'après les études comparatives conduites par Eurogip, la France se situe parmi les pays européens reconnaissant le plus de maladies professionnelles.

Nombre de cas de maladies professionnelles reconnues en 2006 Comparaison entre plusieurs pays européens

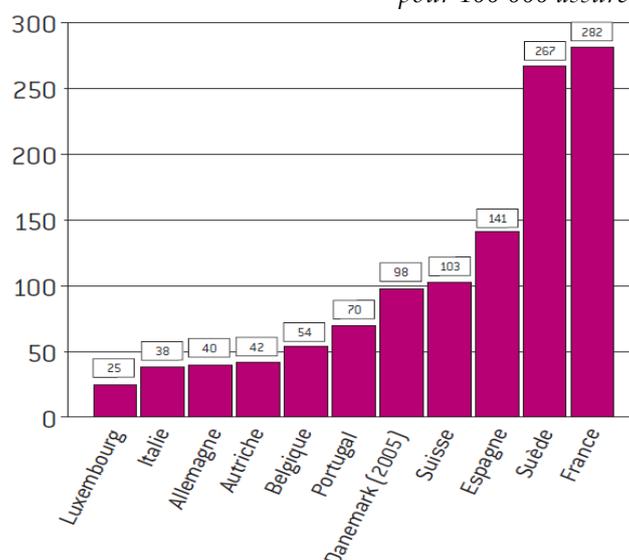
(nombre de cas reconnus)



Source : Eurogip, Les maladies professionnelles en Europe
- Statistiques 1990-2006, janvier 2009

Taux de reconnaissance des maladies professionnelles en 2006 Comparaison entre plusieurs pays européens

(nombre de maladies reconnues
pour 100 000 assurés)



Source : Eurogip, Les maladies professionnelles en Europe
- Statistiques 1990-2006, janvier 2009

L'enjeu prioritaire semble donc, à ce stade, résider moins dans la sous-reconnaissance des maladies professionnelles que dans leur sous-déclaration. La sous-déclaration d'un certain nombre de maladies, dont l'origine professionnelle reste pourtant bien documentée (cancers professionnels, TMS, RPS...), débouche en effet sur une prise en charge exclusive par l'assurance maladie. Selon les données du programme « maladies à caractère professionnel »¹ (MCP) de Santé publique France, entre 50 % et 75 % des TMS qui entrent dans le cadre d'un tableau de maladies professionnelles ne seraient pas déclarés.

Dans son rapport de juin 2017², la commission chargée d'évaluer tous les trois ans le coût réel de cette sous-déclaration a conclu à une estimation de son coût située dans une fourchette comprise entre 815 millions d'euros et 1,53 milliard d'euros, dont 755 millions d'euros à 1,42 milliard d'euros au titre des maladies professionnelles. Comme l'indique la direction de la sécurité sociale, ce phénomène de sous-déclaration peut s'expliquer tant par la persistance de comportements de dissimulation de la part des employeurs en vue de prévenir un rehaussement de leur taux de sinistralité (et donc de leur cotisation AT-MP), que par l'insuffisante connaissance par les victimes et leurs ayants-droits de leurs droits à réparation, de même que par l'insuffisante sensibilisation des médecins traitants et hospitaliers à l'impact de l'environnement professionnel sur l'état de santé.

Pour autant, des marges d'amélioration du système français de reconnaissance des maladies professionnelles existent. Le monde du travail connaît en effet des mutations technologiques telles qu'une réactualisation périodique des tableaux de maladies professionnelles s'impose, de même qu'une adaptation des procédures dérogatoires de reconnaissance des maladies hors tableau. La procédure de reconnaissance des maladies professionnelles par la voie des tableaux de maladies professionnelles, de droit commun, se caractérise en effet par une lenteur inhérente au poids de la négociation entre partenaires sociaux qui peuvent bien souvent porter des intérêts contradictoires.

** Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

¹ Santé publique France définit les maladies à caractère professionnel comme « toute maladie susceptible d'être d'origine professionnelle et non reconnue en maladie professionnelle par un régime de sécurité sociale. »

² Commission instituée par l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale, Estimation du coût réel pour la branche maladie, de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles, rapport au Parlement et au Gouvernement, 30 juin 2017.

Les procédures de reconnaissance des maladies professionnelles en France

- *La procédure de droit commun : les tableaux des maladies professionnelles*

Aux termes de l'article L. 461-1 du code de la sécurité sociale, « est présumée d'origine professionnelle toute maladie désignée dans un tableau de maladies professionnelles et contractée dans les conditions mentionnées à ce tableau. » En application de l'article L. 461-2 du même code, les tableaux de maladies professionnelles recensent les affections présumées résulter de l'exposition à des agents nocifs, d'infections microbiennes ou d'une ambiance ou d'attitudes particulières nécessitées par l'exécution des travaux limitativement énumérés.

En pratique, la création et l'actualisation des tableaux de maladies professionnelles sont le résultat d'une concertation entre l'administration et la commission spécialisée n° 4 relative aux pathologies professionnelles, dite « CS4 », formation du conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT). La CS4 est composée des administrations concernées¹, de représentants des salariés et des employeurs, des organismes nationaux d'expertise et de prévention² et de personnes qualifiées nommées en raison de leur connaissance de la problématique³.

Le programme de travail annuel de la CS4 est établi par le ministère du travail, en lien avec le ministère des solidarités et de la santé, après avis de la commission et sur la base des propositions de création ou de modification des tableaux adressées par les personnalités qualifiées, les partenaires sociaux ou l'administration⁴.

- *La voie dérogatoire : les comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles*

L'article L. 461-1 du code de la sécurité sociale prévoit que lorsque les conditions tenant au délai de prise en charge, à la durée d'exposition ou à la liste limitative des travaux ne sont pas remplies ou lorsqu'une maladie n'est pas inscrite dans un tableau de maladies professionnelles, une procédure dérogatoire de reconnaissance des maladies professionnelles, faisant appel à une expertise individuelle, peut être engagée.

La demande de reconnaissance de maladie professionnelle de l'assuré est alors soumise par la caisse primaire d'assurance maladie concernée (CPAM) à un comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) composé de trois médecins, dont l'avis est contraignant : le médecin conseil régional ou son représentant, le médecin inspecteur régional du travail ou son représentant et un professeur des universités praticien hospitalier (PU-PH) qualifié en matière de pathologies professionnelles.

Les CRRMP examinent chaque année un nombre croissant de dossiers - près de 23 000 en 2017 - alors que, dans le même temps, la ressource médicale diminue. La concomitance de ces deux phénomènes entraîne des délais d'examen importants par les comités, préjudiciables aux assurés. Un décret du 7 juin 2016⁵ est intervenu pour renforcer l'action des comités dans les cas les plus complexes, notamment les dossiers de pathologies psychiques.

La part des dossiers concernant des maladies non inscrites sur des tableaux de maladies professionnelles est en augmentation continue depuis 2010 et a atteint 16,7 % des demandes traitées par les CRRMP en 2017, pour un pourcentage de reconnaissance de 36 %. Cette progression est en partie alimentée par les demandes de reconnaissance de troubles psychosociaux, en augmentation de 42 % en 2017.

Source : Commission des affaires sociales du Sénat, rapport n° 111 (2018-2019) de M. Jean-Marie Vanlerenberghe, Mme Catherine Deroche, MM. Bernard Bonne, Gérard Dériot, René-Paul Savary et Mme Élisabeth Doineau sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019

¹ Direction générale du travail, direction de la sécurité sociale.

² ANSéS, Santé publique France.

³ Professeur des universités praticien hospitalier (PU-PH), associations de victimes.

⁴ Sur la période 2014-2017, trois tableaux ont ainsi été révisés, tandis que deux ont été créés.

⁵ Décret n° 2016-756 du 7 juin 2016 relatif à l'amélioration de la reconnaissance des pathologies psychiques comme maladies professionnelles et du fonctionnement des comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles.

Lors de son audition par votre commission le 11 octobre 2018 sur le PLFSS pour 2019, la ministre des solidarités et de la santé avait regretté le manque d'expertise scientifique dans l'élaboration des listes de maladies professionnelles. La Cour des comptes estimait pour sa part, en septembre 2018, que *« même lorsque de forts indices scientifiques ou des certitudes existent en ce qui concerne le lien de causalité, ils ne suffisent pas pour qu'une inscription au tableau ou une mise à jour soient engagées, en raison de l'imbrication des phases d'expertise technique et de décision administrative ou politique. Les partenaires sociaux interviennent tant dans la phase de négociation sociale visant à déterminer ce qui est susceptible d'entrer dans le champ de la réparation que dans la phase scientifique permettant de faire l'état des causes d'une pathologie donnée. La présomption d'imputabilité y relève de la négociation et non de critères scientifiquement établis. »*¹

Dans le rapport de la commission des affaires sociales du Sénat sur le PLFSS pour 2019, notre collègue Gérard Dériot rappelait toutefois que la décision finale de créer ou modifier un tableau ou d'établir des recommandations aux CRRMP relevait de la responsabilité de l'État. Dans ces conditions, il insistait sur *« la responsabilité de l'État qui dispose de toute la latitude réglementaire et politique nécessaire pour reconnaître une maladie professionnelle par décret, l'avis de la CS4 demeurant non contraignant. À cet égard, il convient de souligner le retard important généralement pris par l'État pour publier les décrets relatifs à la création ou la révision des tableaux de maladies professionnelles : à titre d'exemple, le décret du 5 mai 2017 réformant les tableaux relatifs notamment aux affections périarticulaires et au carcinome hépatocellulaire a été publié bien après des avis de la CS4 remontant à octobre 2013, novembre 2014 et janvier et mai 2015. »*

Vos rapporteurs saluent l'effort de rationalisation de la phase d'expertise scientifique de la révision des tableaux de maladies professionnelles, qui se manifeste par une plus grande implication des agences sanitaires et tout particulièrement de l'ANSéS, désormais chargées des études collectives et pluridisciplinaires². La négociation entre les partenaires sociaux est ainsi réservée à la recommandation adressée à l'État d'inscrire ou non une pathologie sur un tableau de maladies professionnelles ou de modifier un tableau.

La commission d'enquête de l'Assemblée nationale sur les maladies professionnelles dans l'industrie a formulé en juillet 2018 plusieurs propositions susceptibles d'améliorer la reconnaissance des maladies professionnelles.

¹ Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2008.

² Complétées, le cas échéant, par une analyse médico-économique de la Haute Autorité de santé.

Propositions en lien avec la reconnaissance des maladies professionnelles de la commission d'enquête de l'Assemblée nationale sur les maladies et pathologies professionnelles dans l'industrie (risques chimiques, psychosociaux ou physiques) et les moyens à déployer pour leur élimination

Proposition n° 20 : Rapprocher les critères, voire les modes d'instruction, des régimes de l'invalidité et de la maladie professionnelle pour amorcer leur convergence vers le haut.

Proposition n° 21 : En cas de dépression médicalement avérée, renverser la charge de la preuve du lien essentiel et direct avec l'activité professionnelle.

Proposition n° 22 : Expérimenter, pour une durée limitée, l'abaissement à 10% ou la suppression du taux minimal d'incapacité professionnelle permanente nécessaire à la reconnaissance de pathologies comme maladies professionnelles.

Proposition n° 23 : En cas de maladie professionnelle résultant d'expositions subies chez plusieurs employeurs, permettre que la caisse primaire puisse effectuer un partage des responsabilités entre les employeurs successifs et, le cas échéant, les responsables de l'environnement de travail.

Proposition n° 24 : Introduire dans le code de la sécurité sociale une disposition expérimentale prévoyant la possibilité d'intégrer dans les tableaux, un critère additionnel concernant les conditions de diagnostic susceptibles de provoquer la reconnaissance d'une maladie professionnelle.

Proposition n° 25 : Créer une base de données nationale publique permettant de recenser les cas présentés devant les CRRMP et les jurisprudences pertinentes, à des fins d'études et d'harmonisation des décisions des CRRMP ainsi que de production d'indications susceptibles de faire avancer les tableaux de maladies professionnelles.

Proposition n° 26 : Prévoir des formations des membres de la CSSCT et du CSE à l'information et à l'assistance des salariés à la procédure de reconnaissance des maladies professionnelles.

Proposition n° 27 : Ouvrir la possibilité au CSE ou à la CSSCT d'être sollicité dans le cadre de la procédure de reconnaissance, pour annexer des observations au dossier constitué par la caisse primaire ou directement par le CRRMP.

Proposition n° 28 : Mettre en place un cercle vertueux entre la reconnaissance et la prévention des maladies professionnelles, reposant sur :

- l'identification et l'imputation de chaque cas avéré de maladies professionnelles à un poste de travail et à un responsable de l'environnement de travail ;
- le signalement aux institutions représentatives du personnel de chaque cas et des mesures d'évaluation et de réduction du risque avéré ;
- l'imposition d'un malus pour les entreprises n'ayant pas pris les mesures nécessaires pour éliminer un risque avéré de maladie professionnelle.

Proposition n° 29 : Prévoir des indicateurs standardisés pour les efforts en matière de lutte contre les maladies professionnelles et la qualité, hygiène, sécurité, environnement (QHSE) à faire figurer dans le bilan social de l'entreprise.

Proposition n° 30 : Prévoir qu'en cas de faute inexcusable de l'employeur ou de manquements graves et répétés aux règles de santé et de sécurité au travail, l'employeur se voie contraint de présenter et d'exécuter un plan de rétablissement des conditions normales de travail.

Proposition n° 31 : Élargir, notamment dans le domaine des affections psychiques, le champ des pathologies d'origine professionnelle sous-déclarées devant faire l'objet d'une prise en charge par la branche AT-MP.

Source : Rapport fait au nom de la commission d'enquête de l'Assemblée nationale sur les maladies et pathologies professionnelles dans l'industrie (risques chimiques, psychosociaux ou physiques) et les moyens à déployer pour leur élimination, M. Julien Borowczyk, président, M. Pierre Dharréville, rapporteur, 19 juillet 2018

De même, notre collègue député Gérard Sebaoun avait émis en février 2017 plusieurs recommandations dans le sens d'une meilleure reconnaissance de l'origine professionnelle de certains troubles psychiques dans son rapport d'information sur le syndrome d'épuisement professionnel ou *burn out*¹. Il invitait notamment à une meilleure information des salariés, à un renforcement des moyens des CRRMP, à une révision du taux minimal d'incapacité professionnelle permanente nécessaire à la reconnaissance d'une pathologie psychique comme maladie professionnelle et à une habilitation du médecin du travail à attester de l'origine professionnelle d'une pathologie.

Si elle partage l'esprit de ces recommandations, vos rapporteurs insistent sur la nécessité de tenir compte de l'origine multifactorielle d'un grand nombre de pathologies, notamment psychiques, dont le développement peut être lié tant à la vie personnelle et familiale et au comportement propre du travailleur qu'à son environnement professionnel. Ils proposent par conséquent d'inscrire dans la loi la possibilité, pour certaines pathologies multifactorielles déterminées par décret, d'instituer un système de pourcentage de risque attribuable pour tenir compte de l'existence de facteurs non professionnels dans l'émergence et l'évolution d'une maladie.

**« Fraction attribuable et risques professionnels »
par A. Gilg Soit Ilg et N. Fouquet (Santé publique France)**

La fraction attribuable est un concept épidémiologique. Selon Santé publique France, peu de travaux français récents permettent d'objectiver quantitativement le poids des pathologies d'origine professionnelle, pour la plupart non-spécifiques. C'est dans ce contexte que la direction « santé travail » (DST) de Santé publique France a développé des méthodes d'estimation de part attribuable, au travers de divers programmes :

- pour les cancers : estimation du poids de nuisances professionnelles cancérogènes en utilisant des outils spécifiques à la situation française, c'est-à-dire les matrices emplois-expositions en population générale du programme « Matgéné » de la DST ;

- pour les troubles musculo-squelettiques : estimation du poids de l'activité professionnelle dans la survenue de pathologies traceuses de TMS (syndrome du canal carpien et hernie discale).

¹ Rapport d'information de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale en conclusion des travaux de la mission d'information relative au syndrome d'épuisement professionnel (ou burn out), par M. Gérard Sebaoun, 15 février 2017.

Des résultats de ces programmes, Santé publique France tire les conclusions suivantes en matière de santé publique et de prévention :

- ils ont mis en évidence le poids considérable de l'activité professionnelle et des facteurs de risque associés dans la survenue de pathologies liées au travail dans la population française ;

- ils démontrent l'importance de la sous réparation des pathologies liées aux expositions professionnelles ;

- l'identification de la fraction attribuable doit permettre un meilleur repérage des expositions à risque, de mettre en place des stratégies de prévention différenciées selon les emplois et de promouvoir l'information auprès des professionnels de santé avec un renforcement de la formation sur les pathologies liées aux expositions professionnelles et sur les aspects médico-sociaux, et des patients sur leurs droits en matière de reconnaissance en maladie professionnelle.

Source : A. Gilg Soit Ilg, N. Fouquet, et al., « Fraction attribuable et risques professionnels », Les rencontres de Santé publique France, 30-31 mai et 1^{er} juin 2017 :

www.rencontresantepubliquefrance.fr/wp-content/uploads/2017/06/GILG_FOUQUET.pdf

Cette plus grande souplesse dans l'identification de la part attribuable à l'environnement professionnel dans l'émergence et le développement d'une maladie permettra de mieux lutter contre la sous-déclaration des maladies professionnelles. L'établissement de l'origine professionnelle, même partielle, de la pathologie contribuera également à mieux responsabiliser les employeurs dès lors que cette reconnaissance aura un impact sur leur sinistralité et donc leur taux de cotisation AT-MP.

Proposition n° 31 : Instituer, pour certaines pathologies multifactorielles déterminées par décret, un système de pourcentage de risque attribuable à l'environnement professionnel.

2. L'enjeu de la prévention des risques psychosociaux et de l'amélioration de la qualité de vie au travail

a) Les risques psychosociaux, nouveau « mal du siècle » ?

La prise en charge des risques psychosociaux (RPS) est particulièrement délicate dès lors que leur émergence se trouve au confluent de la vie professionnelle et de la vie personnelle. La difficulté à établir clairement le lien entre une pathologie psychique et l'activité professionnelle a conduit, jusqu'à cette date, à écarter la mise en place d'un tableau de maladies professionnelles spécifique aux RPS.

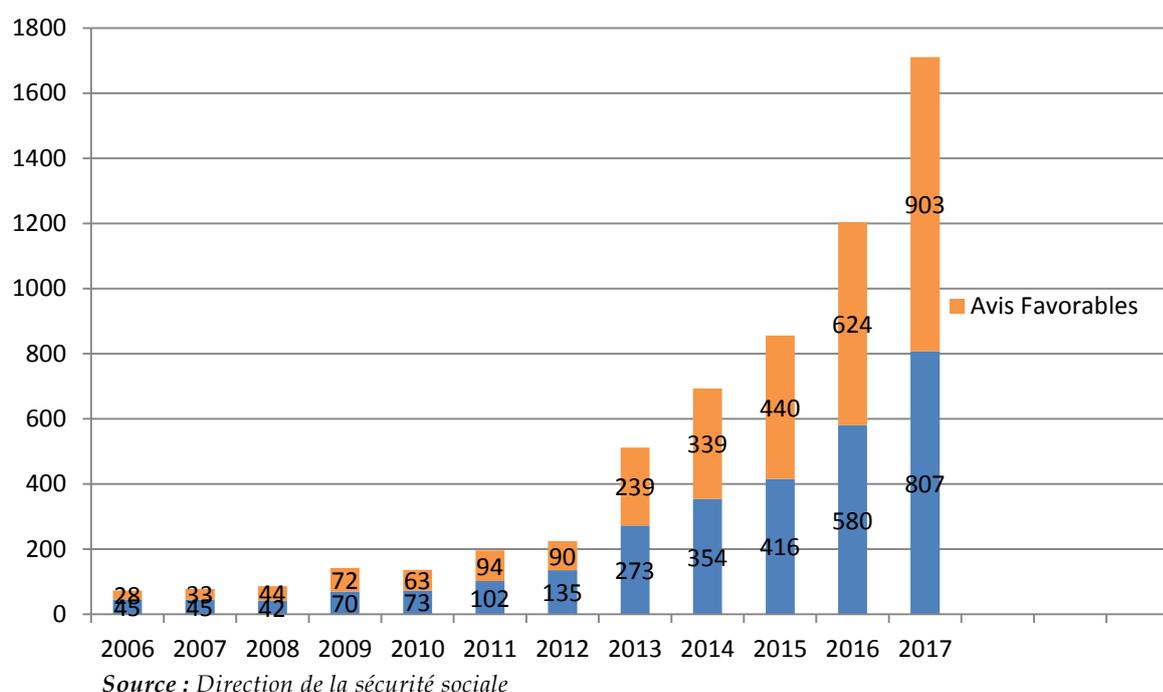
Le monde contemporain du travail présente aujourd'hui un paradoxe. La préservation de l'état de santé des travailleurs impliqués dans des formes pénibles de travail, en particulier dans le secteur industriel, a tendance globalement à s'améliorer. En revanche, l'intensification du travail et les pressions qui lui sont associées, en termes de performance,

d'engagement et de responsabilisation des travailleurs, se manifeste par une certaine réticence de la part des employeurs à consentir à plus de souplesse dans l'organisation du travail : le présentéisme est bien souvent encore privilégié par rapport au télétravail, et la délégation de responsabilités s'accroît sans pour autant que les collaborateurs concernés se voient accorder les moyens et marges de manœuvre correspondants.

Les troubles psychosociaux d'origine professionnelle sont aujourd'hui vingt fois plus déclarés en accident du travail qu'en maladie professionnelle, en étant par exemple associés au choc résultant d'une agression, d'un entretien, de l'annonce d'un refus d'avancement ou de progression professionnelle... L'employeur ayant l'obligation légale de déclarer un accident du travail, l'identification de l'élément déclencheur sur le lieu de travail est plus aisée.

En dépit des recommandations émises par la CS4 du COCT en vue d'harmoniser les pratiques de reconnaissance des troubles psychiques d'origine professionnelle entre CRRMP, le nombre de reconnaissances reste limité : les critères sont en effet exigeants et bien souvent difficiles à apprécier. Si la définition de certaines affections pouvant avoir un lien avec le travail est désormais relativement bien documentée (dépression, anxiété généralisée ou encore état de stress post-traumatique)¹, le taux d'incapacité permanente prévisible minimal de 25 % à la date de la demande rend difficile la reconnaissance d'une pathologie psychique évolutive.

Évolution du nombre d'affections psychiques examinées par les CRRMP sur la période 2006-2017 (tous régimes)



¹ Santé publique France surveille les RPS à partir de l'enquête Sumer (surveillance médicale des expositions aux risques professionnels), avec la mise en place prochaine de cohortes.

En application de l'article L. 4122-1 du code du travail, « *il incombe à chaque travailleur de prendre soin, en fonction de sa formation et selon ses possibilités, de sa santé et de sa sécurité ainsi que de celles des autres personnes concernées par ses actes ou ses omissions au travail.* » La préservation de la santé physique et mentale des salariés est donc une responsabilité non seulement de l'employeur mais également de chaque travailleur et de l'ensemble du collectif de travail. Afin de permettre à chaque salarié d'assumer ses responsabilités en la matière, il convient donc que l'employeur réponde à son obligation de moyens en prenant les mesures nécessaires pour protéger la santé physique et mentale des travailleurs précisées à l'article L. 4121-1 du même code, qui doivent comprendre « *des actions d'information et de formation* ».

Si les actions de sensibilisation aux RPS se développent auprès des encadrants, elles ne semblent concerner encore que marginalement les travailleurs non encadrants. Or la prévention et l'identification d'une situation de RPS, de même que le protocole de gestion de ce type de risque professionnel, doivent être maîtrisées par l'ensemble du collectif de travail.

Par ailleurs, les personnels des missions d'inspection du travail sont généralement les premiers sollicités par les personnes s'estimant victimes d'une situation de RPS aggravée, notamment en cas de harcèlement. Il importe donc qu'ils soient également bien préparés à la gestion de ces situations par la voie de la formation.

Afin de généraliser la sensibilisation à la prévention et à la gestion des RPS à l'ensemble des travailleurs, vos rapporteurs proposent qu'un système incitatif soit mis en place par la CNAM et les Carsat/Aract afin d'encourager les employeurs à donner à leurs salariés les moyens de se former à cet enjeu. Une ristourne sur le taux de cotisation AT-MP pourrait ainsi être accordée aux entreprises ayant permis, en interne ou en externe, la formation d'au moins 50 % de leur effectif à la prévention et à la gestion des RPS dans un délai déterminé par la caisse régionale de la santé au travail, après avis du SST.

<p>Proposition n° 32 : Accorder une ristourne sur le taux de cotisation AT-MP aux entreprises ayant permis la formation d'au moins 50 % de leur effectif à la prévention et à la gestion des RPS dans un délai déterminé par la caisse régionale de la santé au travail.</p>

En outre, vos rapporteurs considèrent qu'une meilleure prévention des RPS au travail implique :

- une meilleure sensibilisation, par la voie de la formation, des encadrants, de l'ensemble des salariés mais aussi des personnels de l'inspection du travail à la prévention des RPS et à l'importance de l'organisation du travail sur l'état de santé des salariés. Un plan national de formation en ce sens pourrait être piloté par l'agence nationale de la santé au

travail qui habiliterait des organismes de formation qui, sur la base du volontariat, s'engageraient à respecter un référentiel commun de formation à la prévention et à la gestion des RPS. Ce plan serait en partie financé par le FNPAT ;

- la présence obligatoire dans tous les SST d'un psychologue du travail au sein de l'équipe pluridisciplinaire ou le conventionnement du SST avec une structure disposant de psychologues et de spécialistes des RPS ;

- l'association du service social du travail à l'équipe de santé pluridisciplinaire des SST ou le renforcement du lien entre les SST et les services sociaux du travail autonomes des entreprises de plus de 250 salariés. Animé par un assistant social du travail ou un conseiller du travail, le service social du travail veille au bien-être des travailleurs et concourt à l'amélioration de la qualité de vie au travail par une meilleure articulation de la vie professionnelle avec la vie personnelle et familiale.

Proposition n° 33 : Déployer, sous l'égide de l'agence nationale de la santé au travail, un plan de formation national à destination des encadrants, des salariés et des personnels de l'inspection du travail à la prévention des RPS et à l'évaluation de l'impact de l'organisation du travail sur l'état de santé des salariés.

Proposition n° 34 : Rendre obligatoire la présence dans tous les SST d'un psychologue du travail au sein de l'équipe pluridisciplinaire ou le conventionnement du SST avec une structure disposant de psychologues et de spécialistes de la prévention et de la gestion des RPS.

Proposition n° 35 : Renforcer la collaboration entre l'équipe pluridisciplinaire des SST et les services sociaux du travail en matière d'amélioration de la qualité de vie au travail.

b) Faire du travail un facteur d'épanouissement individuel et collectif

Le déplacement effectué par vos rapporteurs au Danemark leur a permis de prendre la mesure du retard accumulé par notre pays dans l'adaptation des modes d'organisation du travail aux besoins des travailleurs. La prévention de l'usure professionnelle, ou *burn out*, et le développement d'une culture d'entreprise misant sur un *management* bienveillant et à l'écoute se sont imposés au Danemark où le bien-être au travail est devenu un enjeu réputationnel pour les entreprises. Celles-ci attachent désormais une grande importance à la mise en œuvre de modes d'organisation du travail adaptés aux besoins et contraintes des salariés.

Dans un contexte de *quasi*-plein emploi, de nombreuses entreprises rivalisent d'innovations pour attirer une main d'œuvre particulièrement exigeante sur la qualité de vie au travail. Cette dernière donnée est objectivée au Danemark par un classement obligatoire des entreprises selon leur niveau de respect des standards en matière de santé au travail, tant physique que psychique.

La santé au travail au Danemark

Le respect par les entreprises de la réglementation danoise en santé au travail (« *Working Environment Act* », législation adoptée en 2005¹ et amendée à plusieurs reprises jusqu'en 2015²) est contrôlé par l'autorité danoise de l'environnement professionnel (« *Arbejdstilsynet* »), qui s'appuie sur environ 600 personnes, dont près de 200 inspecteurs du travail.

L'autorité de l'environnement professionnel requiert de chaque entreprise qu'elle fasse l'objet d'une évaluation triennale de son niveau de conformité aux standards de qualité de la santé au travail afin de se voir décerner, par un organisme accrédité, un certificat de conformité³.

Les résultats de cette évaluation sont rendus publics sur le site du conseil de l'environnement professionnel (« *Working Environment Council* ») de chaque secteur professionnel, sous la forme de « *smileys* » de quatre niveaux :

- un « *smiley* » prenant la forme d'une couronne royale récompense des efforts exceptionnels mis en œuvre pour garantir un haut niveau de santé et sécurité ;

- un « *smiley* » vert atteste de la conformité de l'entreprise aux standards de santé et sécurité de la réglementation en vigueur ;

- un « *smiley* » jaune indique que l'entreprise a fait l'objet d'une injonction de la part de l'autorité pour procéder à une amélioration, soit dans un délai déterminé soit immédiatement ;

- un « *smiley* » rouge indique que l'entreprise a fait l'objet d'une injonction ou d'un avis de suspension ou d'interdiction d'activité.

Plusieurs dispositions réglementaires¹ mettent en outre l'accent sur la qualité dite « psychosociale » de l'environnement professionnel :

- toutes les tâches du travail doivent être réalisées d'une manière conforme aux exigences de santé et de sécurité, à la lumière à la fois d'une évaluation individuelle et d'une évaluation globale des conditions de travail physiques, ergonomiques et psychosociales qui, à court ou long terme, pourraient avoir un impact sur la santé physique ou mentale des employés ;

- l'autorité de l'environnement professionnel peut, en cas de situation de travail exerçant un effet délétère physique ou mental, demander à ce que des mesures de santé et sécurité soient entreprises pour y remédier ;

- en matière de performance au travail, des efforts doivent être conduits afin de garantir :

- que soit évité ou allégé tout travail dont le caractère monotone aurait un impact négatif sur la santé physique ou mentale à court ou long terme ;

- que le rythme de travail n'induisse pas de risque pour la santé physique ou mentale à court ou long terme ;

- que soit évité ou allégé tout travail en isolement qui aurait un impact négatif sur la santé physique ou mentale à court ou long terme ;

- doit être évitée toute situation de harcèlement, dont le harcèlement sexuel.

¹ « Danish Working Environment Act No. 268 of 18 March 2005 ».

² « Act no. 1869 of 29 December 2015 on amending the Working Environment Act ».

³ Articles 65a à 65c du « Consolidated Danish Working Environment ».

La stratégie gouvernementale danoise en matière de santé au travail pour la période 2012-2020 avait fixé des objectifs ambitieux dans la réduction des RPS qui n'ont toutefois pas été atteints : la proportion d'employés exposés à des RPS a légèrement augmenté sur la période 2012-2018, comme l'ont confirmé à vos rapporteurs les représentants du ministère danois du travail. Dans ces conditions, le nouvel accord politique danois sur la santé au travail a choisi de mettre l'accent sur la réduction du stress au travail en fixant un objectif de réduction de 20 % du nombre de salariés se déclarant sous pression psychologique au travail.

¹ « Executive Order No. 559 of 17. June 2004 on the Performance of Work ».

Source : Commission des affaires sociales du Sénat

En France, l'accord national interprofessionnel (ANI) du 19 juin 2013 « Vers une politique d'amélioration de la qualité de vie au travail et de l'égalité professionnelle » a permis d'engager un certain nombre d'entreprises dans la mise en œuvre d'une approche plus systémique de la qualité de vie au travail comme facteur de bien-être et de santé des travailleurs et d'inviter à un dialogue social renforcé sur cet enjeu. Plusieurs personnes auditionnées par vos rapporteurs ont néanmoins regretté la permanence, dans l'esprit de certains dirigeants d'entreprise, de schémas d'organisation du travail anciens misant sur le séquençage ou la standardisation des tâches sans prise en compte de leur impact sur le bien-être du travailleur (taylorisme, toyotisme, fordisme...).

Dans sa contribution adressée à vos rapporteurs, la confédération française démocratique du travail (CFDT) rappelle ainsi que la qualité de vie au travail est envisagée dans l'ANI de 2013 sous les angles des relations de travail, de la qualité du contenu du travail, de la qualité du dialogue social, de la qualité de l'environnement physique de travail et de la conciliation de la vie personnelle et de la vie professionnelle. Pour autant, elle reste, selon la CFDT, encore trop peu examinée à la lumière des enjeux d'organisation du travail.

Les labels de qualité de vie au travail, qui se multiplient en France, peuvent être décernés par des organismes privés lucratifs (palmarès « *Best Workplaces* » du cabinet « *Great Place to Work* », ou label « *Happy at Work* » délivré par le cabinet « *Choose My Company* », par exemple) ou non lucratifs (trophées QVT délivrés par certaines Aract), sans que ces démarches aient fait l'objet d'une évaluation par un tiers de confiance à partir d'un référentiel ou d'un cahier des charges reconnus au niveau national. La tentation est donc grande pour certaines entreprises candidates à ces labels de se cantonner à la mise en place de mesures ponctuelles, sans véritablement se livrer à une réflexion structurante.

L'établissement d'un label public unique aurait finalement peu de sens compte tenu des spécificités de chaque secteur d'activité. Là où ils existeront, les CSE constitueront le lieu idéal pour que le collectif de travail se positionne sur les aspects d'organisation du travail et d'amélioration de la qualité de vie au travail. Vos rapporteurs plaident donc pour l'inscription de l'amélioration de la qualité de vie au travail et la pleine prise en compte des enjeux d'organisation du travail dans les missions de l'agence nationale de santé au travail, du réseau des SST et des futures caisses régionales de la santé au travail. Une évaluation périodique de la qualité de vie au travail des entreprises par les SST pourra ainsi être conduite tous les trois ans au travers d'un questionnaire anonymisé rempli par les salariés. Pour les salariés dont le temps de travail relève d'une convention de forfait, ce questionnaire devrait notamment porter sur la conciliation entre vie personnelle et vie professionnelle. Les résultats de cette évaluation permettront d'identifier les entreprises dans lesquelles une réflexion sur l'organisation du travail doit être conduite, avec un plan d'action co-construit entre l'employeur, les représentants du personnel, le SST et les experts en qualité de vie au travail de la caisse régionale de la santé au travail.

Le cas échéant, les résultats de cette évaluation doivent déboucher sur la co-construction entre l'employeur, les représentants du personnel et le SST d'un plan d'action en faveur de l'amélioration de la qualité de vie au travail qui devra être validé par le CSE pour les entreprises d'au moins 50 salariés ou les autres instances représentatives du personnel pour les entreprises ne disposant pas d'un CSE.

Proposition n° 36 : Charger les SST de conduire une évaluation triennale de la qualité de vie au travail dans chaque entreprise adhérente débouchant, le cas échéant, sur un plan d'action dans ce domaine examiné et validé par le CSE ou les autres instances de consultation du personnel.

C. METTRE L'ACCENT SUR LA PRÉVENTION DE LA DÉSINSERTION PROFESSIONNELLE

1. Prévenir les arrêts et accompagner le retour au travail

Les arrêts de travail peuvent amorcer un processus de désinsertion professionnelle contre lequel il convient d'agir aussi précocement que possible.

a) Identifier de manière précoce les causes d'arrêt de travail

Si l'employeur n'est généralement pas responsable des problèmes de santé qui conduisent ses salariés à être en arrêt de travail, un plus fort absentéisme au sein d'une entreprise relativement aux entreprises comparables du même secteur peut résulter de facteurs sur lesquels elle peut agir.

Vos rapporteurs font donc leur la proposition formulée par le rapport Bérard-Oustric-Seiller consistant à fournir à chaque entreprise son profil d'absentéisme pour raisons médicales ainsi que des éléments de comparaison lui permettant d'évaluer sa performance. Ces informations pourraient être fournies par l'assurance maladies sur la base des données collectées au travers de la déclaration sociale nominative (DSN).

Proposition n° 37 : Demander à la CNAM de fournir à chaque entreprise les données relatives à l'absentéisme de ses salariés pour raisons de santé en comparaison avec les autres entreprises de sa branche.

Par ailleurs, ainsi que le recommande la HAS, il serait souhaitable que l'employeur informe le médecin du travail ou le SST en cas d'absences répétées ou prolongées d'un salarié. Ainsi averti, le médecin du travail pourrait intervenir auprès du salarié pour, le cas échéant, envisager des mesures favorisant son retour. Une telle obligation pourrait être fixée par voie règlementaire mais ne devrait pas être assortie de sanctions, un dispositif trop coercitif conduirait les employeurs à y voir une formalité administrative supplémentaire plus qu'une démarche proactive de prévention.

Proposition n° 38 : Prévoir une obligation pour l'employeur de signaler au médecin du travail les absences répétées ou prolongées d'un de ses salariés pour raison de santé.

b) Mieux coordonner les acteurs intervenant autour du travailleur

Un salarié en arrêt de travail peut être suivi par son médecin du traitant, par le médecin du travail et, le cas échéant, par le médecin conseil de l'assurance maladie. Les actions de ces trois professionnels gagneraient à être davantage mises en cohérence.

L'article L. 324-1 du code de la sécurité sociale prévoit que toute personne dont l'arrêt de travail se prolonge au-delà de six mois doit bénéficier d'un protocole de soins élaboré par son médecin traitant. La continuation du service des prestations est alors conditionnée à l'accomplissement « [des] exercices ou [des] travaux prescrits en vue de favoriser sa rééducation ou son reclassement professionnel ». Il conviendrait que ce protocole de soins soit construit en collaboration entre le médecin traitant et le médecin du travail.

Proposition n° 39 : Associer le médecin du travail à l'élaboration du protocole de soins en ce qui concerne les éléments favorisant le retour au travail.

c) Accompagner le salarié dans la reprise du travail

Les arrêts de travail longs sont un facteur de désinsertion professionnelle. Selon le rapport Bérard-Oustric-Seiller, « *une personne arrêtée plus de 6 mois perdrait la moitié de ses chances de retrouver son travail, voire un travail* ». Il convient donc d'agir afin de favoriser le retour vers l'emploi des travailleurs arrêtés pour raison médicale. Des recommandations en ce sens ont été formulées par la Haute autorité de santé (HAS) en février 2019¹.

Le rapport Bérard-Oustric-Seiller souligne le caractère insuffisamment généralisé de la visite de pré-reprise intervenant au bout de trois mois d'arrêt. Lorsqu'elles sont organisées, ces visites n'interviennent au demeurant bien souvent que quelques jours avant la reprise prévue du travail et ne permettent pas d'organiser cette reprise dans des conditions adaptées aux besoins du salarié. La HAS recommande elle aussi de « *promouvoir par tout moyen la visite de pré-reprise* ».

Face à ce constat, il serait pertinent de rendre la visite de pré-reprise obligatoire et de prévoir qu'elle a lieu non pas au bout de trois mois d'arrêt mais plutôt dans les trois mois à compter de l'arrêt, permettant ainsi aux acteurs concernés de l'organiser le plus tôt possible. La visite de pré-reprise doit être l'occasion d'élaborer le plan de retour au travail recommandé par la HAS.

Proposition n° 40 : Rendre la visite de pré-reprise obligatoire dans un délai de trois mois à compter de l'arrêt et prévoir que cette visite doit permettre l'élaboration d'un plan de retour au travail.

En complément, il conviendrait que chaque SST dispose en son sein d'une cellule dédiée au maintien en emploi, ainsi que le recommande la HAS.

Proposition n° 41 : Inciter les SSTI, dans le cadre des CPOM, à organiser en leur sein une structure dédiée au maintien dans l'emploi.

L'une des tâches de telles structures serait, en lien avec le réseau Cap emploi, de sensibiliser et de former les employeurs de salariés en situation de handicap.

2. Lutter contre les processus de désinsertion professionnelle

Les mesures tendant à prévenir les arrêts de travail et à mieux articuler les actions de l'employeur et du trio médecin traitant-médecin conseil-médecin du travail sont de nature à identifier de manière plus précoce les risques de désinsertion professionnelle et à agir le plus tôt possible pour y remédier.

¹ Haute Autorité de santé, *Recommandation de bonne pratique, Santé et maintien en emploi : prévention de la désinsertion professionnelle des travailleurs, février 2019.*

Par ailleurs, afin d'avoir une meilleure connaissance globale du problème, vos rapporteurs recommandent donc qu'il soit demandé aux médecins du travail de transmettre aux Direccte les avis d'inaptitude qu'ils rendent afin qu'une consolidation des statistiques puisse être réalisée au niveau national. De même, ils recommandent que les licenciements pour inaptitude soient recensés.

Proposition n° 42 : Recenser le nombre d'avis d'inaptitude prononcés chaque année ainsi que le nombre de licenciements pour inaptitude.

La prévention de de la désinsertion professionnelle passe également par une attention portée par l'employeur à la santé de ses salariés et par une anticipation des difficultés qui pourront, à terme, remettre en cause son aptitude à occuper son emploi. Cette attention doit être renforcée pour les salariés dont les conditions de travail justifient l'alimentation d'un compte personnel de prévention. La mobilisation du C2P, pour une formation, un passage à temps partiel ou une retraite anticipée, intervient par hypothèse alors que l'état de santé du salarié s'est déjà dégradé. Or, il conviendrait, pour les salariés dont les conditions de travail sont pénibles, de s'interroger en amont sur les possibilités d'évolutions au sein de l'entreprise vers un poste moins exposé.

L'entretien professionnel bisannuel prévu par l'article L. 6315-1 du code du travail peut être l'occasion pour l'employeur et son salarié d'évoquer les éventuelles aspirations du salarié à évoluer au sein de l'entreprise vers un poste moins exposé. Si rien ne fait obstacle aujourd'hui à ce que ce sujet soit abordé, la rédaction de l'article L. 6315-1 du code du travail pourrait être précisée en ce sens. Cette proposition fait écho aux recommandations n° 11 et 13 du rapport de nos collègues Monique Lubin et René-Paul Savary sur l'emploi des seniors.

Proposition n° 43 : Préciser la rédaction de l'article L. 6315-1 du code du travail relatif à l'entretien professionnel, afin de faire de cet entretien une occasion d'envisager des évolutions professionnelles vers des postes moins exposés.

Vos rapporteurs regardent par ailleurs avec intérêt les initiatives prises par les employeurs adhérant à un même SSTI consistant à envisager collectivement les possibilités de reclassement au sein d'une autre entreprise d'un salarié devenu inapte à occuper son poste.

Enfin, leur déplacement au Danemark a convaincu vos rapporteurs de la nécessité de donner la priorité au maintien d'une activité professionnelle, même minime, pour les travailleurs souffrant d'une réduction de leur capacité de travail. Une évolution de la perception de l'inaptitude est donc nécessaire, afin que disparaisse des esprits l'idée selon laquelle un travailleur déclaré inapte à son poste doit être exclu définitivement et totalement du monde du travail. Vos rapporteurs partagent ce sens la préconisation formulée par le rapport Bérard-Oustric-Seiller consistant à passer d'une indemnisation de l'incapacité à une compensation de la capacité réduite de travail.

EXAMEN EN COMMISSION

Réunie le mercredi 2 octobre 2019, sous la présidence de M. Alain Milon, président, la commission des affaires sociales examine le rapport d'information de Mme Pascale Gruny et M. Stéphane Artano sur la santé au travail.

M. Alain Milon, président. – Mes chers collègues, nous examinons ce matin le rapport de la mission d'information sur la santé au travail, présenté par nos collègues Pascale Gruny et Stéphane Artano.

M. Stéphane Artano, rapporteur. – Le rapport de notre collègue députée Charlotte Lecocq sur la santé au travail a fait couler beaucoup d'encre depuis sa parution, en août 2018. La proposition d'une révolution copernicienne du système de santé, articulée autour d'une agence nationale, France Santé Travail, et de guichets uniques régionaux, a été diversement accueillie par les partenaires sociaux et les acteurs de la prévention : si certains y ont vu un effort de simplification bienvenu dans un paysage particulièrement fragmenté, d'autres ont regretté une inadéquation du schéma proposé avec le service de proximité que les entreprises, qui financent la santé au travail, sont en droit d'attendre.

Pour autant, le rapport Lecocq a eu le mérite de poser la question de la cohérence de notre système de prévention des risques professionnels et du service rendu aux principaux intéressés, les salariés et les entreprises. Le sujet est politiquement et socialement délicat : au sein du Conseil d'orientation des conditions de travail (COCT), les partenaires sociaux ont échoué à s'entendre sur les orientations à impulser pour la réforme de la santé au travail. Le Gouvernement, qui reste déterminé à intervenir, annonce un projet de loi pour l'année prochaine.

Notre commission a décidé de prendre part à ce débat en se penchant sur les principaux axes de réforme envisagés par le Gouvernement : la gouvernance du système de santé au travail, son financement et ses missions fondamentales. Pascale Gruny et moi-même avons entendu au cours de cinquante et une auditions plus de cent personnes, représentant l'ensemble des parties prenantes ; nous avons également effectué deux déplacements, dans les Hauts-de-France et au Danemark.

Nos propositions s'articulent autour des quatre objectifs qu'il nous semble nécessaire d'assigner à toute réforme de la santé au travail : améliorer la cohérence et la lisibilité de la gouvernance ; garantir un service universel de santé au travail à tous les travailleurs, et pas seulement aux salariés ; renforcer les moyens humains et financiers de la santé au travail ; enfin, faire de la santé au travail une composante à part entière de notre politique de santé publique, en l'imposant comme un levier de la prévention primaire.

En matière de gouvernance, le réseau des services de santé au travail (SST) pâtit de l'absence d'un pilotage national propre à garantir des prestations de qualité sur tout le territoire et pour l'ensemble des entreprises, quel que soit leur effectif. De fait, aucun référentiel national des prestations que les SST sont tenus d'assurer n'existe. En pratique, faute de coordination nationale et de moyens, la politique d'agrément mise en œuvre par les directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (Direccte) a échoué à garantir une qualité des prestations des SST homogène sur le territoire.

Un interlocuteur national unique capable de définir un socle de prestations et d'en assurer l'effectivité nous semble donc s'imposer. C'est pourquoi nous proposons la création d'une agence nationale de la santé au travail, ayant pour missions principales d'établir un référentiel de certification des SST, de fournir à ceux-ci un large éventail d'outils d'intervention en matière de prévention et de favoriser l'utilisation d'un seul système d'information dans tous ces services.

Cette agence, qui rassemblerait en son sein différents organismes nationaux intervenant dans la prévention des risques professionnels, aurait le statut d'un groupement d'intérêt public, avec pour membres l'État, au travers des ministères du travail, de la santé et de l'agriculture, la sécurité sociale, au travers de la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) et la Mutualité sociale agricole (MSA), ainsi que les agences sanitaires compétentes en matière de santé au travail, l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) et Santé publique France.

La procédure de certification des SST suivrait la logique de celle qui a été mise en œuvre par la Haute Autorité de santé (HAS) pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Nous considérons en effet la santé au travail comme une mission de service public déléguée à des organismes privés : il n'y a pas de raison que les SST soient les seules structures de santé où se pratique la médecine à ne pas faire l'objet d'une certification, quand bien même la prise en charge y est essentiellement préventive.

Pour ce qui est de l'organisation du réseau territorial de la santé au travail, nous écartons la mise en place d'un guichet unique régional, proposée par le rapport Lecocq. Nous estimons en effet que le réseau doit continuer de reposer sur le service de proximité que les SST doivent incarner. En revanche, des marges de manœuvre existent dans l'articulation de ces services avec les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat) et les associations régionales pour l'amélioration des conditions de travail (Aract), pour clarifier la répartition des compétences et mieux distinguer conseil et contrôle.

Les Carsat offrent une vraie valeur ajoutée, compte tenu de la complémentarité de leurs missions d'assureur et de conseil ; en repérant les entreprises à la plus forte sinistralité, elles sont capables d'orienter les actions de prévention vers les entreprises qui en ont prioritairement besoin. Quant aux Aract, elles se sont spécialisées dans l'amélioration de la qualité de vie au travail. Une réunion de ces deux types de structures au sein de caisses régionales de la santé au travail offrirait une expertise couvrant l'ensemble des risques professionnels. Toutefois, aucun rapprochement ne saurait donner lieu à une réduction des effectifs : l'État et la sécurité sociale se sont engagés, dans la convention d'objectifs et de gestion de la branche AT-MP, au maintien des effectifs de préventeurs.

La collaboration entre, d'une part, les SST et, d'autre part, les Carsat et les Aract serait renforcée en privilégiant des protocoles d'intervention graduée. Les caisses régionales de la santé au travail alerteraient les SST sur les entreprises à fort risque de sinistralité. Ensuite, les SST mettraient en œuvre un plan d'action coconstruit avec l'entreprise, le cas échéant avec le soutien humain et financier des caisses. Les caisses n'interviendraient comme contrôleurs qu'en dernier ressort, au cas où l'entreprise n'aurait pas respecté ses engagements.

Mme Pascale Gruny, rapporteur. – *S'agissant du financement des services de santé au travail, nous sommes défavorables à la proposition de fusion de la cotisation AT-MP et de la cotisation au service de santé au travail interentreprises (SSTI) : la première est une cotisation de sécurité sociale, la seconde correspond à la prise en charge par l'employeur de son obligation de prévention. Toutefois, afin d'avoir une idée plus précise des flux financiers en jeu, nous souhaitons que les SSTI informent les Direccte des sommes qu'ils collectent, et que des statistiques consolidées soient établies au niveau national.*

Pour dynamiser les ressources des services de santé au travail, nous proposons de donner à ceux-ci une plus grande liberté pour fixer leurs cotisations, en leur permettant de retenir un critère de masse salariale ; certains le font déjà, dans l'illégalité. Cette mesure, proposée par notre collègue Michel Amiel, a été adoptée par le Sénat en 2016. En outre, il nous semblerait souhaitable que, dans la limite des ressources publiques, les SST puissent bénéficier de financements de l'État ou du Fonds national de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles pour mener à bien des projets précis.

Enfin, les aides financières simplifiées versées par les Carsat demeurent difficilement accessibles pour certaines très petites entreprises du fait de la condition de cofinancement. Nous proposons de permettre, dans un cadre déterminé par la convention d'objectifs et de gestion, la prise en charge à 100 % d'investissements en faveur de la prévention.

Un certain nombre de travailleurs ne bénéficient pas aujourd'hui du système de santé au travail.

Il s'agit d'abord des travailleurs non-salariés, catégorie qui regroupe aussi bien les artisans et les commerçants que les chefs d'entreprise. Aux difficultés propres à la nature même de leur activité s'ajoutent bien souvent des risques psychosociaux importants, liés à la responsabilité personnelle. En outre, on observe bien souvent chez les travailleurs indépendants un certain déni de leurs problèmes de santé, conduisant à l'aggravation de ceux-ci.

Il est donc souhaitable que ces publics bénéficient plus facilement d'un suivi de leur état de santé. S'agissant des chefs d'entreprise, nous proposons qu'ils puissent être suivis, à leur demande et selon des modalités qu'ils choisiraient, par le service de santé au travail de leur entreprise. Il s'agit en fait d'étendre ce qui est déjà possible dans le secteur agricole. Compte tenu du faible coût marginal de cette mesure, il nous semble qu'aucune cotisation supplémentaire n'est à prévoir.

S'agissant des autres travailleurs non-salariés, il nous semble nécessaire d'aller vers une obligation de rattachement à un service de santé au travail. Il ne saurait toutefois être question d'imposer aux indépendants une cotisation supplémentaire sans qu'ils y consentent. La mise en place d'une telle obligation doit résulter de la concertation avec les représentants des travailleurs non-salariés.

Outre les indépendants, il existe des catégories de travailleurs dont le suivi, bien que prévu par le code du travail, s'avère difficile. Celui des intérimaires, par exemple, est partagé entre le service de santé au travail de l'entreprise de travail temporaire et celui de chacune des entreprises utilisatrices dans lesquelles ils interviennent ; il ne peut donc être que fragmenté et lacunaire. Nous proposons que, à l'échelle du département ou du bassin d'emploi, chaque branche identifie un SST compétent pour le suivi des intérimaires employés par les entreprises de son domaine, service qui se verrait reverser les cotisations correspondantes.

Le développement de la sous-traitance conduit, notamment dans les grandes entreprises, à l'externalisation d'un certain nombre de tâches, comme le nettoyage et la maintenance. Les conditions de travail des travailleurs extérieurs relevant davantage de l'entreprise donneuse d'ordres que de leur propre employeur, il nous paraît souhaitable que, lorsqu'une telle situation perdure, les salariés de l'entreprise sous-traitante soient suivis par le service de santé au travail du donneur d'ordres.

Enfin, s'agissant de la fonction publique, nous estimons que l'existence d'un système distinct de celui du secteur privé demeure pertinente. Néanmoins, nous recommandons la mise en place de partenariats entre les services de médecine préventive des employeurs publics et les agences de l'Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics (OPPBTP) pour le suivi de l'état de santé des agents intervenant sur des chantiers.

Le renforcement des moyens des SST suppose également de répondre au défi de la démographie médicale. Au-delà des mesures tendant à renforcer l'attractivité de la médecine du travail, qui mettront du temps à produire leurs effets, il nous semble nécessaire d'expérimenter des dispositifs susceptibles de répondre en urgence à la pénurie de médecins du travail que connaissent certains SST.

Nous proposons ainsi d'autoriser, dans des zones sous-dotées en médecins du travail, la signature de protocoles de collaboration entre le SST et des médecins non spécialisés en médecine du travail : s'inspirant de ceux qui sont prévus pour le suivi médical des salariés du particulier employeur, ces protocoles prévoiraient des garanties en termes de formation des médecins non spécialistes.

Nous recommandons également un élargissement du champ de l'exercice infirmier en pratique avancée au diagnostic de certains risques professionnels, afin de renforcer la pluridisciplinarité des équipes de santé au travail et de libérer du temps médical disponible.

M. Stéphane Artano, rapporteur. – *Par ailleurs, notre rapport met l'accent sur la rénovation indispensable du contenu des missions des SST, pour que la prévention primaire en milieu de travail soit enfin une réalité.*

Le procès des dirigeants de France Télécom ou encore l'extension du champ du préjudice d'anxiété montrent à quel point il est important pour les employeurs de prouver qu'ils ont tout mis en œuvre pour répondre à leur obligation de sécurité. À cet égard, le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) ne doit plus être regardé comme une simple formalité, mais comme un véritable document stratégique qui engage non seulement toute la communauté de l'entreprise, mais également le SST.

Nous plaidons donc pour une implication obligatoire des SST dans l'élaboration du DUERP afin d'accompagner l'employeur et les représentants des salariés dans l'inventaire des risques et l'identification des actions et outils de nature à protéger les salariés.

Le développement de la prévention primaire par les SST suppose également un décloisonnement entre la médecine du travail et la médecine de ville. Nous proposons ainsi un accès, partiel ou total, du médecin du travail au dossier médical partagé (DMP) sous la stricte réserve du consentement explicite du travailleur. Le travailleur pourra ainsi décider de partager avec son médecin du travail des éléments sur son parcours de soins qui devront être pris en compte dans son environnement professionnel. C'est en particulier pertinent pour des personnes atteintes de maladies chroniques ou de cancer dont le protocole de soins nécessite un aménagement des conditions de travail.

Notre rapport fait également une large place à la prévention et à la gestion des risques psychosociaux et à l'amélioration de la qualité de vie au travail. L'exemple danois nous a en effet inspirés : dans un contexte de quasi plein emploi, les entreprises danoises doivent rivaliser dans ce domaine pour attirer une main-d'œuvre de plus en plus exigeante. Dans cette logique, il pourrait être pertinent de charger les SST de conduire une évaluation triennale de la qualité de vie au travail dans chaque entreprise par le biais d'un questionnaire anonymisé rempli par les salariés qui débouchera, le cas échéant, sur un plan d'action coconstruit entre l'employeur, les représentants du personnel et le SST, et validé par le comité social et économique ou les autres instances représentatives du personnel pour les entreprises de moins de 50 salariés.

Mme Pascale Gruny, rapporteur. – *J'aborderai pour finir notre présentation la question de la prévention de la désinsertion professionnelle, qui doit être une des finalités de la protection de la santé des salariés.*

Il convient premièrement d'œuvrer à la prévention des arrêts de travail. C'est en effet par des arrêts prolongés que s'amorcent les processus de désinsertion. En effet, si les arrêts de travail résultent généralement de causes externes à l'entreprise, le nombre croissant de ces arrêts suggère que l'organisation et les conditions de travail jouent un rôle important. Nous reprenons ainsi certaines des propositions du rapport Bérard-Oustric-Seiller remis l'année dernière au Premier ministre.

Premièrement, il conviendrait que chaque entreprise ait connaissance de son profil d'absentéisme en comparaison avec les autres entreprises de son secteur d'activité. Nous proposons pour cela que la Cnam transmette aux entreprises les informations qu'elle tire du signalement des arrêts de travail. À l'inverse, l'employeur devrait être tenu de signaler au médecin du travail toute absence prolongée ou répétée.

En écho à certaines des propositions formulées par nos collègues René-Paul Savary et Monique Lubin sur l'emploi des seniors, nous recommandons que l'entretien professionnel biannuel soit l'occasion, pour les salariés exposés à des facteurs de pénibilité, d'évoquer la possibilité d'une évolution professionnelle interne à l'entreprise vers un poste moins exposé.

Enfin, pour favoriser le maintien dans l'emploi, nous considérons qu'il faudrait systématiser les visites de préreprise et faire intervenir cette visite le plus tôt possible. Il serait également pertinent que les services de santé au travail bénéficient tous en leur sein d'une cellule spécifiquement dédiée au maintien dans l'emploi.

Mme Catherine Deroche. – *Y a-t-il une loi en préparation ?*

Les auditions que nous avons réalisées dans le cadre du groupe d'études sur le cancer nous ont permis de mettre en évidence l'importance des dispositifs de retour à l'emploi, qu'il s'agisse du temps partiel thérapeutique, de dispositifs comme le congé maladie fractionné, qui existe dans la fonction publique mais pas dans le privé, ou encore de la forfaitisation des arrêts de travail.

Par ailleurs, certaines entreprises s'étant engagées dans une démarche d'entreprise bienveillante ont obtenu des résultats remarquables en termes de réduction de l'absentéisme au travail.

M. Gérard Dériot. – *Je félicite les rapporteurs pour ce rapport qui correspond tout à fait à la réalité. Il me paraît notamment nécessaire que la santé au travail continue de s'exercer dans les SST départementaux.*

Le manque de médecins de travail demeure catastrophique, dans le privé comme dans le public. Nous n'y apporterons pas de solution demain, mais il est important de le redire.

Par ailleurs, il paraît nécessaire d'éviter les antagonismes entre la médecine du travail et les chefs d'entreprise afin d'améliorer la prévention, qui a permis, ces dernières années, la diminution du nombre d'accidents du travail et de maladies professionnelles.

Mme Catherine Fournier. – *Je remercie à mon tour les rapporteurs. L'ensemble des chefs d'entreprise sont désormais sensibilisés à la responsabilité sociétale qu'ils ont vis-à-vis de leurs salariés.*

Vous faites état du « déni » des travailleurs indépendants en matière de suivi médical. Vous proposez qu'ils puissent bénéficier d'un suivi, mais comment les faire sortir du déni et les inciter à en faire la demande ?

Par ailleurs, si l'obligation de rattachement des travailleurs non-salariés à un service de santé me semble indispensable, quelle forme doit-elle prendre et quelles en seront les conditions financières ?

Mme Michelle Gréaume. – *Le nombre de médecins du travail est très insuffisant pour couvrir les besoins de toutes les entreprises. En effet, on compte 5 000 médecins du travail pour 20 millions de salariés. Malgré la succession des réformes, leur nombre continue de diminuer. En dix ans, on a ainsi observé une baisse de 30 % des effectifs. Les départs à la retraite ne sont pas non plus compensés, alors que 75 % de ces médecins ont plus de 55 ans.*

Par ailleurs, de nombreux médecins du travail sont victimes de pressions de la part des entreprises qui contestent les actes qu'ils établissent. Ils sont même parfois sanctionnés et interdits d'exercice ou condamnés à verser des dommages et intérêts. Cela n'est pas de nature à rendre cette profession plus attractive ni à améliorer la prévention en matière de santé.

Il faut régler le problème principal, le fait que les médecins du travail sont rémunérés par les entreprises, ce qui ne garantit pas leur indépendance. Pourquoi ne pas rattacher ces médecins à la sécurité sociale ou prendre des mesures qui empêcheraient les employeurs de contester leurs diagnostics ?

M. René-Paul Savary. – *Nous partageons le point de vue des rapporteurs : il faut impérativement maintenir les seniors dans l'emploi. La retraite progressive est une voie à explorer pour atteindre cet objectif.*

Je suis surpris que le rapport n'évoque pas la question de la télémédecine du travail. Les salariés pourraient d'ores et déjà obtenir un diagnostic via des cabines connectées, ce qui permettrait de distinguer les salariés qui ont véritablement besoin d'un suivi au sein d'un SST des autres. Cette innovation, pourtant au point aujourd'hui, pourrait répondre au moins en partie aux difficultés d'embauche des médecins du travail.

Mme Victoire Jasmin. – *La plupart du temps, les critères d'évaluation des entreprises n'intègrent que des données financières. Parmi ces critères ne pourrait-on pas prendre en compte les données relatives à la santé des salariés, puisque le rapport démontre l'importance de la prévention pour la performance même des entreprises ?*

Mme Monique Lubin. – *Ce rapport comporte des mesures concrètes, intéressantes et complémentaires des propositions que René-Paul Savary et moi-même avons formulées sur l'emploi des seniors, notamment sur le maintien de ces salariés dans l'emploi.*

J'émettrai tout de même une réserve sur la proposition n° 14. Intégrer tous les salariés des sous-traitants dans les effectifs suivis par le service de santé au travail du donneur d'ordres complexifierait beaucoup le dispositif. Ne serait-il pas préférable d'obliger le donneur d'ordres à s'assurer que les salariés de l'entreprise sous-traitante bénéficient bien d'un suivi médical ?

Je trouve vos propositions sur les travailleurs non-salariés très intéressantes. On ne pense pas assez aux salariés dits « ubérisés », qui n'ont souvent aucune couverture en matière de santé au travail.

Mme Véronique Guillotin. – *Mon postulat de départ est simple : améliorer la santé et le bien-être au travail des salariés est bon pour eux, mais aussi pour l'économie de l'entreprise et pour l'économie de la sécurité sociale.*

Premièrement, il faut donner davantage d'importance à la prévention primaire au travail. Il reste beaucoup à faire en France sur le sujet, ainsi que sur la promotion de l'activité physique et la lutte contre la sédentarité. Voici quelques chiffres : un salarié sédentaire, qui démarre une activité physique, augmente sa productivité de 6 à 9 %. Une entreprise qui encourage l'activité physique et sportive de ses salariés enregistre des gains de productivité de 2,5 à 9 %. On estime que chaque salarié peut ainsi faire économiser 300 à 350 euros de dépenses de santé à son entreprise par an. Chaque salarié économise lui-même environ 35 euros par an et augmente son espérance de vie de trois ans.

Aujourd'hui, hélas, l'activité physique et sportive est considérée comme un avantage en nature, ce qui freine son développement. Il faudrait probablement approfondir cette question.

Deuxièmement, la télésanté soit être encouragée. Il faut créer des passerelles entre cette e-santé, les SST et la médecine de ville. Cela permettrait d'améliorer la médecine préventive et de combler les besoins en médecins.

Mme Jocelyne Guidez. – *Lors des auditions, la question si importante des proches aidants a-t-elle été évoquée ?*

Mme Corinne Imbert. – *Je remercie les rapporteurs d'aborder la question de la santé des chefs d'entreprise, notamment leurs souffrances psychologiques et morales face aux difficultés financières qu'ils peuvent rencontrer.*

Je souhaite faire la publicité de l'association Apesa France, qui vise à apporter une aide psychologique pour les entrepreneurs en souffrance psychologique aiguë. L'association a notamment pour objectif de prévenir le suicide des chefs d'entreprise. Son réseau associatif fédère 43 antennes locales qui sont autant de sentinelles pour tenter de prévenir les drames et de prendre en charge la solitude ressentie par certains entrepreneurs.

M. Guillaume Arnell. – *Prévoyez-vous une déclinaison de vos propositions sur l'ensemble du territoire national, en particulier dans les territoires ultramarins ? Comment ces propositions s'appliqueront-elles concrètement dans les territoires éloignés ou reculés, afin qu'elles conservent toute leur efficacité et leur effectivité ?*

Mme Corinne Féret. – *Disposez-vous d'informations précises sur la date d'examen du futur projet de loi sur la santé au travail ? L'an dernier, nous avons commencé à travailler ce sujet avant qu'un rapport complémentaire ne soit demandé à la députée Charlotte Lecoq sur le volet « fonction publique ».*

Je veux insister sur trois axes essentiels de ce rapport : la nécessité d'une présence territoriale de l'organisation de la santé au travail, le maintien dans l'emploi des seniors et la prévention.

Je crains que la proposition n° 14 sur les sous-traitants ne complexifie la gestion du suivi de la santé des salariés dans les grandes entreprises, qui ont déjà beaucoup de personnels à gérer. En revanche, je suis très favorable à la proposition n° 21, qui autorise des médecins non spécialisés en médecine du travail à intervenir dans les zones sous-denses ; à la proposition n° 30, qui autorise, avec le consentement du patient, des téléconsultations entre le médecin du travail et le médecin traitant ; ainsi qu'à la proposition n° 29, qui autorise l'accès du médecin du travail au dossier médical partagé du salarié.

- Présidence de M. Gérard Dériot, vice-président -

Mme Pascale Gruny, rapporteur. – *Nous avons souhaité conserver la notion de proximité et souligner le rôle primordial du médecin du travail dans l'accompagnement sur site des salariés.*

Cela rejoint la problématique de la télémédecine du travail : les nouvelles technologies doivent être utilisées ; pour autant, le médecin du travail doit aujourd'hui être davantage présent dans l'entreprise pour suivre le salarié sur son poste de travail. C'est pourquoi je ne suis pas du tout favorable à l'intervention des médecins traitants dans les visites d'embauche, sachant, en outre, que ces derniers ne sont pas en nombre suffisant.

Cette observation apporte aussi une réponse aux nombreuses questions concernant les cotisations. Pourquoi payer chaque année pour une visite médicale qui n'existe plus systématiquement, comme le pensent de nombreux chefs d'entreprise ? À nouveau, parce que la mission du médecin du travail est bien d'intervenir au plus près de l'entreprise, en accompagnement de ses salariés et de ses dirigeants.

Je vous invite à regarder de plus près les organigrammes que nous avons fournis : ils montrent le travail de clarification et de simplification réalisé.

S'agissant du maintien dans l'emploi, une expérimentation menée dans ma ville par un groupe de chefs d'entreprise ouvre des pistes intéressantes de réflexion : en collaboration avec l'Aract et la Direccte, on a procédé à des transmissions de contrat entre entreprises voisines pour des salariés qui, ne pouvant plus rester dans une structure donnée, pouvaient néanmoins aller travailler au sein d'une autre. Notre séjour à Copenhague nous a bien montré la priorité qui était accordée au maintien dans l'entreprise, y compris réduit à une heure de travail par semaine.

La question du déni des dirigeants quant à leur santé constitue effectivement un vrai sujet, notamment au vu du tissu économique français, qui se fonde principalement sur les très petites, petites et moyennes entreprises. Les organismes patronaux doivent évoquer cette question, notamment pour inciter ces dernières à se rapprocher de la médecine du travail.

Au sujet des sous-traitants et des donneurs d'ordres, nous visons les salariés intervenant dans l'entreprise au-delà d'une période minimale, donc réellement intégrés aux équipes. Mais tout dépend du métier, de l'entreprise, de l'existence d'un service autonome ou pas.

***M. Stéphane Artano, rapporteur.** – D'après la ministre Muriel Pénicaud, un projet de loi serait en cours d'élaboration sur le dossier de la santé au travail et le rapport de notre collègue Charlotte Lecocq sur la santé des fonctionnaires est attendu dans le courant du mois d'octobre. Les deux assemblées devront se mettre en ordre de bataille pour que la loi en question puisse apporter une réelle valeur ajoutée.*

On peut néanmoins regretter que les partenaires sociaux n'aient pas réussi à se mettre d'accord au sein du COCT, n'ayant pas compris qu'un groupe d'experts soit mandaté par le Gouvernement parallèlement à leurs travaux. Alors qu'une troisième voie pouvait émerger de ces discussions, entre le statu quo et le big bang préconisé par Charlotte Lecocq, le Gouvernement va reprendre la main sur le dossier.

Je signale, au regard de certaines remarques, qu'il nous était impossible de couvrir l'ensemble des champs dans le rapport. Mais toutes les thématiques évoquées ici devront être traitées au fil de l'avancée de nos discussions.

Pour répondre à Gérard Dériot, dont le rapport de 2010 est terriblement d'actualité, les services autonomes de santé au travail ont tendance à « siphonner » l'effectif de médecins du travail en offrant des conditions d'accueil peut-être plus favorables. Quand un déséquilibre est constaté dans une région, nous préconisons la signature d'accords de coopération entre services autonomes et interentreprises, afin de gommer les effets de la baisse de la démographie médicale au sein de la médecine du travail.

D'ailleurs, nous proposons d'intégrer une sensibilisation à la médecine du travail dès les premières années d'études de médecine – ce n'est pas le cas aujourd'hui – pour tenter de susciter des vocations.

S'agissant de la proximité départementale, nous avons cherché à améliorer l'efficacité du dispositif pour répondre aux besoins des entreprises, en particulier des très petites entreprises (TPE) et des PME, aucunement à détruire ce qui fonctionnait !

On compte 2 millions de travailleurs indépendants en France. Il faut s'intéresser à leur cas ; c'est une évidence pour nous !

Quant aux chefs d'entreprise, il nous semble nécessaire de démystifier leur rôle : ce sont avant tout des hommes et des femmes, ayant leurs propres fragilités. Le fait que nous ayons choisi de parler de « service universel de la santé au travail » témoigne de notre souhait de réduire la fracture entre salariés et patrons. Il faut continuer de sensibiliser sur la santé au travail de ces derniers, notamment favoriser le développement national du dispositif de prévention du suicide des chefs d'entreprise, le dispositif Apesa.

Au sujet de la télémédecine, nous voulons faire passer ce message : la politique de santé au travail doit devenir une politique de santé publique. Les modifications apportées par la dernière loi « Santé » aux conditions d'accès au dossier médical en santé au travail désormais intégré au dossier médical partagé constitue déjà une avancée pour faire travailler ensemble médecine du travail et médecine de ville ; nous entendons aller plus loin avec notre proposition n° 30, visant à autoriser, avec le consentement du patient, des téléconsultations entre les praticiens.

M. René-Paul Savary. – Dans la vraie vie, le médecin du travail prévient le médecin en ville au moindre problème !

Mme Pascale Gruny, rapporteur. – Permettez-moi de vous contrarier : j'ai vu des cas où le médecin du travail refusait de prendre son téléphone pour partager une information avec le médecin traitant. D'où notre proposition. S'agissant de téléconsultation et de télémédecine, j'insiste à nouveau sur le fait que, en médecine du travail, c'est bien la connaissance de l'entreprise qui prime.

Par ailleurs, l'indépendance des médecins du travail est bien réelle : déjà, il faut l'autorisation de l'inspection du travail pour procéder à un licenciement.

Mme Michelle Gréaume. – Les médecins du travail subissent des pressions !

Mme Pascale Gruny, rapporteur. – D'expérience, j'ai plutôt constaté qu'ils faisaient peur aux dirigeants, car ils pouvaient faire fermer l'entreprise en cas de risque important. Nous dressons le même constat à partir des remontées de terrain, y compris issues des organisations syndicales salariées.

M. Stéphane Artano, rapporteur. – Je confirme que les sous-traitants dont il s'agit doivent rester à demeure au sein de l'entreprise utilisatrice pour une période minimale afin qu'ils soient considérés comme presque entièrement intégrés dans l'entreprise. Aussi, cette dernière doit-elle être responsabilisée à leur égard.

Monsieur Arnell, on peut envisager d'étendre le droit à l'expérimentation, non seulement à l'outre-mer, mais aussi aux territoires ruraux de métropole, pour répondre à des problématiques spécifiques.

Mme Catherine Deroche. – Lors des auditions du groupe d'études sur le cancer, nous avons clairement constaté le cloisonnement entre le médecin traitant, le médecin du travail et le médecin-conseil, qui ont parfois des visions différentes du patient : cette situation peut beaucoup perturber le retour à l'emploi.

M. Dominique Théophile. – Lors des auditions, avez-vous évoqué l'accueil du médecin du travail au sein des locaux de l'entreprise ? Ces médecins disposent de camions aménagés, mais les consultations n'ont pas toujours lieu dans des conditions optimales. Pourrait-on prévoir, suivant le nombre de salariés, un dispositif d'accueil de la médecine du travail, par exemple pour imposer aux grandes entreprises l'acquisition des équipements qui s'imposent ?

Mme Pascale Gruny, rapporteur. – Les grandes entreprises disposent souvent d'un service de santé autonome. Quant aux camions aménagés, ils ont un avantage : ils évitent aux salariés de se déplacer sur les lieux de la médecine du travail. Toutefois, si le médecin du travail estime ne pas être placé dans de bonnes conditions, il peut tout à fait décider de ne pas se rendre sur le site de l'entreprise, ce qui, d'ailleurs, représente un coût, et de convoquer les salariés. Le choix est opéré au cas par cas, par un dialogue entre l'entreprise et la médecine du travail.

Mme Élisabeth Doineau. – Du fait de la démographie médicale, la médecine du travail est en grande difficulté. Mais les communautés professionnelles territoriales de santé pourraient jouer un rôle important pour resserrer les liens avec les entreprises ; les pôles de santé et les maisons de santé pluridisciplinaires doivent aider à décroquer les mondes en suscitant l'intérêt pour telle ou telle activité au sein de l'entreprise. Je pense, par exemple, aux pratiques sportives, que les contrats locaux de santé peuvent promouvoir. C'est précisément le cas dans mon territoire.

M. Michel Forissier. – J'ai commencé ma vie professionnelle comme chef d'une entreprise artisanale et, à la fin de ma carrière, je dirigeais plusieurs milliers de personnes : j'ai donc une certaine expérience des ressources humaines. En la matière, il y a le règlement et la loi, mais il y a aussi les bonnes pratiques, sans lesquelles rien n'est possible. Au lieu d'empiler des obligations, qui finiront toujours par entrer en contradiction les unes avec les autres, il faut tenir compte de la culture propre à chaque entreprise, à chaque collectivité. C'est le seul moyen de développer le bien-être au travail.

M. Stéphane Artano, rapporteur. – Les conditions d'accueil du médecin du travail sont déjà fixées dans les grandes entreprises ; peut-être peut-on aller plus loin. Ce travail sera beaucoup plus difficile à mener pour les TPE-PME, mais il faut faire confiance au médecin du travail, qui refusera de venir sur place si les conditions d'une bonne consultation ne sont pas réunies.

Au sujet des liens avec les communautés médicales, je vous renvoie à la proposition n° 28, relative aux conventions de partenariat avec les centres hospitaliers universitaires (CHU).

Cela étant, ces solutions ne régleront pas tout ; et, de son côté, le législateur ne peut pas tout. Il faut bel et bien faire confiance à l'intelligence collective de l'entreprise, qui passe par une prise de conscience via le management. À cet égard, je ne stigmatise personne : d'ailleurs, nous insistons sur l'obligation, pour le salarié, de prendre soin de sa propre santé. La performance de l'entreprise est liée au bien-être du salarié : cette réalité est bien connue et, avec Mme Gruny, nous n'avons jamais perdu de vue le facteur humain dans le cadre de nos travaux.

Les partenaires sociaux doivent, eux aussi, s'associer à cet effort. Je le dis souvent aux différents interlocuteurs : retrouvez-vous autour d'un déjeuner, et les postures, les positions dogmatiques voleront en éclat, dans l'intérêt du salarié. Les représentants de la CFDT m'ont quelque peu surpris en déclarant qu'il était indispensable de commencer à discuter collectivement de l'organisation du travail.

M. René-Paul Savary. – Il est temps !

M. Stéphane Artano, rapporteur. – Il s'agit là d'un point central, mais la coconstruction est un long chemin ; au Danemark, la culture de la bienveillance s'observe à tous les étages de l'entreprise. La France doit aller dans ce sens : rien n'est impossible, et nous, parlementaires, devons tourner les projecteurs vers les initiatives positives menées dans les territoires.

M. René-Paul Savary. – Très bien.

Mme Catherine Deroche. – Bravo.

Mme Pascale Gruny, rapporteur. – Dans une entreprise, le capital le plus important, ce sont les salariés. Un patron ne peut rien faire sans ce capital humain et, aujourd'hui, le bien-être au travail est réellement pris en compte par les chefs d'entreprise. Les initiatives se multiplient : fitness, coaching, organisation de matchs sportifs interentreprises, etc. – même dans les petites entreprises. Nous ne sommes pas encore à Copenhague, mais nous avançons. En ce sens, il faut former à la fois les encadrants et les salariés face aux risques psychosociaux : si un employé va mal, ses collègues doivent savoir comment intervenir.

Mme Catherine Fournier. – Je me permets d'ajouter un bémol à propos de la responsabilité partagée : la bienveillance doit aussi venir du salarié. Parfois, la compréhension n'est pas réciproque.

Mme Brigitte Micouleau. – De nombreuses entreprises font déjà de grands efforts pour organiser du coaching ; mais encore faut-il qu'elles puissent assumer le coût de ces prestations.

La commission autorise la publication du rapport d'information.

LISTE DES DÉPLACEMENTS

Déplacement dans les Hauts-de-France (jeudi 11 juillet 2019)

- **Centre médical Valmy de Villeneuve d'Ascq**
Louis-Marie Hardy, directeur général
Damien Vandorpe, directeur général adjoint
- **CARSAT de Villeneuve d'Ascq**
Jérôme Lefebvre, président du conseil d'administration de la Carsat Nord-Picardie
Christophe Madika, directeur général
Jean-Baptiste Escudier-Bianchini, directeur des relations avec les employeurs
Laurent Huglo, ingénieur conseil régional
- **ARACT de Lille**
Laurence Théry, directrice
Delphine Legrand, chargée de communication

Déplacement au Danemark (du mardi 10 au jeudi 12 septembre 2019)

- **Commission parlementaire pour l'emploi**
Kasper Sand Kjær, président
- **Ministère du travail et l'agence pour l'environnement au travail**
Troels Blicher Danielsen
Thomas Uldall Heidener
- **Association des municipalités**
Ellen Dahl
- **Municipalité de Copenhague**
Andreas Gerdes

- **Centre national de recherche pour l'environnement de travail**
Johnny Dyreborg, chercheur
Iben Karlsen, chercheur
- **Bureau de conseil Teamarbejdsliv**
Karen Albertsen, chercheuse et experte
- **Confédération des employeurs danois**
Christina Sode Haslund, directrice du département santé au travail
- **Entreprise Ørsted**
Martin Kjær Mogensen
- **Société de la médecine du travail**
Ole Carstensen, président
- **Médecine du travail de l'Hôpital de Bispebjerg**
Jane Froelund Thomsen, directrice
- **Office national des accidents du travail**
Anne Kristine Axelsson, vice-présidente *executive*
Marie-Louise Kudsk Hædersdal, directrice
Lone Frosch, directrice
- **Agence pour l'emploi**
Lone Iversen

LISTE DES PERSONNES ENTENDUES

- **Conseil national d'orientation des conditions de travail**
 - Dominique Giorgi**, vice-président
 - Philippe Garabiol**, secrétaire général
- **Caisse centrale de la mutualité sociale agricole**
 - Patrice Heurtaut**, directeur de la santé sécurité au travail au sein de la Direction déléguée aux politiques sociales.
 - Magalie Cayon**, responsable du département prévention des risques professionnels.
- **Direction générale du travail du ministère du travail**
 - Frédéric Teze**, sous-directeur des conditions de travail, de la santé et de la sécurité au travail
 - Amel Hafid**, adjointe au sous-directeur des conditions de travail, de la santé et de la sécurité au travail
- **Service de l'inspection médicale du travail**
 - Corinne Piron**, cheffe de l'inspection médicale du travail
- **Direction générale de la santé du ministère des solidarités et de la santé**
 - Joëlle Carmes**, sous-directrice de la prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation
 - Ghislaine Palix-Cantone**, cheffe du bureau du bureau EA2, Environnement intérieur
 - Docteur Jean-Michel Thiolet**, chargé de mission bureau EA2
- **Bureau de la santé et de la sécurité au travail du ministère de l'agriculture**
 - Leïla Martin**, adjointe
- **Direction de la sécurité sociale**
 - Denis Le Bayon**, sous-directeur de l'accès aux soins, des prestations familiales et des accidents du travail
 - Flore Moreux**, adjointe au bureau des accidents du travail et des maladies professionnelles
 - Mathilde Crochetet**, chargée de mission au bureau des accidents du travail et des maladies professionnelles

- **Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail**
 - Richard Abadie, directeur général
 - Julien Pelletier, responsable animation scientifique
- **Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics**
 - Frédéric Reynier, président
 - Paul Duphil, secrétaire général
- **Direction des risques professionnels de la Cnam**
 - Marine Jeantet, directrice
 - Hervé Laubertie, responsable du département prévention de l'assurance maladie-risques professionnels
- **Observatoire Amarok (Observatoire de la santé des dirigeant(e)s de PME, artisan(e)s, commerçant(e)s et professions libérales)**
 - Olivier Torrès, professeur des universités (Montpellier) et spécialiste des petites et moyennes entreprises (PME)
 - Chihiro Kageura, collaboratrice et coordinatrice de l'observatoire Amarok avec le Japon
- **Fédération nationale des accidentés du travail et des handicapés (FNATH)**
 - Nadine Herrero, présidente
 - Karim Felissi, conseiller dans l'action revendicative
- **Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail**
 - Professeur Gérard Lasfargues, directeur général délégué du Pôle Sciences
 - Henri Bastos, adjoint au directeur de l'évaluation des risques en charge des questions santé-travail
 - Sarah Aubertie, chargée des relations institutionnelles
- **Santé publique France**
 - François Bourdillon, directeur général
 - Mounia El Yamani, direction santé environnement et travail
- **Comité français d'accréditation**
 - Dominique Gombert, directeur général
- **Centre interservices de santé et de médecine du travail en entreprise (« Présanse », organisme représentatif des SSTI)**
 - Serge Lesimple, président
 - Martial Brun, directeur général

- **Association interprofessionnelle des centres médicaux et sociaux de la région Île-de-France** (*plus important SSTI en France – plus d'un million de salariés suivis*)
 - Jacques Texier, président
 - Philippe Ginoux, secrétaire général
- **Association Santé et médecine du travail**
 - Jean-Louis Zylberberg, président
- **Association nationale des internes en médecine du travail**
 - Alizée Fiquemont, présidente
- **Conseil national de l'ordre des médecins**
 - Docteur François Simon, président de la section « Exercice professionnel »
 - Francisco Jornet, directeur des services juridiques
 - Michel Malinet, expert en médecine du travail
- **Syndicat national des professionnels de la santé au travail**
 - Isabelle Legras, secrétaire générale adjointe
 - Mélissa Ménétrier, secrétaire générale adjointe
- **Groupement des infirmiers de santé au Travail (GIT)**
 - Nadine Rauch, présidente
 - Sylvie Ode, responsable revue flash info
- **Olivier Cousin et Philippe Bataille**, professeur à l'école des hautes études en sciences sociales, impliqués dans le groupement d'intérêt scientifique « Groupe d'études sur le travail et la souffrance au travail » (GIS Gestes)
- **Claude Emmanuel Triomphe**, conseiller à l'engagement civique association Astrees
- **Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles**
 - Stéphane Pimbert, directeur général
- **Eurogip**
 - Raphaël Haeflinger, directeur
- **Université de Lille 2**
 - Paul Frimat, professeur des universités
- **Fédération nationale des syndicats d'exploitants agricoles (FNSEA)**
 - Anne Mercier-Beulin, membre de la commission emploi et référente sur le dossier santé au travail
 - Anne-Sophie Forget, chef de service emploi et relations sociales

- **U2P Union des entreprises de proximité**
Michel Chassang, président d'honneur de l'UNAPL
Pierre Burban, secrétaire général
Thérèse Note, relations parlementaires
- **Mouvement des entreprises de France (Medef)**
Jean-Luc Monteil, président de la commission Animation du réseau Région et Territoires
Élisabeth Tomé-Gertheinrichs, directrice générale adjointe en charge des politiques sociales
Nathalie Buet, directrice par intérim de la direction de la protection sociale
Armand Suicmez, chargé de mission sénior à la direction des affaires publiques
- **Confédération générale des petites et moyennes entreprises (CPME)**
Éric Chevée, vice-président en charge des affaires sociales et de la formation
Pierre Thillaud, membre de la commission sociale de la CPME
Sabrina Benmouhoub, chargée de mission Affaires publiques
- **Confédération Française des Travailleurs Chrétiens (CFTC)**
Pierre-Yves Montéléon, responsable confédéral en charge des questions de santé au travail
Sébastien Garoutte, conseiller technique
- **Confédération française de l'encadrement (CFE-CGC)**
Martine Keryer, secrétaire nationale santé au travail et handicap
Christophe Roth, délégué national santé au travail et handicap
Michel Petitot, membre titulaire CFE-CGC du GPO du COCT
Emerance de Beaudoin, juriste confédérale protection sociale et santé au travail
- **Force ouvrière (FO)**
Serge Legagnoa, secrétaire confédéral en charge du secteur Protection sociale collective
Maxime Raulet, assistant confédéral en charge de la branche santé au travail, secteur protection sociale collective
- **Confédération française démocratique du travail (CFDT)**
Catherine Pinchaut, secrétaire nationale
Edwina Lamoureux, secrétaire confédérale
- **Agefiph**
Véronique Bustreel, directrice Innovation Evaluation et Stratégie
Ivan Talpaert, directeur de la sécurisation des parcours

- **Confédération générale du travail (CGT)**

Marc Benoît, membre du groupe d'appui confédéral sur la réforme de la santé au travail et secrétaire de la CGT INRS

Jean-François Naton, membre du groupe d'appui confédéral sur la réforme de la santé au travail et responsable du pôle travail-santé-protection sociale

- **Cabinet Pradel**

Perle Pradel Boureux, avocat au barreau de Paris

Virgile Pradel, avocat au barreau de Paris

Camille Pradel, avocat au barreau de Paris

Véronique Branger, chargée de communication