

POUR UN SERVICE UNIVERSEL DE SANTÉ AU TRAVAIL

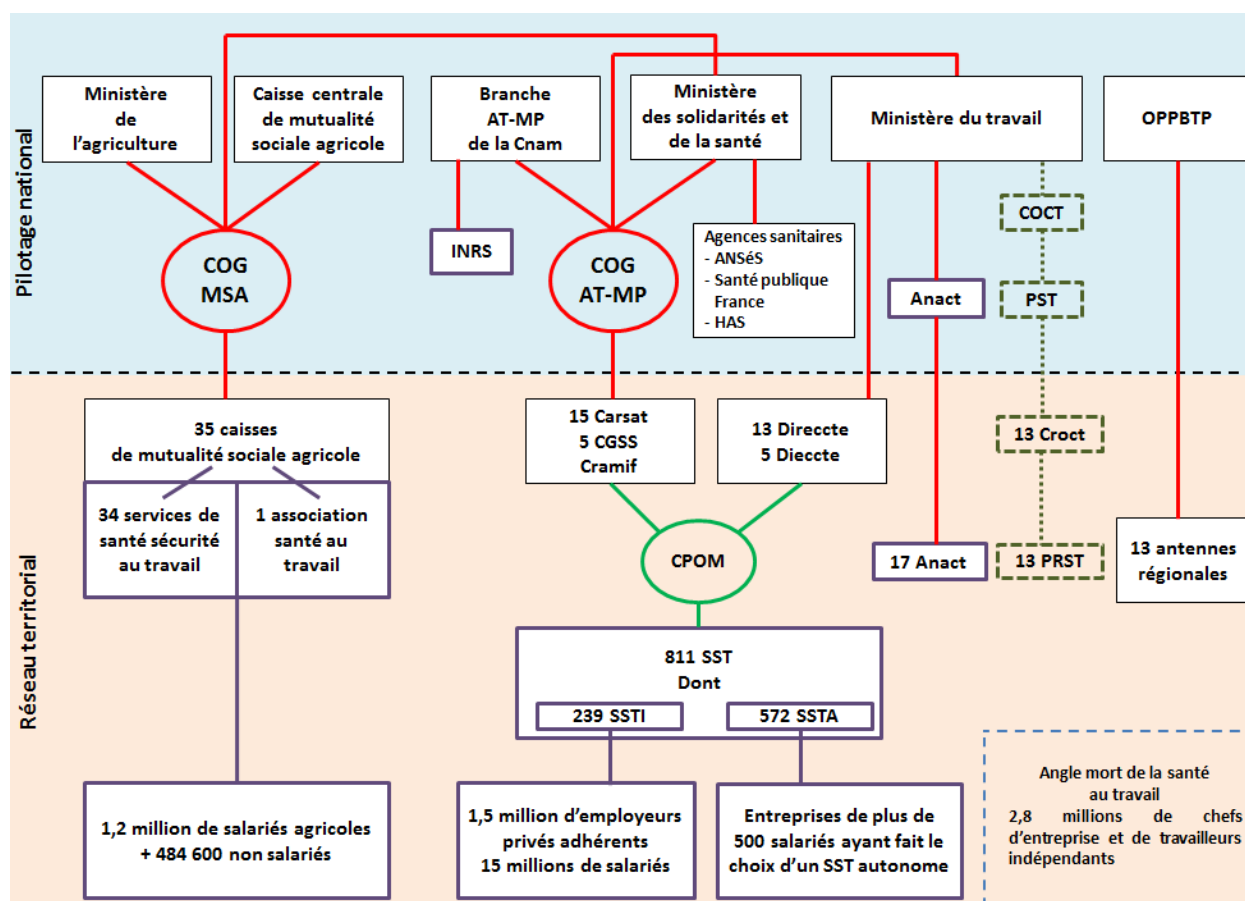
Commission des affaires sociales

Rapport d'information n° 10 (2019-2020) de Mme Pascale Gruny, sénateur de l'Aisne, et M. Stéphane Artano, sénateur de Saint-Pierre-et-Miquelon

1. – La santé au travail en France : un paysage fragmenté et peu lisible

Le système français de santé au travail se caractérise par son extrême fragmentation entre plusieurs acteurs nationaux et territoriaux, aux statuts et tutelles différents et aux logiques parfois redondantes, voire concurrentes.

L'organisation de la santé au travail en France



Source : Commission des affaires sociales du Sénat.

2. – Clarifier la gouvernance de la santé au travail

En proposant une « révolution copernicienne » de la gouvernance de la santé au travail, 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 pour les principaux intéressés : les salariés et les entreprises.

Le réseau des **services de santé au travail (SST)** pâtit en effet 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 l'importance de leur effectif.

Face à cette situation, il est urgent de confier à une **agence nationale de la santé au travail** le soin :

- d'établir un **référentiel de certification** des SST ;
- de fournir aux SST un large éventail d'outils d'intervention en matière de prévention ;
- de favoriser l'utilisation d'un **seul et même système d'information dans tous les SST**.

Cette agence, au statut de groupement d'intérêt public, serait le fruit de la fusion de l'Anact et des organismes œuvrant dans le domaine de la prévention des risques professionnels, à savoir l'INRS et Eurogip.

La procédure de certification des SST par l'agence nationale de la santé au travail s'inspirerait de celle mise en œuvre par la Haute Autorité de santé pour les établissements et services des secteurs médico-social et social.

La simplification de la gouvernance de la santé au travail au niveau national doit également s'accompagner d'une **rationalisation du réseau des acteurs de terrain** de la prévention, pour plus de lisibilité auprès des employeurs.

Le réseau territorial de la santé au travail doit s'articuler autour de deux piliers : d'un côté,

les SST interentreprises (SSTI) et autonomes (SSTA) ; de l'autre les organismes locaux de sécurité sociale de la branche AT-MP qui réuniraient les agents de santé au travail des Carsat et les agents des Aract.

Le renforcement de la collaboration entre les SST et les Carsat/Aract doit conduire à une **clarification de la répartition de leurs compétences respectives** : des conventions de partenariat devraient permettre de définir des **protocoles d'intervention graduée** afin d'éviter toute redondance, et de faire clairement la distinction entre le conseil et le contrôle.

Il convient également de ménager de la souplesse aux acteurs de la prévention pour innover et adapter le suivi médical des travailleurs aux spécificités des régions, des bassins d'emploi et des branches professionnelles. Dans cette optique, il est proposé d'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 fonds national de prévention des accidents du travail (FNPAT) et une partie des crédits du programme 111 de la mission « Travail et emploi ».

3. – Garantir le suivi médical de tous les travailleurs, salariés et non-salariés

Les travailleurs non-salariés (TNS), notamment les artisans, commerçants et chefs d'entreprise, ainsi que les professions libérales, soit environ 2,8 millions de personnes, constituent l'angle mort de la santé au travail en France. Ces travailleurs sont néanmoins également soumis à des risques spécifiques liés aux caractéristiques de leur exercice professionnel, et notamment à la forte responsabilité personnelle qui le caractérise.

Sur le modèle en vigueur dans le monde agricole, il semble pertinent d'étendre le champ d'action des SST aux **chefs d'entreprise**. Le coût marginal de ce suivi supplémentaire est limité, aussi peut-il être envisagé sans majoration de la cotisation versée par l'employeur au SST.

S'agissant des **indépendants** qui n'ont pas de salariés et ne cotisent donc pas en tant qu'employeurs à un SST, il est prévu leur rattachement obligatoire au SST de leur choix. Les modalités de financement de ce rattachement seront à déterminer avec les représentants des TNS, en accord avec la Direccte et les représentants des SST du bassin d'emploi concerné.

Le développement de la **sous-traitance** et des **contrats courts** constituent une problématique délicate en termes de santé et de sécurité au travail. Les travailleurs concernés exercent souvent des tâches impliquant une pluralité de risques physiques, chimiques et biologiques et organisationnels alors que leur suivi est rendu plus difficile par leur présence irrégulière dans l'entreprise.

Dans ces conditions, il est proposé de responsabiliser les entreprises recourant de façon significative aux **intérimaires** et aux sous-traitants :

- en intégrant 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 ;

- en attribuant 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.

4. – Dynamiser les ressources humaines et financières de la santé au travail

La mission a écarté la perspective d'une fusion de la cotisation AT-MP et de la cotisation d'adhésion à SST versées par les employeurs, la première étant une cotisation de sécurité sociale et venant « sanctionner » en partie une sinistralité, la seconde venant rémunérer des prestations de suivi médical.

À l'heure actuelle, les frais supportés par un SSTI sont répartis entre les employeurs adhérents proportionnellement au nombre des salariés. Les SSTI ne peuvent en conséquence prendre en compte la **masse salariale de l'entreprise**.

Une modification de la législation pourrait être envisagée afin d'ouvrir cette possibilité aux SSTI. Plus de **souplesse dans la fixation du montant de la cotisation** pourrait être accordée aux SSTI en les autorisant à proposer des prestations sur mesure associées à un surcoût consenti par l'employeur. Les conditions de cette modulation et ses limites pourraient être définies par le CPMO conclu par le SST avec la Direccte et la Carsat.

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**. Les SSTI pourraient ainsi être affectataires d'une partie des ressources du FNPAT et des crédits du programme 111 de la mission « Travail et emploi ».

Les Carsat pourraient également être autorisées à **financer directement et intégralement des dispositifs de prévention pour les TPE** et, en contrepartie, renforcer la périodicité des contrôles qu'elles exercent sur les entreprises concernées.

Il convient également de permettre à la médecine du travail de relever le **défi de la démographie médicale**. Les écarts de densité de médecins du travail sont significatifs sur le territoire et cette spécialité est la quatrième spécialité médicale la plus âgée en France.

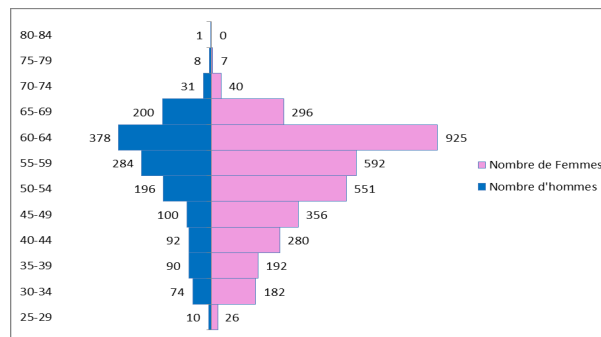
Outre les mesures tendant à **renforcer l'attractivité de la spécialité**, qui mettront du temps à produire leurs effets, il convient d'expérimenter des dispositifs susceptibles de répondre en urgence à la pénurie de médecins du travail que connaissent certains SST.

Il est ainsi proposé 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 : ces protocoles, qui doivent rester l'exception et s'inspireraient de ceux possibles pour le suivi médical des salariés du particulier employeur ou des mannequins, prévoiraient des garanties en termes de formation des médecins non spécialistes.

Le champ de l'exercice infirmier en **pratique avancée** pourrait également être élargi au diagnostic de certains risques professionnels, dans un souci de renforcement de la pluridisciplinarité des équipes de santé au travail et de libération du temps médical disponible.

Une **mutualisation obligatoire du temps médical entre SSTA et SSTI** pourrait également être envisagée, avec une mise à disposition partielle du médecin du travail par les SSTA au profit des SSTI.

Pyramide des âges des médecins du travail en exercice en 2018



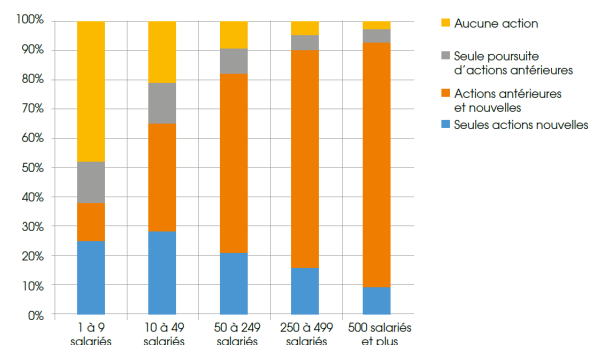
Source : Conseil national de l'ordre des médecins, Atlas national 2018 – Approche territoriale des spécialités.

5. – Faire de la santé au travail un levier de la politique de santé publique et de la prévention primaire

Dans un contexte de **judiciarisation croissante des conflits liés à la santé et la sécurité au travail**, il est indispensable de mieux accompagner les employeurs dans la mise en œuvre de leur **obligation de sécurité**. Selon la dernière enquête sur les conditions de travail de 2013, seulement 46 % des employeurs ont élaboré ou mis à jour un **document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP)** au cours des douze mois précédant l'enquête, bien qu'il s'agisse d'une obligation depuis 2001.

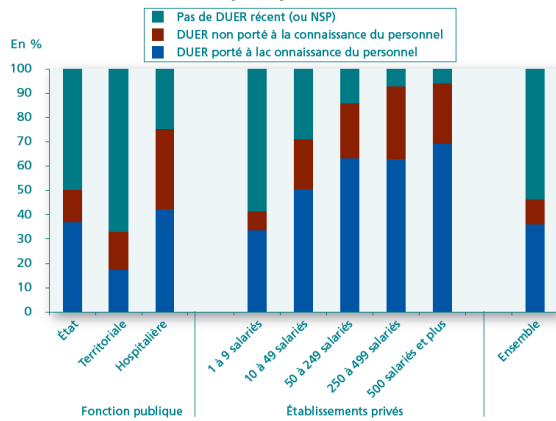
Il est ainsi proposé que le DUERP fasse l'objet d'une **rédaction commune** entre l'employeur, les représentants du personnel et le SST.

Figure 2 : Actions de prévention dans les 12 derniers mois selon la taille de l'entreprise. Source Dares analyse n°13 mars 2016



Source : Malenfer, Lainé et Balannec, « Mobiliser les TPE : un défi pour la prévention », Anact, La revue des conditions de travail, n° 05, décembre 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 : Dares, « La prévention des risques professionnels – Les mesures mises en œuvre par les employeurs publics et privés », Dares-Analyses, n° 013, mars 2016.

Le nécessaire **décloisonnement de la médecine du travail et de la médecine de ville et hospitalière** exige, par ailleurs, un rapprochement des SST avec les centres de consultation de pathologie professionnelle des CHU et un accès, partiel ou total, du médecin du travail au DMP, sous réserve du consentement explicite du patient.

Face à la **montée en puissance des risques psychosociaux** dans l'entreprise, le système de reconnaissance des maladies professionnelles doit être revu pour intégrer la notion de « fraction attribuable ». Pour certaines pathologies multifactorielles, dont le développement peut être lié tant à la vie personnelle et familiale et au comportement propre du travailleur qu'à son environnement professionnel, un **système de pourcentage de risque attribuable à l'environnement professionnel** pourrait être institué pour tenir compte de l'existence de facteurs non professionnels dans l'émergence et l'évolution d'une maladie.

Une meilleure prévention des RPS au travail implique également :

- une **sensibilisation accrue**, par la voie de la formation, des encadrants, des salariés et 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 ;
- la présence obligatoire dans tous les SST d'un **psychologue du travail** au sein de l'équipe pluridisciplinaire ou le conventionnement avec une structure en disposant ;

- 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.

Dans un souci d'amélioration du bien-être des travailleurs, les SST se verraient confier le soin de conduire, tous les trois ans, une **évaluation de la qualité de vie au travail** dans chaque entreprise adhérente par le biais d'un questionnaire anonymisé, qui donnerait lieu à un diagnostic entre le SST et l'entreprise et l'élaboration d'un plan d'action en faveur de la qualité de vie au travail.

Enfin, il convient de mettre l'accent, dans la rénovation des missions des SST, sur la **prévention de la désinsertion professionnelle**. 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**. Averti, le médecin du travail pourrait intervenir auprès du salarié pour, le cas échéant, envisager des mesures favorisant son retour. De même, la CNAM pourrait 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.

Afin de renforcer la collaboration entre le médecin du travail et le médecin traitant, une modification législative permettrait d'associer le médecin du travail à l'élaboration d'un **plan de retour à l'emploi** dans le cadre du protocole de soins que le médecin traitant est tenu de définir pour tout patient en arrêt maladie supérieur à six mois.

Le système des **visites de pré-reprise** à l'issue de trois mois d'arrêt reste par ailleurs largement perfectible. Lorsqu'elles sont organisées, ces visites n'interviennent bien souvent que quelques jours avant la reprise prévue du travail et ne permettent pas d'organiser une reprise du travail dans des conditions adaptées aux besoins du salarié.

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 un **plan de retour au travail**.



Pascale Gruny
Rapporteur
Sénateur de l'Aisne
(Groupe Les Républicains)



Stéphane Artano
Rapporteur
Sénateur de Saint-Pierre-et-Miquelon
(Groupe RDSE)



Commission des affaires sociales

<http://www.senat.fr/commission/soc/index.html>

15 rue de Vaugirard – 75291 Paris Cedex 06

01 42 34 20 84 – secretaires.affaires-sociales@senat.fr



Le présent document et le rapport complet n° 10 (2019-2020) sont consultables sur le site du Sénat :

<http://www.senat.fr/notice-rapport/2019/r19-010-notice.html>