

Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée

RAPPORT FAIT A LA DEMANDE DU PREMIER MINISTRE

Établi par

Charlotte LECOCQ, Députée du Nord

Bruno DUPUIS, Consultant senior en management

Henri FOREST, Ancien secrétaire confédéral CFDT

Avec l'appui de Hervé LANOUZIERE, Inspection générale des affaires sociales

AVERTISSEMENT

La terminologie : « *entreprise* » utilisée dans l'ensemble du rapport fait référence tant aux employeurs qu'aux salariés qui la composent.

AVANT-PROPOS

Les femmes et les hommes constituent la première ressource stratégique de l'entreprise. Cette assertion, qui fait consensus, devrait guider la mise en œuvre de toute politique en matière de santé et sécurité au travail. Or les évolutions du contexte économique et social et des modes d'organisation avec leur impact sur les conditions de travail confrontent les entreprises et les acteurs de la prévention à de nouveaux enjeux en matière de santé. Ainsi, doit être soulignée l'apparition de risques nouveaux notamment pour la santé psychologique des salariés, nouveaux risques plus complexes à prévenir dans une culture d'origine de la prévention marquée par son approche mécaniste.

Au plan national, et à partir d'une lecture globale, le système de santé au travail français construit par strates successives, tel qu'il est organisé aujourd'hui, permet à la France de satisfaire formellement à ses engagements internationaux. Il a indéniablement contribué à faire diminuer au fil des années la sinistralité liée aux accidents du travail et à améliorer l'indemnisation pour les personnes victimes de maladies professionnelles avec une partie importante des moyens financiers consacrés à la réparation.

Toutefois, ces approches classiques montrent depuis quelques années leurs limites, voire des zones grises tels que la prévention de la désinsertion des personnes ou la prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques ou des affections de longue durée. Il est indispensable de franchir de nouvelles étapes, de répondre aux enjeux de l'allongement de la vie au travail et de développer de façon effective une culture de la prévention avec l'ambition de placer la France parmi les pays les plus performants d'Europe.

En large partie du fait de cette construction par strates successives, le système actuel mobilise un grand nombre d'acteurs institutionnels ou non, avec des moyens pris dans leur ensemble très significatifs, des périmètres de compétences entre acteurs qui ne sont pas exempts de zone de recouvrements et d'interférences. Il génère des doublons et dans le meilleur des cas nécessite des moyens de coordination très chronophages pour aligner cette multiplicité d'acteurs.

Sur les territoires, pour les entreprises et leurs salariés en particulier dans les TPE et PME, ce système n'est pas lisible. Cette catégorie d'entreprises ne le comprend pas et n'a pas en retour un service en termes de conseil de prévention à la hauteur des cotisations dont elles s'acquittent directement auprès des services de santé au travail, ni à la hauteur de ses besoins en accompagnement.

Ce système est également très fortement marqué par une série d'éléments perçus négativement :

- Un recours à la contrainte d'intervenants externes à l'entreprise avec une fréquente confusion pénalisante des rôles, au détriment du développement d'une culture de prévention entre ceux qui agissent dans le cadre du contrôle avec un risque de sanction et ceux qui font du conseil ;
- Un empilement d'obligations formelles qui mobilisent et gagent d'importants moyens (contrôles périodiques, formations...) sans contribuer en soi à donner du sens en termes de progrès et de performance globale, voire à inciter à l'innovation ;
- Une réaction de passivité aussi qui peut paradoxalement être induite par l'obligation de sécurité encore perçue comme seul aiguillon malgré les évolutions récentes de la jurisprudence qui en a précisé la portée.

Pour donner un nouvel élan et franchir un véritable pallier en termes de progrès, il faut agir à plusieurs niveaux tout en prenant en compte l'ensemble des éléments existants et leurs points positifs. Il faut fortement réorganiser le système dans son ensemble et en simplifier le fonctionnement pour gagner en lisibilité et en effectivité.

La politique nationale en matière de santé au travail n'est pas visible parce qu'elle n'est pas portée politiquement de façon forte, interministérielle, dans la continuité et la durée. Dans notre histoire récente, elle l'a souvent été de façon réactive à l'occasion de crises comme celle de l'amiante au début des années 2000 ou de celle des risques psycho-sociaux quelques dix années plus tard avec l'emblématique dossier de France Télécom. Son caractère structurant en termes de performance globale pour les entreprises dans une démarche de progression continue n'est pas mise en avant ou rarement et sans véritable suite. Une exception notable mérite cependant d'être soulignée en termes de prise de conscience avec le rapport remis au Premier Ministre en 2010 intitulé « *Bien être et efficacité au travail* » dont les dix recommandations gardent toute leur pertinence, bien qu'elles aient été peu suivies en termes opérationnels.

Un engagement politique fort doit permettre de redéfinir une politique du travail qui s'est tout simplement effacée derrière celle de l'emploi au cours des trois dernières décennies. Le troisième plan de santé au travail (PST3) est exemplaire dans sa genèse en termes d'exercice du dialogue social appliqué à cette matière et dans ses objectifs afin de faire progresser une véritable culture de prévention primaire. Néanmoins, il reste un exercice très discret dans son lancement et sa déclinaison régionale et dont l'effectivité de mise en œuvre laisse manifestement à désirer avec le risque d'une mauvaise surprise à l'arrivée.

Au plan national et pour que le pilotage du système fonctionne, il est devenu nécessaire de regrouper les acteurs et de s'assurer que tous soient réellement mobilisés au service des objectifs définis dans le PST3. C'est la raison pour laquelle nous proposons de réunir sous le même toit et sous une même bannière (France Santé au travail et des structures régionales de droit privé en étroite relation) aux différents niveaux de mise en œuvre, national et régional l'ensemble des acteurs.



Une réunification des acteurs pour améliorer le pilotage et l'efficacité du système



A l'échelle des territoires, nous avons perçu l'expression d'un réel intérêt pour la mise en place d'un guichet unique qui permettrait pour l'entreprise et ses salariés d'avoir une véritable prise en charge adaptée en fonction de leurs besoins. Il y a, en particulier avec les actuels services de santé au travail interentreprises (SSTI), un divorce lié à une très mauvaise compréhension par les entreprises de ce qu'elles payent au regard des prestations attendues. Ces dernières restent en effet fortement centrées sur le suivi individuel de l'état de santé des salariés. Les évolutions des dernières réformes qui, par le développement de la pluridisciplinarité et l'espacement des examens médicaux systématiques, ont voulu rééquilibrer les actions des SSTI vers davantage de prévention primaire, n'ont pas réussi à les affranchir de l'approche historique de leur action centrée sur le seul du médecin du travail.

La réussite de la réforme du système que nous proposons nécessitera de réunir plusieurs conditions :

- Un portage politique fort inscrit dans la durée ;
- Une association des partenaires sociaux, notamment dans une phase de concertation préalable ;
- Une pédagogie de la réforme avec une phase d'explications permettant d'en faire partager le sens de la façon la plus large possible avec toutes les parties prenantes ;
- La mise en place d'une dynamique de projet de transformation animée par une structure de préfiguration dotée d'une feuille de route.

SYNTHESE

UN SCENARIO POUR UN SYSTEME D'ACTEURS ET UNE GOUVERNANCE REFONDES

UN SCENARIO POUR FAVORISER L'ACCES DES ENTREPRISES AUX DISPOSITIFS DE PREVENTION

L'ensemble des constats recueillis par la mission permet de dessiner les éléments structurants de ce que pourrait être un système moderne de prévention des risques professionnels. Celui-ci doit couvrir l'ensemble des besoins identifiés, en préservant les acquis mais en proposant des évolutions fortes afin :

- De répondre concrètement aux attentes des salariés et des entreprises, en prenant comme cadre de référence les plus petites d'entre elles ;
- D'atteindre résolument les ambitions du PST3, tournées vers la promotion de la santé et, à terme, une politique de performance globale articulant bien-être au travail et efficacité économique.

Pour assurer aux entreprises et à leurs salariés un meilleur service et une plus grande visibilité opérationnelle de l'action des acteurs de la santé au travail, une simplification du fonctionnement à **la faveur d'un rassemblement au sein d'une entité unique de prévention est nécessaire.**

Pour prendre en compte les évolutions des formes d'emploi et renforcer l'implication des dirigeants d'entreprise, la mission préconise d'ouvrir les prestations de la structure de santé au travail aux travailleurs indépendants.

La Mission n'a pas inclus le régime agricole dans cette entité unique car nous estimons qu'il dispose d'un système intégré, bénéficiant sur une base volontaire aux dirigeants d'entreprises, avec un seul opérateur de proximité et clairement identifié, la MSA, et une gouvernance et un pilotage resserrés reposant sur un réel paritarisme. Toutefois, des passerelles devront être envisagées entre les deux systèmes favorisant un enrichissement réciproque.

Enfin, bien que n'entrant pas dans le périmètre du présent rapport ni dans le scénario proposé, la mission n'omet pas la situation des agents des trois fonctions publiques qui, outre qu'ils bénéficient déjà des dispositions de la partie IV du code du travail, doivent pouvoir accéder à un accompagnement en prévention de même niveau que les salariés de droit privé.

Les objectifs de cette réforme seraient les suivants :

- Au plan politique, afficher un objectif ambitieux visant à faire de la France l'un des pays les plus performants et innovants en Europe en matière de prévention dans le domaine de la santé au travail, en inscrivant cet objectif dans un but ultérieur plus large visant la performance globale pour les entreprises et leurs travailleurs ;

- Aux plans politique et technique, assurer un portage politique interministériel de la question de santé et de la qualité de vie au travail étroitement connectée à l'ensemble de la politique du travail, quel que soit le statut des personnes ;
- Assurer une articulation plus étroite et plus opérationnelle de la politique de santé au travail avec la politique de santé publique ;
- Faire évoluer le système pour garantir l'effectivité de cette politique en matière de santé au travail, de sa phase de conception à sa phase de mise en œuvre, puis en assurer le suivi et l'évaluation, tant au plan national qu'au niveau régional ;
- A partir des excédents de la branche AT-MP, consacrer un effort financier plus significatif aux actions en faveur de la prévention dans les entreprises, privilégiant le développement d'une culture de prévention primaire, comparable au niveau consacré à ce type d'actions par d'autres pays de l'UE comme l'Allemagne ;
- Assurer à toutes les entreprises et à leurs travailleurs, sur chaque territoire, une offre de services certifiée, homogène, accessible et lisible. Doit être plus particulièrement assurée une offre pour les PME/TPE en matière de conseils opérationnels dans le domaine de la prévention SST via la mise en place au plan régional d'un système de guichet unique ;
- Regrouper les acteurs intervenant dans le champ de la prévention afin d'optimiser les moyens pour éviter les redondances, permettre une meilleure couverture des besoins des entreprises ;
- Redonner du sens et renforcer l'attractivité des métiers de la prévention ;
- Adapter, lorsque c'est possible, les contraintes réglementaires, pour passer d'une gestion de la prévention subie sous la contrainte d'intervenants externes à une culture de la prévention proactive et pilotée ;
- Simplifier, alléger et redynamiser la gouvernance tripartite du système de gestion de la SST en réaffirmant la place et le rôle des partenaires sociaux aux différents niveaux de pilotage national et régional.

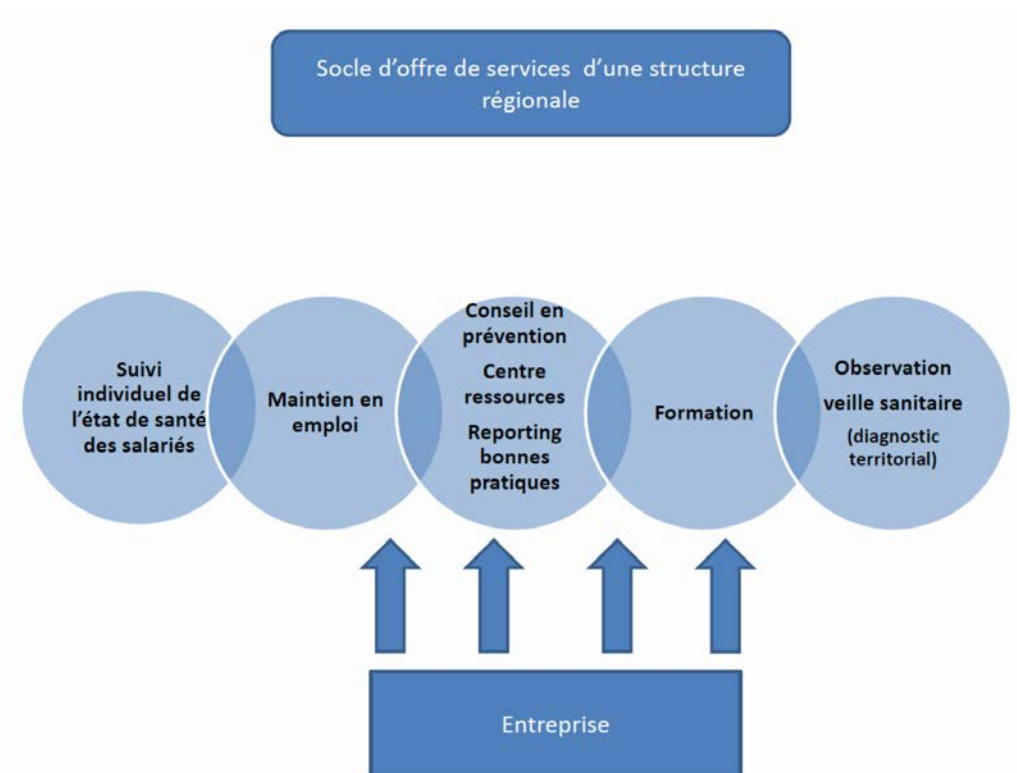
PARTIR DU BESOIN DES SALAIRES ET DES ENTREPRISES AU NIVEAU LOCAL

- Chaque entreprise doit pouvoir accéder **par un guichet unique** à une offre de service homogène sur l'ensemble du territoire. Cette offre couvre l'intégralité des services auxquelles l'entreprise peut prétendre dans sa région.
- L'offre de service inclut :
 - Le suivi individuel obligatoire de l'état de santé des travailleurs ;
 - Un accompagnement pluridisciplinaire en prévention des risques et de promotion de la santé au travail (expertise technique, conseils méthodologiques, appui au déploiement de démarches de prévention technique et organisationnelles, aide à l'évaluation des risques, structuration d'une démarche de prévention, mise en place d'un système de management de la santé et sécurité, déploiement d'une politique QVT...) lorsque les entreprises n'ont pas la capacité de réaliser elles-mêmes ces actions ;
 - L'aide au maintien dans l'emploi par l'intervention précoce dans le parcours de soins, l'adaptation du poste de travail, l'accompagnement dans le parcours social d'insertion (accès aux aides, reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, articulation avec les travailleurs sociaux, formation professionnelle ...) ;
 - L'accès à un centre de ressources diffusant les outils et guides utiles, et favorisant la capitalisation et le partage des bonnes pratiques ;

- La formation des acteurs dans l'entreprise en matière de prévention ;
- Le conseil d'orientation des entreprises vers le recours à un intervenant externe habilité.

Ce socle de base d'offre de service fait l'objet d'une contribution de la part de l'ensemble des entreprises. Il est minoré quand l'entreprise recourt à ses propres intervenants en prévention des risques et/ou personnels de santé au travail¹. Les prestations spécifiques n'entrant pas dans ce socle de base font l'objet d'une facturation complémentaire à l'entreprise.

Schéma 1 : Socle d'offre de service au niveau régional



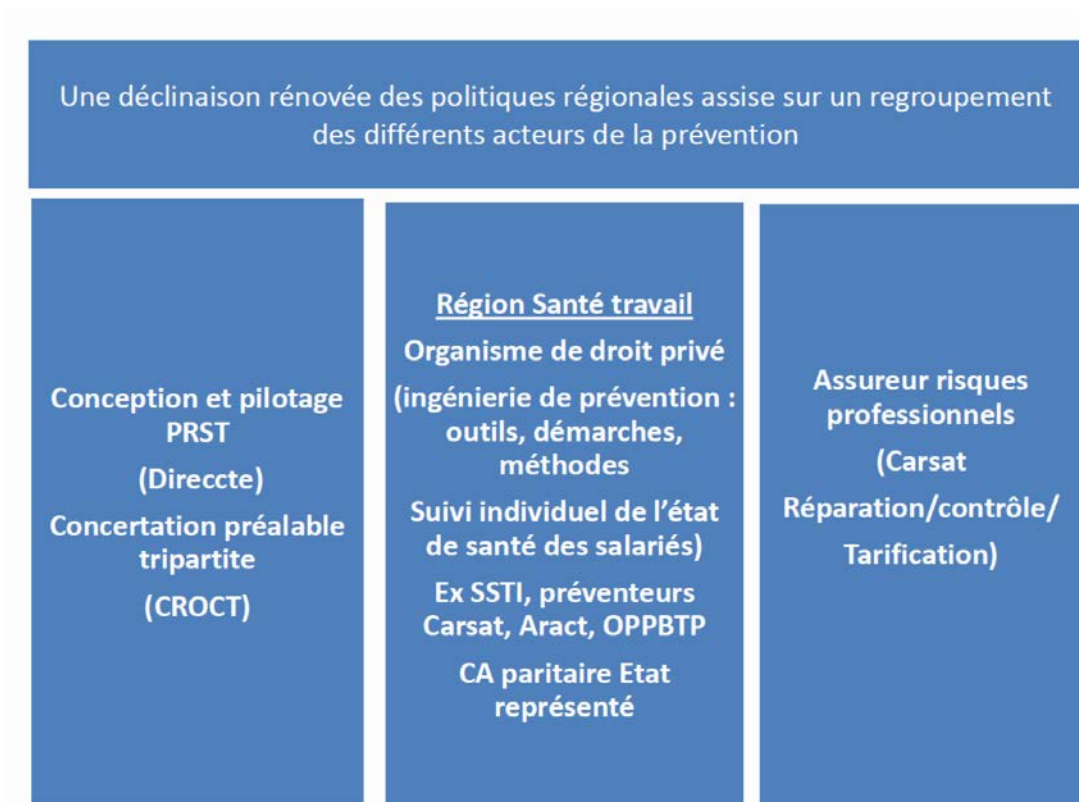
CREER UNE STRUCTURE REGIONALE DE PREVENTION, INTERLOCUTEUR PRIVILEGIE, INTERFACE DE PROXIMITE AVEC LES ENTREPRISES

- Une structure régionale de prévention (porte d'entrée dans le système), structure de droit privé ayant pour mission d'intérêt général la préservation de la santé au travail, regroupe les services de santé au travail interentreprises, les compétences des Aract, afin d'enrichir les compétences pluridisciplinaires sur le volet organisationnel (ergonomes, psychologues, spécialistes en organisation), les agents des Carsat affectés aux actions relevant du champ de la prévention et de l'appui technique (formation en prévention, laboratoires) et les compétences des agences régionales de l'OPPBT ;

¹ Les entreprises de grande taille continueront à pouvoir, sous certaines conditions, assurer le suivi individuel de santé par un ou plusieurs médecins du travail et infirmiers(es) qu'elles recrutent. (Conditions d'effectifs salariés, d'emprise géographique, de garantie contractuelles d'indépendance pour le médecin, d'habilitation par la structure régionale ou nationale (cf. infra))

- La structure adopte une organisation interne permettant de structurer en son sein les différentes compétences professionnelles aux plans géographique et éventuellement sectoriel (BTP, etc.). Elle fonctionne en mode projet pour accompagner les entreprises selon leurs besoins. Elle est dotée d'antennes locales (plateaux techniques) permettant de maintenir une proximité géographique avec les entreprises sur le territoire ;
- La structure régionale est accréditée sur la base d'un cahier des charges élaboré au niveau national, garantissant une organisation de nature à satisfaire l'intégralité du socle de l'offre de services, médicale, technique et organisationnelle ;
- La structure régionale peut s'appuyer sur un réseau de prestataires privés qu'elle habilite et anime pour la partie accompagnement/ conseil/ formation des entreprises.

Schéma 2 : Pilotage en région



POSITIONNER LA STRUCTURE REGIONALE COMME L'INTERLOCUTEUR DE CONFIANCE POUR LES ENTREPRISES EN MATIERE DE CONSEIL EN PREVENTION N'EXERÇANT AUCUNE MISSION DE CONTROLE

- L'Etat et la sécurité sociale exercent deux fonctions fondamentales en matière de prévention des risques à distinguer de celles des structures régionales :
 - La fonction d'assureur (réparation et tarification) et de gestionnaire du risque intervenant en priorité dans les entreprises à forte sinistralité avérée ou potentielle est exercée par les Carsat. Mais elles exercent actuellement aussi une fonction de conseil et d'appui auprès des entreprises identiques à celles des autres préventeurs. Les entreprises différencient mal la part du contrôle et du conseil dans les interventions des Carsat, ce qui ne favorise pas une relation de confiance, condition pourtant sine qua non du recours au conseil en prévention. Il apparaît donc nécessaire de recentrer les Carsat sur leur fonction de gestionnaire de risque² et donc d'actuaire³. L'autre partie de leur mission, la prévention, serait transférée aux structures régionales qui seront ainsi bien identifiées comme des structures de conseil et d'appui. Les Carsat pour leur mission de tarification et de réparation continueront à déployer leurs programmes nationaux et à agir auprès des entreprises ciblées responsables d'un coût pour l'assureur. Elles garderont notamment leur pouvoir réglementaire d'injonction et pourront proposer le soutien des structures de prévention si les entreprises rencontrent des difficultés à suivre leurs recommandations.
 - La fonction de contrôle de la conformité au droit est exercée par l'inspection du travail dans les Direccte. les Médecins inspecteurs du travail (Mirt) quant à eux, soulagés de l'agrément des SSTI, pourraient être rattachés aux agences régionales de santé (ARS) mais détachés auprès des Direccte, dans leurs fonctions d'appui à l'inspection du travail, afin de se recentrer sur leurs fonctions de vigilance et de veille sanitaire liée au travail, en recouvrant par ailleurs l'instruction des recours administratifs individuels en matière d'inaptitude médicale⁴.

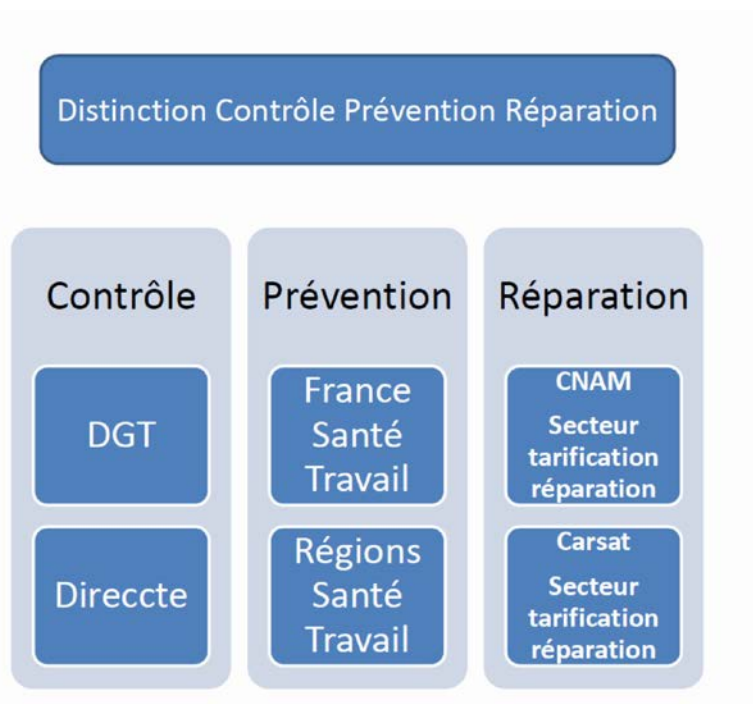
Ce recentrage des Direccte et des Carsat sur leur cœur de métier respectif n'obère pas leur rôle de conseil. A ce titre les agents de chacune de ces structures pourront orienter l'employeur sur la structure régionale afin de bénéficier d'un accompagnement pratique en prévention pour donner suite à leurs requêtes.

² La gestion du risque peut être définie comme l'ensemble des actions mises en œuvre pour améliorer l'efficacité du système de santé, c'est-à-dire le rapport entre sa qualité et son coût. « *Appliqué à l'assurance maladie obligatoire, le « risque » correspond aux dépenses remboursées par l'assureur public, et sa « gestion » désigne les actions mises en œuvre pour maîtriser leur évolution et améliorer leur efficacité (contrôle de l'exactitude de la prise en charge, lutte contre les fraudes et les gaspillages, promotion des techniques et des organisations présentant le meilleur coût/qualité, etc.)* » (mission IGAS sur la gestion du risque, décembre 2010). La gestion des risques par la sécurité sociale peut intégrer un volet prévention mais celui-ci est toujours partagé avec l'Etat, en particulier sur le champ de la santé au travail, le ministère en charge du travail.

³ Celui qui évalue le risque pour déterminer les cotisations en regard en termes d'assurance

⁴ Ce qui implique une modification législative du recours en cas d'inaptitude qui, actuellement, s'exerce par voie contentieuse prud'homale, mobilisant un médecin expert et induisant des frais de justice pour les requérants.

Schéma 3 : Recentrage et clarification de la répartition des rôles



VALORISER LES METIERS DE LA PREVENTION, RENFORCER LES EQUIPES ET REDONNER DU SENS A LEUR ACTION

- La nouvelle organisation, en clarifiant les missions de chacun dans un cadre unique, en renforçant les collectifs d'expertise, en les dotant de moyens fléchés et portés par des orientations stratégiques prioritaires, doit être une opportunité pour les professionnels (préventeurs, médecins...) de trouver plus de sens et d'efficacité collective, sans perdre leur identité ;
- Les médecins du travail et le personnel de santé, outre le suivi individuel de santé des salariés, trouveront, à travers la possibilité de renseigner le dossier médical partagé du salarié et une mobilisation accrue en matière de maintien dans l'emploi, une place reconnue dans le parcours de soin du salarié. Ils pourront dans ce cadre rénové mieux faire partager leur diagnostic relatif au lien entre santé et travail, apparaître comme référent en la matière auprès des médecins de ville et s'impliquer davantage dans la veille sanitaire. Enfin ils pourront inscrire leur action pour améliorer les conditions travail dans un environnement pluridisciplinaire cohérent et rassemblé ;
- Les préventeurs agiront au sein de collectifs étoffés et pourront conduire des ingénieries plus ambitieuses tout en bénéficiant de compétences pointues et des ressources rares parfois isolées dans des structures n'ayant pas la taille critique pour agir efficacement ;
- Médecins, personnels de santé et préventeurs, par leur contribution à la capitalisation et à l'essaimage des bonnes pratiques et des ressources produites (guides, outils...), intensifieront collectivement la portée de leur action. Cette dynamique induira une approche positive et engageante pour les entreprises ;
- La future structure régionale doit ainsi permettre l'initiative des professionnels qui l'intègrent, l'expression des compétences dans un fonctionnement en mode projet, et permettre une mobilité professionnelle accrue pour eux-mêmes en leur offrant l'opportunité de se spécialiser davantage ou à l'inverse d'être plus polyvalent.

CONCENTRER L'EXPERTISE NATIONALE EN MATIERE D'INGENIERIE DE PREVENTION AU SEIN D'UN MEME ORGANISME

- L'Anact, l'OPPBTP national et l'INRS sont aujourd'hui positionnés sur les volets de recherche appliquée et de mise à disposition d'outils de prévention à destination des entreprises. Une structure nationale dédiée à la prévention en santé au travail⁵ pourrait les regrouper.
- Organisme public placé sous la tutelle du ministère du travail, du ministère de la santé et des affaires sociales s'appuyant sur une gouvernance tripartite, la Structure nationale s'organise en départements composés en fonction des compétences et des secteurs professionnels d'intervention⁶ des organismes regroupés. Elle définit les programmes de travail permettant de décliner les orientations du Plan Santé Travail. Elle contractualise avec les structures régionales à partir de la réponse apportée par ces dernières à un cahier des charges national intégrant les orientations nationales.
- La structure nationale gardera ainsi un lien fort avec les opérateurs de terrain que sont les structures régionales.
- Cette interrelation est garante d'une conception et d'un déploiement homogène sur tout le territoire d'outils, méthodes et démarches concrets et opérationnels pour les entreprises, renforçant ainsi la fonction de centre ressources portée par les structures régionales.
- Cette structure pourra tout naturellement intégrer le réseau R31⁷ (l'Anact et l'INRS y participent actuellement) piloté par l'Anses au bénéfice des études et de la recherche en santé travail.
- Elle comporte un département spécialisé exerçant les fonctions d'une école de santé au travail pour la formation des entreprises, des bureaux d'étude, des acteurs et des professionnels de la santé au travail (cf. encadré 3 § 2.2.5 partie I).

REFONDER LE SYSTEME DE FINANCEMENT DE LA SANTE AU TRAVAIL POUR GAGNER EN TRANSPARENCE, LISIBILITE ET EFFICACITE

➤ Une cotisation unique pour les employeurs

Les contributions financières des entreprises pour les structures régionales de prévention et celle concernant l'OPPBTP pour les entreprises qui en relèvent, pourraient être regroupées avec celles des AT-MP au sein d'une cotisation unique « santé travail » directement recouvrées par les URSSAF :

- A coût global constant pour l'ensemble des entreprises, la cotisation unifiée rend visible par chacune d'entre elles, indépendamment de ses actions propres, la part de la contribution qu'elle consacre à la santé au travail et aux risques professionnels ;

⁵ Le terme « santé au travail » doit être entendu au sens large du Plan Santé au travail, c'est-à-dire comme incluant les conditions de travail, la qualité de vie au travail.

⁶ Notamment celui du bâtiment et des travaux publics

⁷ Ce réseau, animé et coordonné et par l'Anses en application de l'article R1313-1 du CSP, comprend 30 organismes scientifiques intervenant dans son champ de compétences. Il a pour objectif de renforcer les coopérations aux fins : d'évaluation des risques sanitaires notamment dans le domaine du travail; de veille et d'alerte des pouvoirs publics en cas de risques pour la santé publique; d'amélioration de la connaissance des risques sanitaires dans le domaine de compétence de l'Anses.

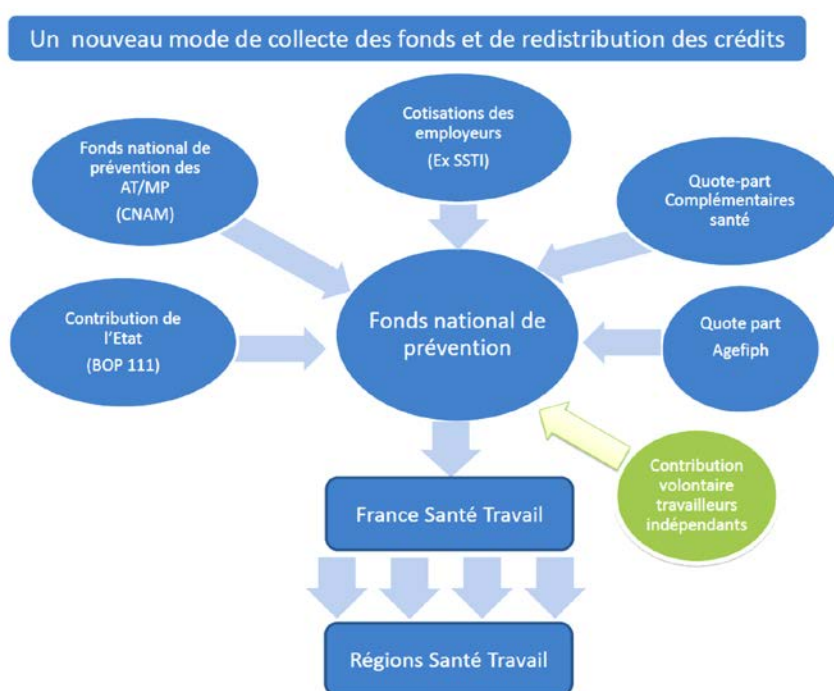
- Elle autorise une modulation de son montant sur une base mutualisée⁸ selon le risque spécifique de l'entreprise ou de son engagement en matière de prévention. Un employeur qui recourt à des prestations de prévention hors la structure régionale verra sa cotisation réduite à due concurrence.

➤ Un fonds national de la prévention

Il regroupe l'ensemble des ressources destinées à la prévention au sein d'un fonds unique : comprenant donc :

- Les fonds de l'Etat affectés à la prévention (issus du Budget opérationnel de programme n°111 ou BOP 111⁹) ;
- Les fonds de la branche AT-MP affectés à la prévention (issus du Fonds national de prévention des accidents du travail ou FNPAT) ;
- Les fonds issus de la cotisation versée pour le financement des structures régionales de prévention (ex cotisation des services de santé au travail interentreprises ou SSTI) ;
- Une quote-part des fonds provenant des organismes de complémentaire santé recommandés, au titre de la contribution de 2 % sur les cotisations consacrée à un degré élevé de solidarité¹⁰ ;
- Une part provenant du fonds de développement pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (issue de l'Agefiph) (Cf. § 1.1 partie 2);
- Une part volontaire de cotisation des travailleurs indépendants et chefs d'entreprise.

Schéma 4 : Modèle financier



⁸ Une contribution financière des entreprises dotées d'un service autonome, au titre de la mutualisation de la prise en charge de la prévention, se justifierait notamment en raison des travaux qu'elles confient fréquemment à des PME dans le cadre d'une relation de sous-traitance ou de recours à des prestations extérieures.

⁹ Le programme n° 111, piloté par la DGT au ministère du travail, porte sur l'amélioration de la qualité de l'emploi et des relations du travail. Il inclut la qualité du droit, sa diffusion et le contrôle de sa mise en œuvre, le conseil et l'appui au dialogue social. Dans le champ de la prévention, il finance en particulier l'Anact.

¹⁰ Cf. recommandation n°3 infra.

Un tel dispositif présente deux avantages :

- Retracer précisément les ressources et les dépenses affectées à la prévention au plan national afin de mieux orienter les politiques publiques en matière de santé au travail et améliorer en conséquence la lisibilité de l'effort financier de la collectivité nationale et des entreprises en faveur de la santé au travail ;
- Répartir les dotations destinées aux structures régionales en tenant compte du respect de leur programmation vis-à-vis des priorités nationales et assurer ainsi une égalité de traitement sur l'ensemble du territoire.

La répartition des fonds pourrait être décidée par une commission dédiée de l'instance de gouvernance de la structure nationale et se décliner ainsi :

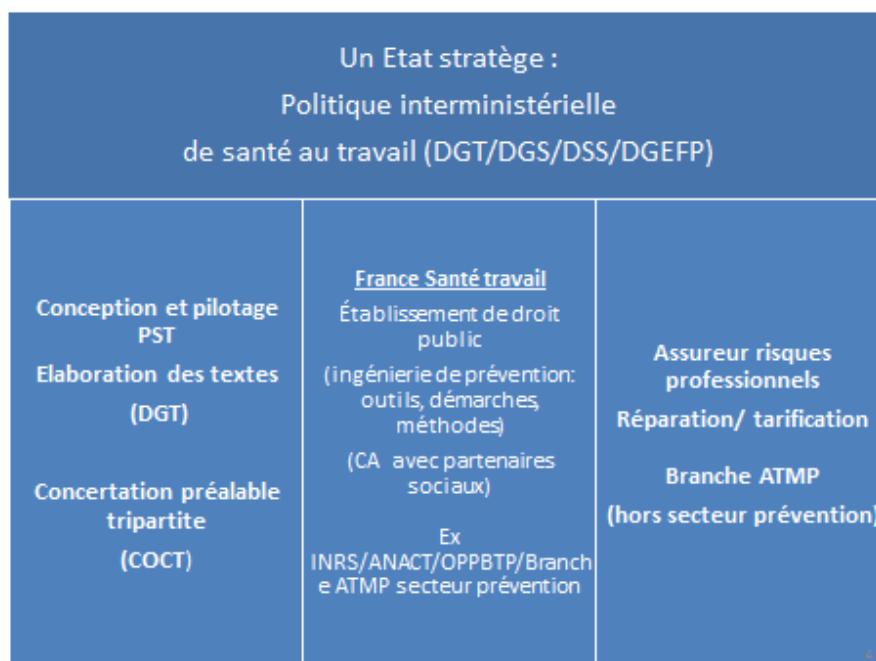
- Part dédiée aux structures régionales de prévention dans le cadre d'une contractualisation ;
- Part dédiée la structure nationale de la prévention elle-même ;
- Part dédiée au financement d'actions innovantes ou exemplaires dans les branches, les territoires ou les entreprises.

Afin d'éviter de créer une nouvelle caisse nationale, la gestion des fonds pourrait être confiée à la CNAM.

AU PLAN NATIONAL, RENFORCER L'ÉTAT STRATEGUE

- L'Etat, dans une posture stratégique et garant de la sécurité sanitaire au travail, veille à la conception et au pilotage de la politique de santé au travail définie dans le plan santé travail et à son articulation avec la Stratégie nationale de santé (SNS) et le Plan national santé environnement (PNSE) dans le cadre d'une action interministérielle. Il s'appuie notamment sur une structure nationale (Cf. infra) pour élaborer et décliner le volet prévention des politiques de santé au travail.
- La mission de veille et d'expertise sanitaire, distincte de celle de la structure nationale en matière de recherche appliquée et d'ingénierie de prévention, s'exerce toujours par l'ANSES et Santé Publique France.

Schéma 5 : Pilotages interministériel et national



ETABLIR UN PILOTAGE ET UNE GOUVERNANCE TRIPARTITE ASSURANT UN ROLE EFFECTIF DES PARTENAIRES SOCIAUX

➤ **Pilotage national**

Il est assuré par une double tutelle des ministères en charge du travail, de la santé et des affaires sociales, qui associe les autres ministères intéressés.

Le COCT conserve son rôle d'instance consultative et de concertation placée auprès des ministres pour les orientations et le suivi des politiques en matière de santé au travail.

La structure nationale assure le déploiement opérationnel du PST.

➤ **Gouvernance de la structure nationale**

La structure nationale, organisme de droit public qui peut être un EPA, dispose d'un conseil d'administration (CA) où siègent à côté de l'Etat, les seuls partenaires sociaux.

Les compétences de la Commission des accidents du travail/maladies professionnelles (CAT-MP de la CNAM) relatives à l'ingénierie de prévention sont transférées au CA, les comités techniques nationaux (CTN de la CNAM) deviennent des commissions du CA.

➤ **Pilotage régional**

Il est assuré par les Direccte, en lien avec les ARS.

Le CROCT conserve son rôle d'instance d'avis placée auprès du représentant de l'Etat en région pour les orientations et le suivi des politiques régionales en matière de santé au travail. Il serait chargé de l'instruction des incitations financières et, le cas échéant, de la modulation des cotisations SST des entreprises en fonction de leur recours à la structure régionale. Les comités techniques régionaux sont conservés et placés auprès du CROCT.

La structure régionale assure le déploiement opérationnel du PRST.

➤ **Gouvernance de la structure régionale**

La structure régionale de droit privé dispose d'un CA paritaire (à l'instar du statut des Carsat) où siègent le représentant de l'Etat en région. Il regroupe donc les compétences des CA des SSTI, de l'OPPBTP, de la CRAT-MP, de l'Aract, instances des organismes qui rejoignent la structure régionale.

La direction de la structure régionale est assurée par un directeur nommé par le CA en accord avec la structure nationale de santé.

Schéma 6 : Pilotage des structures régionales

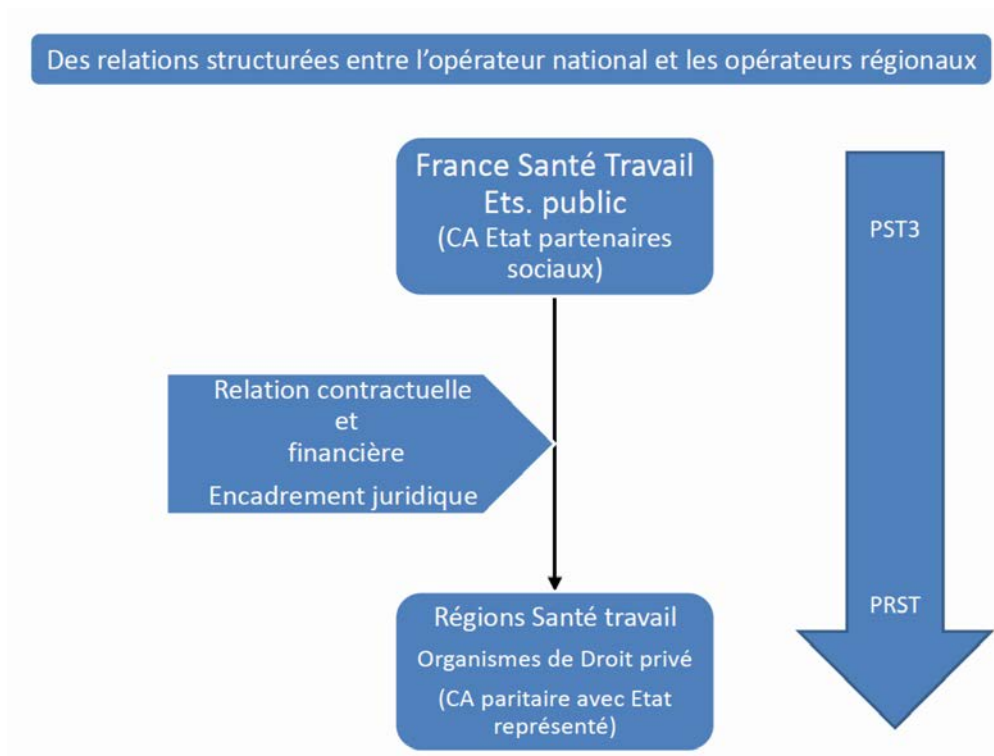


Schéma 7 : Evolution des espaces de gouvernance

Une comitologie simplifiée et plus opérationnelle pour les partenaires sociaux et l'Etat

Avant

- COCT
- CAT/MP CNAM
- CA INRS
- CA OPPBTP
- CA ANACT
- CA Aract (X17)
- CA OPPBTP régionaux (X11)
- CA CRAT/MP (X 20)
- CA et CC des SSTI (X 240)

Après

- 1 Conseil d'Orientation tripartite national (= COCT)
- 1 CA de l'EPA France Santé Travail
- 1 Conseil d'Orientation tripartite par région (= CROCT)
- 1 CA par Région Santé Travail, organisme de droit privé

NOS RECOMMANDATIONS A L'APPUI DU SCENARIO

Ces recommandations s'intègrent dans le schéma général de réorganisation du système de santé au travail mais certaines d'entre elles sont applicables de façon indépendante.

Recommandation n°1 : Donner davantage de visibilité nationale à la politique de santé au travail

- Inscrire dans la loi l'obligation d'élaborer le Plan Santé Travail et prévoir un rapport régulier devant la représentation nationale ;
- Faire du Plan Santé Travail le volet opérationnel de la politique de santé travail de la Stratégie nationale de santé ;
- Piloter le Plan Santé Travail sous l'égide du comité interministériel pour la santé ;
- Mieux évaluer la mise en œuvre et l'impact du Plan Santé Travail, notamment en améliorant les indicateurs de réalisation et d'impact par des études évaluatives ciblées de certaines actions réalisées dans le cadre du plan ;
- Suggérer au plan européen le développement de *peer reviews*¹¹ périodiques des politiques de santé au travail avec pour objectif d'évaluer leur mise en œuvre et de disposer d'éléments de comparaison à intervalles réguliers.

Recommandation n°2 : Consacrer un effort financier dédié et significatif à la prévention

- A partir des excédents de la branche risques professionnels, consacrer un effort financier significatif aux actions en faveur de la prévention dans les entreprises ;
- Mettre en perspective lors des discussions parlementaire relatives à la loi de finances et à la loi de financement de la sécurité sociale les parts respectives consacrées à la prévention des risques professionnels.

Recommandation n°3 : Inciter les branches à s'emparer des questions de santé et de qualité de vie au travail

- Fixer une part minimale du 2 % des cotisations versée, prévu pour les prestations à caractère non directement contributif de solidarité dans le cadre d'un contrat de protection sociale complémentaire relevant du degré élevé de solidarité obligatoire, à consacrer aux actions de prévention collective ;
- Reverser cette quote-part au fonds national de la prévention lorsqu'aucune action issue d'une négociation collective n'a été engagée par une branche en matière de santé ou de qualité de vie au travail.

Recommandation n°4 : Inciter les entreprises à s'engager davantage dans la prévention par une approche valorisante

- Ne pas fonder l'incitation à la prévention sur la seule menace de la sanction ;
- Augmenter significativement le montant des aides destinées aux entreprises et dédiées à la prévention, décidées dans le cadre de la COG de la branche AT-MP pour :

¹¹ Examen par des pairs

- Garantir un appui à l'instauration d'une démarche de prévention dans chaque entreprise, en particulier les TPE/PME (par exemple pour la mise en place d'un système de management des risques) ;
- Mener des actions de sensibilisation des dirigeants sur le lien Santé au travail / Performance de l'entreprise (performance globale), compléter les aides incitatives.
- Financer les baisses de cotisations des entreprises s'engageant dans des actions de prévention innovantes ;
- Accompagner les entreprises dans l'élaboration et le suivi d'indicateurs de performance en santé au travail, mis en lien avec les indicateurs de performance globale, pour leur donner à voir le retour sur leur investissement en matière de prévention ;
- Impliquer les dirigeants d'entreprise en leur ouvrant le bénéfice des prestations de la structure régionale en ce qui concerne leur suivi individuel de santé.

Recommandation n°5 : Mieux articuler la santé au travail et la santé publique pour une meilleure prise en charge de la santé globale des travailleurs

- Etudier en lien avec les structures régionales la possibilité de mener des actions ciblées de santé publique sans préjudice de leur mission première ;
- Mener des campagnes d'information grand public sur certains risques professionnels, à l'image de ce qui a été fait pour l'exposition aux agents cancérigènes et pour les troubles musculo squelettiques ;
- Etendre la possibilité pour les étudiants des métiers de la santé d'effectuer le nouveau service sanitaire de trois mois dans les structures régionales ;
- Former aux premiers secours dès le lycée afin d'ancrer la culture de prévention et de rendre chacun capable d'agir dans les situations d'urgence ;
- Faire évoluer le dossier médical partagé (DMP), document à l'usage du salarié dans son parcours de santé en et hors de l'entreprise :
 - Permettre dès à présent, dans le respect des principes régissant ce dossier, l'inscription des éléments relatifs aux expositions professionnelles ;
 - Créer à cet effet une nouvelle rubrique dans le DMP ;
 - Parvenir à brève échéance, dans le respect de la vie privée des salariés et afin de faciliter une prise en charge coordonnée de leur santé, le partage, via le DMP, d'informations médicales entre professionnels de santé, qu'ils interviennent dans le parcours de soins et de prévention pour les salariés.

Recommandation n°6 : Renforcer le rôle de la structure régionale et du médecin du travail pour prévenir la désinsertion professionnelle

- Intégrer systématiquement la structure régionale de santé au travail en tant que ressource proposée par les plateformes territoriales d'appui (PTA) dédiées à la gestion des cas médicaux complexes¹² ;
- Mettre en œuvre les recommandations des récents rapports traitant du sujet qui impliquent les futures structures régionales de santé au travail¹³ ;

¹² Les Plateformes Territoriales d'Appui (PTA) créées par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 ont pour objectif de simplifier, pour les professionnels et notamment les médecins traitants, la prise en charge des patients en situation complexe par l'intégration au sein d'un interlocuteur unique, les fonctions d'appui d'un territoire.

¹³ -Rapport "Personnes handicapées : « sécuriser les parcours, cultiver les compétences »" - Dominique Gillot – juin 2018 et rapport "Plus simple la vie" : 113 propositions pour améliorer le quotidien des personnes en situation de handicap" - Adrien Taquet et Jean-François Serres – mai 2018.

- Engager une réflexion pour une refonte complète du cadre juridique et institutionnel visant à clarifier et simplifier le parcours d'accompagnement du travailleur handicapé et plus généralement de tout travailleur exposé à un risque de désinsertion consécutif à son état de santé, en s'appuyant sur les principes suivants :
 - Créer au bénéfice du salarié et de l'employeur un porte d'entrée garantissant la prise en charge et le suivi multi-acteurs de tout dossier de maintien en emploi ;
 - Organiser les relations entre médecin du travail et médecin conseil ;
 - Instaurer, en cas de blocage, un mécanisme administratif garantissant la prise de décisions d'orientations dans des délais préfixes ;
 - Simplifier les démarches administratives relatives aux travailleurs en situation de handicap (Cf. § 1 ;1 partie 2).

Recommandation n°7 : Mobiliser efficacement la ressource de temps disponible des médecins du travail et des personnels de santé

- Des mesures pour optimiser l'organisation et faciliter le suivi individuel de santé systématique des salariés par les médecins du travail et les personnels de santé :
 - Moderniser les outils du quotidien pour la réalisation des examens médicaux :
 - Généralisation des systèmes d'information avec connexion des dispositifs d'examens complémentaires ;
 - Plateformes internet pour la prise des rendez-vous directe par les salariés ou les entreprises ;
 - Développer l'usage de la télémédecine pour répondre aux disparités territoriales et réduire la durée de certains actes médicaux.
- Au profit d'un investissement plus grand envers certains salariés :
 - Présentant des problèmes de santé susceptibles d'entraîner leur désinsertion professionnelle qu'il s'agisse :
 - De motifs d'inaptitude à leur poste dans l'entreprise ;
 - De pathologies chroniques nécessitant des mesures pour le maintien dans leur poste ;
 - Appartenant à des populations à risques telles que les jeunes salariés ou les salariés vieillissant et les aidants ;
 - Engagés dans des formes d'emploi ou des parcours professionnels précaires comme l'intérim ou les CDD ;
 - En situation de handicap ;
- Créer une contribution, en temps ou financière, des entreprises dotées de services autonomes en faveur des structures régionales de santé au travail, au titre de la mutualisation, en raison des travaux qu'elles confient fréquemment à des PME dans le cadre d'une relation de sous-traitance ou de recours à des prestations extérieures.
- Ouvrir à certaines catégories de salariés précisément identifiées (par exemple salariés du particulier employeur) la possibilité de faire effectuer leur suivi individuel de santé par des généralistes ayant passé une convention avec la structure régionale.

Recommandation n°8 : Former les différents acteurs de la prévention dans un objectif interdisciplinaire

- Mettre en place un référentiel national de compétences en matière de pratiques de prévention, en fonction des métiers, des missions et du niveau de responsabilité exercé.

- Formaliser l'ensemble du corpus théorique (doctrine) et méthodologique (démarches, outils, méthodes) en matière de santé travail et le rendre accessible à l'ensemble des acteurs de la prévention sous forme pédagogique.
- Prévoir un cursus de formation pour les futurs responsables des structures régionales.

Recommandation n°9 : Mieux prendre en charge la prévention des risques liés aux organisations de travail et à leurs transformations

- Former aux déterminants organisationnels et humains de la culture de sécurité :
 - Les intervenants en prévention (Directe, structure régionale) ;
 - Les managers de proximité et les membres de CSE ;
 - Les conseils extérieurs en entreprise (formations conjointes pour chacun de ces trois catégories d'acteurs);
- Poursuivre le développement de la culture de prévention et de la qualité de vie au travail dans la formation initiale des managers et ingénieurs (concevoir et organiser le travail en santé et en sécurité, animer des collectifs de travail, animer des espaces de régulation, etc.).
- Formaliser la qualité des prestations des intervenants extérieurs sur ces domaines par la justification du recours à des référentiels éprouvés et reconnus.
- Développer la recherche sur les liens entre santé et transformation du travail.
- Développer l'ingénierie et le déploiement de démarches participatives impliquant les salariés dès la phase de conception et de mise en place de nouvelles organisations du travail ou mode de production afin de combler le retard important de la France en Europe en la matière.

Recommandation n°10 : Mettre en place au sein de chaque structure régionale une cellule spécifiquement dédiée à la prise en charge des RPS

- Cette cellule interviendrait :
 - À la demande d'une entreprise souhaitant engager une démarche de prévention ;
 - A la demande d'un salarié ou travailleur indépendant souhaitant bénéficier d'un appui à la gestion de ses RPS, indépendamment de l'entreprise et dans le respect de la confidentialité ;
 - En cas de signalement de RPS laissant craindre des facteurs pathogènes dans une entreprise, une organisation, ou un secteur d'activité ;
- De façon pluridisciplinaire : médicale pour l'accompagnement individuel, collective pour investiguer les causes organisationnelles, managériales, contextuelles, en lien avec les différents acteurs concernés de l'entreprise.

Recommandation n°11 : Organiser au sein de la structure régionale un guichet unique

- La structure régionale doit rendre le service de proximité envers les salariés et les employeurs en mettant en place une structure d'accueil permettant une prise en charge personnalisée.
- Cet accueil doit être en capacité de répondre à toute demande du socle d'offre de service relative à la santé et à la qualité de vie au travail en orientant le demandeur vers le bon interlocuteur de la structure ou vers un intervenant extérieur habilité sur son territoire.

Recommandation n°12 : Permettre l'exploitation collective des données à des fins d'évaluation et de recherche et généraliser l'interopérabilité des systèmes d'information

- Généraliser et harmoniser les systèmes d'information des structures régionales, notamment pour ce qui concerne les anciens services de santé au travail ;

- Harmoniser les modalités du recueil des données par l'utilisation de thésaurus homogènes définis au plan national par la structure nationale en lien avec l'Anses;
- La nouvelle configuration des structures de santé au travail facilitera l'exploitation des données à des fins statistiques et la mise en place d'enquêtes ou d'études coordonnées par l'Anses, Santé Publique France ou la Dares.

Recommandation n°13 : Simplifier l'évaluation des risques dans les entreprises pour la rendre opérationnelle

- Limiter la formalisation de l'évaluation aux risques majeurs dans les plus petites entreprises ;
- Rendre obligatoire un seul document pour toutes les entreprises : le plan de prévention des risques, qui intégrera les éléments d'évaluation des risques se substituant ainsi au document unique d'évaluation des risques (DUER).
- Faire accompagner les entreprises pour l'élaboration de leur plan de prévention par les structures régionales et supprimer en conséquence la fiche d'entreprise.

Recommandation n°14 : Proportionner les obligations et les moyens à déployer dans les entreprises en fonction de leur spécificité et des risques effectivement rencontrés par les salariés

- A cet effet revisiter, en coopération avec les partenaires sociaux, la réglementation pour la faire évoluer vers une simplification et une recherche d'efficacité réelle.
- Rendre les décrets applicables à titre supplétif lorsque l'entreprise adopte des dispositions de prévention qui répondent au même objectif que la réglementation sans en suivre les modalités d'application concrètes. Une telle logique, sans rien céder à l'exigence de sécurité, serait de nature à réduire l'écart entre les exigences réglementaires (conformité) et les contraintes du travail réel et à améliorer l'effectivité de la prévention¹⁴.

Recommandation n°15 : Donner les moyens aux partenaires sociaux de participer à la conception, la mise en œuvre et au suivi des politiques publiques en matière de santé au travail

- Abonder le fonds du paritarisme par les sommes issues actuellement du FNPAT destinés aux partenaires sociaux pour la formation en matière de santé au travail et flécher leur utilisation pour leur participation aux politiques de santé au travail.

Recommandation n°16 : Conduire une réflexion pour l'amélioration de la santé et de la qualité de vie au travail de la fonction publique

- Le champ de la mission ne couvre pas celui de la fonction publique, celui-ci n'a donc pas été abordé. Néanmoins, les nombreux témoignages provenant des fonctions publiques incitent la mission à proposer que les recommandations qui peuvent être transposées prennent part dans la réflexion conduite sur la réforme de la fonction publique nationale, territoriale et hospitalière.

¹⁴ La réglementation allemande prévoit quant à elle une démarche progressive d'évaluation des risques (pas d'obligation lorsque le risque est mineur ou négligeable, une évaluation sans mesurage et un mesurage s'il demeure une incertitude ou s'il s'agit d'agent CMR) et que les mesurages doivent être réalisés par un salarié compétent ou par une structure extérieure répondant à des normes en matière de mesurage (DIN EN 482).

UN SCENARIO POUR UN FUTUR PROCHE : LA PERFORMANCE GLOBALE

Si les propositions du présent rapport visent à mettre les acteurs de la prévention en ordre de bataille pour permettre à la culture de prévention de pénétrer les pratiques managériales au quotidien, elles restent axées sur une approche par les risques.

C'est pourquoi la mission conçoit le scénario qu'elle a proposé comme une étape incontournable mais aussi comme un préalable à l'objectif encore plus ambitieux d'offrir à terme un système qui serait résolument tourné vers la promotion simultanée de la santé et de la performance globale de l'entreprise. Un niveau de maturité supérieur, serait non plus de faire de chacun un préventeur mais un promoteur d'un milieu de travail simultanément propice à l'efficacité économique et au bien-être au travail, ce qui implique cette fois tous les acteurs et décideurs du développement économique.

Il n'est en effet pas de performance économique sans performance sociale de l'entreprise. Il n'est pas de pérennité de l'entreprise sans capacité à s'adapter et à agir sur un environnement mouvant, internationalisé, et hautement concurrentiel.

Le concept de performance globale répond à ces enjeux en intégrant la logique de développement durable dans la stratégie d'entreprise. Ainsi, l'entreprise n'est plus uniquement tournée vers ses objectifs de performance financière, mais vise également à concourir au bien-être sociétal et environnemental. Cette démarche porteuse de sens, plébiscitée par les nouvelles générations, contribue à la fois à l'attractivité des compétences dont a besoin l'entreprise et dans le même temps à la fidélisation des professionnels, leur attachement à l'entreprise et leur engagement, tout en favorisant le bien-être au travail et en réduisant les facteurs de risques psychosociaux. Elle contribue également à ce que l'entreprise, par la recherche de procédés de fabrication moins polluants et moins consommateurs, contribue par exemple à la qualité de l'air et à la préservation de l'environnement, et par ce biais à la santé de tous. Elle répond ainsi aux attentes des consommateurs, pour lesquels l'éthique de l'entreprise tend à prendre une place prépondérante, comme en témoigne la consommation croissante des produits issus de petits producteurs ou du commerce équitable, respectueux de l'environnement, bouclant ainsi un cercle vertueux dans lequel l'ensemble des parties prenantes bénéficie de retombées positives. L'engagement de l'entreprise dans l'inclusion des personnes en situation de handicap en est une autre illustration, lorsque celle-ci perçoit le recrutement ou le maintien dans l'emploi de ces personnes comme un défi d'adaptation, certes, mais qui sera aussi générateur d'innovation, profitant à l'ensemble des salariés de l'entreprise, et concourant aussi à son agilité et sa capacité à repenser son organisation et sa culture managériale.

La mise en œuvre d'une démarche de performance globale suppose pour l'entreprise de concevoir tout projet d'organisation dans une logique tridimensionnelle (économique, sociale/sociétale, environnementale) de manière intégrée. Ainsi, le remplacement de machines de production, de composants dans un produit fini, tout comme les logiques managériales, ne peuvent servir un seul objectif au détriment des autres. A titre d'exemple le lean management, inscrit initialement dans le but d'augmenter l'efficacité et la productivité d'une entreprise, peut induire des effets négatifs sur la santé au travail et par répercussion sur la performance économique de l'entreprise. Et cela, à plus forte raison que la rapidité des évolutions technologiques et l'essor de l'intelligence artificielle,

conjuguées à de nouvelles formes de travail et des parcours professionnels fluctuants, pousseront les entreprises à constamment remettre en question leur mode d'organisation. Il est à noter que le CSE, par la fusion qu'il opère entre les instances représentatives du personnel, s'inscrit pleinement dans la logique d'articuler simultanément les dimensions économique et sociale, et que le projet de loi PACTE, qui sera débattu au parlement à la fin de l'année 2018, porte la volonté de consacrer la notion d'intérêt social au sein de l'article 1833 du Code civil, et de permettre aux associés d'inscrire dans les statuts de l'entreprise sa raison d'être, pour y intégrer explicitement les dimensions sociétale et environnementale.

C'est pourquoi il apparaît essentiel de rapprocher et coordonner, selon des modalités qu'il apparaît prématuré de définir, les acteurs du conseil en prévention, avec les acteurs du conseil en développement économique, et bien évidemment, les acteurs du développement des compétences, qui se situent au carrefour de ces enjeux.

SOMMAIRE

AVERTISSEMENT	2
AVANT-PROPOS.....	2
SYNTHESE	5
UN SCENARIO POUR UN SYSTEME D'ACTEURS ET UNE GOUVERNANCE REFONDES	5
NOS RECOMMANDATIONS A L'APPUI DU SCENARIO	17
UN SCENARIO POUR UN FUTUR PROCHE : LA PERFORMANCE GLOBALE	22
PARTI-PRIS ET METHODOLOGIE PARTICIPATIVE DE LA MISSION.....	29
PARTIE 1 NOTRE SYSTEME, POLITIQUEMENT ET JURIDIQUEMENT ENCADRE, NE PEUT SE CONTENTER DE RESULTATS HONORABLES	32
1 NOTRE SYSTEME DE PREVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS PERMET DE REpondre A NOS ENGAGEMENTS INTERNATIONAUX	32
1.1 La convention n°187 de l'OIT fixe un cadre promotionnel pour la sécurité et santé au travail auquel la France satisfait pleinement.....	32
1.2 Le droit de la santé au travail est très majoritairement régi par des directives que la France a transposées.....	33
1.3 Le 3 ^{ème} plan Santé au travail et la Stratégie nationale de santé fixent une feuille de route ambitieuse pour les cinq prochaines années.....	36
2 LE DIAGNOSTIC DES AVANTAGES ET LACUNES DU SYSTEME EST LARGEMENT PARTAGE .37	
2.1 Malgré une performance honorable, la prévention des risques professionnels est à la recherche d'un second souffle	38
2.1.1 Les résultats des indicateurs usuels sont satisfaisants en tendance sur les cinquante dernières années	38
2.1.2 Néanmoins, des signes d'essoufflement, voire la dégradation de certains indicateurs, révèlent un plateau difficile à dépasser	40
2.1.3 Les comparaisons avec les autres pays ne sont pas à l'avantage de la France.....	42
2.2 La culture de prévention n'est pas appropriée tant par les employeurs que par les salariés ..44	
2.2.1 Les approches de la prévention sont avant tout réglementaires et sécuritaires	44
2.2.2 L'évaluation des risques est perçue comme une obligation administrative.....	46
2.3 Les dirigeants expriment clairement un besoin d'outillage et d'accompagnement non satisfait	46
2.3.1 Les représentants du personnel peinent à s'y retrouver aussi.....	49
2.3.2 Le consensus sur les besoins de formation des managers peine à déboucher sur une offre et des pratiques de formation à la hauteur des besoins	50

2.4	Le système incite insuffisamment à la prévention.....	52
2.4.1	Le ratio prévention/réparation est très déséquilibré.....	52
2.4.2	Les outils financiers destinés aux entreprises sont jugés encore trop peu incitatifs.....	53
2.4.3	Les Outils de prévention destinés aux entreprises sont de qualité mais l'accompagnement de leur déploiement est déficitaire.....	56
2.4.4	De manière générale, les budgets consacrés à la santé au travail en France sont éparés et insuffisamment identifiés.....	58
2.4.5	Le système intègre difficilement les spécificités propres à certains secteurs et populations.....	61
2.4.6	L'obligation de sécurité de résultat, poussée à l'extrême, décourage la prévention.....	65
2.5	La connaissance de la relation santé - travail peut être améliorée.....	66
2.5.1	La France dispose d'un appareil statistique gestionnaire de sinistralité fiable et robuste mais l'appariement de ses données n'est pas optimal.....	66
2.5.2	Des outils d'enquête qualitativement uniques sont déployés dans le pays.....	69
2.5.3	La connaissance des expositions professionnelles : une nécessité pour la prévention dans un contexte d'allongement de la vie professionnelle.....	71
2.6	La recherche en santé au travail est insuffisamment soutenue.....	71
2.7	La performance du système de prévention est difficile à évaluer.....	72
2.7.1	La recherche et les études axées sur l'impact de la prévention sont rares.....	72
2.7.2	Au final, l'impact des programmes de prévention déployés par les acteurs est difficile à évaluer.....	74
2.8	La césure historique entre santé publique et santé au travail est questionnée.....	76
2.9	Le système d'acteurs en prévention est devenu illisible et son efficacité est réduite par une gouvernance et un pilotage complexes.....	78
2.9.1	La multiplicité des opérateurs, une construction historique.....	78
2.9.2	La multiplicité des opérateurs nuit à la compréhension et donc à l'utilisation optimale de l'offre.....	82
2.9.3	Face aux carences de gouvernance et de pilotage, une clarification, une redistribution et une articulation des rôles de chacun s'impose.....	86
2.9.4	Les caractéristiques du système sont amplifiées à l'échelon régional avec un acteur supplémentaire, les services de santé au travail, essentiels mais dépourvus de pilotage national....	92
2.9.5	La comitologie qui soutient la gouvernance du système est excessivement lourde.....	101
2.9.6	Les complémentaires de santé, récentes dans l'écosystème, offrent des perspectives nouvelles pour la prévention.....	102
2.9.7	L'offre privée de conseil et d'accompagnement doit être reconnue et articulée avec l'écosystème institutionnel.....	104
3	QUELS ROLE ET PLACE POUR LES PARTENAIRES SOCIAUX ?.....	106
3.1	Une légitimité et une place renforcées au sein des instances d'orientation.....	107

3.1.1	Le COCT et le GPO : une amorce de tripartisme qui donne satisfaction	107
3.1.2	Les CROCT et les GPRO, un démarrage plus difficile.....	108
3.2	Une grande diversité dans l'organisation du paritarisme au sein de la gouvernance des organismes.....	108
3.2.1	Le paritarisme de la branche AT-MP de la CNAM	108
3.3	La négociation collective.....	110
3.3.1	Au niveau national interprofessionnel	110
3.3.2	Au niveau des branches	110
3.3.3	Au niveau des territoires	112
3.3.4	Au niveau de l'entreprise.....	113
PARTIE 2 ELEMENTS DE PROSPECTIVE.....		115
1	DES EVOLUTIONS A PRENDRE EN COMPTE.....	115
1.1	Le dispositif de maintien en emploi, dans un contexte de population au travail vieillissante, devra apporter des réponses à la hauteur de l'augmentation de la désinsertion professionnelle ..	115
1.2	La transition numérique impactera le système de prévention, en risques comme en opportunités.....	119
1.3	L'intelligence artificielle peut aider mais aussi être porteuse de risques.....	119
1.4	Les systèmes de management de la santé au travail (SMSST) peuvent structurer la démarche de prévention et rendre l'entreprise autonome.....	121
2	DES INNOVATIONS ET DES PRATIQUES INSPIRANTES.....	122
2.1	Les approches de branche, de secteur, voire de filière, sont sources d'inspiration.....	122
2.2	Des innovations dans les territoires	125
2.3	Des innovations intégrant qualité du service et prévention.....	126
2.4	Des innovations technologiques concernant le suivi individuel de l'état de santé	127
PARTIE 3 NOS RECOMMANDATIONS.....		129
1	UN SCENARIO POUR UN SYSTEME D'ACTEURS ET UNE GOUVERNANCE REFONDES	129
1.1	Un scénario pour favoriser l'accès des entreprises aux dispositifs de prévention	129
1.2	Partir du besoin des salariés et des entreprises au niveau local	130
1.3	Créer une structure régionale de prévention, interlocuteur privilégié, interface de proximité avec les entreprises.....	131
1.4	Positionner la structure régionale comme l'interlocuteur de confiance pour les entreprises en matière de conseil en prévention n'exerçant aucune mission de contrôle.....	132
1.5	Valoriser les métiers de la prévention, renforcer les équipes et redonner du sens à leur action	133
1.6	Concentrer l'expertise nationale en matière d'ingénierie de prévention au sein d'un même organisme.....	133

1.7	Refonder le système de financement de la santé au travail pour gagner en transparence, lisibilité et efficacité	134
1.8	Au plan national, renforcer l'Etat stratège	135
1.9	Etablir un pilotage et une gouvernance tripartite assurant un rôle effectif des partenaires sociaux	135
2	NOS RECOMMANDATIONS A L'APPUI DU SCENARIO	136
3	UN SCENARIO POUR UN FUTUR PROCHE : LA PERFORMANCE GLOBALE.....	141
	ANNEXE 1 : LETTRE DE MISSION	143
	ANNEXE 2 : DECLINAISON FRANÇAISE DES EXIGENCES DE LA CONVENTION 187	147
	ANNEXE 3 : ELEMENTS DE COMPARAISONS INTERNATIONALES	149
	ANNEXE 4 : LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS.....	163
	ANNEXE 5 : LISTE DES AUDITONS	167
	ANNEXE 6 : LISTE DES CONTRIBUTIONS ADRESSEES A LA MISSION	171

PARTI-PRIS ET METHODOLOGIE PARTICIPATIVE DE LA MISSION

PARTIR DE LA PERCEPTION DE NOTRE SYSTEME DE SANTE AU TRAVAIL PAR LES ACTEURS DE TERRAIN

Lorsque l'on évoque la question de notre système de santé au travail avec les acteurs « de terrain », la réaction ne se fait pas attendre : « *Il y a tant à faire !* », « *cela ne fonctionne pas* », « *on paye une fortune pour une visite de quelques minutes, quel sens cela a ?* ». Que l'on se positionne du point de vue de l'employeur ou du salarié, les insatisfactions se font immédiatement ressentir. Du côté des services de santé au travail eux-mêmes, la situation n'est guère satisfaisante et est inégale : « *on ne peut pas véritablement prendre le temps de remplir toutes nos missions* », « *on ne peut pas voir toutes les entreprises dont on a en charge le suivi* », « *le temps pour aller sur le terrain en entreprise est insuffisant* ».

Nous avons souhaité, pour lancer nos travaux, prendre le pouls des salariés, des entreprises, en particuliers les TPE et PME, des travailleurs indépendants, des médecins, directeurs, infirmiers en santé au travail, des consultants, des conseillers en prévention, etc., à travers deux réunions rassemblant chacune une quarantaine d'acteurs de terrain. Il est à souligner l'importance que revêt le sujet de la santé au travail pour les entreprises. En témoignent les nombreuses contributions que nous avons reçues, et la mobilisation aux ateliers participatifs que nous avons proposés.

Leur diagnostic est clair : Tout d'abord la densité d'acteurs, publics, privés, associatifs, nationaux, régionaux, locaux, est telle, que la lisibilité en est devenue impossible. « *Il ne s'agit plus d'une forêt d'acteurs, mais d'une véritable jungle* », dans laquelle l'entreprise (avec toutes ses composantes : dirigeants, salariés, encadrement, représentants du personnel), et à plus forte raison la TPE/PME, ne parvient plus à se repérer. Un nombre élevé d'acteurs, avec des offres de services, des apports d'outils qui parfois se superposent, sans garantir leur accès à l'utilisateur final, voire, plus grave, s'opposent et se contredisent. Cette offre jugée pléthorique, n'est pour autant pas gage d'une véritable appropriation des moyens permettant à l'entreprise de s'engager efficacement dans une démarche de prévention des risques et d'amélioration de la santé au travail.

Plus gravement, notre système de santé au travail est jugé décourageant car il assimile santé au travail avec contrainte, voire sanction, pour l'employeur qui n'a pas satisfait à l'obligation d'organiser une visite médicale, de réaliser son évaluation des risques, ou constate des hausses de cotisations sur lesquelles il estime n'avoir que peu de prise. Sanction pour le salarié, lorsque l'inaptitude est prononcée, susceptible de l'exclure de l'emploi. Il en résulte une regrettable méfiance envers les acteurs supposés aidants sur le sujet. La relation de confiance entre le médecin du travail et le salarié, ou le médecin du travail et le dirigeant d'entreprise apparaît très aléatoire, reposant davantage sur les personnalités que sur un socle de principes partagés. Face à l'apparition d'une situation de handicap, ou d'une maladie chronique d'un salarié, celui-ci, comme son employeur, se disent démunis et déplorent un sentiment de solitude. Comment permettre à l'intéressé de continuer à apporter sa contribution à l'entreprise ? De garder son emploi, et à travers cela, sa place au sein de la société ?

Notre système de santé au travail suscite avant tout une incompréhension des acteurs de terrain : « Pourquoi un coût si élevé pour une visite médicale si courte ? », « Pourquoi un tel cloisonnement entre médecine du travail et médecine de ville ? » « Pourquoi certaines entreprises bénéficient-elles de la présence du médecin du travail dans le CHSCT alors que d'autres peinent à obtenir les RDV pour les visites obligatoires ? » « Pourquoi consacrer du temps à élaborer une fiche d'entreprise, quand existe le document unique d'évaluation des risques ? »

Il convient d'entendre aussi les difficultés de ceux dont c'est le métier de prévenir et guérir la souffrance au travail. Elle est exprimée par le corps médical, à travers un sentiment de manque de reconnaissance, qui est un des facteurs à prendre en compte pour l'attractivité de la spécialité de médecine du travail. Par les entreprises et les salariés également, lorsqu'ils ne perçoivent pas l'étendue de l'offre d'accompagnement que les services de santé seraient susceptibles de fournir. Difficultés accentuées par le décalage perçu entre l'étendue des besoins et les marges de manœuvre dont disposent les seuls services de santé au travail.

Si ces constats appellent à réinterroger notre système de santé au travail et son fonctionnement, il est cependant nécessaire de souligner que ce dernier possède également de nombreux atouts, qu'il convient de préserver. Aujourd'hui, en France, en effet, un salarié bénéficie d'une prise en charge lorsqu'il est en arrêt de travail pour maladie ou suite à un accident. De plus, une entreprise, qui souhaite s'engager dans une démarche de prévention peut trouver une réponse adaptée à ses besoins même si cela nécessite de sa part de l'énergie et un coût éventuel. Ainsi, si les acteurs de terrain déplorent le manque de lisibilité du système, ils reconnaissent la pluridisciplinarité qu'il offre et sa diversité de réponses.

Notre système doit donc avant tout être plus lisible pour ses usagers. L'identification d'un interlocuteur unique est largement plébiscitée, tout comme une offre de service et un coût correspondant explicite et proportionné. Le foisonnement d'expertises, d'outils, méthodes, guides, offres d'accompagnement, de conseil, de coaching, de formation, et les nombreuses expérimentations, laissent à penser que bon nombre de solutions existent, mais sont très insuffisamment capitalisées et essayées. L'enjeu, pour rendre notre système de santé au travail plus efficace, est donc de faire en sorte que les moyens aillent au bon endroit, au bon moment et en cohérence avec des objectifs et des priorités partagés.

Notre système de santé au travail doit se tourner davantage vers la prévention primaire. Pour cela, il se doit d'être plus incitatif envers les entreprises vertueuses, celles qui s'engagent dans une démarche proactive de prévention des risques et d'amélioration de la santé au travail intégrée dans leur stratégie économique et managériale. Leur retour sur investissement doit être plus immédiat et davantage perceptible, mesuré.

Un enjeu d'autant plus prégnant au regard des évolutions à venir. Sur le plan démographique, le vieillissement de la population active ou non active va amplifier les besoins en matière de prévention de la désinsertion et de maintien dans l'emploi. Sur le plan technologique, le développement du numérique, de l'intelligence artificielle, vont apporter des transformations significatives des situations de travail mêlant impacts positifs mais aussi risques sur la santé au travail. Sur le plan économique, dans un contexte de plus en plus mondialisé, les parcours professionnels de plus en plus diversifiés, comportant périodes d'interruption d'activité, changements d'entreprise, de statut, de métier, vont nécessiter une approche longitudinale de la santé au travail des salariés et non-salariés. Enfin au plan sociétal, les nouvelles générations parvenant sur le marché du travail ont des aspirations nouvelles, en particulier celle de trouver davantage de sens au travail et de préserver un équilibre entre vie privée et vie professionnelle.

Pour aboutir aux propositions de réorganisation du système de santé au travail que nous faisons, le cœur de notre réflexion et le fil rouge de nos travaux a donc été la réponse aux besoins des usagers : employeurs comme salariés qui forment la communauté de l'entreprise.

PARTIE 1

NOTRE SYSTEME, POLITIQUEMENT ET JURIDIQUEMENT ENCADRE, NE PEUT SE CONTENTER DE RESULTATS HONORABLES

1 NOTRE SYSTEME DE PREVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS PERMET DE REpondre A NOS ENGAGEMENTS INTERNATIONAUX

1.1 La convention n°187 de l'OIT fixe un cadre promotionnel pour la sécurité et santé au travail auquel la France satisfait pleinement

Une façon d'évaluer le système de prévention des risques professionnels français consiste à s'assurer de sa compatibilité avec le *cadre promotionnel pour la santé au travail* fixé en 2006 par la convention n°187 de l'OIT, ratifiée par la France en 2014. Cette convention vise à promouvoir une culture de prévention en matière de sécurité et de santé pour aboutir progressivement à un « *milieu de travail sûr et salubre* ». Elle résulte d'une approche intégrée qui s'appuie sur la combinaison d'instruments normatifs et d'outils pratiques, l'ensemble décrivant une architecture générale constituant le *cadre promotionnel pour la sécurité et la santé au travail* qu'elle appelle de ses vœux.

Ainsi, un Etat ayant ratifié cette convention doit développer, en concertation avec les organisations d'employeurs et de travailleurs les plus représentatives :

- Une politique nationale¹⁵ ;
- Un système national de sécurité et de santé au travail (SST) c'est-à-dire une infrastructure pour la mise en œuvre de la politique nationale et des programmes nationaux ;
- Un programme national de SST (avec des objectifs, un calendrier, des priorités et des moyens d'action et d'évaluation des progrès).

Le système national doit lui-même inclure :

- Une législation, des accords collectifs et tout instrument pertinent en SST ;
- Une (ou des) autorité ou organisme, responsables aux fins de la SST ;
- Des mécanismes de contrôle (système d'inspection) ;
- Des mesures pour promouvoir dans l'établissement la coopération entre direction, travailleurs et représentants du personnel ;

¹⁵ Celle politique doit être conforme à l'article 4 de la convention OIT n°155 sur la sécurité et la santé des travailleurs, 1981. Pour mémoire, cette convention n'est pas ratifiée par la France.

- Un (ou des) organe tripartite consultatif national en SST ;
- Des services d'information et consultatifs en SST ;
- L'offre d'une formation en SST ;
- Des services de santé au travail ;
- De la recherche en SST ;
- Un mécanisme de collecte et d'analyse des données AT-MP ;
- Des dispositions en vue d'une collaboration avec les régimes d'assurance ou de sécurité sociale couvrant les accidents du travail et les maladies professionnelles (AT-MP) ;
- Des mécanismes de soutien pour l'amélioration progressive des conditions de SST dans les microentreprises, les PME et l'économie informelle.

La France est dotée respectivement d'une politique, d'un système et d'un programme national qui lui permettent de satisfaire chacune des exigences de la convention (Cf. tableau en annexe 2). Aussi le rapport de la commission des affaires étrangères au Sénat¹⁶ était-il en capacité de conclure au moment de l'examen du projet de loi de ratification de la convention : « *L'étude d'impact montre que la France (...) satisfait d'ores et déjà aux exigences de la convention et dispose des politiques, systèmes et programmes visés par elles.* ». Toutefois, ce même rapport, qui ne porte aucune appréciation qualitative sur l'efficacité du dispositif national, ajoutait : « *Pour autant, il n'y a pas d'effet cliquet qui empêcherait une redistribution des objectifs, des priorités et des moyens mis en œuvre au sein de cette politique* ».

1.2 Le droit de la santé au travail est très majoritairement régi par des directives que la France a transposées

Une majorité de règles d'origine européenne



L'immense majorité des règles qui régissent le droit de la santé et sécurité au travail, transposées pour l'essentiel dans la partie IV du code du travail, sont d'origine européenne. Elles s'appuient sur des instruments (directives et règlements) qui trouvent leurs fondements dans deux logiques :

- Un objectif social de protection des travailleurs via des prescriptions minimales pour tous les Etats-membres. La « *directive mère* » 89/391 /CEE du 12 juin 1989, dite directive-cadre, introduit la démarche et les principes généraux de prévention des risques professionnels. Elle chapeaute un ensemble de « *directives filles* » qui déclinent ses principes pour la gestion de risques particuliers sur le lieu de travail (risques chimique, biologique...) et irrigue à ce titre la philosophie de l'ensemble de notre corpus réglementaire à l'égard des employeurs dits *utilisateurs*¹⁷. Les Etats membres peuvent prévoir des dispositions plus protectrices ;

¹⁶ Rapport au Sénat du 29 janvier 2013 fait au nom de la commission des affaires étrangères

¹⁷ « Utilisateur » de main d'œuvre, de produits, d'équipements, de procédés, etc.

- Un objectif économique, visant à empêcher que de mauvaises conditions de travail ne deviennent un objet de concurrence déloyale. Les dispositions prises sur ce fondement concernent les règles de conception et de mise sur le marché et s'adressent donc prioritairement aux *concepteurs*¹⁸ via des normes harmonisées. Les Etats membres ne peuvent ni ajouter ni retrancher à ces dispositions.

L'ensemble de ces textes fait figure de référence au plan mondial, par son caractère très complet et le haut degré de protection qu'il emporte. Ils ont été intégralement transposés en droit français, le plus souvent par voie réglementaire, en particulier par décrets en Conseil d'Etat. La plupart ont donné lieu à des adaptations techniques ou à des révisions communautaires afin de tenir régulièrement compte de l'évolution des connaissances scientifiques ou des progrès techniques.

Le champ de ces dispositions techniques de prévention ne recoupe pas celui du "*cadre promotionnel*" de la Convention n°187 qui vise, pour sa part, à l'établissement d'une politique, d'un système et d'un programme de santé et de sécurité au travail au plan national. Sur ce point, l'Europe n'est pas intervenue par voie de directives, de sorte qu'il n'existe aucun texte communautaire contraignant relatif à l'organisation et au fonctionnement des systèmes nationaux de santé et sécurité au travail, lesquels doivent seulement être compatibles avec les principes généraux de la directive-cadre de 1989, par exemple ceux de l'article 14 fixant le principe de la surveillance de la santé selon les législations et/ou pratiques nationales¹⁹.

Il existe en revanche une stratégie européenne fixant des orientations et objectifs adoptés par la Commission européenne auxquels répond, en miroir, une simple résolution du Conseil. Le « *Cadre stratégique de l'Union européenne en matière de santé et de sécurité au travail (2014-2020)* » comporte ainsi sept grands axes stratégiques dont :

- Le soutien pratique (assistance technique) aux petites et aux microentreprises ;
- La simplification de la législation existante afin d'alléger les charges administratives inutiles tout en préservant un niveau élevé de protection des travailleurs ;
- Tenir compte du vieillissement de la main d'œuvre et lutter contre les risques existants et nouveaux (nanomatériaux, biotechnologies, etc.) ;
- Améliorer la collecte de données statistiques pour disposer de meilleurs éléments d'information et élaborer des instruments de suivi.

¹⁸ « Concepteur » d'équipements de travail, produits chimiques, etc.

¹⁹ « Art. 14 Surveillance de santé :

1 - Pour assurer la surveillance appropriée de la santé des travailleurs en fonction des risques concernant leur sécurité et leur santé de travail, des mesures sont fixées conformément aux législations et/ou pratiques nationales.

2 - Les mesures visées au paragraphe 1 sont telles que chaque travailleur doit pouvoir faire l'objet, s'il le souhaite, d'une surveillance de santé à intervalles réguliers.

3 - La surveillance de santé peut faire partie d'un système national de santé ».

Sur l'adéquation des textes avec la diversité des configurations de travail

La mission n'a pas exploré en détail la question de l'adéquation des exigences de notre dispositif réglementaire avec les risques auxquels sont effectivement exposés les salariés selon leur secteur d'activité ainsi que celle, plusieurs fois évoquée, d'une éventuelle sur-transposition des directives européennes, une mission interministérielle ayant examiné ce dernier point et rendu un rapport.

Elle s'interroge par ailleurs sur l'opportunité d'inventorier et de revisiter la pertinence d'un certain nombre d'obligations formelles de la partie IV du code du travail en pratique difficilement respectées. Les auditions ont par exemple mis en évidence l'écart paradoxal entre le déficit de culture de la prévention dans les entreprises (appropriation des principes généraux et de la démarche de prévention) et le nombre important des obligations spécifiques de formation qui grèvent le budget potentiellement consenti par l'entreprise en matière de prévention sans que le caractère approprié de la juxtaposition de ces formations et leur adaptation aux risques effectivement encourus soit toujours avéré.

De même, pourrait-il être opportun, dans un souci d'efficacité et d'effectivité, de desserrer la contrainte du formalisme du document unique exhaustif d'évaluation des risques au profit d'un plan d'action de branche ou par entreprise ciblé sur les populations les plus exposées aux principaux risques de leur profession, assorti d'indicateurs de progrès aisément vérifiables.

Plus généralement, se pose la question de l'opportunité d'appliquer à la santé et sécurité au travail la logique du rapport de Jean Denis Combrexelle²⁰ opérant une distinction entre ordre public, champ de la négociation et droit supplétif. Cette construction a été introduite dans certaines parties du code du travail à l'occasion des « ordonnances travail » de septembre 2017. Elle permettrait par exemple de laisser un champ entre, d'une part les principes généraux, les objectifs à atteindre et les dispositions ne souffrant aucune dérogation en matière de santé et sécurité, d'autre part les modalités d'application concrètes. Celles-ci sont aujourd'hui prévues de manière parfois très détaillée dans des décrets dont le contenu, en particulier le formalisme, peut être rendu inapplicable ou inapproprié à la diversité ou la complexité des situations de travail effectivement rencontrées, au détriment de la prévention. Ainsi par exemple, en matière de coordination de la prévention dans les situations de co-activité²¹, les dispositions réglementaires régissent deux types de situation (opérations de construction dans le BTP et interventions d'entreprises extérieures dans une entreprise utilisatrice) d'articulation complexe et ne couvrant pas l'intégralité des configurations de travail possibles. Il pourrait être admis que les entreprises et donneurs d'ouvrage placés dans une telle situation mettent en place un dispositif de coordination ad hoc, différent de celui prévu par les décrets, à la condition qu'il soit d'une efficacité équivalente. A défaut, les décrets seraient applicables à titre supplétif. Une telle logique, sans rien céder à l'exigence de sécurité (en l'occurrence une exigence de coordination), serait de nature à réduire l'écart entre les exigences réglementaires (conformité) et les contraintes du travail réel, et à améliorer l'effectivité de la prévention, en permettant à l'employeur de prendre des initiatives et des mesures adaptées à la situation.

La mission souligne enfin le choix fait par la France de faire organiser par les employeurs la surveillance de la santé des salariés au sein de services de santé au travail, centrés sur le rôle du médecin du travail, remplissant également les missions des services de protection et de prévention définis par la directive. Ce choix, hérité de la législation de 1946 sur la médecine du travail, a pu obérer le déploiement effectif de la pluridisciplinarité et les possibilités d'un pilotage régional et national des actions de ces services dans le cadre de stratégies définies de façon tripartite.

²⁰ Rapport "La négociation collective, le travail et l'emploi" de Jean-Denis Combrexelle, 9 septembre 2015.

²¹ Présence de travailleurs de plusieurs entreprises simultanément ou successivement sur un même lieu de travail.

1.3 Le 3^{ème} plan Santé au travail et la Stratégie nationale de santé fixent une feuille de route ambitieuse pour les cinq prochaines années

- Le plan santé au travail 2016-2020(PST3) constitue le 3^{ème} plan national pluriannuel de prévention des risques professionnels porté par la France. Il s'inscrit dans une démarche de programmation et de priorisation encore récente, initiée en 2005, qui entendait à l'origine répondre aux carences du système de prévention français, mises en évidence en particulier par le traitement du dossier de l'amiante. Il constitue également une déclinaison nationale de la stratégie européenne de santé au travail.
 - Le premier PST (2005-2009) comportait un volet institutionnel important visant à combler les lacunes du système d'acteurs à travers la création d'une agence d'expertise sanitaire dans le champ de la santé et sécurité au travail (AFSSET, devenue ANSES)²². Le PST2 fut plus orienté sur la prévention en entreprise, notamment au sein des PME/TPE.
 - Le PST3, fruit d'une concertation fructueuse et unanimement saluée des partenaires sociaux, entre eux puis avec les pouvoirs publics, se caractérise par son volontarisme et le véritable changement de paradigme qu'il appelle de ses vœux à travers l'ambition de passer d'une logique de réparation à une logique de promotion de la santé au travail. Véritable feuille de route des pouvoirs publics pour les cinq ans à venir, le PST3, bien que n'ayant pas de caractère contraignant, fixe des objectifs extrêmement ambitieux.



- Au demeurant, le PST3 doit s'articuler désormais avec la Stratégie nationale de santé 2018-2022 (SNS), dont l'un des quatre axes vise à « *mettre en place une politique de promotion de la santé dans tous les milieux et tout au long de la vie.* ». A ce titre, un de ses axes prioritaires consiste à « *promouvoir des conditions de travail favorables à la santé et maîtriser les risques environnementaux* ». Cette approche intégrative et promotionnelle de la santé, incluant le milieu et la vie professionnels (approche globale de la santé) est exprimée de façon inédite dans les objectifs de la nouvelle stratégie. Elle transcende de façon explicite la césure historique entre santé publique et santé au travail, qui a conduit par le passé à isoler cette dernière et à cloisonner artificiellement la santé de l'homme (et de la femme) « hors » et « au travail ». Partant du principe que le travail exercé dans de bonnes conditions contribue au maintien d'un bon état de santé, la SNS invite simultanément à promouvoir des comportements²³ et des conditions de vie et de travail favorables à la santé²⁴. Elle souhaite ainsi dépasser la seule réduction des risques professionnels et s'appuyer sur l'expérience de la prévention acquise par les acteurs de la santé au travail pour promouvoir le travail comme

²² La veille sanitaire en milieu professionnel est elle-même récente avec la création d'un département Santé-travail au sein de l'InVS, (devenu Santé public France), en 1998 seulement.

²³ Alimentation saine, activité physique régulière, prévention des pratiques addictives (tabac, alcool, substances psychoactives licites et illicites, addictions sans substances et prévention de la perte d'autonomie, application de règles d'hygiène individuelle et collective).

²⁴ Promotion de la santé au travail, culture de prévention dans les milieux professionnels, réduction de la sévérité des pathologies liées aux conditions de travail.

facteur de santé et valoriser les pratiques managériales qui contribuent à la qualité de vie et à la santé au travail.

S'il y a lieu de se réjouir de l'existence de politiques de prévention renouvelées et ambitieuses, il convient évidemment de s'interroger sur la manière dont elles sont portées et conduites, comme sur l'adaptation de l'organisation actuelle de notre système de prévention au regard des objectifs visés.

On peut notamment regretter le peu de communication dont le PST3 a fait l'objet lors de sa parution, son existence et son contenu étant finalement peu ou pas connus des employeurs et des salariés.

2 LE DIAGNOSTIC DES AVANTAGES ET LACUNES DU SYSTEME EST LARGEMENT PARTAGE

Il existe un relatif consensus sur l'état des lieux de notre système de prévention des risques professionnels. Celui-ci présente de nombreux points forts et a fait preuve à bien des égards d'une incontestable efficacité. En répondant globalement aux attentes dont il était l'objet dans le contexte industriel dans lequel il a été conçu, on peut dire qu'il était adapté aux besoins. Il fait preuve aujourd'hui encore d'une remarquable robustesse. Mais il montre aussi un certain nombre de signes d'essoufflement qui conduisent à s'interroger sur sa capacité, « à iso-configuration », à relever simultanément les ambitions du PST3 ainsi que les défis de transformation auxquels les entreprises sont actuellement confrontées.

Ce consensus ressort en premier lieu de la convergence et de la récurrence des constats et recommandations de nombreux rapports²⁵ consacrés, directement ou non, au champ de la santé au travail depuis plus d'une quinzaine d'année. Il transparait également des documents d'orientation stratégiques issus de la concertation des pouvoirs publics avec les partenaires sociaux²⁶ ou de la contractualisation de l'Etat avec les opérateurs²⁷. Il a été corroboré par les acteurs et experts auditionnés dans le cadre de la présente mission. Il a enfin et surtout été étayé par les usagers du système, principaux intéressés, rencontrés en nombre : employeurs de petites et très petites entreprises, représentants de grandes entreprises et des salariés. Alors que de nombreuses feuilles de route invitent régulièrement à concentrer les attentions sur les TPE/PME, la mission s'est particulièrement attachée à recueillir leur point de vue. Là aussi, l'appréciation est largement partagée quant à l'inadéquation du dispositif actuel avec leur besoin.

²⁵ Ces rapports, issus du parlement, du CESE, de l'IGAS, de la Cour des comptes ou d'experts missionnés par le Gouvernement sur un sujet particulier, sont cités dans la suite du présent rapport.

²⁶ Feuille de route issue de la Grande conférence sociale, plans santé au travail, positions du COCT, cités dans la suite de ce rapport.

²⁷ Contrats d'objectifs et de gestion, contrats d'objectifs et de performance, contrats d'objectifs et de moyens, cités dans la suite de ce rapport.

2.1 Malgré une performance honorable, la prévention des risques professionnels est à la recherche d'un second souffle

2.1.1 Les résultats des indicateurs usuels sont satisfaisants en tendance sur les cinquante dernières années

Une forte diminution du nombre d'accidents du travail depuis 50 ans



Le 20ème siècle a enregistré d'immenses progrès sur le strict plan de la sinistralité, en tout cas sur la baisse des accidents du travail. Leur nombre a constamment et drastiquement diminué durant de nombreuses décennies, en raison des progrès réalisés dans les entreprises sous la pression conjuguée du contrôle de l'inspection du travail, de la politique de prévention de la branche AT-MP et des actions des institutions de prévention.

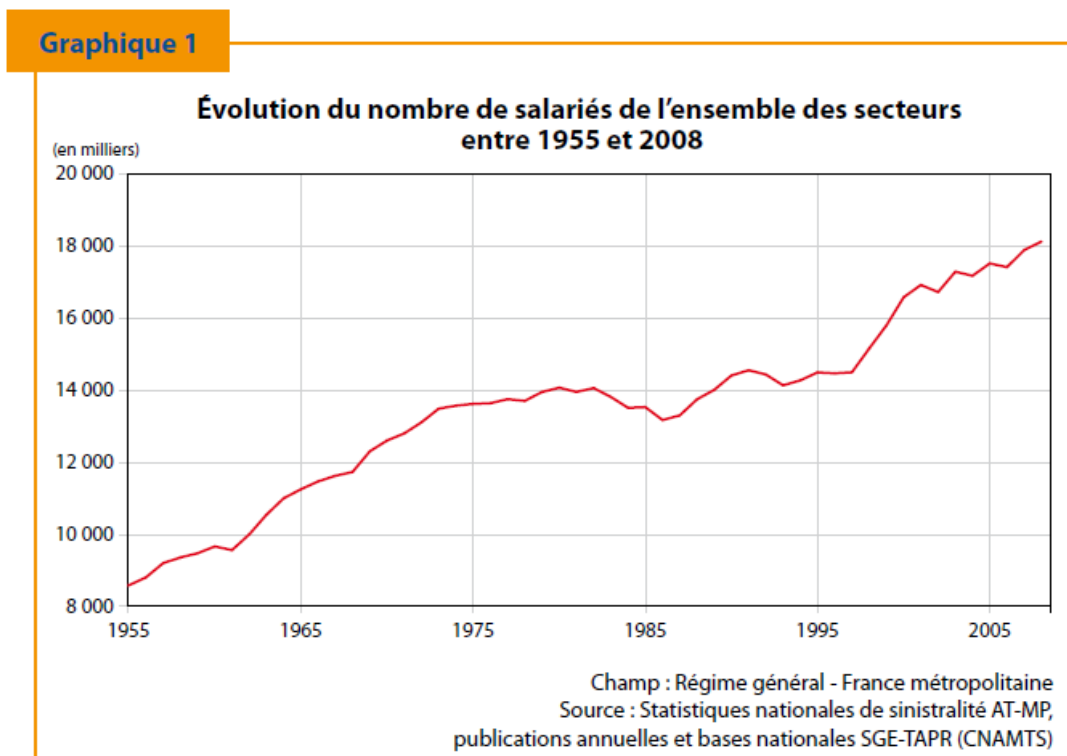
Ainsi, le nombre d'accidents du travail est passé de plus de 1 million en 1955 à 622 000 en 2014 alors que le nombre de salariés a plus que doublé durant cette même période²⁸. Le nombre des accidents du travail, avec arrêt, déclarés et reconnus, a diminué d'un tiers environ entre 1970 et 2000. Cette baisse tendancielle forte doit cependant être nuancée pour tenir compte de l'évolution du nombre et de la répartition sectorielle de la population salariée (forte tertiarisation) et de la situation économique (moins d'accidents en période de ralentissement). La baisse du nombre des accidents du travail et de l'indice de fréquence (IF)²⁹ est par ailleurs beaucoup moins rapide depuis le début des années 90. Le nombre d'accidents du travail est certes à son niveau le plus bas depuis 1946 mais reste désormais globalement stable (618 274 en 2013, 626 227 en 2016) et l'IF, qui est ainsi passé de 118 en 1955 à 38 en 2008, était encore de 35 en 2014. Il est resté sensiblement le même depuis cette date. La tendance à la baisse de la sinistralité s'est donc poursuivie mais subit un net ralentissement, en particulier ces dernières années. A défaut de stagnation on peut bel et bien parler de pallier³⁰.

²⁸ Sources : CNAM.

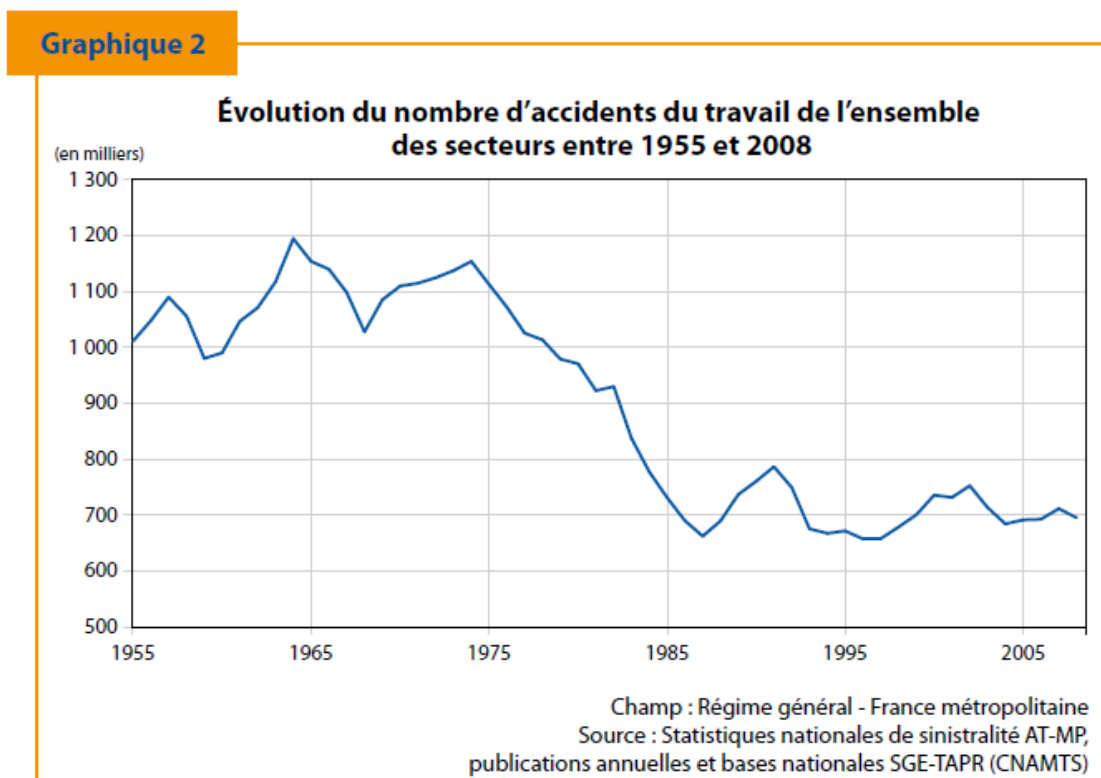
²⁹ IF = nombre d'accidents avec arrêt/effectif salarié x 1 000.

³⁰ On peut d'ores et déjà faire l'hypothèse que, « le plus facile », parce que « le plus visible », a été réalisé mais que la prochaine marche sera plus difficile à gravir et nécessitera des actions plus fines, mieux ciblées et donc mieux outillées et pilotées.

Graphique 1 : Evolution du nombre de salariés de l'ensemble des secteurs entre 1955 et 2008



Graphique 2 : Evolution du nombre d'accidents du travail de l'ensemble des secteurs entre 1955 et 2008



2.1.2 Néanmoins, des signes d'essoufflement, voire la dégradation de certains indicateurs, révèlent un plateau difficile à dépasser

- S'agissant des accidents, le tableau de la sinistralité est en réalité contrasté et montre de réelles disparités selon les régions et les secteurs d'activité. D'après le rapport annuel 2016 de l'assurance maladie-risques professionnels, certaines régions, comme la Bretagne, les Pays de la Loire ou le Languedoc-Roussillon, présentent des fréquences d'accidents particulièrement élevées. De même, si certains secteurs professionnels enregistrent encore des progrès, d'autres connaissent une dégradation significative. Le BTP reste très touché mais connaît une baisse de 29 % depuis 10 ans tandis que les aides et soins à la personne, dont l'indice de fréquence est 3 fois plus élevé que la moyenne, connaissent une augmentation de 45 % sur la même période. L'intérim a connu une hausse de 7,8 % de sa fréquence des accidents du travail.



En 2016

Indice de gravité en hausse de 1,4%

600 accidents et maladies du travail par heure travaillée

58 millions de journées travaillées perdues

Enfin, en dépit d'évolutions favorables (baisse des incapacités permanentes) certains indicateurs se sont dégradés tel que l'indice de gravité, en hausse de 1,4 %, en 2016 consécutivement à l'augmentation du nombre de journées d'incapacité temporaire. Certains risques ou causes d'accident occupent toujours le devant de la scène, voire s'aggravent. 53 % des accidents sont causés par des manutentions manuelles, 25 % par des chutes de hauteur et de plain-pied. Les lombalgies représentent à elles seules 20 % des accidents du travail. Enfin, indépendamment de toute analyse en tendance, certaines valeurs absolues ne permettent pas de se satisfaire de la situation. Ainsi, toujours d'après les données de la CNAM, le pays a enregistré 600 accidents du travail et maladies par heure travaillée en 2016 et a perdu 58 millions de journées travaillées.

- S'agissant des maladies professionnelles (MP), leur nombre a augmenté de plus de 72 % entre 2002 et 2012, sous l'effet combiné des évolutions des organisations de travail et de leurs effets sur la santé (TMS, etc.), des effets différés des expositions passées (amiante, etc.), d'une plus grande sensibilisation des salariés et du personnel médical au caractère professionnel des maladies, ainsi que de l'évolution des tableaux de MP. Aujourd'hui, indépendamment des critiques et limites qui peuvent être formulées de part et d'autre à l'encontre de leur régime de reconnaissance³¹, une décrue est amorcée et se poursuit. 54 000 MP ont été reconnues en 2012 par le régime général³², 51 600 en 2014 et 48 762 en 2016³³. Les troubles musculo-squelettiques (TMS) représentent à eux seuls 87% du total³⁴ tandis que les pathologies liées à l'amiante, deuxième cause de MP, en représentent 7 %³⁵.

³¹ L'existence reconnue d'un phénomène de sous-déclaration des MP conduit chaque année à un transfert de l'ordre d'un milliard d'euros de la branche AT-MP au profit de la branche maladie au titre de la prise en charge induite des dépenses de santé d'origine professionnelle par cette dernière.

³² Plus de 56 000 si l'on intègre le régime agricole.

³³ Il s'agit des nouvelles MP, c'est-à-dire des maladies ayant donné lieu à un premier règlement de prestations en espèces au cours de l'année considérée.

³⁴ Même si les conditions de reconnaissance ont été durcies lors de la révision du tableau 57 en 2011.

³⁵ Sources : CNAM.

- Les affections psychiques d'origine professionnelle reconnues au titre de l'alinéa 4 de l'article L. 461-1 du code de la sécurité sociale ont quasiment quadruplé en 2 ans (339 en 2014 pour 239 en 2013 et 90 en 2012) et le nombre d'avis favorables des comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP) s'est accru de 73 % entre 2010 et 2014 pour les dépressions, 13 % pour les troubles anxieux et 13,4 pour les états de stress post-traumatique³⁶. Les affections psychiques d'origine professionnelle prises en charge au titre des accidents du travail sont 20 fois plus nombreuses, soit environ 10 000 cas en 2016. Rapportés aux quelques 626 000 accidents du travail, cela représente environ 1,6 % des accidents du travail avec arrêt. Parmi ces affections, le nombre de suicides reconnus en AT oscille annuellement entre 10 et 30³⁷. Par ailleurs, 2,2 millions de salariés étaient exposés à au moins un produit chimique cancérigène en 2010³⁸ tandis que 61 % des actifs occupés sont aujourd'hui exposés à trois facteurs de risques psycho-sociaux au moins³⁹, ces expositions pouvant générer des maladies cardio-vasculaires, des problèmes de santé mentale et des troubles musculo-squelettiques.
- S'agissant plus généralement des arrêts maladie et de l'absentéisme, dont les causes peuvent être multifactorielles et l'imputabilité difficile à identifier, ils présentent un lien connu et établi avec le travail⁴⁰. Il n'existe certes pas de statistiques fiables sur la part des arrêts maladie attribuable aux contextes de travail mais le rapport de l'OIT « Stress au travail : un défi collectif » estime, à partir des données recueillies pour la France, que le coût du stress au travail dans notre pays est estimé entre 1,9 et 3 milliards d'euros, incluant soins de santé, absentéisme, pertes d'activité et de productivité.

La branche AT-MP s'est aussi penchée sur la question de l'absentéisme en lançant fin 2017 une expérimentation en direction de 5 grandes entreprises ayant un niveau d'absentéisme atypique comparé à celui d'autres entreprises du même secteur exerçant des activités de même nature. Il s'agissait de les inciter à mettre en œuvre des actions de prévention adaptées et ciblées sur les facteurs de risque susceptibles d'être liés au travail. De fait, nombre d'entreprises, confrontées à de forts taux d'absentéisme, de turn-over ou à des problèmes d'attractivité et de fidélisation de leurs salariés, établissent spontanément le lien entre conditions de travail et présence au travail et font des problématiques de bien-être professionnel un axe majeur de leur politique de prévention des risques.

Enfin, il y a désormais lieu de prendre en compte dans le panorama de la santé au travail les évolutions démographiques et sociétales qui s'imposent aux entreprises, telles l'allongement du temps de travail tout au long de la vie, le vieillissement des populations en entreprise et la montée progressive des maladies chroniques évolutives et des problématiques de maintien en emploi et de désinsertion professionnelle qui en découlent⁴¹.

³⁶ Source : PLFSS 2016 : Accidents du travail et maladies professionnelles

³⁷ Source : Santé travail enjeux & actions janvier 2018 - Les affections psychiques liées au travail : éclairage sur la prise en charge actuelle par l'Assurance Maladie -Risques professionnels

³⁸ Enquête SUMER 2010, Dares

³⁹ « L'état de santé de la population en France », rapport 2017, Drees-Santé publique France

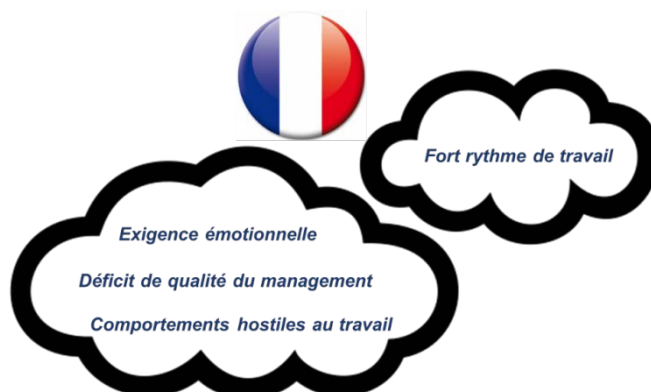
⁴⁰ « Les absences au travail des salariés pour raisons de santé : un rôle important des conditions de travail », Dares, 2013 ; étude réalisée d'après les données de l'enquête Emploi de l'Insee. « L'absentéisme augmente fortement avec le niveau d'exposition aux contraintes physiques et psychosociales. Si les cadres sont beaucoup moins souvent absents pour maladie que les ouvriers (1,6 % contre 4,5 %) c'est dans une large mesure parce qu'ils sont dans l'ensemble moins exposés aux contraintes physiques et psychosociales dans le travail ».

⁴¹ « Il n'existe aucune mesure directe du nombre de salariés en risque de désinsertion professionnelle. Lors des enquêtes emploi 2,3 millions de salariés sont considérés comme en situation de handicap « au sens large », c'est-à-dire en incluant ceux dont le handicap n'est pas reconnu administrativement mais qui déclarent un problème de santé durable et des difficultés importantes dans les tâches quotidiennes (...). Sur ces bases, à un moment donné, ce sont vraisemblablement entre un et deux millions de salariés qui sont menacés à court moyen-terme par un risque de désinsertion professionnelle (soit 5 à 10 % des salariés). Cette population, mal cernée, est probablement appelée à croître avec le vieillissement de la

2.1.3 Les comparaisons avec les autres pays ne sont pas à l'avantage de la France

Si l'on se risque à une comparaison internationale, au vu des résultats de la sixième enquête européenne sur les conditions de travail 2015 (EWCS)⁴², la France n'occupe pas une place de premier plan. Alors que ressort une amélioration de la qualité de l'environnement physique dans l'ensemble des pays européens, tel n'est pas le cas de la France qui connaît au contraire une tendance à la dégradation depuis 2005, plaçant le pays parmi ceux affichant les moins bons résultats en Europe. Sur le seul plan de l'évaluation des risques, la France se situe au 29^{ème} rang parmi 35 autres avec un taux de 56 % de réponses des personnes interrogées confirmant la réalisation d'évaluations régulières dans leur établissement.

De même, si l'intensité du travail tend à augmenter au niveau européen, les écarts entre pays sont assez importants et la France fait partie des pays présentant un niveau élevé d'intensité en termes de contraintes de rythme et d'exigence émotionnelle. Concernant cette dernière, la moitié des travailleurs français déclarent devoir dissimuler leurs émotions, pour moins d'un sur cinq dans d'autres pays en Europe du Nord. S'agissant de l'environnement social enfin, les résultats obtenus par la France confirment un déficit de qualité du management et des relations de travail, certes partagé avec d'autres pays comme l'Italie et l'Allemagne, mais avec une acuité particulière en France sur les questions relatives à l'équité, la coopération et la confiance (traitement équitable, sentiment de confiance *de* ou *en* l'encadrement, etc.) Les travailleurs français enfin sont parmi ceux qui déclarent le plus vivre des comportements hostiles au travail.



Une analyse de ces résultats par l'Anact⁴³ centrée sur la situation de notre pays est résumée en ces termes : « *Faible qualité de l'environnement physique et de l'environnement social, forte intensité du travail, résultats moyens sur l'utilisation des compétences et l'autonomie ainsi que sur la qualité du temps de travail : malgré toutes les précautions d'interprétation nécessaires dans ce type de comparaison internationale, la France apparaît en situation de décrochage, comparée aux autres pays de l'Union Européenne. Au final, la France est l'un des rares pays européens à combiner ainsi dans les*

population active » (Rapport IGAS : La prévention de la désinsertion professionnelle des salariés malades ou handicapés, décembre 2017)

⁴² Plus grande enquête comparative sur les conditions de travail en Europe, réalisée tous les cinq ans depuis 1990 par la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail (EUROFOUND). Lors de sa sixième édition, en 2015, plus de 43 000 personnes actives provenant de 35 pays ont été interrogées.

⁴³ Les cahiers de la capitalisation n°2 mars 2017 ; L'agence rappelle que « les indices synthétiques positionnent tous les pays sur une même échelle – ce qui peut donner lieu à une forme de classement implicite, en fonction de la valeur de cet indice. Cependant, l'exercice de comparaison demande à être conduit avec précaution. En effet, comme toutes les enquêtes basées sur des questionnaires, les réponses à l'EWCS intègrent aussi les normes sociales et culturelles du lieu et de l'époque ».

dernières années une dégradation conjointe en matière de conditions du travail et de performance du marché du travail, ainsi que l'a souligné dernièrement France Stratégie⁴⁴ ».

Plus généralement, la mission a tenté d'apprécier les particularités du système français. Le droit de la santé et sécurité étant très largement régi par des directives européennes, il est utile de comprendre comment d'autres Etats Membres se sont organisés pour le mettre en œuvre. Elle a donc plus particulièrement exploré le système de prévention de cinq Etats de l'Union européenne (Allemagne, Espagne, Royaume Uni, Italie et Suède), sous l'angle de leur structuration institutionnelle, de l'articulation de la prévention avec le système d'assurance sociale, du rôle et de la place des partenaires sociaux, des institutions de prévention (expertise, conseil, appui) et des organismes de complémentaires de santé ainsi que de la surveillance de la santé (médecine du travail). La mission a en outre porté un regard sur un système extra européen, en particulier le système assurantiel nord-américain.

Les éléments recueillis ne prétendent évidemment pas à l'exhaustivité mais permettent de tirer quelques enseignements. Le premier d'entre eux montre qu'aucun des systèmes européens examinés n'apparaît comme radicalement différent du système français en ce sens qu'il mobilise toujours les trois mêmes catégories de missions: fonctions stratégique et régaliennne, fonction assurantielle, fonction d'expertise et de conseil. Aucun d'entre eux ne semble non plus échapper à la complexité consubstantielle à une approche nécessairement polycentrique de la prévention. En revanche, on observe des schémas d'organisation des acteurs différents, illustrant, selon la logique privilégiée, de possibles alternatives organisationnelles. Sur le plan médical en particulier, la France apparaît comme le seul Etat dont la surveillance de la santé des salariés est réservée exclusivement à des médecins du travail, de surcroît au sein de services organisés obligatoirement par les employeurs et soumis à un agrément pour encadrer leur mission d'intérêt général.

Rappelons enfin qu'il n'est pas aisé de procéder à des comparaisons de la performance respective de ces systèmes. D'une part parce que celle de notre propre système est difficile à évaluer. D'autre part pour des raisons de comparabilité entre pays, y compris sur des indicateurs qui ne devraient en principe pas poser de difficultés, tels que le nombre des accidents du travail.

L'ensemble de ces constats sont développés en annexe 2 du présent rapport.

En résumé

La mission constate qu'en première lecture la situation de la France, pourtant dotée d'une réglementation conséquente en matière de responsabilisation de l'employeur (obligation de sécurité, responsabilités civile et pénale de l'employeur, impact économique de la réparation) n'apparaît pas favorablement dans le concert européen mais que de nombreux facteurs objectifs conduisent à relativiser sa place dans ce classement. Elle note en effet que les résultats en termes de sinistralité de chacun des pays sont grandement déterminés par les régimes légaux de reconnaissance et de prise en charge des sinistres et que la France peut apparaître de ce point de vue non pas tant comme un mauvais élève que comme un pays doté d'un régime protecteur.

⁴⁴ France Stratégie, 2016, « Quels leviers pour l'emploi » ? : <http://www.strategie.gouv.fr/publications/20172027-leviers-emploi>

Reste qu'il est permis de s'interroger sur les comportements induits par le dispositif et l'opportunité d'en orienter les effets, par exemple en réfléchissant à l'instar de l'exemple allemand, en cas de reconnaissance de l'origine professionnelle d'un sinistre, à des réponses non exclusivement axées sur la réparation indemnitaire mais introduisant des éléments alternatifs et incitatifs de prévention.

La mission encourage en outre la poursuite et le développement des travaux européens visant à renforcer la disponibilité, la fiabilité et la comparabilité des données de sinistralité. A ce titre des exercices de peer review périodiques pourraient également être un des moyens d'y contribuer.

2.2 La culture de prévention n'est pas appropriée tant par les employeurs que par les salariés

2.2.1 Les approches de la prévention sont avant tout réglementaires et sécuritaires

Dans nombre d'entreprises, employeurs comme salariés sont très inégalement « *acteurs de leur propre prévention* ». Les employeurs sont encore souvent guidés par la contrainte administrative et le respect formel d'obligations réglementaires, davantage qu'ils ne le sont par la conviction du lien entre performance globale et santé. Les salariés, quant à eux, apparaissent encore souvent comme des objets de droit, subissant leurs conditions de travail en contrepartie du pouvoir d'organisation exclusif de l'employeur encadré par une obligation de sécurité et non comme des sujets dotés de libre arbitre en capacité de prendre en charge leur environnement de travail.

Une complémentaire de santé a réalisé en 2017 une étude sur la sensibilité de 300 entreprises à la prévention santé⁴⁵. Les résultats confirment que leur approche de la prévention est avant tout sécuritaire :

- Pour 84 % des répondants, le premier objectif de la prévention est de « *limiter le risque et ses effets lorsque vous ne pouvez pas l'éviter* » ;
- Pour 76 %, elle permet « *d'accompagner les salariés affectés suite à l'exposition à un risque* » et pour 69 % seulement à « *neutraliser systématiquement le risque à sa source* » ;
- 38 % sont « *tout à fait d'accord* » pour définir la prévention comme « *une conviction de la direction* » 28 % comme un « *moyen de réduire l'absentéisme* », 24 % comme « *un moyen d'améliorer le climat social* » ;
- 18 % pensent que la prévention permet « *d'améliorer le dialogue social* » ;
- 15 % qu'elle permet « *d'augmenter l'engagement des salariés* ».

La moitié des entreprises interrogées n'anticipe pas spécialement les impacts possibles en matière de santé et conditions de travail lors de changements organisationnels⁴⁶.

Les mesures de protection individuelle gardent la faveur des entreprises sondées. 89 % d'entre elles déclarent toujours faire en sorte que chaque salarié dispose d'un équipement de protection individuel (EPI) adapté et en bon état tandis que 59 % déclarent toujours faire en sorte de

⁴⁵ Malakoff Médéric : échantillon de 100 entreprises clientes et 200 non clientes. Profils interrogés : directeurs et responsables RH, DAF, DG, Responsables QVT et prévention

⁴⁶ 74 % indiquent faire confiance à la capacité d'adaptation de leurs salariés

privilégier des équipements ou des dispositifs de protection collective⁴⁷ (isolation phonique, sols-antidérapants, etc.).

Enfin, 56 % des sondés ont déclaré conduire des actions individuelles liées à l'état de santé des salariés (longues maladies, maladies chroniques, handicaps) tandis que 37 % ont déclaré mener des actions liées à l'hygiène de vie des salariés (qualité du sommeil, équilibre alimentaire, sevrage tabagique, salle de sport, etc.).

Ces résultats relativisent l'appropriation de la culture de prévention par les dirigeants et permettent d'entrevoir des marges de progrès très importantes dans leur mode de management de la santé au travail, encore fortement marqué par la culture des consignes de sécurité et de la mise à disposition d'équipements de protection individuelle. Si l'on ajoute que 9 entreprises interrogées sur 10 ont déclaré faire appel à des spécialistes extérieurs (services santé au travail, intervenants en prévention, cabinets de conseil, etc.), on prend la mesure du volume et surtout de la qualité de l'accompagnement requis.

Encadré 1 : L'Institut pour une culture de sécurité industrielle (ICSI) : une approche renouvelée du lien entre comportement et organisation



Culture sécurité : une approche renouvelée du lien entre comportement et organisation

Les travaux de l'ICSI⁴⁸ proposent de renouveler le regard sur les approches comportementales habituelles. Leurs constats conduisent à réinterroger les outils classiques (pyramide de Bird, taux de fréquence...) dont ils considèrent qu'ils n'indiquent pas l'état de préparation de l'entreprise par rapport à un risque important. Ils constatent en effet la forte contribution de l'organisation aux accidents les plus graves et que les politiques de sécurité basées sur les comportements individuels n'ont pas d'effet sur les risques les plus importants. Ils proposent en conséquence un modèle de prévention assis sur trois piliers :

- 1° la culture de sécurité reflète la culture organisationnelle de l'entreprise ;
- 2° la sécurité n'est pas un sujet à part mais un élément du modèle managérial ;
- 3° l'attention portée aux déterminants de la sécurité contribue aux progrès de la performance globale.

La démarche de prévention proposée s'appuie en conséquence sur l'articulation de deux axes forts :

La *sécurité réglée*, qui consiste à anticiper le mieux possible, grâce à l'expertise, les barrières techniques et les règles de procédures (comportements de conformité) ;

La *sécurité gérée*, qui consiste à gérer l'imprévu (le travail réel) en mobilisant la compétence, la capacité d'apprentissage et d'adaptation des salariés.

⁴⁷ Rappelons qu'aux termes des principes généraux de prévention figurant en tête de la partie IV du code du travail, l'employeur doit privilégier la protection collective sur la protection individuelle.

⁴⁸ Institut pour une culture de sécurité industrielle, créé en 2003 à la suite de l'explosion de l'usine AZF de Toulouse en 2001, conçu comme un carrefour et un lieu de partage d'expériences et de savoirs de la société civile, de l'industrie et de la recherche. Ses membres comprennent des entreprises, des organisations syndicales et professionnelles, des collectivités territoriales et des organismes de prévention.

Encadré 2 : Passer de la « sécurité martelée » à la « sécurité discutée » : l'exemple des espaces de discussion mis en place dans des entreprises



Des espaces de discussion mis en place dans des entreprises

Même dans les entreprises affichant une politique de sécurité avancée, la pratique de « *minutes de sécurité* » en début de poste se réduit souvent à un rappel théorique et descendant des règles à appliquer.

Au contraire, dans certaines d'entre elles, encore très minoritaires, l'exercice a été remplacé avec profit par une brève réunion collective consacrée à la description des tâches du jour à accomplir et à des échanges sur la manière dont le travail sera concrètement organisé dans la journée compte tenu des données en présence : la présence d'un nouvel intérimaire et d'un jeune apprenti dans l'équipe, la panne d'un chariot automoteur, l'arrivée d'une commande non prévue, etc. ce qui permet d'organiser le travail et d'évaluer les risques dans un même geste tout en responsabilisant chacun sur ses attributions.

En apportant des réponses concrètes s'appuyant sur les neuf principes de prévention, le manager et son équipe font de la prévention sans même sans rendre compte et de manière probablement plus efficace qu'une somme d'injonctions ou de formations déconnectées du travail réel⁴⁹. Il s'agit ni plus ni moins qu'une mise en pratique, parmi d'autres, des *espaces de discussions* promus par l'Accord national interprofessionnel de juin 2013 sur la qualité de vie au travail.

2.2.2 L'évaluation des risques est perçue comme une obligation administrative

Le document unique d'évaluation des risques est un exemple intéressant car, alors qu'il semble relever de l'évidence et constituer le préalable incontournable à toute démarche de prévention aux yeux du préventeur, il est le plus souvent vécu comme une obligation réglementaire formelle sans utilité pratique par l'employeur. Ainsi, même lorsqu'il existe, le DUER est rarement un outil de pilotage de la prévention pour ce dernier.

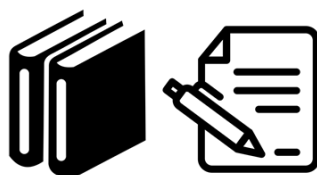
Celui-ci exprime le besoin d'être accompagné par un spécialiste de la prévention pour l'élaborer. Il n'est pas certain qu'il faille se doter des compétences d'un spécialiste en la matière mais un relai extérieur maîtrisant les principes généraux de la démarche de prévention et familier des spécificités du secteur d'activité de l'employeur peut utilement aider ce dernier et ses salariés à s'emparer de cette démarche et à devenir autonomes.

2.3 Les dirigeants expriment clairement un besoin d'outillage et d'accompagnement non satisfait

Il y a lieu tout d'abord de distinguer la mise à disposition d'outils et l'offre de service d'accompagnement des entreprises pour le déploiement de démarches de prévention. La mise à disposition existe à travers les très nombreuses parutions des préventeurs (brochures, guides, fiches, sites internet, etc.) parfois même surabondantes sur certains sujets. Mais l'outil est rarement autoporteur et sa seule diffusion ne suffit pas pour s'assurer qu'il a atteint sa cible et qu'il va déclencher une démarche vertueuse d'amélioration des conditions de travail dans l'entreprise. Même si l'objectif est de faire en sorte que dirigeants et salariés soient à terme le plus autonomes possible, l'initiation de démarches de prévention nécessite fréquemment l'acquisition d'éléments méthodologiques avec l'aide d'un tiers extérieur.

⁴⁹ Exemple : « les cinq premières minutes », espaces de discussion mis en place chez Vinci Eurovia : brief de début de journée durant lequel on présente ce qui va se passer dans la journée et ce qui s'est passé la veille (retours d'expérience négatifs et positifs).

De nombreux outils à disposition dont la seule diffusion au sein des entreprises ne suffit pas à améliorer les conditions de travail



Les institutions de prévention telles que l'INRS, l'ANACT et l'OPPBTBTP disposent des ressources pour développer des outils qu'elles s'efforcent de faire connaître au plus grand nombre mais elles n'ont en revanche pas la capacité d'intervenir en entreprise pour les déployer à grande échelle, même lorsqu'elles disposent de relais locaux (Carsat, Aract...). Elles ne sont par ailleurs pas nécessairement identifiées comme une ressource, en particulier dans les très petites entreprises, réputées difficilement accessibles. Ceci ressort très clairement des résultats du volet employeurs de l'enquête conditions de travail de 2013 conduite par la DARES. Parmi les établissements ayant déclaré avoir sollicité un organisme extérieur (37 %), la part de ceux qui ont bénéficié de conseils sur la santé et la sécurité au cours des 12 derniers mois s'établit respectivement comme suit.

- Les opérateurs institutionnels de prévention sont mal connus des petites entreprises

Tableau 1 : Part des établissements ayant bénéficié de conseils de la part de la sécurité sociale (INRS, Carsat) parmi ceux ayant sollicité un organisme extérieur au cours des 12 derniers mois

Sur 37 % des entreprises qui ont eu un recours extérieur	Part dédiée aux organismes de prévention de la sécurité sociale (INRS, Carsat)		
	Oui	Non	NR
Taille de l'établissement			
moins de 10	15,9	83,8	0,3
10 à <50	31,8	67,8	0,4
50 à <250	40,0	59,8	0,2
250 et +	54,2	45,5	0,2
Total	22,7	77,0	0,3

Source : *Enquête Conditions de Travail 2013, volet « employeurs ».*

Tableau 2 : Part des établissements ayant bénéficié de conseils de la part de l'Anact/Aract parmi ceux ayant sollicité un organisme extérieur au cours des 12 derniers mois

Sur 37 % des entreprises qui ont eu un recours extérieur	Recours à l'Anact/Aract		
	Oui	Non	NR
Taille de l'établissement			
moins de 10	2,5	94,7	2,8
10 à <50	3,4	95	1,6
50 à <250	5,9	93,3	0,8
250 et +	7,6	81,7	10,7
Total	3,1	93,1	3,9

Source : *Enquête Conditions de Travail 2013, volet « employeurs ».*

- Les experts extérieurs (consultants...) n'apparaissent pas nécessairement mieux lotis :

Tableau 3 : Part des établissements ayant bénéficié de conseils de la part de spécialistes externes (consultants...) parmi ceux ayant sollicité un organisme extérieur au cours des 12 derniers mois

Sur 37 % des entreprises qui ont eu un recours extérieur	Recours à des spécialistes externes		
	Oui	Non	NR
Taille de l'établissement			
moins de 10	12,3	86,2	1,5
10 à <50	16,3	82,4	1,4
50 à <250	23,3	75,4	1,4
250 et +	39,3	59,7	1,0
Total	14,7	83,9	1,4

Source : *Enquête Conditions de Travail 2013, volet « employeurs ».*

- Les services de l'Etat apparaissent comme un relai relativement bien identifié :

Tableau 4 : Part des établissements ayant bénéficié de conseils de la part de de l'inspection du travail, des installations classées

Sur 37 % des entreprises qui ont eu un recours extérieur	Recours à l'inspection du travail, inspection des installations classées		
	Oui	Non	NR
Taille de l'établissement			
moins de 10	17,8	81,1	1,1
10 à <50	29,9	69,9	0,2
50 à <250	26,9	72,7	0,4
250 et +	55,6	43,8	0,6
Total	22,5	76,7	0,8

Source : *Enquête Conditions de Travail 2013, volet « employeurs ».*

- Les services de santé apparaissent incontestablement comme l'interlocuteur direct privilégié des entreprises et ce, quel que soit l'effectif :

Tableau 5 : Part des établissements ayant bénéficié de conseils de la part des services de santé au travail

Sur 37 % des entreprises qui ont eu un recours extérieur	Recours aux services de santé au travail / médecine du travail		
	Oui	Non	NR
Taille de l'établissement			
moins de 10	82,3	17,7	0,0
10 à <50	88,9	11,0	0,1
50 à <250	93,0	7,0	0,1
250 et +	90,1	9,8	0,1
Total	85,2	14,8	0,0

Source : *Enquête Conditions de Travail 2013, volet « employeurs ».*

En résumé

Alors que les entreprises peinent manifestement à trouver les ressources externes dont elles ont besoin pour les accompagner dans leurs démarches de prévention, ces résultats donnent des indications précieuses sur les relais identifiés par elles lorsqu'elles se mettent à leur recherche.

L'écosystème mis à leur disposition sur les territoires pour répondre à leurs besoins doit donc être organisé en conséquence, étant entendu qu'il doit non seulement être aisément accessible mais disposer lui-même des meilleurs bagages conceptuels et méthodologiques en vue de faire passer des messages et des démarches éprouvées et tirer profit des connaissances et expériences les plus récentes.

2.3.1 Les représentants du personnel peinent à s'y retrouver aussi

Lors de la création du site internet « travailler-mieux » en 2008⁵⁰ par le ministère du travail, un questionnaire en ligne adressé aux membres de CHSCT a été renseigné par plus de 2000 répondants entre janvier 2009 et mai 2010, dont 92 % de représentants du personnel et 6 % de présidents de l'instance.

Les trois principaux thèmes de consultation de l'instance déclarés étaient l'analyse des accidents de travail (75 %), les nouveaux projets (machines, technologie, organisation, bâtiment) (60 % et le programme annuel de prévention (50 %). Les deux principaux risques évoqués en réunion étaient les TMS et les RPS (respectivement à 70 % et 60 %).

A la question de savoir avec qui le CHSCT collaborait le plus souvent, le médecin du travail était cité dans 85 % des réponses, suivis de l'inspection du travail, à égalité avec la CRAM, la MSA et l'OPPBTP à égalité dans 30 % des cas. 51 % des CHSCT considéraient que cet appui était suffisant, tandis que 49 % le jugeaient insuffisant, invoquant parmi leurs motifs d'insatisfaction le manque d'implication de ces acteurs, leur manque de disponibilité, la méconnaissance de leur rôle et leur absence aux réunions ainsi que la difficulté pour les joindre.

A noter que le croisement des résultats aux nombreuses questions de cette enquête (sans prétention scientifique) avait mis en évidence que les répondants provenaient majoritairement d'entreprises de grande taille, pourvues d'instances dotées de moyens conséquents. Il est donc permis de penser que le déficit d'appui ressenti aurait été encore plus important si les CHSCT de PME s'étaient prononcés.

⁵⁰ La mission souligne au passage le caractère innovant, digital et interactif de ce site fédérateur sur les bonnes pratiques (entreprise virtuelle, foire aux questions, questionnaires en ligne, fiches métiers...); elle regrette son abandon tout en s'interrogeant sur les motivations de ce dernier.

2.3.2 Le consensus sur les besoins de formation des managers peine à déboucher sur une offre et des pratiques de formation à la hauteur des besoins

Depuis le rapport du professeur William Dab⁵¹, le rapport « Pénicaud, Lachmann et Larose »⁵² puis, en dernier lieu, le livre blanc de l'Anact⁵³, les constats sur les besoins de formation du personnel encadrant aux questions de santé au travail et plus généralement aux pratiques managériales permettant de concilier les impératifs de gestion, qualité de vie au travail et performance globale de l'entreprise, sont parfaitement documentés⁵⁴.

Politiquement, tant l'ANI de juin 2013 sur l'égalité professionnelle et la qualité de vie au travail que le PST3, reprennent ces constats à leur compte et appellent au déploiement d'initiatives dans les écoles de commerce et les écoles d'ingénieurs en particulier. Chacun s'accorde en effet pour considérer que l'appropriation d'une culture de prévention nécessitera des pratiques managériales renouvelées mais que ce renouvellement passera par un volet de formation conséquent, tant en formations initiale que continue, ainsi qu'à des méthodes pédagogiques adaptées.

Or, force est de constater que les progrès sont très lents et peu perceptibles, en dépit des nombreuses initiatives prises çà et là sous l'impulsion, notamment, de l'INRS et du CNESST⁵⁵, du Conservatoire national des arts et métiers, de l'Anact, de certaines universités, écoles de management ou écoles d'ingénieur. Ces initiatives restent relativement isolées ou dispersées et ne créent pas une offre massive de formation ni un réseau s'appuyant sur une doctrine partagée. Il manque une impulsion et une coordination générales de l'amont à l'aval, c'est-à-dire de l'ingénierie doctrinale et pédagogique au déploiement et à la diffusion généralisée dans les maquettes et les diverses structures d'enseignement potentiellement concernées afin de :

- Comprendre les déterminants des comportements sécuritaires ;
- Intégrer la prévention dans le management quotidien du travail, particulièrement par la ligne managériale ;
- Savoir associer les salariés lors des phases de conception des lieux et des organisations de travail ;
- Argumenter en quoi, au-delà des seules obligations légales, l'investissement en prévention est rentable en termes économiques dans les entreprises, outiller non plus sur « ce qu'il faut faire », mais « comment faire ? ».

⁵¹ Rapport sur la formation des managers et ingénieurs en santé au travail remis à Xavier Bertrand, Ministre du Travail, des Relations sociales, de la Famille et de la Solidarité et à Valérie Pécresse, Ministre de l'Enseignement supérieur et de la Recherche (7 juillet 2008).

⁵² Rapport « Bien-être et efficacité au travail – 10 propositions pour améliorer la santé psychologique au travail – présenté par Henri LACHMANN Christian LAROSE Muriel PENICAUD (février 2010).

⁵³ Apprendre à manager le travail. Livre blanc des initiatives en formation initiale et continue (25 septembre 2017).

⁵⁴ Ces rapports sont par ailleurs étayés par de nombreux travaux de chercheurs, résultats d'enquêtes ou prises de positions des partenaires sociaux.

⁵⁵ Le Conseil national pour l'enseignement de la santé et sécurité au travail (CNES&ST) réunit à parts égales des représentants du Ministère de l'Education Nationale, de l'Enseignement Supérieur et de la recherche et du réseau Assurance Maladie-Risques professionnels. Le CNES&ST s'est rapproché de la Commission des Titres d'Ingénieurs (CTI) et de la majorité des écoles d'ingénieurs afin de les accompagner dans la mise en place d'enseignements en lien avec la santé et sécurité au travail. Il a développé des ressources pédagogiques pour les aider : Mooc, études de cas, formats courts vidéo, DVD « etc. ».

*Un manque de formation pour développer
la culture de prévention*



Les besoins sont ni plus ni moins que monumentaux sur les plans qualitatif et quantitatif.

D'une part, sur le plan qualitatif, les contenus et méthodes pédagogiques associées appellent un important travail d'ingénierie, laquelle doit être adaptée à la grande diversité des publics visés (de l'apprenti au manager en passant par les techniciens de conception, les responsables de ressources humaines, etc. sans oublier, en amont, les messages d'éducation à la santé et la prévention qui devraient être dispensés dès l'enseignement scolaire).

D'autre part, sur le plan quantitatif, il faut tenir compte de toutes les personnes au travail intéressées par la prévention de leur propre santé ou de celle de leurs collègues et collaborateurs (salariés actuels et en devenir mais aussi personnes en responsabilité managériale, employeurs,), soit des millions d'actifs⁵⁶. Deux publics apparaissent néanmoins devoir être privilégiés : les managers de proximité et les ingénieurs et cadres, à raison de l'importance des effets de leurs décisions dans leurs achats et surtout dans la conception des équipements, installations et organisations de travail qu'ils ont la charge de mettre en œuvre.

On peut regretter à cet égard la politique erratique des pouvoirs publics. Un retard important a été pris depuis :

- La création en 2009 par William Dab, dans le prolongement des propositions de son rapport, du Réseau francophone de formation en santé au travail (RFSST) ; faute de moyens, ce dispositif n'est plus animé à ce jour ;
- La feuille de route confiée à l'Anact en 2013 par le Ministre du travail Michel Sapin⁵⁷ ;
- L'action 1.2 du PST3 (Renforcer la formation initiale et continue en santé et sécurité au travail et en management du travail) dont le pilotage a été confié à l'INRS en raison de la longue expérience acquise dans le cadre de ses travaux avec le CNESST.

⁵⁶ « La lettre de mission désigne comme cible les grandes écoles. En réalité, les managers, environ cinq millions de personnes, sont surtout formés par d'autres écoles ou formations universitaires qu'il ne serait pas logique de laisser hors de ce mouvement de réforme » (W Dab en introduction de son rapport en 2008).

⁵⁷ Dans le cadre du contrat d'objectifs et de performance 2014-2017, l'Anact s'est vu confier la mission de contribuer à transformer le management afin d'améliorer la qualité de vie au travail en agissant sur le levier de la formation.

Encadré 3 : Une proposition pour une école de santé au travail

Une école de santé au travail, ou un département spécialisé de la structure nationale dédiée à la prévention des risques et à la promotion de la santé au travail, permettrait d'émettre des doctrines partagées, de certifier des compétences pluridisciplinaires⁵⁸ en prévention de façon universitaire, de conduire des recherches appliquées en santé au travail appuyées sur des pratiques de prévention « evidence based » comme c'est le cas aujourd'hui pour l'ensemble du secteur de la santé. Il ne s'agirait pas de créer un lieu nouveau avec son bâtiment, ses enseignants, ses diplômés, ni de supplanter l'offre universitaire ou de formation privée (par ailleurs foisonnante et plus ou moins évaluée s'agissant de cette dernière), mais d'une tête de réseau légère, dotée d'une légitimité statutaire solide, chargée du développement et de la coordination des formations en santé au travail :

- Analyser en permanence les besoins de formation des entreprises, des bureaux d'étude et des acteurs de la santé au travail ;
- Cartographier les formations existantes, identifier les manques aux plans régional et national, lancer des appels d'offre pour développer des formations dans les domaines déficitaires ;
- Animer une réflexion pédagogique prospective avec l'ensemble des parties prenantes ;
- Identifier et mutualiser les bonnes pratiques pédagogiques en France et à l'étranger ;
- Mettre à disposition sur un portail d'accès libre des outils pédagogiques éprouvés à partir des matériaux des opérateurs de prévention ;
- Organiser des formations de formateurs en lien avec les établissements universitaires, les IUT, les grandes écoles ;
- Labelliser les formations non diplômantes ;
- Soutenir la recherche appliquée, notamment sur l'évaluation sanitaire et économique des actions de prévention ;
- Evaluer les résultats de formation en lien avec l'HCERES⁵⁹.

2.4 Le système incite insuffisamment à la prévention

2.4.1 Le ratio prévention/réparation est très déséquilibré

Le financement public des risques professionnels en France est en premier lieu apprécié à travers le budget de la branche AT-MP de l'assurance maladie. Dans la loi de financement de la sécurité sociale 2018, celui-ci est de 12,7 milliards d'euros. L'immense majorité de ces fonds est affectée à des actions de réparation. Ainsi, sur 100 euros cotisés, 38 euros sont consacrés aux accidents du travail, 36 euros aux maladies professionnelles, 7 euros aux accidents de trajet, 15 euros pour les victimes de l'amiante et 4 euros à la prévention⁶⁰. Au total, en 2016, la part des actions de prévention de la branche (FNPAT) s'élevait à 341 millions d'euros⁶¹ dont 83,5 millions pour l'INRS, 25 millions pour les contrats de prévention et 25 millions pour les aides financières simplifiées le

⁵⁸ « Les formations existantes (...) sont nombreuses, de bonne qualité qu'il s'agisse de licences, de masters, de titre d'ingénieur ou de titre RNCP. Il faut remarquer qu'elles sont structurées de façon disciplinaire (ergonomie, épidémiologie, psychologie, sociologie, etc.), sauf au CNAM qui est organisé en filières de métiers. Or tous les acteurs savent que seule une pratique pluridisciplinaire peut permettre aux entreprises de maîtriser de façon efficace leurs risques » (W Dab).

⁵⁹ Le Hcéres est une autorité indépendante chargée d'évaluer les établissements d'enseignement supérieur et leurs regroupements, les organismes de recherche, etc. ou de s'assurer de la qualité des évaluations conduites par d'autres instances.

⁶⁰ Source : CNAM risques professionnels.

⁶¹ Source : CNAM. Financements assurés sur les crédits du Fond national de prévention des accidents du travail (FNPAT) alimenté par les cotisations employeurs de la branche. Les chiffres reproduits sont ceux du budget initial.

reste étant consacré aux frais de personnel et de fonctionnement⁶². La place subsidiaire de la prévention par rapport au total des dépenses de la branche est un argument souvent avancé pour souligner l'insuffisance de la politique de prévention en France.



De fait, la comparaison avec l'Allemagne révèle un rapport prévention/réparation sévère pour la France. Eurogip rappelle que, si le régime général français couvre 18 millions de personnes pour presque 13 milliards d'euros, le régime allemand en couvre 32 millions mais dépense 9 milliards d'euros pour l'assurance du risque professionnel. Ceci s'explique notamment par la philosophie même des régimes, le système allemand étant fondé sur un triptyque privilégiant, par ordre de priorité, la prévention, la réhabilitation puis, en dernier recours, l'indemnisation. En conséquence, le régime indemnitaire est beaucoup moins généreux et l'indemnisation du préjudice n'a lieu que si le salarié est atteint par un taux 20 % d'incapacité.

Encadré 4 : L'Allemagne fait le choix de la prévention

Comparativement, la France consacre pour la prévention environ 3 % de ses dépenses d'assurance risques professionnels (340 millions affectés à la prévention sur environ 13 milliards de dépense), quand l'Allemagne en consacre 10 % (900 millions à la prévention sur 9 milliards de dépense), soit 3 fois plus, notamment dans des campagnes de prévention. Lorsque la prévention a échoué, le pays s'efforce de réhabiliter la victime. L'indemnisation intervient seulement en dernier recours. C'est une illustration concrète de la manière dont s'incarne l'objectif de « remettre la prévention au cœur du système » et de travailler sur la réhabilitation professionnelle.

2.4.2 Les outils financiers destinés aux entreprises sont jugés encore trop peu incitatifs

- La politique de tarification permet de mutualiser mais n'encourage pas la prévention.

L'assurance des risques professionnels des travailleurs salariés est financée par les entreprises sur la base de cotisations modulées selon leur sinistralité passée. Ce mode de tarification est censé contribuer à inciter les employeurs à développer des démarches de prévention des risques professionnels. On sait toutefois que, malgré les différentes réformes intervenues, le caractère incitatif du dispositif est limité par le fait que de très nombreuses entreprises, celles de moins de vingt salariés, sont soumises à un taux collectif, indépendant de leur sinistralité réelle.

⁶² Les autres dépenses sont constituées des dépenses de fonctionnement des CARSAT et d'autres dépenses d'interventions régionales telles que les subventions aux organisations syndicales pour le financement de sessions de formations nationales et régionale, le financement de conventions avec des partenaires (ANACT...), la communication, etc. L'ensemble de ces dépenses contribuant à financer de la prévention.

Encadré 5 : Tarification des sources professionnelles

Comment sont calculés les taux de cotisation ?

- De 1 à 19 salariés, le taux est collectif et lié au secteur d'activité.
- Au-delà de 150 salariés, le taux est individualisé : selon les risques recensés pour l'établissement.
- Entre les deux, le mode de calcul est mixte.

Le taux annuel net moyen de cotisation est de 2,32 % (2,14 % pour le taux collectif, 2,02 % pour le taux individuel et 2,73 % pour le taux mixte).

Sur 2,2 millions d'établissements, 88 % sont en taux collectif, 6 % en taux individuel et 6 % en taux mixte.

Source : CNAM données 2016

Certains considèrent qu'avec notre modèle de tarification, « *les entreprises d'aujourd'hui payent les sinistres d'il y a 30 ans* » et qu'il faudrait privilégier le système du bonus-malus, à effet plus immédiat, jugé beaucoup plus incitatif à la prévention.

Aussi, indépendamment des dispositifs d'incitation classiques que sont la ristourne⁶³ et la hausse de cotisation après injonction⁶⁴, généralement considérés comme peu utilisés ou de trop faible portée, la CNAM a institué des dispositifs dits « Prime/Signal » visant, notamment, à accroître pour les TPE l'effet incitatif à la prévention de la tarification. La prime récompense la diminution du risque tandis que le signal pointe une sinistralité atypique identifiée dans les entreprises en taux collectif (moins de 20 salariés). Il se traduit par une augmentation de 10 % maximum du taux de cotisation dans les établissements ayant déclaré au moins un accident du travail avec arrêt par an durant 3 années consécutives⁶⁵. A l'inverse, la prime permet une baisse de cotisation pour les entreprises déclarant (télé-déclaration) avoir mis en place les mesures de prévention sociale pour leur profession, retenues dans un référentiel préalablement défini⁶⁶. Les deux dispositifs, prévus par un décret du 14 mars 2017, s'appliqueront à partir de l'exercice 2021. Ils ont vocation à s'équilibrer dans une enveloppe financière d'environ 2 à 6 millions d'euros⁶⁷.

⁶³ Le nombre de ristournes accordées par an varie entre 300 et 400 ; en augmentation en 2016 (581, contre 536 en 2015 (chiffres 2017 non encore consolidés). La durée d'une ristourne est d'une année. Impact financier sur 2016 : 17,2 M€, principalement en faveur du CTN de la métallurgie (source branche AT-MP).

⁶⁴ 1246 en 2016 ; majoration du taux net de cotisation de 25 %, 50 %, voire 200 % dont la durée peut varier de quelques jours à plusieurs années.

⁶⁵ Selon les simulations de la branche AT-MP, le signal concernera 6 % des 144 000 établissements de 10 à 19 salariés qui ont eu au moins 1 accident par an sur 3 ans (soit près de 9 000 établissements). Cela représente 37 % de la sinistralité des entreprises de cette taille (soit près de 50 000 sinistres sur 3 ans).

⁶⁶ Par souci d'accessibilité, l'enregistrement déclaratif de l'employeur ne donne pas lieu à un contrôle systématique a priori des informations déclarées mais peut faire l'objet d'un contrôle a posteriori sur échantillonnage et déboucher en cas de fraude sur une pénalité financière en cas de fraude.

⁶⁷ Il faut une première période de 3 ans (de 2017 à 2019) pendant laquelle les sinistres seront comptabilisés avant de notifier un premier signal.

- Les aides directes sont mieux ciblées mais leurs effets limités.

Le montant des aides directes accordées par la branche AT-MP aux TPE et PME pour la prévention (contrats de prévention⁶⁸ et aides financières simplifiées (AFS⁶⁹)) s'élevait à 50 millions d'euros en 2016 (cf. supra). Le budget annuel de 2014 à 2017 était de 25 M€ pour les seuls contrats de prévention avec un montant moyen de participation de 25 000 euros par contrat, soit en moyenne 25% du montant de l'investissement total de l'entreprise. Le montant moyen de l'AFS a, quant à lui, varié entre 5 500 à 6 500 € sur la même période, la participation étant plafonnée à 70 % de l'investissement de l'entreprise.

La branche AT-MP s'est efforcée de faciliter l'accès à ces dispositifs et entend poursuivre dans cette voie. Elle est consciente du risque de dispersion et des enjeux de ciblage et de déploiement des aides simplifiées, dont l'efficacité suppose de pouvoir assurer leur promotion, notamment dans le cadre des partenariats conclus, via les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), avec les services de santé au travail.

Tableau 6 : Contrats de prévention

Année	Nombre de contrats	Montant octroyé
2015	847	22 M€
2016	1 109	28 M€
2017	1055	28 M€

Source : CNAM

Tableau 7 : Aides financières simplifiées (AFS)

Année	Nombre d'AFS octroyées	Montant total octroyé
2015	2 926	16 M€
2016	4 115	22 M€
2017	8 170	53 M€*

Source : CNAM

*La forte augmentation 2017 s'explique notamment par l'utilisation des budgets non intégralement consommés des années précédentes (effets reports) et par le renforcement de l'offre nationale AFS fin 2016/début 2017.

⁶⁸ Aide financière aux entreprises de moins de 200 salariés couvertes par une convention nationale d'objectifs signée pour 4 ans entre la CNAM et la/les organisations professionnelles représentatives du secteur (29 CNO actuellement en cours). Les contrats de prévention peuvent cofinancer du conseil et/ou des équipements.

⁶⁹ Aide ciblant un risque ou un secteur d'activité réservé aux entreprises de moins de 50 salariés (85 % dans des entreprises de moins de 20) selon 3 formes : AFS nationales, AFS régionales (en lien avec les priorités ciblées localement) et contrats TPE (quand il n'existe pas de CNO et qu'aucune AFS ne couvre le besoin). En 2018, les AFS financent, par exemple, des prestations en ergonomie pour la prévention des TMS, l'achat d'équipements et de formations adaptées, de matériel de manutention et de bungalows de chantier mobiles autonomes dans le BTP, d'équipements des centres de contrôle technique pour les gaz et fumées d'échappement.

Encadré 6 : Tarification des mutuelles en fonction des efforts de prévention

Quand la mutuelle s'en mêle...

L'incitation financière peut être relayée par certaines mutuelles.

L'une d'elles par exemple encourage les démarches de prévention en appliquant une baisse sur ses tarifs. Elle fixe tout d'abord des critères d'entrée pour que l'entreprise soit éligible à l'aide, le premier d'entre eux étant qu'elle ait réalisé son document d'évaluation des risques. Un outil digital d'évaluation, à partir des données dont dispose la mutuelle, lui permet de mesurer l'appétence du dirigeant à la prévention et, en fonction de son niveau d'engagement, de lui proposer une ristourne pour deux ans dans le cadre d'un contrat d'engagement.

Des équipes de l'organisme se rendent dans ces entreprises durant ces deux années pour vérifier qu'elles ont bien mis en place les outils. Dans l'affirmative, la mutuelle poursuit le tarif ((jusqu'à 10 % voire 15 % de réduction). A défaut, le tarif normal est appliqué.

- L'Etat dispose également d'un levier financier au travers du Fonds pour l'amélioration des conditions de travail (Fact).

Géré par l'Anact, son objet est de subventionner des projets innovants ou d'expérimentation portant notamment sur la qualité de vie au travail. Dans le but de passer d'une logique de saupoudrage à une politique de portage ciblé de projets collectifs à fort potentiel de transférabilité, le dispositif a été réformé et est désormais mobilisé par appels à projet thématiques lancés par l'Anact (en 2016 et 2017 : Prévention de l'usure professionnelle, QVT et numérique, dialogue social, territoires et conditions de travail, innovations organisationnelles et managériales). Ces projets visent l'accompagnement direct d'entreprises de moins de 300 salariés ou la promotion aux niveaux territorial ou national, d'actions collectives sectorielles ou interprofessionnelles. L'enveloppe annuelle votée dans le cadre de la loi de finances reste néanmoins modeste (2 M € par an sur la période 2015/2017). L'intégralité des crédits est engagée chaque année et a financé 91 dossiers en 2015, 67 en 2016, 60 en 2017.

2.4.3 Les Outils de prévention destinés aux entreprises sont de qualité mais l'accompagnement de leur déploiement est déficitaire

L'incitation des entreprises à la prévention ne se réduit pas, tant s'en faut, à des aides financières. Si ces dernières peuvent amorcer des pratiques vertueuses et initier des démarches durables, elles sont toujours adossées à l'engagement par l'employeur de recourir à des méthodes et outils éprouvés, dont les conditions de déploiement sont au moins aussi importantes que l'outil lui-même.

- Ces outils sont très nombreux (brochures, guides, séminaires, colloques, applications).

Beaucoup considèrent qu'ils sont de qualité, même s'ils regrettent parfois encore leur trop grande complexité, et déplorent leur fréquente méconnaissance par les entreprises ainsi que le déficit de diffusion auquel ils donnent lieu. Mais l'accent est surtout mis sur l'importance de l'accompagnement des acteurs en entreprise pour leur déploiement et leur mise en œuvre effective. Ainsi, selon une organisation professionnelle de branche : « *Des outils adaptés existent⁷⁰. L'INRS et les CARSAT les ont mis au point, mais ils n'ont pas les moyens d'accompagner les PME. Il faudrait que la branche AT-MP se dote d'une stratégie de « développement industriel » de ces outils en mobilisant*

⁷⁰ Ex : Grille DIGEST : outil de diagnostic en prévention pour la petite entreprise :

- (<http://www.inrs.fr/media.html?refINRS=outil34>), et Grille GPS&ST : grille de positionnement en santé et sécurité au travail (<http://www.inrs.fr/media.html?refINRS=outil35>).

des consultants de proximité. L'affectation des excédents de la branche ATMP à cet objectif serait pertinente. Il vaut mieux que l'assureur institutionnel investisse pour que les entreprises deviennent autonomes dans la gestion du risque que de perpétuer des subventions d'équipement ou des actions répressives ».

- Au-delà de l'outillage, les entreprises ont besoin d'un accompagnement méthodologique.

Peu d'outils, en réalité, sont autoporteurs. Beaucoup de démarches ne peuvent produire d'effets que dans une approche d'appropriation participative dans l'entreprise. Or, une telle approche n'est pas si aisée à initier et requiert souvent l'appui d'un tiers extérieur au démarrage puis à des étapes clés de la démarche.

- A cet égard, une attention particulière doit être portée sur la situation des très petites entreprises (TPE).

L'INRS et le réseau prévention de l'Assurance maladie Risques professionnels le mettent en évidence dans un article de la *Revue des conditions de travail* intitulé « *Mobiliser les TPE, un défi pour la prévention* »⁷¹. L'Institut rappelle en premier lieu que le régime général assure 2,1 millions d'établissements, dont 85 % emploient moins de 10 salariés. Ces TPE emploient 24 % de l'effectif du régime général, soit 4 millions et demi de salariés, mais concentrent également le nombre des accidents du travail. Ainsi, dans la réparation automobile, 88 % des salariés travaillent dans des structures de moins de 20 salariés, qui concentrent 80 % des accidents. Surtout, l'INRS insiste sur le rôle central du chef d'entreprise dans ce type de structures : « *Très impliqué dans l'activité, il cumule les responsabilités et se voit obligé d'établir des priorités au premier rang desquelles figure la survie de son entreprise. Les questions de développement commercial et de financement sont ses premières préoccupations. Viennent ensuite les aspects administratifs qu'il traitera en fonction de leur impact potentiel sur l'entreprise. Parmi celles-ci figurent les obligations en matière de santé et sécurité au travail, souvent perçues comme des « contraintes administratives » et se résumant généralement, de son point de vue, à l'obligation d'adhésion à un service de santé au travail et à l'obligation de disposer d'un Document Unique d'évaluation des risques professionnels* ».

Sur ce point, certains pays ont engagé des incitations qui paraissent vertueuses. En Suède, dans les entreprises dont le seuil d'effectif est inférieur au seuil légal de représentation du personnel, il existe un système de représentants territoriaux pour la santé, intervenant sur un territoire déterminé dans des secteurs comprenant un nombre important de petites entreprises (Exemple : transport). Ce sont des salariés dont le mandat de branche leur permet d'aller dans les autres entreprises de la branche, deux jours par semaine par exemple, avec des campagnes décidées paritairement, chaque branche déterminant ses objectifs. Légitimés paritairement, ces représentants ont un rôle d'interface, et sont formés prioritairement sur le volet méthodologique : comment agir, comment s'adresser aux employeurs, aux salariés. Conçu dans un contexte non conflictuel, le dispositif ne requière la présence de l'inspection du travail qu'en cas d'échec.

Aux Pays Bas, l'employeur peut réaliser l'évaluation des risques lui-même ou bien le faire en collaboration avec un *arbodienst*. L'idée est de rassembler les éléments d'évaluation des risques des entreprises d'une branche et d'en extraire un certain nombre d'actions prioritaires puis de fournir aux PME un canevas d'évaluation des risques. Le canevas général est ensuite adapté entreprise par entreprise. L'intervention de l'*arbodienst* induit une incitation financière indirecte en dispensant l'employeur qui utilise ce canevas de demander la certification de son évaluation par un service extérieur de prévention.

⁷¹ Revue des conditions de travail n° 5 : 09/01/2017 (Anact).

Encadré 7 : Le point de vue des usagers

Un manque d'accompagnement

Les ateliers participatifs de Lille, Cysoing et Paris ont fait ressortir que pour plusieurs raisons (manque d'accompagnement, incompréhension du coût de la santé au travail, perte de confiance), les acteurs de l'entreprise se trouvent aujourd'hui dépourvus lorsqu'il s'agit d'instaurer une démarche de santé au travail.

De nombreuses entreprises (majoritairement TPE-PME) ont signalé « *peiner à mettre en œuvre une démarche de prévention efficace en l'absence d'accompagnement concret* ».

Elles soulèvent à l'appui de ce propos « *le fait que les grandes entreprises disposent de leurs propres services de santé au travail et peuvent donc aller plus en profondeur dans cette démarche contrairement aux petites entreprises qui ne disposent pas de services propres et sont ainsi moins informées sur ce domaine qui leur paraît flou et inadapté à leurs structures* ».

Les chefs d'entreprises ont exprimé le sentiment de « *ne pas être appuyés par les services de santé au travail* », cette situation générant un sentiment d'isolement. Il est ainsi proposé de « *créer un accompagnement renforcé pour les TPE par le biais d'un intervenant qui aide la mise en œuvre et au suivi de la démarche de prévention dans les petites entreprises* » ou « *d'aider les entreprises, et notamment les TPE-PME, en leur recommandant des solutions pratiques ayant fait l'objet d'une évaluation* » ou encore de « *mettre en réseau les entreprises, d'une part, pour partager les bonnes pratiques et d'autre part, pour les sortir de leur isolement* ».

2.4.4 De manière générale, les budgets consacrés à la santé au travail en France sont éparés et insuffisamment identifiés

La multiplicité des organismes, leurs tutelles et leurs sources de financements différenciés, aboutissent à ce qu'il n'existe pas en France de ligne budgétaire clairement identifiée des fonds directement dédiés à la santé au travail (prévention et suivi de la santé). L'effort financier consacré par le pays au sujet n'est donc pas lisible⁷² et ne permet pas de s'assurer d'une allocation optimale des ressources disponibles, pourtant fort souhaitable dans un contexte budgétaire contraint (cf. tableau infra) et dans l'optique d'un pilotage efficient des priorités et objectifs opérationnels du PST3 et des plans futurs.

Un premier recensement, sur une base 2016, permet d'estimer l'ordre de grandeur des sommes pouvant être directement rattachées à la prévention :

- S'agissant des services interentreprises de santé au travail, la cotisation des entreprises adhérentes équivaut à près de 1,6 milliard d'euros⁷³ ;
- La part des actions de prévention de la branche d'AT-MP en 2016 était de 341 millions d'euros⁷⁴ répartis ainsi :
 - 186 millions pour le fonctionnement des CARSAT, (y compris CRAM Ile de France et CGSS ultramarines) ;
 - 83,5 millions pour l'INRS (soit 98 % du budget total de l'organisme) ;

⁷² Cette observation est d'ailleurs applicable à la prévention en matière de santé de manière générale. L'avis du Cese rendu en février 2012 sur « *les enjeux de la prévention en matière de santé* » soulève « *une difficile identification des financements affectés à la prévention faute de distinction suffisante entre curatif et préventif (5,9 milliards d'euros ont été consacrés à la prévention en 2010 auxquels s'ajoutent des dépenses estimées à 5,7 milliards et comptabilisées au titre du curatif)* ».

⁷³ Source : Drees (Les dépenses de santé en 2016, édition 2017, Drees).

⁷⁴ Les actions de prévention de la branche AT-MP sont financées par le fonds national de prévention des accidents du travail (FNPAT).

- 1,3 million pour EUROGIP (soit environ de 85 % du budget de l'organisme) ;
 - 50 millions d'euros d'aides financières aux TPE et PME ;
 - 14 millions d'euros de ristournes⁷⁵.
- La part de l'Etat pour le financement de l'Anact et celle qu'il consacre au budget santé au travail des agences sanitaires (ANSES, Santé publique France) est de 26 millions d'euros. La dotation pour le fonds Fact est de 2 millions d'euros ;
 - Les ressources des Aract (Direccte, Régions, ressources propres), déduction faite de la part Anact, sont de 17,3 millions d'euros ;
 - Le budget de l'OPPBTP équivaut à 40 millions d'euros.

Au total, le budget affecté à la prévention des risques professionnel est de l'ordre de 2 milliards d'euros hors régime agricole (environ 122 millions d'euros).

Bien entendu, ces sommes ne prennent pas en compte les dépenses propres des entreprises directement attribuables à la santé au travail (investissements en équipement, formations obligatoires, conseil, accompagnement, expertise, vérifications périodiques, services autonomes, etc.), ni celles relevant des cursus universitaires spécialisés, ou encore les dépenses des complémentaires de santé pour le développement d'actions de prévention.

⁷⁵ La ristourne est une minoration du taux de cotisation AT-MP accordée aux entreprises ayant pris des mesures de prévention des risques liés aux AT et aux accidents de trajet. Cette minoration de taux a un impact sur les montants de cotisations.

Tableau 8 : Financement de la prévention en santé au travail

BUDGET des OPERATEURS en SANTE SECURITE au TRAVAIL (en M €)				EFFECTIFS de l'organisme (en ETPT)
Anact	2015	12,3	<i>dont 7,2 M€ de subvention DGT</i>	77
	2016	12,3	<i>dont 6,3 M€ de subvention DGT</i>	80
	2017	11,7	<i>dont 6,7 M€ de subvention DGT</i>	80
Fact	2015	2,0		
	2016	2,0		
	2017	2,0		
Réseau des Aract	2015	21,0	<i>dont 3,7 M€ reversés par l'Anact</i>	199
	2016	21,0	<i>dont 3,7 M€ reversés par l'Anact</i>	199
	2017	20,7	<i>dont 3,3 M€ reversés par l'Anact</i>	201
INRS	2015	84,8	<i>dont 83 M€ de subvention CNAMTS</i>	586
	2016	84,8	<i>dont 81 M€ de subvention CNAMTS</i>	585
	2017	84,8	<i>dont 80 M€ de subvention CNAMTS</i>	586
OPPBTP	2016	40,0		332
PART du BUDGET des AGENCES consacrée à la SANTE SECURITE au TRAVAIL (en M €)				EFFECTIFS de l'organisme (en ETPT)
SPF	2015	5,7	<i>sur un budget global de 58 M€</i>	396
	2016	5,6	<i>ND (fusion des agences)</i>	ND
	2017	5,0	<i>sur un budget global de 183 M€</i>	601
Anses	2015	8,8	<i>sur un budget global de 142,1 M€</i>	1 351
	2016	8,2	<i>sur un budget global de 135,7 M€</i>	1 355
	2017	8,1	<i>sur un budget global de 138,6 M€</i>	1 349
BUDGET du FNPAT (hors INRS) (en M €)				
	2015	257,9		
	2016	260		
	2017	262		
BUDGET des SERVICES DE SANTE AU TRAVAIL (en M €)				
	2015	1 632		
	2016	1 645		
TOTAL (base 2016 arrondie) (en M €)			2000	

	Cotisation employeurs
	Etat
	CNAM

Source : D'après DGT - Drees - CNAM

En résumé

Le budget consacré à la prévention en France est loin d'être négligeable.

Il est de l'ordre de 2 milliards d'euros. Bien qu'en baisse tendancielle depuis plusieurs années, il pourrait, s'il était centralisé, faire l'objet d'un fléchage plus fin. Il pourrait aussi donner des marges de manœuvre en massifiant les moyens sur des actions dont la dispersion actuelle réduit l'efficacité.

2.4.5 Le système intègre difficilement les spécificités propres à certains secteurs et populations

2.4.5.1 Notre système est conçu pour des configurations de travail « de droit commun »

Le champ d'application de la partie IV du code du travail vise les *travailleurs*, ce qui permet d'inclure une population plus large que celle des seuls *salariés*⁷⁶. Mais le système de prévention des risques professionnels reste avant tout conçu pour ces derniers, soit environ 21 millions de salariés. Il ne couvre pas de nombreuses personnes (2,8 millions⁷⁷) dont l'activité professionnelle les expose à des risques pour leur santé et sécurité (chefs d'entreprise, travailleurs indépendants...). Or, pour beaucoup, leurs conditions de travail s'apparentent à bien des égards à celles des salariés.

En matière de santé au travail, il apparaît de moins en moins justifiable d'opérer une distinction entre les personnes en raison de leur différence de statut juridique alors qu'au sein d'une même communauté de travail (salarié et indépendant), voire dans la même entreprise (CDI, intérimaire, CDD, stagiaire), elles cohabitent et sont exposées aux mêmes risques. La distinction est d'autant plus artificielle qu'avec les nouvelles formes d'emploi, une même personne peut exercer tout au long de sa carrière plusieurs activités, voire la même activité, en cumulant différents statuts. Une nouvelle catégorie de professionnels émerge et promet d'occuper une place de plus en plus importante : les « slasheurs ». Il s'agit de professionnels qui exercent plusieurs activités simultanément, au gré de leurs envies et des intérêts financiers qu'elles y trouvent. La co-activité complexifie la prévention des risques et la traçabilité des expositions. Aussi, des réponses spécifiques doivent être anticipées face à cette forme d'emploi en progression.

Par ailleurs, certaines activités (salarié du particulier employeur, etc.) ou certains statuts d'emploi (autoentrepreneurs, etc.) placent objectivement les personnes dans des situations moins protectrices au regard des risques professionnels et des conditions de leur prise en charge. Celles-ci, pour être effectives, doivent pouvoir être adaptées. La mission n'a pu en dresser un inventaire distinctif mais considère que notre dispositif de prévention doit tendre à accueillir et assurer à tous une couverture équivalente de la protection de la santé au travail :

- Soit en permettant aux non-salariés placés dans des conditions similaires de bénéficier des mesures prévues pour les salariés ;
- Soit en permettant aux salariés placés dans des situations particulières de bénéficier d'adaptations⁷⁸ leur garantissant une prise en charge de qualité.

⁷⁶ Article L4111-5 : « Pour l'application de la présente partie, les travailleurs sont 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 ». Cette définition permet par exemple d'inclure les stagiaires.

⁷⁷ Source : Haut Conseil pour le financement de la protection sociale (HCFiPS).

⁷⁸ On note au passage que ces adaptations, comme l'illustrent les encadrés ci-dessous, sont souvent sources d'innovations permettant d'inspirer d'autres secteurs d'activités, voire l'ensemble des activités.

2.4.5.2 Les salariés intérimaires sont victimes d'une sinistralité nettement plus forte

Les indicateurs de sinistralité mettent en évidence la fréquence et la gravité sensiblement plus élevées des accidents du travail des intérimaires dans de nombreux secteurs d'activité. Le taux de fréquence des AT (TF) y est parfois presque 2 fois plus élevé que celui des salariés des entreprises utilisatrices (EU) du même secteur⁷⁹. Les causes sont multiples et assez bien connues parmi lesquelles la réalisation de travaux plus exposés aux risques d'accidents, l'affectation sur des postes différents de ceux des salariés permanents et plus à risques, une insuffisance d'accueil et d'encadrement des salariés intérimaires pendant leur mission, un changement de poste ou une affectation à un poste pour lequel la qualification du salarié intérimaire est inadaptée.

Face à cette situation peu admissible, Prism'emploi⁸⁰ indique que le coût des AT des salariés intérimaires est aujourd'hui supporté exclusivement par les entreprises de travail temporaire⁸¹(ETT). L'organisation professionnelle considère que cela n'est pas incitatif à la mise en place de mesures de prévention dans les entreprises utilisatrices. Elle propose en conséquence une répartition du coût de l'ensemble des AT à hauteur de 50/50 entre l'ETT et l'EU. Ceci constituerait, selon elle, un signal fort en direction des secteurs d'activité les plus à risques, afin que des mesures de prévention soient mises en place de manière systématique au bénéfice des intérimaires.

Cette mesure, qui apparaît de bon sens, a été expertisée en 2016 par la CNAM, qui a procédé à des simulations en appliquant une répartition 50-50 pour les sinistres les plus graves (incapacité permanente supérieure ou égale à 10 % ou décès de la victime). Il en ressort un faible impact pour les entreprises utilisatrices avec une hausse moyenne du taux net de l'ordre de 0,01 à 0,03 point (et une baisse significative pour les entreprises de travail temporaires avec une baisse moyenne de 0,4 point). Il est donc à craindre qu'une telle mesure, en raison de son moindre impact financier sur les EU, ne constitue pas un levier suffisant pour la prévention.

En résumé

Si une plus juste répartition du coût des cotisations pour le risque ATMP est de bon sens, elle ne semble pas à elle seule inciter les entreprises utilisatrices à une meilleure prévention.

Or, la situation des salariés intérimaires reste insatisfaisante et présente d'autres points de fragilité, notamment en ce qui concerne le suivi individuel de l'état de santé des salariés.

Le scénario d'évolution issu des présents travaux doit permettre d'améliorer la prise en charge de la population intérimaire.

Ceci ne saurait se faire sans une implication substantiellement renforcée des entreprises utilisatrices, en particulier celles recourant à de gros volumes de tels salariés.

Une telle généralisation devrait, en particulier dans une logique de RSE intégrant toutes les parties prenantes, découler naturellement des politiques de prévention des EU dotées d'un système de management de la santé et sécurité au travail et plus généralement d'un système global de management des risques.

⁷⁹ Sources : « Risque accident du travail : Statistiques sur la sinistralité de l'année 2016/CNAM » ; « Indicateurs 2017 accidents du travail des intérimaires dans les secteurs utilisateurs/ Prism'emploi » élaborés dans le cadre de « L'Engagement pour promouvoir la promotion des risques professionnels du 28 novembre 2007 ».

⁸⁰ Prism'emploi est une organisation professionnelle, qui regroupe plus de 600 entreprises du recrutement et de l'intérim sur l'ensemble du territoire.

⁸¹ Seuls les accidents graves et mortels des salariés intérimaires font l'objet d'une répartition du coût à hauteur de 2/3 pour l'ETT et 1/3 pour l'entreprise utilisatrice.

Encadré 8 : Innovations de la branche du travail temporaire

Un accord de branche sur la santé au travail des salariés du travail temporaire du 3 mars 2017, comporte des dispositions spécifiques au suivi de la santé des salariés intérimaires victimes d'un AT ou d'une MP d'au moins 30 jours.

L'article 18.1 prévoit d'expérimenter une visite de retour à l'emploi au-delà du contrat de travail. Cette mesure sera mise en place par le Fonds d'action sociale du travail temporaire.

La branche s'est en outre dotée en 2002 d'une instance paritaire, la CPNSST, lieu de partage de connaissances, de suivi des AT/MP des intérimaires, d'élaboration d'outils de prévention à destination des toutes les ETT. La CPNSST a diffusé plus d'un million de livrets sécurité à destination des intérimaires, a réalisé des outils de sensibilisation « *Chasse aux risques* » dans le secteur de l'industrie, du BTP, de la logistique. Elle a aussi mené une campagne sur le risque routier.

2.4.5.3 Le secteur des services à la personne (SAP) innove pour pallier les lacunes du système

Le secteur des services à la personne emploie aujourd'hui 2 millions de salariés et, selon la DRESS, représente un potentiel de 650 000 recrutements dans les dix ans à venir, notamment pour faire face à une augmentation des populations vieillissantes.

Il est marqué par des caractéristiques spécifiques (recours important aux CDD, forte féminisation, faible niveau de qualification, temps partiels, horaires atypiques, forte amplitude horaire, isolement etc...) qui sont autant de facteurs de risques physiques et psychosociaux se traduisant par une forte sinistralité AT-MP.

Les populations de salariés concernées, dites « multi-employeurs » et « multi-activités », peuvent être employées par des particuliers employeurs, des associations mettant des personnes à disposition ou des prestataires de service. Elles sont, de par leurs conditions d'emploi, difficiles à approcher (dispersion, travail dans des domiciles privés « etc. »).

Le secteur des seuls particuliers employeurs semble avoir trouvé une issue à l'épineuse question du suivi médicale des salariés grâce à la signature de l'accord du 24 novembre 2016 portant création originale d'un organisme de gestion nationale paritaire (Cf. encadré infra). Cependant, la Fédération du service aux particuliers (FESP), qui représente également les structures entrepreneuriales, déplore de ne pouvoir faire bénéficier ces dernières d'un tel dispositif mutualisé⁸². Dès lors, du fait d'un allongement chronique des réponses aux demandes de visites médicales évoqué par la FESP, de nombreux salariés ne feraient l'objet d'aucun suivi⁸³.

⁸² L'article L. 4625-2 du code du travail prévoit la possibilité de fixer des modalités dérogatoires de suivi de la santé des salariés de certains secteurs par accord de branche étendu (intermittents du spectacle, mannequins...). Les salariés du particulier employeur ont été inclus mais pas ceux des services à la personne employés par des structures prestataires.

⁸³ La FESP fait par ailleurs état d'une grande diversité des tarifs pratiqué par les SSTI pour un même service, mentionnant une fourchette de 70 à 135 euros d'un service à l'autre.

Encadré 9 : Un dialogue social innovant en matière de santé au travail chez les particuliers employeurs

L'emploi à domicile entre particuliers (assistant maternel, garde d'enfants, accompagnement des personnes fragiles, ménage et entretien du cadre de vie, ...) concerne aujourd'hui 3,4 millions de ménages en année pleine, 1,5 million de salariés chaque année (plus de 530.000 équivalents temps plein), soit plus de 12 milliards d'€ de masse salariale⁸⁴.

Un accord a été signé le 24 novembre 2016⁸⁵ (étendu par arrêté du 4 mai 2017) afin d'assurer au plan national la prévention des risques professionnels des salariés du particulier employeur et un suivi professionnel et individuel de leur état de santé. Sur ce second point, l'accord acte un suivi individuel attaché aux salariés, et non aux postes de travail, afin de tenir compte du nombre élevé de salariés multi employeurs et de la diversité des emplois exercés par les salariés. Chaque salarié effectue donc une seule visite, quel que soit le nombre d'employeurs et dans la limite de trois emplois, qu'ils soient ou non exercés au moment du suivi. Ainsi, un salarié bénéficiant d'une attestation de suivi en cours de validité pour l'emploi considéré au moment d'une nouvelle embauche ne sera pas soumis à une nouvelle visite d'information et de prévention.

L'accord crée un Organisme de Gestion National paritaire (OGN) assurant l'interface entre les particuliers employeurs, les salariés et l'ensemble des acteurs de santé au travail (notamment les SSTI). Il assure pour le compte des particuliers l'ensemble des formalités administratives et financières liées à l'organisation du suivi individuel des salariés. L'OGN reçoit mandat d'adhérer pour le compte de chaque particulier au SSTI compétent et d'accomplir les formalités administratives afférentes. Il est en charge de la gestion du coût du suivi médical, mutualisé entre tous les employeurs sur la base d'une contribution des particuliers employeurs⁸⁶.

L'accord crée également un Compte santé au travail mis à disposition des salariés et des employeurs par l'OGN. Sécurisé et confidentiel, il compilera l'ensemble des avis rendus, les dates de réalisation du suivi et les emplois pour lesquels il est effectué. L'employeur ne pourra accéder qu'aux données relatives à l'emploi pour lequel il embauche le salarié. Un dispositif de suivi dématérialisé tenant compte du maillage territorial des SSTI et de l'implantation locale des acteurs du secteur comprendra l'organisation de visites d'information et de prévention par téléphone ou en visioconférence et l'utilisation de cabines de télémedecine sous la supervision d'un professionnel de santé au travail.

Un observatoire paritaire interbranches de la santé au travail sera en mesure d'adapter la communication et la sensibilisation en fonction des données récoltées et des axes prioritaires de prévention qui pourront en être dégagés. Par ailleurs, des Commissions Paritaires Territoriales (CPT) ont été instaurées afin de répondre aux orientations de branche et faciliter leur déclinaison et leur adaptation territoriale.

2.4.5.4 Sauf cas particuliers, les travailleurs indépendants ne sont pas pris en charge

Le chef d'entreprise, l'artisan, les professions libérales, les autoentrepreneurs et de manière générale le nombre croissant de personnes relevant de ce que l'on nomme « l'ubérisation du travail » (coursiers, livreurs, chauffeurs VTC, etc.), ne sont *a priori* pas moins exposés aux risques professionnels ou de précarité que les autres. Lorsqu'ils sont par ailleurs également employeur, l'altération de leur propre santé peut en outre avoir un effet sur la situation de leurs salariés.

Ce souci de prise en charge de l'exploitant est déjà bien présent dans le secteur agricole où la MSA le fait bénéficier à titre personnel d'un certain nombre de services. Il existe aussi dans l'offre de services de certains services de santé au travail interentreprises.

⁸⁴ Source : FEPEM à partir de données ACOSS.

⁸⁵ Accord-cadre interbranches du 24 novembre 2016 relatif aux règles d'organisation et au choix du service de santé au travail, au suivi individuel et collectif et à la prévention de l'altération de la santé des travailleurs.

⁸⁶ Les partenaires sociaux ont délégué la gestion administrative et financière du dispositif santé au travail au groupe IRCHEM, tiers de confiance de l'Acoss en charge de l'appel indirect des cotisations et groupe paritaire de protection sociale du secteur du particulier employeur défini par les textes légaux.

En résumé

La mission, qui prend note de l'étude lancée fin 2017 par Santé publique France pour analyser l'état de santé des professionnels indépendants⁸⁷, constate que les chefs d'entreprises, les autoentrepreneurs ne peuvent accéder pour leur propre santé, à la même offre de service que les salariés.

Elle considère que le futur système de prévention des risques professionnels devra être en mesure d'accueillir ces populations, pour le bénéfice de toutes et tous.

2.4.6 L'obligation de sécurité de résultat, poussée à l'extrême, décourage la prévention

Les représentants employeurs déplorent les effets qu'ils jugent contreproductifs, de l'*obligation de sécurité de résultat* à l'égard des salariés, introduite par la jurisprudence à partir de 2002. Constante et même en expansion de 2002 à 2015, ils considèrent que cette jurisprudence a en quelque sorte instauré un *droit à la santé* inaccessible plutôt qu'un *droit à la protection de la santé* tel qu'il est énoncé par l'article L. 4121-1 du code du travail⁸⁸. Un tel niveau d'exigence postule en effet que tout accident implique l'insuffisance des mesures de prévention prises et découragerait par avance toute velléité d'investir dans le champ de la prévention.

Les évolutions récentes de la jurisprudence, qui définissent et circonscrivent plus précisément les contours de l'obligation de sécurité en conditionnant l'exemption de responsabilité au respect des principes généraux de prévention énoncés par le code du travail, ne semblent pas avoir convaincu, alors qu'elles constituent incontestablement une ouverture significative⁸⁹. Ceci montre qu'un effort pédagogique important d'appropriation de la culture de prévention reste à faire afin que les entreprises comprennent mieux ce qui est attendu d'elles et la manière dont elles peuvent concrètement satisfaire leurs obligations et en faire la démonstration⁹⁰. L'importance de cet effort pédagogique ne doit pas être sous-estimée et l'écosystème local des préventeurs doit être en mesure d'apporter des réponses en termes d'accompagnement à la mise en place de démarches de prévention lorsque les entreprises expriment le besoin d'un appui extérieur.

⁸⁷ 300 000 travailleurs devaient être invités à y participer jusqu'au 31 décembre 2017 pour identifier les problèmes santé (allergies, troubles musculaires et articulaires, problèmes cardio-vasculaires et respiratoires, cancers, santé mentale, etc.) liés aux caractéristiques professionnelles et aux conditions de travail dans le but d'émettre des recommandations de prévention (premiers résultats en 2019).

⁸⁸ Article L. 4121-1 : « *L'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs* ».

⁸⁹ Cour de cassation, arrêt du 25 novembre 2015 : « ne méconnaît pas l'obligation légale lui imposant de prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs, l'employeur qui justifie avoir pris toutes les mesures prévues par les articles L. 4121-1 et L. 4121-2 du Code du travail ».

⁹⁰ Selon le professeur Pierre-Yves Verkindt « la chambre sociale de la Cour de cassation est venue mettre fin à l'automatisme de la condamnation de l'employeur en lui ouvrant la possibilité d'établir qu'il a mis en place une prévention et des moyens adaptés ». Il constate en outre l'abandon depuis 2017 par la chambre sociale de la Cour de cassation de la référence au résultat : « l'expression « obligation de sécurité de résultat » disparaît donc de la terminologie de la chambre sociale au profit de l'expression « obligation de sécurité » ».

Encadré 10 : Le point de vue des usagers

Un problème général de confiance

De nombreux chefs d'entreprises, dans les ateliers participatifs, ont considéré que l'intervention des organismes de prévention était régulièrement perçue comme orienté vers une sanction pour les entreprises : « un climat de méfiance entre employeurs et services de contrôle (inspection du travail et Carsat notamment) s'est installé, il en découle une peur pour le chef d'entreprise de solliciter leur avis et donc une relation très faible ». De la même façon ils perçoivent qu'au cours de l'intervention des services de santé au travail et du médecin du travail leur est fait « un procès d'intention qui amène un comportement de contrôle beaucoup plus que de conseil à leur égard ».

Ils considèrent que « ce problème général de confiance dessert l'image de la santé au travail désormais perçue comme une contrainte par les dirigeants » et suggèrent de développer une « relation renforcée mais bienveillante, dirigée vers le conseil et l'accompagnement avant contrôle et éventuelles sanctions ».

2.5 La connaissance de la relation santé - travail peut être améliorée

2.5.1 La France dispose d'un appareil statistique gestionnaire de sinistralité fiable et robuste mais l'appariement de ses données n'est pas optimal

► Le système de gestion des données de la CNAM

Les statistiques des accidents du travail et des maladies professionnelles relevant du régime général sont élaborées à partir des déclarations d'accidents du travail et des reconnaissances des maladies professionnelles. Les données sont regroupées dans chaque région par les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat)⁹¹, puis au niveau national par la CNAM. Ces statistiques permettent de connaître le nombre de travailleurs, de sinistres (AT, trajet, MP) en premier règlement⁹², le nombre de sinistres avec incapacité permanente, le nombre de journées perdues par incapacité temporaire et le nombre de décès. Des indicateurs sont par ailleurs calculés pour suivre l'évolution du niveau du risque par activité ou secteur, permettant à l'entreprise de se situer⁹³. Concernant les circonstances des accidents du travail, la base de données nationale EPICEA de l'INRS recense plus de 19 000 cas d'accidents du travail mortels, graves ou significatifs pour la prévention survenus, depuis 1990, à des salariés du régime général de la sécurité sociale⁹⁴.

⁹¹ CRAMIF en Ile de France et CGSS en outre-mer.

⁹² C'est-à-dire ayant donné lieu à une réparation sous forme d'un premier paiement d'indemnité journalière ou d'un premier versement du capital ou d'une rente.

⁹³ Indice de fréquence (IF), taux de fréquence (TF), taux de gravité, indice de gravité.

⁹⁴ « Cette base de données n'est pas exhaustive puisque tous les accidents du travail n'y sont pas répertoriés. Elle ne peut donc pas être utilisée à des fins statistiques » (source : site internet INRS). Les circonstances de survenue des accidents du travail qui figurent dans les statistiques de la CNAM pour la totalité des accidents du travail sont recueillies à partir de la variable "élément matériel". Cette variable résulte du codage de la rubrique "circonstances détaillées de l'accident" figurant sur le formulaire de déclaration d'accident du travail (DAT) à partir de six lignes disponibles remplies par l'employeur. Il existe donc une limite à la pertinence des circonstances des accidents des statistiques nationales.

De nombreuses données mais qui ne permettent pas d'optimiser la prévention



Aussi, sur le périmètre du régime général, le système statistique AT-MP bénéficie d'un triple levier :

- Celui d'un régime obligatoire qui, en couvrant tous les salariés, lui confère une forme d'exhaustivité ;
- Celui d'un accrochage à son système de gestion qui, dans le strict respect des règles d'anonymisation de la CNIL, lui permet de travailler sur les données au plus près des sinistres ;
- Celui de l'ancrage dans la durée, qui a pour conséquence que 20 années de données sont instantanément mobilisables en matière d'accidents du travail, de trajet ou de maladies professionnelles.

Le rapport annuel de la Branche AT-MP atteste de cette force statistique.

Etant lui-même une composante de l'Assurance maladie, ce système devrait également permettre d'éclairer utilement la question plus globale de l'état de santé des personnes en relation avec leur travail.

Malheureusement plusieurs éléments viennent contrarier cette possibilité :

- Le système d'information (SI) de la branche est caractérisé par une complexité historiquement liée à la construction de celle-ci, par une obsolescence technique et par une mauvaise architecture des applications :
 - L'application destinée à la reconnaissance du caractère professionnel des AT-MP relève de la maîtrise d'œuvre informatique de la branche maladie (mission "*réparation*" : instruction et prise en charge des accidents de travail et maladies professionnelles, assurée par les CPAM) ;
 - L'application destinée au système de tarification nationale relève de la maîtrise d'œuvre informatique de la branche retraite (missions « *tarification et prévention des risques* » professionnels, assurées par le Carsat), cette dernière ayant par ailleurs connu des dysfonctionnements majeurs ces dernières années.
- Ces applications relevant de deux environnements différents et étant en outre sous-tendues par des réseaux informatiques sécurisées, sont peu compatibles.

Faute d'une architecture informatique commune, il n'existe actuellement pas de base partagée entre les données réparation et les données prévention et a fortiori avec les données de la consommation médicale (SNIIRAM⁹⁵).

⁹⁵ Le Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie est une base de données des remboursements issues des différents régimes d'assurance maladie obligatoire.

Cette difficulté d'interopérabilité⁹⁶ est une limite à la mise en commun des flux et données et donc à l'élaboration d'indicateurs croisant absentéisme, pathologie et travail qui seraient pourtant fort utiles.

La mission appuie le projet d'étude de la refonte de l'architecture informatique prévue dans le cadre des COG maladie et AT-MP sur la période qui s'ouvre.

- La mise en perspectives des diverses données de la sécurité sociale avec d'autres sources de données relatives à la santé et au travail reste limitée

Une meilleure utilisation des données internes à la sécurité sociale permettant de croiser sinistralité, consommation de soins, absentéisme, nature de l'emploi est indispensable pour augmenter la connaissance du lien entre santé et travail.

Ce n'est toutefois qu'une étape avant leur nécessaire mise en relation avec d'autres sources de données relatives aux expositions ou au contexte professionnel (enquêtes DARES, données des services de santé au travail...). Le cadre du Système National des Données de Santé (SNDS) (cf. encadré), organisme de création récente⁹⁷, le permettrait pour peu qu'il intègre à terme des données d'exposition professionnelle⁹⁸.

Encadré 11 : Le Système National des Données de Santé

Unique en Europe, voire au monde, le Système National des Données de Santé (SNDS) constitue une avancée considérable pour analyser et améliorer la santé de la population. Géré par la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM), le SNDS permettra de chaîner :

- les données de l'Assurance Maladie (base SNIIRAM) ;
- les données des hôpitaux (base PMSI) ;
- les causes médicales de décès (base du CépiDC de l'Inserm) ;
- les données relatives au handicap (en provenance des MDPH - données de la CNSA) ;
- un échantillon de données en provenance des organismes d'Assurance Maladie complémentaire.

Les deux premières catégories de données sont déjà disponibles et constituent la première version du SNDS. Les causes médicales de décès devraient alimenter le SNDS dès le deuxième semestre 2017. Les premières données en provenance de la CNSA arriveront à partir de 2018 et l'échantillon des organismes complémentaires en 2019.

Le SNDS a pour finalité la mise disposition de ces données afin de favoriser les études, recherches ou évaluation présentant un caractère d'intérêt public et contribuant à l'une des finalités suivantes :

- l'information sur la santé ;
- la mise en œuvre des politiques de santé ;
- la connaissance des dépenses de santé ;
- l'information des professionnels et des établissements sur leurs activités ;
- l'innovation dans les domaines de la santé et de la prise en charge médico-sociale ;
- la surveillance, à la veille et à la sécurité sanitaire.

⁹⁶ L'absence d'interopérabilité inter-organismes (Cpam, Carsat, etc.) est régulièrement pointé par la Cour des Comptes dans le cadre de la certification des comptes.

⁹⁷ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

⁹⁸ Audition de la directrice du SNDS.

Peut accéder et utiliser les données du SNDS toute personne ou structure, publique ou privée, à but lucratif ou non lucratif, sur autorisation de la CNIL, en vue de réaliser une étude, une recherche ou une évaluation présentant un intérêt public.

L'objectif du rapprochement des systèmes de données et la meilleure exploitation de celles-ci est bien identifié par le PST3 (objectif opérationnel 10 : renforcer les connaissances et les systèmes de données et les rendre plus opérationnels).

2.5.2 Des outils d'enquête qualitativement uniques sont déployés dans le pays

2.5.2.1 Des enquêtes publiques sur les expositions, les contraintes professionnelles et leur vécu par les salariés de plus en plus riches

Outre les indicateurs de sinistralité classiques issus de l'appareil statistique de la CNAM, la France s'est dotée de longue date d'outils d'enquêtes dont la robustesse scientifique n'a cessé de s'améliorer au fil du temps :

- L'enquête conditions de travail de la Dares existe depuis 1978 et est renouvelée tous les sept ans⁹⁹ ;
- L'enquête SUMER, conduite également tous les sept ans par la Dares et à laquelle participent les médecins du travail, décrit les expositions professionnelles des salariés¹⁰⁰.

Ce dispositif a encore été renforcé en 2016 avec l'enquête Conditions de travail - Risques psychosociaux (CT-RPS 2016 Dares-Drees-DGAFP), qui concrétise les recommandations du Collège d'expertise sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail réuni en 2009-2010. Cette enquête alterne désormais tous les trois ans avec l'enquête Conditions de travail et interroge chaque individu de l'échantillon trois fois de suite, soit une durée de neuf ans au minimum¹⁰¹.

Les résultats de l'enquête conduite en 2016 font état d'une stabilisation des contraintes de rythme de travail et d'une baisse de certaines contraintes psychosociales (charge mentale en diminution, horaires moins contraignants, soutien social fort et stabilisation de la demande émotionnelle) qui s'accompagnent d'un recul des comportements hostiles. En revanche l'autonomie des salariés poursuit son recul¹⁰² (43 % des salariés déclarent ne pas pouvoir quitter leur travail des yeux, soit quatre points de plus qu'en 2013) et les contraintes physiques sont globalement stabilisées à un niveau élevé. Néanmoins, de plus en plus de salariés déclarent que leur travail leur permet d'apprendre des choses nouvelles (80 % en 2016 contre 77 % en 2013).

⁹⁹ 1984, 1991, 1998, 2005, 2013. Depuis 1991, elle intègre des éléments relatifs aux marges de manœuvre, rythmes de travail, coopération, efforts physiques et depuis 2013 sur les RPS (intensité du travail, exigences émotionnelles, autonomie, conflits de valeurs, rapports sociaux, insécurité des situations de travail).

¹⁰⁰ 1987, 1994, 2003, 2010, 2017.

¹⁰¹ Enquête reconnue d'intérêt général et de qualité statistique à caractère obligatoire par le Conseil national de l'information statistique (Cnis). Elle sera renouvelée en 2018-2019.

¹⁰² Les salariés sont de moins en moins nombreux à « choisir eux-mêmes la façon d'atteindre les objectifs fixés » et à « ne pas avoir de délais ou à pouvoir faire varier les délais fixés »

L'enquête CT-RPS 2016 apporte également une originalité dans le paysage habituel de l'évaluation des conditions de travail en France, en rompant avec une description pessimiste du travail. En approchant pour la première fois la notion de bien-être psychologique, elle s'intéresse non plus seulement aux déterminants pouvant être associés à une dégradation des conditions de travail mais aussi à ceux qui font manifestement ressource et produisent de la satisfaction¹⁰³.

2.5.2.2 Des initiatives privées sur le ressenti au travail de plus en plus nombreuses

De nombreux sondages ou études tendent à se développer en marge de la statistique et de la recherche publiques. C'est particulièrement vrai dans le champ du bien-être et de la qualité de vie au travail où les baromètres proposés par des cabinets de consultants ou des complémentaires de santé ont tendance à se multiplier. Leurs modalités de construction ou d'administration ne leur confèrent souvent pas de valeur scientifique mais l'agrégation de leurs résultats, appliqués parfois à de grands nombres, permet néanmoins d'exprimer des tendances, des convergences ou des récurrences. Ces outils, de nature variée, interrogent en outre des dimensions autres que celles retrouvées dans les études habituelles.

A titre d'exemple, un organisme de complémentaire santé réalise une enquête annuelle de perception auprès d'un échantillon représentatif de 3 500 salariés¹⁰⁴. Les enseignements de l'étude 2017 révèlent notamment une stabilité de la perception du niveau de pénibilité physique malgré des signes d'amélioration entre 2009 et 2014. Sur le plan mental, le travail nerveusement fatiguant tend à baisser (2/3 des salariés tout de même) mais pèse sur la présence des salariés¹⁰⁵. Au total, seulement 20 % des salariés se déclarent tout à fait satisfaits de leur travail en 2017 mais 76 % sont globalement satisfaits.

On peut enfin signaler, parmi les initiatives des organisations syndicales, celle de la CFDT qui, à travers une enquête en ligne réalisée entre septembre et décembre 2016¹⁰⁶, a recueilli et exploité environ 200 000 questionnaires. Consciente des biais potentiels de son dispositif, l'organisation a, dans de premiers résultats datant de mars 2017, opéré des redressements et mis les résultats obtenus en regard de ceux des études SUMER ou SIP¹⁰⁷, sur certains points sensiblement différents. 76,4 % des répondants déclarent aimer leur travail, 57,5 % y prendre du plaisir, 55,7 % être fiers de ce qu'ils font et 48,3 % être satisfaits de leur parcours professionnel. En revanche, 26,4 % seulement approuvent la phrase « mon travail c'est ma santé ».

¹⁰³ Documents d'études études ; Travail et bien-être psychologique /L'apport de l'enquête CT-RPS 2016/ Thomas COUTROT/Dares / Numéro 217 Mars 2018.

¹⁰⁴ Etude Malakoff Mederic 2017 « Santé et bien-être des salariés, performance de l'entreprise » : dans le commerce, 41 % des salariés doivent travailler la plupart du temps dans une posture pénible et 20 % doivent porter des charges lourdes. Dans l'Industrie / le BTP, 37 % des salariés effectuent des gestes répétitifs la plupart du temps et 38 % demeurent longtemps dans une posture pénible.

¹⁰⁵ Les salariés qui déclarent avoir un travail nerveusement fatiguant sont surreprésentés (73 %) parmi ceux qui prennent au moins un arrêt maladie et sous-représentés (64 %) parmi ceux qui n'en prennent aucun. Les salariés dont le travail est très intense ou nécessite de longues périodes de concentration sont nettement surreprésentés parmi ceux s'étant arrêtés pour maladie au moins une fois l'année passée (respectivement 24 % et 30 %, contre 18 % et 23 % parmi les salariés qui n'ont pris aucun arrêt maladie).

¹⁰⁶ Enquête « Parlons travail ».

¹⁰⁷ L'enquête Santé et itinéraire professionnel (Sip), conçue par la Drees et la Dares et réalisée en deux vagues (2006 et 2010), explore les liens entre les problèmes de santé et les parcours professionnels et conditions de travail.

En résumé

Il s'ensuit qu'à la poursuite d'un indicateur universel, il y a lieu de préférer une batterie d'indicateurs dont on peut observer l'évolution. D'où la nécessité d'organiser la collecte et l'observation de l'ensemble de ces résultats et de prévoir les espaces qui permettent de les mettre en débat¹⁰⁸.

2.5.3 La connaissance des expositions professionnelles : une nécessité pour la prévention dans un contexte d'allongement de la vie professionnelle

Le recueil, la collecte et l'exploitation collective des données individuelles d'exposition professionnelles présentent un double intérêt pour la prévention :

- Un intérêt individuel pour le salarié pour le suivi de son état de santé ;
- Un intérêt collectif pour connaître la réalité des expositions par secteur d'activité, sur un territoire, au plan national afin de guider les actions de prévention.

Pour parvenir à cet objectif il apparaît nécessaire de se doter d'un dispositif robuste et simple.

Deux pistes non exclusives peuvent être envisagées :

- Recourir aux données des dossiers médicaux en santé travail (DMST)¹⁰⁹ en les harmonisant pour une exploitation collective.

Le DMST est destiné à tracer les expositions professionnelles¹¹⁰, toutefois pour qu'il puisse être utilisé pour un traitement collectif anonymisé des données sur un territoire, a fortiori au plan national il est impératif :

- D'harmoniser le recueil des données appliquant la recommandation de la HAS¹¹¹ qui suggère l'utilisation d'un thésaurus harmonisé ;
 - De généraliser l'informatisation des DMST, supportée par des systèmes d'informations interopérables entre les différents services de santé au travail actuels en France.
- Utiliser les données déclarées par les employeurs à destination des comptes professionnels de prévention gérés par la branche AT-MP pour élaborer des statistiques d'expositions aux six facteurs de risque par secteur et par territoire.

2.6 La recherche en santé au travail est insuffisamment soutenue

Le retard important en matière de recherche en France dans le domaine de la connaissance des risques est apparu suite aux déficiences constatées dans la conduite du dossier de l'amiante, avec la création de l'Afsset en 2005, devenue ANSES. Depuis, la recherche publique en santé au travail en France est principalement dévolue à l'ANSES et à Santé Publique France (SPF), dont les missions sont complémentaires.

¹⁰⁸ Repérer les tendances (signaux faibles, dérives, facteurs de réussite), établir des corrélations utiles à la compréhension de ce qui se passe pour pouvoir définir des orientations générales de politiques publiques à l'échelle de la société et bâtir des démarches de prévention à l'échelle de l'entreprise.

¹⁰⁹ Article L4624-8 du CT : « Un dossier médical en santé au travail, constitué par le médecin du travail, retrace dans le respect du secret médical les informations relatives à l'état de santé du travailleur, aux expositions auxquelles il a été soumis (.../...) ».

¹¹⁰ Recommandations de la Haute Autorité de Santé sur le dossier médical en santé au travail - 2009.

¹¹¹ Article L4624-8 du CT : « Un dossier médical en santé au travail, constitué par le médecin du travail, retrace dans le respect du secret médical les informations relatives à l'état de santé du travailleur, aux expositions auxquelles il a été soumis (.../...) ».

L'une axe ses travaux prioritairement sur les risques et les expositions en fournissant une expertise scientifique indépendante, l'autre privilégie une approche par les populations. Toutefois, si chacune possède une direction consacrée à la santé au travail, ni l'une ni l'autre n'est centrée sur le seul champ du travail. L'ANSES est placée sous la tutelle de cinq ministères car elle intervient également dans les domaines de l'environnement, de l'alimentation, de la santé animale et végétale. SPF est placée sous la tutelle du ministère chargé de la santé pour protéger toutes les populations à travers l'observation épidémiologique, la veille sur les risques sanitaires, la prévention et l'éducation pour la santé ainsi que la réponse aux crises sanitaires.

Par ailleurs, si l'Anses pilote le Programme National de Recherche en Environnement-Santé-Travail (PNR EST), ses principaux travaux portent sur des populations particulières, des secteurs d'activité, des agents ou des substances donnés ainsi que sur le pilotage d'une action spécifique du PST relative au recensement et à l'exploitation de toutes les sources de données en santé au travail. La Direction Santé/Travail de SPF est, quant à elle, chargée de la surveillance épidémiologique de l'état de santé de la population au travail : élaboration de matrices emplois-expositions, établissement de relations entre pathologies au travail, suivi de cohortes pour permettre la détection précoce de risques émergents. Les deux agences réalisent ainsi, dans le champ des risques professionnels, des travaux principalement destinés à informer les décideurs en charge des politiques publiques, dans une logique de sécurité sanitaire.

La Dares, après avoir souligné lors des auditions que la France a le dispositif le plus avancé en Europe en termes d'enquête au travail, a regretté le cloisonnement entre santé publique et santé au travail dans le pilotage de la recherche. Le programme du GIS-Iresp (Institut de recherche en santé-publique), chargé de « *développer et promouvoir la recherche française en santé publique* », ne comporte ainsi aucune dimension santé-travail. Pourtant, la Dares et la Drees ont intégré en 2017 la procédure d'appel à recherches IRESP sur les inégalités sociales de santé afin d'y susciter et financer deux projets sur ce thème (« *pratiques de prévention dans les TPE-PME* » et « *expositions aux agents cancérogènes et protections* »). L'absence de spécialistes de la santé au travail dans le comité de sélection, alors que ces deux projets ont été évalués favorablement (A pour l'un, B+ pour l'autre), a pu contribuer à leur éviction.

2.7 La performance du système de prévention est difficile à évaluer

2.7.1 La recherche et les études axées sur l'impact de la prévention sont rares

Corolaire des constats qui précèdent, la recherche en santé au travail porte peu sur l'impact de la prévention. Centrée par construction sur les risques, l'expertise actuelle, rigoureusement indispensable, n'a pas pour principal objet la valorisation des déterminants promotionnels de la santé au travail.

L'IRDES (institut de recherche et documentation en économie de la santé) a publié en mars 2018 une bibliographie visant à recenser les sources d'information (ouvrages, rapports, articles scientifiques, littérature grise, sites institutionnels...) sur le thème « *Santé et travail* ». Cette bibliographie de plus de 120 pages reprend les études qui portent sur le lien entre état de santé et travail. Il est frappant de constater, parmi les dizaines de travaux répertoriés, l'absence d'étude établissant le lien entre prévention et performance économique¹¹². Il se confirme que si la

¹¹² A noter cependant le dossier de la revue technique de l'INRS « Hygiène et sécurité du travail, n°251 », paru postérieurement (avril/mai/juin 2018), intitulé : « *la prévention des risques, un atout pour la performance des entreprises* ».

recherche s'est concentrée sur la démonstration des effets délétères de mauvaises conditions de travail sur la santé, il existe peu de travaux de nature à démontrer le bénéfice microéconomique d'une politique de prévention.

Le rapport annuel de l'IGAS consacré à ce sujet en 2003 rappelait déjà que, de manière générale, la recherche sur le bénéfice de la prévention n'a jamais vraiment été privilégiée en France¹¹³.

➤ Les travaux de la Dares

La Dares¹¹⁴ traite de ce thème au travers d'études¹¹⁵ qui tendent à établir des corrélations entre des configurations de travail et les résultats de l'entreprise¹¹⁶ dans les domaines de la santé, sécurité, conditions de travail, relations sociales, bien-être, absentéisme, salaires, conciliation vie familiale/vie professionnelle et maintien dans l'emploi des personnes en mauvaise santé. Le programme d'actions de cette direction pour 2018 prévoit en particulier la description des politiques de prévention des entreprises, ainsi que celle du lien entre prévention et performance des entreprises.

Une autre étude de la DARES sur l'évaluation économique des conditions de travail et des politiques de prévention, en collaboration avec la DREES, paraîtra courant 2019.

Enfin, un groupe de travail de la DARES explore avec des préventeurs (OPPBTP, MSA) la possibilité d'exploiter les fichiers de gestion des services qu'ils proposent. Il s'agit, par exemple, d'évaluer le lien entre l'intervention de l'OPPBTP et la trajectoire de l'entreprise en termes de sinistralité et ses performances économiques, ou encore, dans le même esprit, l'évaluation économique des programmes de la MSA.

➤ D'autres travaux, peu nombreux, tendent à démontrer le bénéfice de la prévention sous l'angle micro économique. Les deux mêmes exemples sont ainsi généralement cités.

- L'un d'eux est une étude internationale réalisée sous l'impulsion de l'Association internationale de sécurité sociale (AISS) consacrée au rendement de la prévention¹¹⁷. Elle conclut que les investissements dans la sécurité et la santé procurent des avantages directs en termes microéconomiques, avec un ratio ROP (*return on prevention*) de 2,2, ce qui signifie que les entreprises peuvent espérer un retour potentiel de 2,20 euros pour chaque euro investi dans la prévention, par année et par salarié. Cette étude très intéressante comporte cependant un certain nombre de limites méthodologiques et statistiques reconnues par les auteurs : réalisée en 2010 parmi un échantillon de 300 entreprises dans 15 pays, elle s'appuie sur des entretiens standardisés menés auprès d'experts (propriétaires d'entreprise, contrôleurs, agents de sécurité, membres de comité d'entreprise) dans les entreprises sélectionnées en raison de leur expérience éprouvée de la prévention en milieu de travail.

¹¹³ Rapport annuel 2003 Santé, pour une politique de prévention durable.

¹¹⁴ Direction de l'animation de la recherche, de l'étude et des statistiques au ministère en charge du travail.

¹¹⁵ L'enquête « conditions de travail » est renouvelée tous les 7 ans ; elle comporte un volet *employeurs* en complément du volet *actifs occupés*. Les principaux thèmes abordés sont le positionnement économique et les relations de l'entreprise avec son environnement, les dispositifs managériaux d'organisation du travail, les pratiques de prévention des risques la gestion des ressources humaines et la représentation des salariés.

¹¹⁶ Exemple : étude « Travail et bien-être psychologique, l'apport de l'enquête CT-RPS 2016 », parue le 13 mars 2018.

¹¹⁷ Rendement de la prévention: Calcul du ratio coût-bénéfices de l'investissement dans la sécurité et la santé en entreprise. AISS 2011. Rapport définitif en 2013.

- La seconde étude généralement citée est celle de l'OPPBT¹¹⁸. Elle s'inscrit dans le sillage de l'étude de l'AISS et repose sur 101 cas concrets étudiés dans 27 entreprises du bâtiment. Chaque cas s'efforce de présenter un bilan économique tendant à démontrer que les effets de la prévention sont chiffrables et profitables. Un bilan consolidé global aboutit à un rendement de 2,19 c'est-à-dire un rapport gains/coûts dans lequel pour 100 euros dépensés dans une action de prévention, l'entreprise retire 219 euros de gains (réduction du temps de production...) ¹¹⁹. Mais là aussi, ces résultats encourageants portent sur un échantillon et ont valeur d'exemples probants mais ne peuvent faire l'objet d'une extrapolation à toute action de prévention. Ils donnent en tout état de cause à voir des pistes de recherche importantes.
- Enfin certains travaux s'attachent à faire toucher du doigt aux entreprises le *coût de la non-prévention* en les aidant à chiffrer le coût des perturbations et des régulations consécutives à leurs pratiques de management et conditions de travail. C'est le cas du guide Perféco'Santé, produit par le réseau Anact-Aract en collaboration avec l'Institut universitaire romand de santé au travail (IST) ¹²⁰ qui propose de suivre des indicateurs des sources de perturbation dans l'entreprise autres que les seuls AT-MP (absentéisme, turn-over, etc.) et de calculer le coût des formes de régulation induites par ces perturbations (embauches d'intérimaires, heures supplémentaires...) ¹²¹.

Encadré 12 : Prévention et performance globale : une relation à mieux documenter

Le lien entre prévention et performance demande à être mieux étayé économiquement. Une approche par secteur d'activité s'appuyant sur des exemples démonstratifs est probablement nécessaire. Il s'ensuit que plus de travaux de recherche devraient être fléchés dans ce domaine, ce qui appelle concomitamment la mobilisation des formations nécessaires pour le faire et mettre les résultats en débats.

Au final, si tout le monde s'accorde à le considérer comme essentiel, le lien entre prévention et performance des entreprises reste très insuffisamment documenté et diffusé auprès des entreprises à l'aide d'outils appropriés et ciblés.

2.7.2 Au final, l'impact des programmes de prévention déployés par les acteurs est difficile à évaluer

Comment mesurer l'appropriation des programmes de prévention par les entreprises et plus encore leur impact final sur la prévention ?

L'évaluation des effets d'une action est toujours difficile à objectiver, et ce d'autant plus en France où la pratique de l'évaluation tend à se développer mais n'est pas encore systématique ni très outillée. Elle est par ailleurs intrinsèquement difficile en matière de prévention. Les causes en ont parfaitement été mises en évidence dans le rapport annuel 2003 de l'IGAS « *Santé, pour une politique de prévention durable* ». Les risques sont multi-causaux, leurs déterminants fortement intriqués. Les acteurs pouvant agir dessus sont nombreux. Les résultats se mesurent à long terme, sont incertains, et la part attribuable à chaque action est hypothétique. De surcroît, plus les progrès

¹¹⁸ Une approche économique de la prévention, s'après 101 cas étudiés en entreprise (2013).

¹¹⁹ Le payback moyen (délai de mise en œuvre de l'action pour couvrir l'investissement) est 1,5 année et un quart des actions coutent moins de 5 000 euros.

¹²⁰ L'IST est une fondation de droit privé, soutenue principalement par les Etats de Vaud et Genève. Il a pour missions la recherche, l'enseignement, l'expertise et le conseil, ainsi que la promotion de la santé au travail. Dans le cadre de sa mission de santé publique, l'IST se consacre au développement de la relation entre travail et santé. Il s'efforce de contribuer à la promotion de conditions de travail favorables aux travailleurs, à l'économie et à la société.

¹²¹ D'après un intervenant de l'équipe PerfEco'Santé, 12 PME de tout secteur d'activité, ayant bénéficié du dispositif se sont prêtées à l'exercice. Les perturbations représentaient au total 1,6 million d'euros. 90 % d'entre elles étaient dues à des accidents du travail ou à de l'absentéisme.

sont difficiles à enregistrer (Cf. l'effet de palier vu en début de ce rapport), plus la pertinence des programmes de prévention déployés est difficile à apprécier. Il reste que leur évaluation s'impose pour pouvoir affiner les cibles, ajuster les objectifs, adapter les réponses.

La branche AT-MP a initié des démarches d'évaluation externe des programmes de prévention des risques professionnels, notamment en réponse aux demandes récurrentes de la Cour des Comptes :

- En 2002, dans le cadre d'un rapport dédié à la prévention des AT-MP (tous régimes) ;
- En 2012, dans un chapitre de son rapport annuel formulant des recommandations sur la priorisation en fonction de la valeur du risque et sur la nécessité d'évaluer les actions de prévention.

La branche s'est appuyée sur les principes généraux d'évaluation des politiques publiques afin :

- De s'assurer que le but de prévention assigné par les dispositions légales sont bien atteints ;
- De renforcer l'expertise de la branche et la qualité de ses actions ;
- De reconnaître l'utilité de la prévention par les entreprises, les tutelles et les partenaires.

L'évaluation a porté sur les trois programmes nationaux de prévention 2014-2017 (CMR, TMS et chutes dans le bâtiment).

Globalement, il résulte des travaux conduits que la logique de programmation et de ciblage est pertinente et plutôt bien perçue¹²². On note toutefois que la connaissance du risque ne génère pas toujours le passage à l'acte dans l'entreprise et que, quels que soient la qualité des outils et de l'accompagnement, la mobilisation des partenaires des caisses est déterminante pour la promotion de l'offre de service et son déploiement.

Au-delà de ces démarches d'évaluation bienvenues, et à ce jour peu nombreuses, il y aurait lieu d'évaluer l'impact de ces programmes, notamment le lien de cause à effet avec le niveau de prévention dans les entreprises bénéficiaires et d'analyser sur la durée la situation d'entreprises suivies et non suivies.

En résumé

L'impact des aides, outils, méthodes, démarches et produits d'accompagnement proposés et mis à disposition des entreprises, quelle que soit leur qualité¹²³, se heurte à un problème de déploiement à grande échelle. L'utilisation combinée de ces dispositifs ne permet pas de constater des effets d'entraînement massifs sur la prévention. Ceci ne remet pas en cause leur pertinence ni leur utilité, les entreprises ayant réaffirmé à la mission leur besoin d'y accéder. Cela questionne en revanche l'accompagnement, la dispersion et la perte en ligne de l'offre de prévention, consécutives à l'absence de prise sur les acteurs relais qui pourraient en assurer la prescription/diffusion/appropriation.

¹²² Pour l'action TMS Pros, fin 2017, sur 8000 établissements inclus dans le programme, 6941 étaient engagés dans la démarche (6496 ont franchi l'étape 1 et ont pris conscience de leurs enjeux de prévention des TMS ; 5396 ont franchi l'étape 2 en définissant un projet de prévention pour l'établissement ; 4085 ont franchi l'étape 3 en ayant mis en œuvre le plan d'action issu du diagnostic ; 2527 ont atteint l'étape 4 en évaluant la pertinence des actions mises en œuvre). Pour l'action CMR, 4600 entreprises étaient ciblées et l'objectif était que 60 % d'entre elles aient mis en place les préconisations des caisses. Il a été atteint à 100% dans les 600 centres de contrôle technique (émissions de moteurs diesel), dans les 200 établissements exposant les salariés au styrène, dans les 1900 chaudronneries exposant au fumées de soudage. Il a été atteint à 87 % dans les 1900 pressings (source : DRP).

¹²³ Le programme « TPE/PME » de la branche AT-MP ciblait 200 000 entreprises concernées sur par 4 secteurs d'activité. Évalué positivement, l'outil d'aide à l'évaluation des risques (OIRA) a donné lieu à 15 500 sessions fin 2016 et 95 % des

2.8 La césure historique entre santé publique et santé au travail est questionnée

La France a historiquement structuré sa politique de santé publique en privilégiant l'organisation et la régulation des soins. Les stratégies de prévention n'ont été inscrites que récemment dans la loi de 2004 structurant la politique de santé publique¹²⁴. La médecine du travail a été instaurée bien avant, en 1946¹²⁵, en tant que dispositif de prévention médicale circonscrit au périmètre de l'entreprise et donc par nature lié au contrat de travail¹²⁶. Son évolution juridique récente vers un dispositif de santé au travail, sous l'influence du cadre européen, n'a pas convergé avec celles de la politique de santé publique globale.

Dominée d'un côté par le poids prédominant de la réparation, gardée de l'autre à l'écart des évolutions majeures de la santé publique en France ces vingt dernières années, la santé au travail s'est en quelque sorte progressivement isolée des écosystèmes du soin et de la prévention sanitaire.

La césure entre la prise en compte de la santé de l'homme au travail et sa santé globale, intégrant les facteurs individuels, les parcours et les expositions environnementales, a longtemps été entretenue. De sorte qu'il est devenu de plus en plus difficile d'aborder les deux volets sans les opposer :

- D'un côté se situent les tenants de l'entreprise comme lieu privilégié pour véhiculer des messages de santé alimentaire et d'hygiène de vie ou procéder au dépistage de pathologies sans lien avec le travail. On leur reproche de nier l'importance des facteurs de risque en entreprise ;
- De l'autre, les tenants de l'obligation de sécurité vis-à-vis des risques d'exposition professionnels et des facteurs organisationnels comme seuls déterminants de la santé au travail. On leur reproche de nier l'influence des comportements individuels à risque.

A cette méfiance à l'égard du mélange des genres côté salariés, s'ajoute, coté employeurs, une méfiance à l'égard de tout ce qui pourrait s'apparenter à une forme d'étatisation/nationalisation de la santé au travail. Ces derniers craignent par exemple un rapprochement des services de santé au travail, qu'ils financent par leurs cotisations, avec les agences régionales de santé (ARS). Au final, il existe un consensus parmi les partenaires sociaux, pour maintenir la déclinaison des politiques générales de santé publique à l'écart de l'entreprise.

Néanmoins, la mission a pu constater une évolution sensible de cette réserve. La notion d'exposome¹²⁷ qui intègre le caractère multifactoriel et intriqué de l'ensemble des déterminants de santé et l'approche préventive qui leur est associée, est désormais comprise et reconnue.

utilisateurs recommanderaient l'outil. L'importance et la fiabilité des actions des partenaires a été un point fort du programme même si l'impact sur la sinistralité reste encore difficilement mesurable à ce stade (Marine Jeantet/ Regards juin 2017).

¹²⁴ Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

¹²⁵ Loi du 11 octobre 1946 relative à l'organisation des services médicaux du travail

¹²⁶ Ce qui explique la compétence de l'administration du travail sur l'organisation de la médecine du travail. Cette spécificité est française car s'agissant d'un dispositif fondé sur une discipline médicale, elle aurait pu faire partie comme dans d'autre pays européen du système global de santé.

¹²⁷ Ce terme vise à intégrer l'ensemble des expositions auxquelles est soumis un individu tout au long de son existence (environnementales, comportementales et professionnelles). Il intègre donc la susceptibilité individuelle (génomique), les expositions professionnelles et extraprofessionnelles de toutes sortes (physiques, chimiques, radiologiques, acoustiques, biologiques, psychologiques) en vue de concevoir des politiques de prévention agissant sur tous les déterminants.

De même la situation professionnelle des salariés porteurs de maladies chroniques évolutives, en cours de traitement ou guéris d'un cancer, mobilise nécessairement des compétences coordonnées dans et hors le champ du travail et nécessite une réflexion et des dispositions qui s'affranchissent de la césure entre santé en et hors travail.

Encadré 13 : L'exemple scandinave

Le projet NOCCA

Dans les pays scandinaves, le projet NOCCA (Nordic Occupational Cancer) consiste à relier les données de registre de cancer. NOCCA est un outil statistique permettant de lier pathologies et conditions de travail. La base de données commune permet de retrouver l'activité professionnelle de tous les cas de cancer intervenus depuis les années 60. Une exploitation statistique identifie une prévalence plus élevée de certains types de cancer pour un type de population. Le système se contente de pointer la corrélation, un avis secondaire cherchant à repérer les causes.

NOCCA met en évidence les liens entre conditions de travail et cancers. Le croisement des données confirme des associations déjà connues (mésothéliomes dans les professions exposant à l'amiante). Mais des éléments inédits ont pu être mis en évidence. L'équipe NOCCA a ainsi lancé des recherches parmi les pompiers et a découvert une prévalence élevée de cancers de la prostate parmi les plus jeunes. Elle a également relevé chez les ouvriers de l'imprimerie un risque accru de cancer des voies biliaires, sans qu'aucune explication n'ait pu être avancée. L'idée est en tout état de cause de mobiliser les données de santé publique pour établir le lien possible avec une exposition professionnelle.

Encadré 14 : L'exemple italien

Le système OCAM

Le système OCAM fonctionne par région. Chaque fois qu'un cas de cancer est diagnostiqué dans un hôpital, l'activité professionnelle du patient, la branche et l'entreprise sont identifiées afin de vérifier s'il y a lieu de faire une alerte lorsque le nombre de cas est important. Ainsi, on a observé dans le travail du cuir une sous-estimation des cancers des fosses nasales. L'OCAM a remonté l'information aux USL (unités locales de santé au travail) et des campagnes de prévention ont été lancées en conséquence.

Reste que si l'évolution des mentalités et la volonté de coopérer sont perceptibles, y compris au sein des administrations centrales concernées (DGT/DGS/DSS), les avancées sont timides et entravées par une organisation institutionnelle qui ne se prête pas à une réponse spontanément coordonnée des besoins des entreprises et des salariés sur le territoire.

Encadré 15 : Le point de vue des usagers

Décloisonner santé publique et santé au travail

A la lecture des contributions faites par les usagers au sein des ateliers participatifs, « *la médecine de ville et la médecine du travail fonctionnent de façon cloisonnée et plus largement la santé au travail et la santé publique fonctionnent de façon cloisonnée* ». Certains soulignent que « *de nombreuses inaptitudes, arrêts de longues durées, pathologisations de situations, désinsertions professionnelles pourraient être évités si la coordination entre ces acteurs était plus efficace et plus précoce* ».

Ils suggèrent de décloisonner santé publique et santé au travail : « *préserver les spécificités des deux champs, mais aller vers un partage de références et objectifs communs* », « *introduire le numérique pour améliorer la traçabilité, l'exploitabilité et interopérabilité des données en santé au travail* », « *traiter de sujets de santé au travail à la HAS* », « *créer un volet du dossier médical partagé spécifique à la santé au travail et accessible au médecin du travail* », « *renforcer le lien médecin traitant/médecin du travail et mettre en place des outils de communication adaptés : messagerie sécurisée dédiée pour communiquer sur des dossiers, instituer des temps d'échanges autour de dossiers compliqués* ».

De manière générale, santé au travail et santé publique pourraient donc se rapprocher dans un double mouvement :

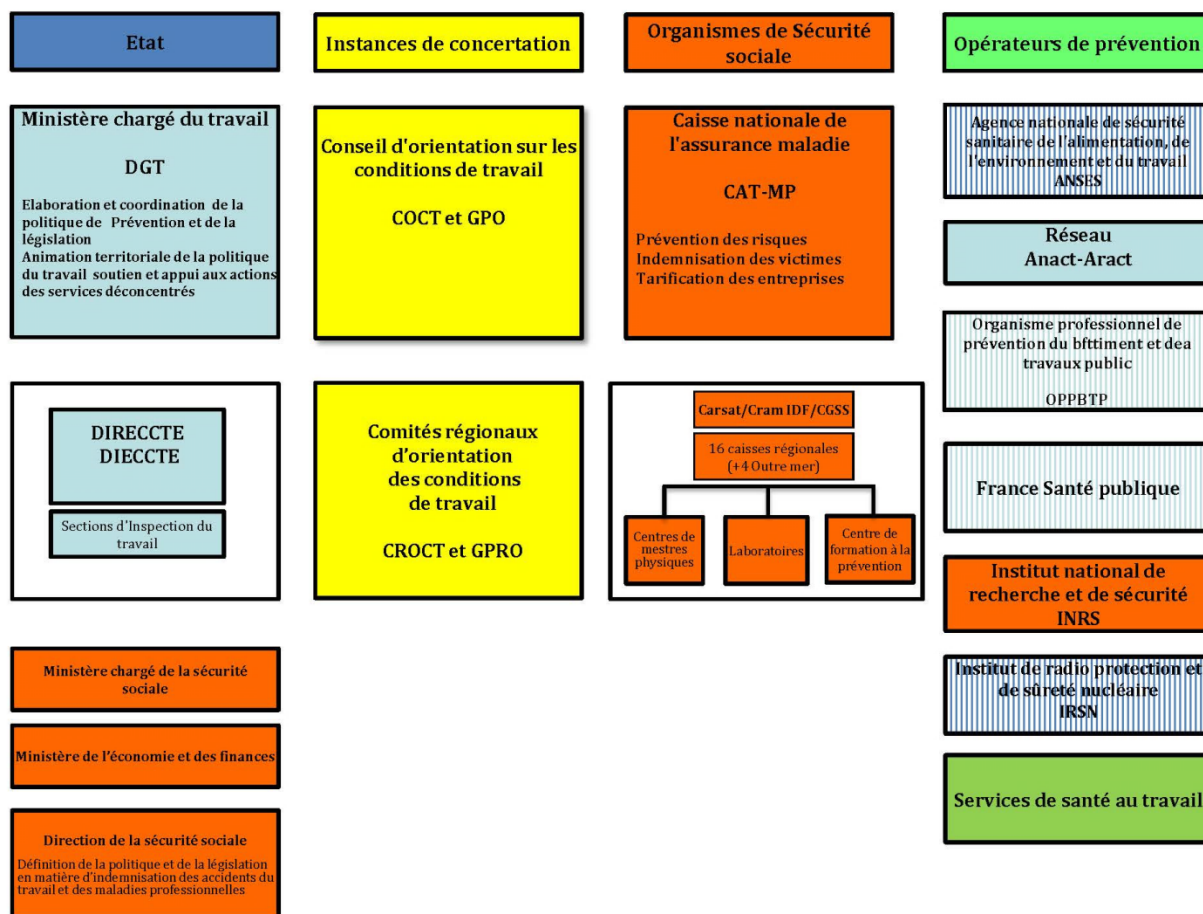
- D'une part, le milieu de travail, dans lequel la personne passe une grande partie de son temps « *sans laisser sa santé individuelle au vestiaire* », pourrait être reconnu comme un lieu où des messages de santé et des pratiques de prévention sanitaire peuvent être dispensés ;
- A l'inverse, l'univers de la santé publique et celui des soignants, voire du public, pourraient être mieux sensibilisés et intégrer les effets et les potentiels de l'environnement de travail sur la santé des personnes.

2.9 Le système d'acteurs en prévention est devenu illisible et son efficacité est réduite par une gouvernance et un pilotage complexes

2.9.1 La multiplicité des opérateurs, une construction historique

La multiplicité des acteurs intervenant dans le champ des risques professionnels est reconnue par tous. Plusieurs acteurs auditionnés par la mission, ayant tenté leur propre cartographie du système, l'ont illustré en lui présentant leur propre schéma. Le schéma reproduit ci-dessous, en s'abstenant de rendre visibles les interactions entre chaque organisme ou institution, apparaît très simplifié. Cette multiplicité est en général associée à la complexité et donc la moindre lisibilité et accessibilité du dispositif. Elle n'est toutefois pas le propre de la France, comme l'attestent les tableaux comparatifs de six pays de l'Union européenne pris en exemple, joints en annexe 3 du présent rapport.

Tableau 9 : Le système français de prévention des risques professionnels



Source : d'après Bilan des conditions de travail (DGT)

2.9.1.1 La stratification des organisations : une construction historique qui fait moins sens

Notre paysage institutionnel de la prévention des risques professionnels est hérité d'une construction qui prend ses racines à la fin du 19^{ème} siècle puis s'est renforcé progressivement pour se stabiliser dans sa forme actuelle durant la seconde moitié du vingtième siècle. Il repose sur deux piliers, l'Etat (première colonne du tableau supra) et la sécurité sociale (troisième colonne), dotés de représentations centrales à l'échelon national et de relais locaux pour le déploiement opérationnel de leurs politiques. Le système s'appuie sur des instances de consultation et de concertation avec les partenaires sociaux, elles aussi nationales et régionales (deuxième colonne). Ces piliers sont en outre épaulés par des opérateurs techniques peu ou prou rattachés (tutelle) à l'un de ces deux piliers, ce que les coloris des différents cas du tableau tentent d'illustrer (quatrième colonne).

Les institutions qui composent ce système ont été créées successivement en réponse à des besoins circonstanciés, obéissant à des finalités, une logique institutionnelle et donc une organisation propre, aisément identifiable et circonscrite. Elles étaient incarnées par les expertises respectives du juriste, du technicien et du médecin que sont l'inspecteur du travail, l'agent de prévention de la Cram (devenue Carsat) et le médecin du travail :

- Le premier est garant de l'application des lois protectrices et peut sanctionner leur non-respect ;
- Le deuxième est dans une logique gestionnaire d'assurance du risque et apporte des conseils techniques de nature à réduire l'occurrence ou la gravité des sinistres ;
- Le troisième, agissant exclusivement à des fins préventives, garantissait jusqu'il y a peu à l'employeur l'aptitude médicale de ses salariés.

Cette articulation lisible se traduit très concrètement par la présence des trois acteurs aux réunions de CHSCT dans une répartition claire des rôles aux cotés des employeurs et représentants du personnel. Ainsi, dans un fonctionnement idéal, le médecin du travail peut alerter sur l'état de santé des collectifs de travail exposés à des risques professionnels, l'agent de prévention de la sécurité sociale, outillé par l'INRS, apporte des conseils techniques sur les moyens de s'en prémunir tandis que l'inspecteur du travail rappelle le droit qui sous-tend les actions à prendre et veille à sa mise en œuvre.

Ce trio est rejoint par le représentant de l'OPPBTP lorsqu'il s'agit des activités de bâtiment et des travaux publics, seul organisme de branche dont l'existence s'explique dès sa naissance par les spécificités du secteur, tant en termes d'activités (mobilité des chantiers, importance des risques) que de configuration des entreprises concernées (taille des effectifs) et de sinistralité. L'Anact apparaît plus tard (1973), dans un contexte de crise et de transition économique, pour compléter la palette et intégrer les dimensions organisationnelles, participatives et managériales des conditions de travail, non prises en charge par les organismes spécialisés existant.

Aussi longtemps que des progrès ont été enregistrés, c'est-à-dire que l'action respective de ces organismes s'est accompagnée d'une baisse sensible de la sinistralité, peu importait qu'il soit impossible de déterminer la part attribuable à chacun, ce schéma n'avait pas lieu d'être interrogé.

2.9.1.2 L'émergence de la demande en pluridisciplinarité : une évolution insuffisamment pensée et non coordonnée

Si le paysage des opérateurs a fait preuve d'une grande stabilité, le monde du travail a en revanche considérablement évolué. Chaque organisme a dû s'adapter, à partir de sa propre lecture de ces évolutions, en élargissant ses champs d'intervention, afin d'intégrer des risques émergents, liés à des modèles économiques et organisationnels nouveaux dans les entreprises et pour mieux prendre en compte leurs effets sur les conditions de travail.

La compréhension de plus en plus fine du caractère multifactoriel des risques tels que les troubles musculo-squelettiques (TMS) ou les risques psychosociaux (RPS) a conduit à développer le concept de pluridisciplinarité, seul à même d'adresser ces problématiques complexes dans toutes leurs dimensions. Mais cette pluridisciplinarité s'est paradoxalement construite de manière cloisonnée et non concertée. Elle a conduit à une réponse *indisciplinée* des organismes qui ont voulu la mettre en œuvre chacun de leur côté. On a pu l'observer jusque dans les recrutements opérés au sein de chaque institution, chacune recourant aux compétences de spécialistes de disciplines dont elle ne disposait pas jusque-là. Les Direccte ont ainsi recruté des ingénieurs et des médecins dans leurs cellules pluridisciplinaires régionales, les Carsat ont recruté des psychologues, les services de santé au travail des ergonomes et des techniciens, l'INRS a fortement investi le champ des RPS, etc. Il pourrait être intéressant d'examiner en détail la manière dont les profils des personnels de chaque institution ont évolué mais il est certain que la traditionnelle dichotomie entre médecins, juristes et techniciens qui structurait et identifiait chaque acteur s'est estompée au fil du temps.

Faute d'un pilotage concerté, chaque opérateur a en quelque sorte développé la « *pluridisciplinarité en chambre* » et investi les mêmes objets avec sa logique propre, donnant lieu, notamment, à la production d'une multitude d'outils¹²⁸ portant sur les mêmes sujets dans le même secteur. Faute d'avoir été pensée et coordonnée, cette évolution a certainement contribué à donner l'impression que « *tout le monde s'occupe de tout* » et à brouiller les cartes et la compréhension des missions de chacun. Le phénomène a probablement été accentué par l'exercice incertain de tutelles dites stratégiques, au demeurant variées, et des fonctionnements en réseau peu maîtrisés au sein même de chaque structure lorsqu'elle dispose d'antennes territoriales.

2.9.1.3 L'offre de service privée de prévention s'est structurée et professionnalisée

La santé au travail a longtemps été portée par les seuls opérateurs institutionnels et les organismes de vérification de conformité, privés mais agréés par l'Etat, auxquels les employeurs ont pris l'habitude de sous-traiter le mesurage des paramètres soumis à des valeurs limites réglementaires (bruit, agents chimiques, etc.) ou à des exigences particulières de conformité (machines, installations électriques, etc.).

Une offre de service privée a cependant vu le jour au fur et à mesure que la santé au travail est devenue une préoccupation majeure dans l'entreprise. Obligation de sécurité oblige, cette offre s'est professionnalisée et même structurée pour devenir une discipline voire un marché à part entière. Les diplômes universitaires et l'offre de formation spécialisée en santé et sécurité permettent désormais aux entreprises de recruter des responsables HSE au sein d'une filière fournie¹²⁹. Ces spécialistes sur site s'entourent eux-mêmes de nombreux conseils spécialisés : consultants en santé et sécurité, certificateurs de systèmes, fournisseurs de solutions, etc. Les RPS et la QVT n'ont fait qu'amplifier le phénomène. Le monde du travail dispose donc désormais d'un écosystème public/privé conséquent, qui maille l'ensemble du territoire. Il suffit pour s'en convaincre de voir l'ampleur et le succès des salons d'exposition dédiés à la santé et sécurité au travail¹³⁰.

Il faut prendre acte de cet environnement enrichi d'expertise, accessible aux employeurs et aux représentants des salariés aux côtés des acteurs institutionnels historiques, mais s'interroger en retour sur le rôle et le positionnement dévolus à ces derniers dans ce nouveau contexte. On notera au passage que de nombreuses auditions ont révélé la perception ambivalente des employeurs à l'égard du médecin du travail et du préventeur en Carsat, qu'ils assimilent peu ou prou, au regard de leurs prérogatives, à une fonction de contrôle. Certains employeurs privilégient donc le recours à un consultant extérieur qu'ils choisissent même si sa compétence n'a pas de garantie formalisée. Il y a matière, dès lors, à s'interroger sur la manière dont la fonction d'accompagnement à la prévention peut-être mieux identifiée, encadrée¹³¹ et distinguée de fonctions régaliennes ou assurantielles.

¹²⁸ Ces outils ne sont pas nécessairement contradictoires ou ne recouvrent pas totalement mais peuvent être redondants alors que certains risques ou secteurs seront au contraire peut ou pas du tout couverts.

¹²⁹ Ce qui est sans rapport avec le déficit de sensibilisation aux conditions de travail et de la formation des futurs managers dans les écoles d'ingénieurs et de commerce régulièrement constaté par ailleurs.

¹³⁰ Preventica, Expoprotection « etc. » ;

¹³¹ La directive du 12 juin 1989 concernant la mise en oeuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail (89/391/CEE) prévoit (article 7) :

« -3. : Si les compétences dans l'entreprise et/ou l'établissement sont insuffisantes pour organiser ces activités de protection et de prévention, l'employeur doit faire appel à des compétences (personnes ou services) extérieures à l'entreprise et/ou à l'établissement (.../...) »

-5. : Dans tous les cas :

(./.) - les personnes ou services extérieurs consultés doivent avoir les aptitudes nécessaires et disposer des moyens personnels et professionnels requis, (.../...)

-8. Les États membres définissent les capacités et aptitudes nécessaires visées au paragraphe 5 ».

2.9.2 La multiplicité des opérateurs nuit à la compréhension et donc à l'utilisation optimale de l'offre

Cette critique a été clairement exprimée lors des auditions :

Encadré 16 : Le point de vue des usagers

« Le système est trop complexe »

Dans le cadre des quatre ateliers participatifs organisés de février à avril 2018 à Lille, Cysoing et Paris, chefs d'entreprises, médecins du travail, infirmiers du travail, associations, salariés, etc. (plusieurs dizaines de personnes réunies à chaque occasion) ont pu exprimer leurs constats et leurs propositions. Les témoignages recueillis sont largement convergents. Six principaux thèmes se sont dégagés : la multiplicité des acteurs/la nécessité de revaloriser l'image de la santé au travail/la nécessité de privilégier la prévention/ la nécessité de distinguer clairement contrôle et conseil/ le cloisonnement entre santé au travail et santé publique/le déficit de formation des acteurs.

Il ressort des contributions que « le système de santé au travail est complexe en raison de la multiplicité des acteurs qui y interviennent : inspecteurs du Travail, Carsat, Anact et son réseau des Aract, services de santé au travail, et, en sus, de nouveaux acteurs qui se développent sur ce champ tels que les mutuelles ».

D'une part, les salariés et les entreprises, notamment les plus petites d'entre elles, « s'y perdent, ne sachant pas à qui s'adresser lorsqu'ils ont une question ou une action à engager ». Les missions attribuées aux intervenants en matière de prévention sont mal identifiées, et la pertinence des prestations est jugée déséquilibrée, souvent éloignée de l'entreprise et de ses salariés. La confusion entre conseil et contrôle nuit à l'établissement d'une relation de confiance.

D'autre part, les acteurs du système de prévention « ne sont pas ou peu coordonnés entre eux dans l'exercice de leurs missions respectives, ce qui entraîne un chevauchement, voire une redondance dans les prestations offertes avec parfois des conseils contradictoires ». La logique de leur intervention « semble animée par une forme de rivalité et de compétition récurrente entre les structures laissant de côté l'idée d'efficacité ».

Malgré les inconvénients de cette multitude d'acteurs, certains « usagers » soulignent qu'il est tout de même indispensable de conserver la pluridisciplinarité de l'offre. La mise en place d'un guichet unique est toujours plébiscitée.

Elle a également été admise par les acteurs eux même qui n'ont pas nié les importants coûts de coordination résultant de la dispersion des initiatives et des structures qui les portent, alors même qu'ils doivent se concentrer sur le pilotage interne de leur propre réseau.

La question du cloisonnement institutionnel, malgré les efforts des acteurs pour mieux se concerter et travailler en complémentarité, est régulièrement posée depuis maintenant de nombreuses années, sans que les efforts des acteurs pour agir en complémentarité, de manière spontanée, anticipée ou sous la houlette du PST3 aient conduit à une simplification. Le rapport du Conseil Economique Social et Environnemental (CESE) de 2010 consacré à la certification des entreprises dans le domaine de la santé au travail faisait déjà le constat : « Un récent rapport parlementaire (Commission de réflexion sur la souffrance au travail, Copé et Méhaignerie, décembre 2009) rappelle que si la France bénéficie d'acteurs nombreux et compétents, « ces derniers travaillent de façon particulièrement cloisonnée ». Cette situation s'expliquerait en partie par la complexité du cadre institutionnel au sein duquel interviennent de nombreux organismes avec des statuts très variables et

des périmètres flous : services déconcentrés des ministères (inspection du travail, etc.), organismes de sécurité sociale, réseaux de prévention publics ou parapublics (INRS, réseau ANACT, etc.), agences nationales de veille ou de sécurité sanitaire, entreprises (employeurs, CHSCT, représentants du personnel, services de santé au travail, etc.) ».

L'avis présenté par le député Francis Vercamer au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi de finances pour 2015 (tome VI), reprenait les constats déjà opérés à l'issu du premier Plan santé au travail 2005-2009 en ces termes : « *Au terme des auditions, le rapporteur pour avis a observé que la délimitation des compétences respectives et des champs d'étude des différentes institutions n'était pas clairement établie, ce qui pouvait desservir la diffusion des importants travaux effectués notamment en direction des entreprises* ». Il en concluait que « *le système français de prévention semble encore trop complexe notamment en raison de la multiplicité des acteurs en présence, ce qui ne permet pas une diffusion suffisante des politiques de prévention jusqu'aux entreprises, qui sont pourtant le niveau concret d'application des mesures visant à réduire les accidents du travail et les maladies professionnelles* ».

2.9.2.1 La multiplicité des acteurs induit une complexité accrue de pilotage, au détriment de l'efficacité sur le terrain

La complexité s'exprime à plusieurs niveaux :

- Entre les tutelles et leurs opérateurs (DGT et Anact, DSS et branche AT-MP...);
- Entre les opérateurs et leur propre réseau (CNAM et Carsat, Anact et Aract, CNAM et INRS...);
- Entre les opérateurs eux-mêmes (OPPBTB et INRS, Carsat et Aract...);
- Entre les opérateurs en réseaux et les autres acteurs non organisés en réseau structuré (Carsat, Aract, INRS, OPPBTB d'une part, services de santé au travail d'autre part...).

La multiplicité des acteurs renforce la complexité du système



Conscients de la nécessité de mieux se concerter mais soucieux de préserver leur autonomie et leurs marges de manœuvre, les opérateurs tentent de pallier les risques de dispersion par un recours accru à des outils de contractualisation plus ou moins contraignants : contrat d'objectifs et de performance, conventions de partenariats, etc. Cependant, de l'avis de tous, le temps et l'énergie consacrés à lutter contre l'entropie du système sont coûteux, sans que les gains d'efficacité opérationnelle légitimement attendus en retour, en termes de dynamiques de terrain et d'impact dans les pratiques de prévention en entreprise soient démontrés.

2.9.2.2 L'Etat tente un renforcement de sa tutelle stratégique à l'égard des opérateurs et les opérateurs à l'égard de leur propre réseau

L'Etat recourt de manière désormais généralisée à des outils de contractualisation pluriannuelle visant à garantir que les opérateurs sur lesquels il exerce une tutelle s'engageront dans des actions conformes aux orientations stratégiques des politiques publiques qu'il conduit. Il fixe en contrepartie la trajectoire des moyens dont l'opérateur disposera pour décliner ces orientations. La branche AT-MP de la CNAM est ainsi régie par une convention d'objectifs et de gestion (COG AT-MP) conclue avec l'Etat. L'Anact est régie par un contrat d'objectifs et de performance avec ce dernier (COP).

Par ailleurs, plusieurs opérateurs de la prévention disposent d'un organe central et de représentations territoriales chargées en principe d'assurer une proximité locale pour le déploiement de leurs politiques. C'est le cas de la branche AT-MP avec les Carsat, de l'Anact avec les Aract ou encore de l'OPPBTP avec ses implantations régionales. A la différence toutefois d'une administration avec ses services déconcentrés, les structures locales disposent souvent d'une identité juridique et d'une gouvernance propres qui leur confèrent une autonomie nécessitant une contractualisation visant à garantir l'homogénéité de l'offre de services sur le territoire¹³². La branche AT/ MP de la CNAM conclut ainsi des Contrats Pluriannuels de Gestion (CPG) avec chaque caisse locale et une convention cadre avec l'INRS, de sorte que cet institut adopte des orientations en cohérence avec les orientations définies par la branche. L'Anact conclut de même des conventions annuelles avec chaque Aract.

Il est frappant de constater qu'une part importante de la COG 2014-2017 pour la branche AT-MP, constatant « *une certaine hétérogénéité des pratiques* ¹³³ » et une dispersion des actions freinant de manière importante l'efficacité globale, était consacrée à une meilleure harmonisation des pratiques et des moyens du réseau (axe 2 de la COG) ainsi qu'à un renforcement de la cohérence de la branche en tant qu'assureur solidaire des risques professionnels (axe3). De même, le contrat d'objectif de l'Anact pour la période 2014-2017, tirant les conséquences des conclusions du référé de la Cour des comptes de 2011, reposait sur 2 orientations stratégiques. L'une visait à accompagner le réseau des Aract dans son repositionnement et notamment à « *mieux faire réseau* » dans un souci de cohérence des activités et de recherche de priorités communes.

Cette recherche permanente d'harmonisation, au bénéfice des usagers, génère un effort constant et coûteux de coordination, au détriment des enjeux de déploiement opérationnels auprès des entreprises et de leurs salariés. Ainsi, le deuxième schéma directeur de communication de la branche AT-MP, en juillet 2016, soulignait en introduction l'importance que les partenaires sociaux attachent à la cohérence des messages portés auprès du monde de l'entreprise par tous les organismes qui constituent la branche¹³⁴ car « *il n'est pire signal que des messages disparates, voire contradictoires* ¹³⁵ ». A cet égard, la branche constatait que « *l'organisation des activités de la branche au sein de différents organismes du réseau Assurance Maladie, tout comme le positionnement de l'Inrs et d'Eurogip, ne jouent pas en faveur de la lisibilité* ». Outre que chaque organisme (Cpam, Carsat) déploie sa propre stratégie de communication en fonction de ses enjeux (sujets « retraite » pour les Carsat, sujets « maladie » pour les Cpam), la branche constatait que « *même s'ils font partie de la*

¹³² La CNAM et l'Anact sont des établissements publics à caractère administratif, l'INRS est une association, les Carsat sont des organismes de droit privé chargés d'une mission de service public, les Aract sont des associations.

¹³³ Dont la réduction était déjà un des objectifs de la COG 2009-2012.

¹³⁴ Caisse nationale, caisses régionales, caisses primaires et échelons du service médical, Inrs et Eurogip.

¹³⁵ Nathalie Buet, Présidente de la Commission des accidents du travail et des maladies professionnelles (CAT-MP).

branche AT-MP, l'Inrs et Eurogip communiquent en leur nom propre, sans que leur appartenance ou du moins leurs liens avec la branche, n'apparaissent clairement ».

2.9.2.3 Les opérateurs en réseau tissent aussi des relations partenariales avec leur environnement externe

Les organismes de prévention n'ignorent pas la nécessité de se coordonner, soit parce qu'ils souhaitent anticiper les reproches qui leur sont régulièrement adressés sur ce point, soit parce qu'ils ont tout simplement conscience des zones de recouvrement ou de complémentarité de leurs actions et compétences respectives ainsi que des limites de leurs initiatives lorsqu'elles sont conduites de manière isolée¹³⁶. Ils ont intégré la nécessité de mettre leurs forces en commun pour atteindre leurs cibles et potentialiser l'impact de leurs initiatives. Aussi, indépendamment des contrats et conventions prévus par les dispositions réglementaires entre ces organismes et leur tutelle (Cf. COP, COG supra) ou entre les pouvoirs publics et les acteurs dépositaires d'une mission prévue par la loi (Cf. CEPOM infra), un certain nombre de conventions de partenariat ou de collaboration ont été spontanément formalisées ces dernières années entre les acteurs eux-mêmes¹³⁷.

Si ces conventions vont dans le bon sens (il est impossible de toutes les citer ici), elles sont en règle générale bilatérales et leur multiplication ne concourt pas nécessairement, à améliorer la visibilité et le pilotage d'ensemble du système ni à faciliter le travail de ciblage et de priorisation. Elles sont en outre conclues au prix de longues discussions et itérations et portent, soit sur un objet très général (points de rencontres réguliers pour de simples échanges d'information), soit au contraire très opérationnel (mise en commun de moyens sur un chantier précis), sans modifier fondamentalement et durablement la nature des échanges et des modalités d'action. Peu d'entre elles sont au demeurant évaluées dans leurs impacts.

2.9.2.4 Les engagements de coordination ne suffisent pas à surmonter les obstacles structurels au cloisonnement

Les programmes de travail des différents organismes résultent souvent d'auto-saisines affinitaires construits à dire d'experts sur le fondement de la seule reproduction de leur modèle de compréhension, voire de leur centre d'intérêt ou au contraire en réponse exclusive à la demande sociale, au risque de générer une surabondance de réponses dans certains domaines, à des carences dans d'autres.

La définition des priorités, des objectifs à poursuivre, des cibles à privilégier et de l'allocation correspondante des ressources, ne peuvent se faire en l'absence d'une cartographie préalable partagée des risques et des enjeux. Une telle cartographie doit s'appuyer sur des démarches robustes et outillées, notamment par une utilisation pertinente des données disponibles. La

¹³⁶ « La conduite des actions de prévention nécessite de s'appuyer sur de solides partenariats pour arriver à toucher les 2,2 millions d'entreprises. Le relais des partenaires a été un recours particulièrement important pour la mise en oeuvre du programme national « TPE/PME » fondé sur une approche métiers pour 4 des 160 métiers existants sur cette catégorie d'entreprises (restauration, maçons, garages, transports routiers). Les organisations professionnelles, les services de santé au travail, fournisseurs, distributeurs, concessionnaires, OPCA, CCI, experts comptables, ont été des leviers majeurs du déploiement de programme » (Marine Jeantet, Regards, EN3S, juin 2017).

¹³⁷ A titre d'exemples : convention cadre DGT/INRS pour 2017-2020, accord cadre de partenariat INRS-Anact. La branche AT-MP noue de plus en plus de relations de coopération avec d'autres réseaux externes qui font souvent l'objet de relations contractualisées : services de santé au travail, Anact et son réseau régional (Aract), OPPBTP, organisations et branches professionnelles, chambres de commerce et d'industrie, de métiers et d'artisanat, agences régionales de santé (ARS), Santé publique France, ANSES, Haute Autorité de santé « etc. ».

politique de santé au travail qui en résulte, concertée dans des lieux stratégiques avec les partenaires sociaux, ne doit donc pas être la compilation des politiques de chacun mais le résultat d'une co-construction méthodique.

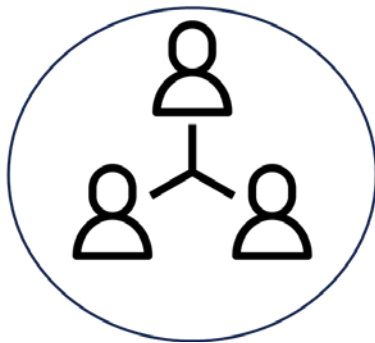
Le PST3 a voulu obéir à cette logique et chacun se félicite de la réussite de sa conception, au moins dans sa phase de partage des constats et de définition des orientations. Il désigne dans des fiches actions des pilotes, des copilotes, des responsables et des acteurs associés. Reste à créer les conditions d'un pilotage effectif et efficient¹³⁸.

2.9.3 Face aux carences de gouvernance et de pilotage, une clarification, une redistribution et une articulation des rôles de chacun s'impose

Chaque année, le bilan des conditions de travail élaboré par la DGT et présenté au COCT donne à voir les initiatives prises par l'ensemble des acteurs institutionnels de la santé au travail, tant sur le plan quantitatif que qualitatif. Ce travail, volumineux et très documenté, témoigne de la présence et du dynamisme de ces acteurs mais peine cependant à faire la démonstration de l'adéquation des objectifs et des moyens. Le foisonnement des actions et des initiatives est-il synonyme d'efficacité ? Fait-il système et est-il bien orienté ?

La politique de santé au travail, on l'a vu, est demeurée davantage centrée sur la régulation financière et technique du système de réparation, et, plus récemment sur le renforcement de la sécurité sanitaire, que sur une politique de santé globale. Les retards qu'elle accuse sont moins dûs à un manque de moyens qu'à la difficulté d'adapter ces moyens aux besoins contemporains, énoncés par le PST3.

*Une nécessité de clarifier les rôles
et les compétences*



Le positionnement de la santé au travail comme élément indissociable de la santé globale et donc des politiques de santé publique était déjà évoqué en 2012 dans un avis du CESE¹³⁹ qui déplorait « une évaluation lacunaire et surtout une gouvernance complexe en raison d'une pluralité d'acteurs nationaux et locaux, aux compétences souvent mal définies ». Ce rapport incitait à la définition d'une nouvelle gouvernance interministérielle « indispensable pour remédier à la très forte dispersion des acteurs ». Le CESE préconisait la fixation d'objectifs prioritaires sous la houlette du Premier ministre et une déclinaison opérationnelle en lien avec le Comité d'animation du système d'agences

¹³⁸ En mai 2018, sur 52 actions répertoriées dans le PST, 38 « fiches action » décrivant les actions conduites par les différents partenaires identifiés pour chaque action étaient établies (73%). La mission note que 7 d'entre elles ne sont toujours pas réalisées (bloquées ou non initiées), l'une d'elle, dédiée à la prévention primaire dans le domaine des TMS étant toujours bloquée malgré la réunion à 9 reprises du groupe de travail des acteurs partenaires de cette action (blocage sur le choix d'un système de recensement et de capitalisation des actions TMS menées par les partenaires).

¹³⁹ ETIENNE (Jean-Claude), CORNE (Christian) - "Les enjeux de la prévention en matière de santé", CESE, 2012.

(Casa)¹⁴⁰ et les ministères concernés. Cette gouvernance visait « *une meilleure coordination du sanitaire, du social et du médico-social afin de favoriser la continuité entre les soins et la prévention* ».

En résumé

Face à la multiplicité des acteurs, aux carences de pilotage et de gouvernance du système de santé au travail constate qu'une rupture dans l'organisation actuelle est nécessaire.

Elle ne saurait se réduire à une simple adaptation du « toujours plus de la même chose » et du « toujours plus de coordination » dans le catalogue des actions de chacun.

Pour mettre une nouvelle dynamique en mouvement, l'ambition d'une politique de promotion de la santé doit se traduire de manière visible et lisible dans l'organisation d'un système de prévention rassemblant les forces vives qui y participent, regroupées autour d'un service dédié à cet objectif.

2.9.3.1 Le rôle du Parlement

L'article L. 1411-1-1 du code de la santé publique donne une portée législative à la stratégie nationale de santé (SNS) définie par le Gouvernement. La loi prévoit qu'elle détermine, de manière pluriannuelle, des domaines d'action prioritaires et des objectifs d'amélioration de la santé et de la protection sociale contre la maladie après avoir procédé à une consultation publique. Un volet de la stratégie doit être consacré aux priorités de la politique de santé de l'enfant ainsi qu'aux besoins spécifiques de la défense. Sa mise en œuvre fait en outre l'objet d'un suivi annuel et d'une évaluation pluriannuelle, dont les résultats sont rendus publics.

Il y aurait donc lieu de prévoir également à l'article L. 1411-1-1 un volet santé au travail obligatoire dans la SNS. Cet ajout ne devrait pas poser de difficulté dans la mesure où la SNS 2018-2022 prévoit déjà un chapitre sur la santé en milieu professionnel. Mais on peut regretter qu'il ne soit pas purement et simplement constitué du PST3. La SNS est en effet mise en œuvre par des plans et des programmes opérationnels à portée nationale, dont le plan national de prévention des risques pour la santé liés à l'environnement (PNSE).

A ce titre, il convient de noter que le PNSE est lui-même prévu par l'article L. 1311-6 du code de la santé publique¹⁴¹, de même que d'autres plans¹⁴². Ceci ne leur confère pas de valeur contraignante mais leur donne une portée législative dont le plan santé au travail ne jouit pas aujourd'hui et dont il devrait bénéficier afin d'afficher les priorités nationales en la matière et de flécher les moyens correspondants.

¹⁴⁰ Dans le champ de la santé publique, le comité d'animation du système d'agences, placé auprès du ministre chargé de la santé, assure la coordination de l'exercice des missions de l'EFS, de l'ANSES, de l'Agence nationale de santé publique, de l'Inca, de l'Agence de biomédecine, de l'ANSM ainsi si que de la HAS, de l'ASN et de l'IRSN. Il veille à la qualité de leurs interactions et à l'harmonisation de leurs pratiques, dans l'intérêt de la santé publique et de la sécurité sanitaire.

¹⁴¹ Article L1311-6 du CSP : « *Un plan national de prévention des risques pour la santé liés à l'environnement est élaboré tous les cinq ans. Ce plan prend notamment en compte les effets sur la santé des agents chimiques, biologiques et physiques présents dans les différents milieux de vie, y compris le milieu de travail, ainsi que ceux des événements météorologiques extrêmes.* »

¹⁴² Le programme national relatif à la nutrition et à la santé mentionné à l'article L. 3231-1 du CSP; Le pacte territoire-santé mentionné à l'article L. 1434-14 ; Les programmes interdépartementaux d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie mentionnés à l'article L. 312-5-1 du code de l'action sociale et des familles ; Les programmes d'accompagnement des patients atteints de maladies chroniques mentionnés à l'article L. 162-1-11 du code de la sécurité sociale.

A cet égard, la représentation nationale est appelée à examiner et voter le budget relatif à la prévention des risques professionnels de façon fractionnée :

- Dans le cadre de la loi de finances pour la part relevant de la mission travail emploi ;
- Dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour la part relevant de la branche AT-MP.

Cette configuration ne permet pas au Parlement d'avoir aisément une vision globale du financement de la prévention des risques professionnels. En conséquence, la mission estime que son rôle devrait être facilité et qu'il pourrait se voir remettre un rapport périodique de l'état de santé de la population au travail dans le pays ainsi que de l'évaluation de l'impact des programmes d'action déployés dans le cadre du PST.

2.9.3.2 Les rôles de l'Etat, de l'assureur social et leur articulation

Qui est comptable de quoi en matière de prévention et de gestion du risque ? Comme le rappelle Jean-Denis Combrexelle, ancien directeur général du travail et président de la section sociale au Conseil d'Etat jusqu'en 2018, l'État est responsable de la définition des orientations et des priorités de la politique publique de prévention car c'est toujours à lui que seront demandés des comptes en cas de crise sanitaire. Il doit trouver le juste équilibre entre ses responsabilités stratégiques (disposer des connaissances utiles à un état des lieux, les mettre en débat, fixer les grands objectifs et prendre des décisions de santé publique, définir les conditions de leur mise en oeuvre et de leur évaluation) et les tâches opérationnelles de déploiement et de gestion du risque dont il n'a ni la vocation ni les moyens d'assurer directement la mise en oeuvre.

L'assurance maladie, de son côté, est responsable de la gestion du régime de réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles (indemnisation et tarification). Mais la branche AT-MP considère la prévention comme une dimension de la gestion du risque. Elle est à ce titre un financeur important de cette dernière avec la gestion du fonds national de prévention des accidents du travail (FNPAT) (cf. supra).

La légitimité de ces deux piliers historiques de la santé au travail n'est pas contestable et la répartition de leurs rôles respectifs est pertinente. Bien que d'autres pays aient choisi des organisations différentes, elles reposent toujours d'une manière ou d'une autre sur ce diptyque reposant, d'une part sur une administration élaborant et pilotant la politique publique, produisant des normes et veillant à leur application, d'autre part un système d'assurance (cf. annexe 3).

L'implication de l'Etat français repose essentiellement sur le ministère du travail et plus particulièrement la direction générale du travail (DGT), naturellement en charge de la santé au travail. Elle devrait toutefois être enrichie, dans une approche globale de la santé, d'une présence des ministères en charge de la santé, de l'agriculture, des transports, de l'emploi et de l'économie. Cette logique interministérielle pourrait utilement être placée sous l'égide du Premier Ministre, de manière à veiller à son articulation avec les autres plans gouvernementaux, en particulier la Stratégie nationale de santé, dont le PST a vocation à constituer le volet travail.

2.9.3.3 La place nodale de la sécurité sociale, interface entre la santé publique et le monde du travail

A l'heure où les politiques publiques, au travers de la Stratégie nationale de santé et du PST3, prônent une approche globale de la santé, la CNAM, en gérant tout à la fois la branche maladie et la branche AT-MP du régime général de sécurité sociale, apparaît comme un acteur décisif, à la jonction des environnements de la santé et du travail.

Les deux branches s'adressent en effet aux mêmes publics et s'appuient, au niveau régional et local, sur un réseau en grande partie commun.

L'assurance maladie, qui est passée du seul remboursement des soins à une prise en charge plus globale de la santé de l'assuré en fonction de son profil (âge, état de santé, consommation de soins...), participe également à la déclinaison des politiques publiques en matière de prévention (dépistage et vaccination) en vue d'aider les assurés à devenir acteurs de leur propre santé. Elle entretient à ce titre des relations avec les professionnels de santé et le monde hospitalier.

Le champ d'intervention de la branche AT-MP, quant à lui, se situe beaucoup plus dans le monde du travail (relations avec la DGT, les Direccte, l'Anact et son réseau, l'OPPBTP, les services de santé au travail). L'action conjuguée des deux branches concourt en tout état de cause à améliorer l'état de santé d'une grande part de la population¹⁴³ et place l'institution à l'interface des problématiques de santé population générale/ population au travail. Il s'agit incontestablement d'un point d'appui dans toute réflexion visant à accroître les liens entre les deux. Et, nous l'avons vu, sa participation financière à la prévention des risques professionnels est de l'ordre de 340 millions d'euros par an (Cf. § 2.3.4 partie 1).

2.9.3.4 La nécessaire clarification des compétences et des cibles des opérateurs nationaux

Chaque acteur de la prévention des risques professionnels, pris isolément, ne peut que faire le constat de la modestie de ses capacités de transfert et de déploiement des solutions qu'il élabore à grande échelle dans les entreprises. Ce constat est flagrant en termes d'effectifs disponibles au regard de l'importance de la population à couvrir et de la multiplicité des entreprises, en particulier les plus petites, répartie sur l'ensemble du territoire national. Le sujet prend encore plus d'acuité si l'on souhaite intégrer la population des travailleurs indépendants.

► La tension entre expérimentation et transfert des actions de prévention des opérateurs nationaux

Les opérateurs comme l'Anact et l'INRS fondent leur légitimité sur la production d'outils testés en entreprise dans le cadre de leurs missions d'expérimentation et d'assistance technique. Cette capacité d'ingénierie pour la conception et l'élaboration d'outils et de démarches de prévention a vocation à être mise à disposition des entreprises et diffusée massivement via les vecteurs traditionnels de communication (colloques, clubs, brochures, affiches et, de plus en plus, médias et supports numériques). Mais ce travail de diffusion doit être distingué de l'accompagnement des entreprises proprement dit, qui n'est pas du ressort et surtout de la capacité de ces organismes. Cette ambiguïté doit être levée car il s'ensuit que les indicateurs d'impact de l'efficacité de ces opérateurs ne doivent pas tant porter sur le nombre de leurs interventions de transfert, que sur le

¹⁴³ 59 millions de bénéficiaires, soit 4 Français sur 5, au regard des risques maladie, maternité, invalidité et décès et 18,9 millions de salariés au sein des 2 millions d'établissements du régime général au regard du risque AT-MP (source CNAM).

volume et la qualité de leurs productions. Celles-ci doivent ensuite être rendues accessibles et en particulier relayées et portées par les préventeurs exerçant quotidiennement sur le terrain.

➤ La question des domaines d'intervention

○ Les thèmes traités

L'adaptation de chacun des opérateurs pour appréhender les nouveaux risques et leur caractère multifactoriel s'est greffée sur le socle de leur compétence historique :

- L'INRS sur la connaissance des risques que sont les risques chimiques, les risques physiques et mécaniques et les risques biologiques, a investi la prévention des risques liés aux organisations et aux situations de travail ; il a ainsi recoupé le champ d'intervention de l'Anact ;
- L'Anact, en effet, a historiquement fondé ses recherches et interventions en travaillant sur les TMS, les risques psychosociaux, le vieillissement et la prévention de la désinsertion professionnelle, les nouvelles formes d'emploi, de travail et d'organisation, les horaires atypiques et même la qualité de vie au travail. Il s'est aussi traité de la prévention de l'exposition aux risques chimiques.

Ainsi, il existe un recoupement des thèmes traités par des outils qui, sauf exception, sont différents.

Les RPS constituent de ce point de vue un archétype, au point qu'il n'est plus possible d'avoir une vision claire et synthétique de l'offre de services sur ce sujet sur lequel interviennent à un titre ou un autre, l'Anact, l'INRS, les Carsat et les services de santé. Ceci a conduit à en faire un axe du PST 3 : Action 1.17 « *Dresser un état des lieux local de l'offre de service de chacun des acteurs afin de constituer et de promouvoir une offre locale commune de services en matière de RPS, permettant une meilleure orientation des travailleurs et des employeurs* ».

○ Les approches sectorielles

Le même constat existe lorsqu'on observe le cumul de travaux et de documents sur le même métier et le même thème, élaborés distinctement par l'OPPBT, l'INRS et les Carsat, voire les Direccte. Ainsi, les artisans boulangers peuvent-ils bénéficier de nombreuses sources, selon qu'ils s'intéressent à la qualité de vie et à la performance, à la fidélisation de leur main d'œuvre, à la réalisation du document unique ou à la conception de leur fournil¹⁴⁴. Reste à savoir si cette multitude est compatible avec les réalités d'un métier représentatif des TPE.

En résumé

Ce contexte amène à devoir clarifier et réorganiser l'élaboration, la diffusion et le transfert des outils de prévention en termes de thèmes traités et de cible à atteindre, au bénéfice d'une meilleure satisfaction des besoins des utilisateurs.

Les entreprises gagneraient à disposer d'un centre de ressources clairement identifié et facilement accessible, pour disposer des outils, guides et supports facilitant la mise en oeuvre de sa démarche de prévention.

¹⁴⁴ « La qualité de vie au travail (QVT) : Un outil de performance pour les boulangeries et les pâtisseries » (Anact) ; « Boulangerie, pâtisserie, meunerie Prévention dans les métiers de boulanger, pâtissier et meunier » (INRS) ; « Concevoir la boulangerie de demain : Aménagement des locaux et organisation du travail » (Aract Languedoc Roussillon) ; Guide pratique à la conception des locaux en Boulangerie Pâtisserie (AG2R La mondiale) ; « Boulangerie, pâtisserie, meunerie Prévention dans les métiers de boulanger, pâtissier et meunier » (INRS) ; « spécial conception ou rénovation du fournil » (INBP) ; 15 propositions pour fidéliser les salariés en boulangerie-pâtisserie artisanale (Aract Lorraine).

➤ Les capacités limitées d'intervention des principaux interlocuteurs locaux

S'agissant de l'intervention quotidienne dans les entreprises, celle-ci est assurée par des services de proximité, qui agissent et sont implantés localement. Il s'agit à titre principal de l'inspection du travail, des agents de prévention des Carsat et des services de santé au travail (Cf. développements particuliers pour ces derniers. § 2.8.5 infra).

L'inspection du travail, quand bien même elle intervient dans le domaine des risques professionnels, agit sur l'ensemble du code du travail et ne peut par ailleurs être assimilée à un service de conseil et d'accompagnement à la prévention dans les entreprises. Elle pourrait utilement renvoyer à de tels services.

Dans un contexte où les règles sociales sont de plus en plus déterminées par la négociation, et compte tenu d'effectifs limités, elle pourrait resserrer son champ d'intervention sur le respect de l'ordre public, en particulier dans le domaine de la santé au travail, à l'instar des systèmes d'inspection des pays d'Europe du Nord. Le recours à des sanctions administratives fléchées sur des thèmes prioritaires, assorties à l'obligation de mise en œuvre d'un plan d'action dans l'entreprise, dès lors que cette dernière pourrait s'appuyer sur l'accompagnement en prévention d'un service de proximité externe robuste, serait de nature, tout en clarifiant les rôles respectifs, à dynamiser la prévention. Il s'agit en particulier ici de garantir la distinction entre contrôle et conseil, ce qui n'exclut pas un contrôle bienveillant de la part de l'inspection du travail, orientant l'entreprise vers les ressources de conseil qui l'aideront à se mettre en conformité avec la réglementation.

L'action des Carsat, sans être dépourvue d'une connotation « contrôle », est davantage orientée vers le conseil (cf. supra). Mais là aussi, les forces sont limitées et donc nécessairement recentrées sur des axes d'intervention prioritaires, lesquels sont en grande partie, dans une logique assurantielle compréhensible, déterminés par les statistiques de sinistralité.

Même les quelques 1 400¹⁴⁵ agents en charge d'une mission « prévention » au sein du régime général des caisses de sécurité sociale, alors qu'ils constituent l'un des potentiels de déploiement humain les plus importants sur le terrain, s'astreignent à un programme de travail qui ne laisse espérer la visite que d'une faible proportion d'établissements assujettis chaque année. Ces visites sont par ailleurs, par nécessité, centrées sur les problématiques prioritaires et dans certains secteurs d'activité seulement. Il s'ensuit que, sur un peu plus de 2,2 millions d'établissements, 2.5 %¹⁴⁶ seulement sont en moyenne visités annuellement (sachant qu'un établissement peut être « visité » plusieurs fois). Ce qui signifie qu'un établissement est vu en moyenne tous les... 40 ans¹⁴⁷. Pour la tranche des établissements de 10-49 salariés, malgré la moindre importance du nombre d'établissements concernés (20 533), l'établissement sera vu une fois tous les 10 ans¹⁴⁸.

Ce ratio de 2.5 % ne doit pas minimiser l'action des caisses de sécurité sociale. Il permet en effet, en raison des ciblage effectués, de visiter les établissements à l'origine de 30 % des AT tout en s'assurant qu'au moins 10 % des établissements visités soient des TPE. Par ailleurs, 1/3 de ces

¹⁴⁵ 2047 ETP en CARSAT, CRAMIF, CGSS, CCSS dont 1 382 au sein de la mission prévention des risques professionnels (835 Ingénieurs –Conseils et Contrôleurs de sécurité, personnels techniques et administratifs) et 665 au sein de la mission tarification). Pour mémoire, au sein des CPAM, la reconnaissance de la matérialité des accidents de travail et maladie professionnelles repose sur 3 118 ETP (source UCANSS au 31/12/2016).

¹⁴⁶ Source : CNAM/ éléments 2016 de suivi de l'activité de prévention AT-MP des caisses régionales.

¹⁴⁷ Ce ratio est bien sûr théorique en raison du ciblage des actions.

¹⁴⁸ Même remarque sur le caractère théorique du ratio.

2.5 %¹⁴⁹, correspond aujourd'hui aux entreprises ciblées par les trois programmes nationaux (TMS, CMR et chutes dans le bâtiment).

En résumé

Au vu du volume d'entreprises et de situations à risques potentielles, il n'est pas abusif de dire que les « préventeurs institutionnels » ne représentent que les grosses mailles du filet et ne peuvent prétendre, sans relais, accompagner durablement les entreprises et leurs salariés dans une démarche de prévention pérenne. Restent les services de santé au travail, dont la situation est examinée ci-dessous.

2.9.4 Les caractéristiques du système sont amplifiées à l'échelon régional avec un acteur supplémentaire, les services de santé au travail, essentiels mais dépourvus de pilotage national

2.9.4.1 Les services de santé interentreprises, au cœur du système local, sont l'interlocuteur de proximité de référence

► Un maillage de tout le territoire

Le maillage du territoire par les services de santé au travail en fait, aujourd'hui, l'acteur le plus proche des entreprises pour la protection de la santé au travail en France.



En effet, en 2016, Il existait 253 services de santé au travail interentreprises (SSTI) et 642 services de santé autonomes¹⁵⁰ pour 18,2 millions de salariés du régime général de la sécurité sociale¹⁵¹. Avec 20 000 points de consultations proposés à travers les centres fixes, les centres annexes et les unités mobiles de stationnement, les SST ont la possibilité de voir, d'une part toutes les entreprises, d'autre part chaque salarié sur une période de 5 ans (7,4 millions de visites médicales et 1,4M

¹⁴⁹ Source : CNAM.

¹⁵⁰ Source : enquête DGT auprès des Direccte.

¹⁵¹ En 2013, 93 % des salariés étaient suivis par des services de santé interentreprises (SSTI) en 2012 ils étaient 96 %. La DGT n'a pas fourni de chiffres depuis.

d'entretiens infirmiers ont été réalisés en 2016¹⁵²). Les SSTI réalisent en outre près de 300 000 visites d'établissements par an.

Malgré les indéniables questions de démographie médicale qui ont notamment donné lieu aux réformes successives de la médecine du travail depuis 2002, les effectifs de ces services de santé étaient en 2016 de 11 318 équivalents temps plein¹⁵³, soit une hausse de 18 %¹⁵⁴ depuis 2013. La baisse du nombre de médecins du travail¹⁵⁵ a donc été plus que compensée, outre l'embauche d'internes et de collaborateurs médecins, par le recrutement d'infirmiers (+68 %), d'intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP) (+ 26 %) et d'assistants de service de santé au travail (ASST) (+ 29 %).

➤ Une pluridisciplinarité qui entre peu à peu dans les faits

Au 1er janvier 2017, les effectifs des services de santé au travail interentreprises (SSTI) sont évalués à 16 578 personnes physiques. Les médecins du travail représentent 30 % des effectifs, les ASST 37 %, les infirmiers 9 %¹⁵⁶. La pluridisciplinarité, érigée en obligation générale lors de la réforme de 2002¹⁵⁷, n'a cessé d'être renforcée juridiquement, notamment par la loi du 20 juillet 2011. Elle trouve sa justification dans l'éventail complet des missions du service de santé au travail qui doit :

- Conduire des actions de santé au travail, dans le but de préserver la santé physique et mentale des travailleurs tout au long de leur parcours professionnel ;
- Conseiller les employeurs, les travailleurs et leurs représentants sur les dispositions et mesures nécessaires afin d'éviter ou de diminuer les risques professionnels, d'améliorer les conditions de travail, de prévenir la consommation d'alcool et de drogue sur le lieu de travail, de prévenir le harcèlement sexuel ou moral, de prévenir ou de réduire les effets de l'exposition à certains facteurs de risques professionnels (pénibilité) et la désinsertion professionnelle et de contribuer au maintien dans l'emploi des travailleurs ;
- Assurer la surveillance de l'état de santé des travailleurs ;
- Participer au suivi et contribuer à la traçabilité des expositions professionnelles et à la veille sanitaire¹⁵⁸.

L'équipe pluridisciplinaire, en alliant capacité d'expertise, de conseil et d'action en milieu de travail, est à la croisée des champs permettant de comprendre, de prendre en compte et d'agir sur tous les déterminants de l'homme au travail : sa santé individuelle, ses liens avec l'environnement de travail dans ses dimensions physique, psychique organisationnelle et sociale, son articulation avec la vie hors travail et son inscription en conséquence dans le champ plus vaste de la santé publique.

➤ Une implantation et un rôle qui confèrent une responsabilité particulière

Le potentiel humain de déploiement des SSTI en entreprises, leur positionnement privilégié en termes de missions et de compétences, couplés à une implantation très fine à l'échelle des

¹⁵² Source : Présanse (Cisme).

¹⁵³ Non compris les effectifs des fonctions support. Le rapport de branche du Cisme pour 2016 recense 16 578 salariés, toutes fonctions comprises.

¹⁵⁴ ibid

¹⁵⁵ 75 % des médecins du travail ont 50 ans et plus ; leur âge moyen est de 56 ans (49 pour les collaborateurs médecins) ; 67 % sont des femmes et 55 % sont à temps partiel (source : Présanse).

¹⁵⁶ Fonctions supports = 16 % (sources : Présanse).

¹⁵⁷ Loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002.

¹⁵⁸ Art. L. 4622-2 du code du travail.

territoires, en font donc les interlocuteurs opérationnels de proximité privilégiés et tout désignés en matière d'appui à la prévention des risques professionnelles et plus encore de promotion de la santé dans l'entreprise. Ils en font par la même occasion l'acteur relais et l'ambassadeur le plus à même de promouvoir et aider à déployer, en particulier dans les petites entreprises, l'expertise et les solutions proposées, dans leurs domaines respectifs, par les autres acteurs que sont l'INRS, l'OPPBTP, l'Anact, dont les réseaux de terrain ne peuvent prétendre à la même capillarité. Est-ce bien le cas en pratique ?

- Une centralité reconnue mais un écart grandissant de perception entre services attendus et rendus

Tous les acteurs auditionnés ont regretté les difficultés qu'ils éprouvent pour faire des services de santé au travail un partenaire stable et durable alors que tous partagent la conviction qu'ils pourraient être un prescripteur incontournable de l'offre de prévention¹⁵⁹. Une centralité soulignée par tous et dans de nombreux rapports.

Qu'il s'agisse de travaux expressément consacrés aux questions de santé au travail ou plus généralement à la croisée des problématiques de santé publique, de cohésion sociale ou sociétales (handicap, addictions, maladies chroniques évaluatives, etc.), il est peu de rapports¹⁶⁰ qui ne mentionnent pas les services de santé au travail comme un interlocuteur privilégié et décisif pour agir en prévention collective et pour l'accompagnement individuel des salariés.

- Sur le plan des principes tout d'abord, dans le rapport de M. Robert Badinter remis au Premier ministre en janvier 2016 dans le cadre du comité chargé de définir les principes essentiels du droit du travail¹⁶¹, les auteurs énoncent à l'article 41 : « *Tout salarié peut accéder à un service de santé au travail dont les médecins bénéficient des garanties d'indépendance nécessaires à l'exercice de leurs missions* » ;
- Le rapport de la Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie « *Conduites addictives et milieu professionnel* » insiste dès 2007, au titre de l'action du médecin du travail sur la santé globale du salarié, sur ce que le milieu de travail reste un contexte particulièrement propice à mener des actions de prévention de proximité ; « *Il convient d'inclure une approche des conduites addictives au cours de toute rencontre médicale, notamment lors des visites systématiques et de diffuser largement auprès des médecins du travail, comme c'est déjà le cas pour l'alcool, les outils cliniques d'aide au diagnostic* ». Ce rapport souligne que « *L'orientation vers le service de santé au travail est indispensable* » face à des manifestations qui évoquent la consommation de substances psychoactives ;
- Le rapport IGAS de 2013 sur l'articulation entre santé au travail et santé publique, appliquée au cas des maladies cardiovasculaires, pointe, même s'il en regrette les lacunes, le rôle des médecins du travail dans le repérage de ces pathologies¹⁶² ;

¹⁵⁹ Les actions de la branche AT-MP, par exemple : une étude quantitative menée par BVA en mars 2016 auprès de 500 entreprises de plus de 100 salariés mettait ainsi en évidence que 70 % ne connaissent pas son offre de service, 71 % ses recommandations et 80 % ses contrats de prévention. Ses programmes de prévention sont également très peu connus : 45 % ont déjà entendu parler de CMR, 39 % de TmsPros et 28 % de « réduire les chutes dans le BTP ».

¹⁶⁰ Voir aussi Cese 2010 : le travail de nuit : impact sur les conditions de travail et de vie des salariés.

¹⁶¹ http://www.ladocumentationfrancaise.fr/ocfra/rapport_telechargement/var/storage/rapports-publics/164000072.pdf

¹⁶² BENSADON (Anne-Carole), BARBEZIEUX (Philippe) - "Articulation entre santé au travail et santé publique : une illustration au travers des maladies cardiovasculaires", INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES, 04/2014.

- Le rapport au Premier Ministre de novembre 2016 « *Améliorer la santé au travail, l'apport du dispositif Pénibilité* »¹⁶³, sans citer explicitement les services de santé au travail, rappelle la nécessité de « *constituer sur les territoires, des réseaux coordonnés d'acteurs de la prévention et de mener des actions partenariales, notamment en direction des branches* ». Il s'appuie sur les orientations générales des partenaires sociaux dans le cadre des travaux du PST3, insistant sur la « *constitution de réseaux de régionaux coordonnés d'acteurs de prévention, portant des messages et des actions cohérents et articulés* » ;
- Le rapport du Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes sur « *la santé et l'accès aux soins : une urgence pour les femmes en situation de précarité* », publié le 29 mai 2017, ¹⁶⁴ recommande, pour une meilleure évaluation du caractère usant et pénible des postes majoritairement occupés par des femmes en situation de précarité, de « *faire de la médecine du travail un levier essentiel pour améliorer la santé des femmes en situation de précarité au travail* » ;
- Le rapport de l'IGAS de décembre 2017 sur « *la prévention de la désinsertion professionnelle des salariés malades ou handicapés* », considère que : « *Compte tenu de leurs compétences, de leurs missions, de leurs capacités d'expertise et de médiation entre l'employeur et le salarié, il ne fait pas de doute que les services de santé au travail sont en première ligne et jouent donc un rôle majeur dans le maintien en emploi des salariés confrontés à des difficultés de santé* » ;
- Le rapport IGAS de janvier 2018 sur l'attractivité de la médecine du travail regrette pour sa part que la médecine du travail ne soit pas le « *vigile avancé de la santé publique* » qu'elle devrait être, ce qu'elle juge « *contraire même à l'esprit de développement de la prévention primaire que l'unanimité de la représentation nationale aimerait précisément développer. Ce dernier point mérite une attention particulière quand on sait par exemple, que l'insertion professionnelle est capitale pour les maladies chroniques et que le poste de travail impacte l'éducation thérapeutique d'un diabétique.* » Les auteurs estiment que le médecin du travail devrait être considéré comme l'un des acteurs du parcours de soin, car rendant possible le maintien en emploi, lui-même partie intégrante du soin.

Cette centralité des SSTI est reconnue et inscrite de la même manière dans de nombreux documents d'orientations stratégiques :

- C'était le cas notamment de la COG 2014-2017 de la branche AT-MP qui, en vue de renforcer l'efficacité collective des actions de prévention en régions, d'une meilleure articulation/coordination des ressources et de mieux couvrir les besoins en matière de prévention dans les TPE/PME, prévoyait d'identifier l'offre de service de la Caisse et de la faire connaître aux SSTI de la région¹⁶⁵ ;
- C'est le cas du plan stratégique INRS 2018-2021 qui fait des SSTI un relais pour atteindre les entreprises et faire connaître et leur transférer les méthodes et outils de prévention développés par l'institut ;

¹⁶³ BONNAND Gaby, BRAS Pierre-Louis, PILLIARD Jean-François, DUPAYS Stéphanie - Améliorer la santé au travail, l'apport du dispositif Pénibilité, PREMIER MINISTRE, 11/2016.

¹⁶⁴ COURAUD (Geneviève), LAZIMI (Gilles), COLLET (Margaux) : http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_la_sante_et_l_acces_aux_soins_une_urgence_pour_les_femmes_en_situation_de_prekarite_2017_05_29_vf.pdf

¹⁶⁵ Action 3.3 : Renforcer le partenariat avec les services de santé au travail et les DIRECCTE.

- C'est encore le cas du plan stratégique « Horizon 2020 » de l'OPPBTP pour qui, s'agissant de l'évaluation des risques, *« Les Services de Santé au Travail, qui ont seuls la capacité à accompagner chaque entreprise individuellement sur le terrain, ont vocation à devenir un partenaire de premier plan dans cette mission, en lien avec l'établissement des fiches entreprises ».*

En dernier lieu, la Stratégie nationale de santé 2018-2022 a inscrit la santé au travail parmi ses axes de travail en prévoyant de *« développer la prévention en milieu professionnel dans une approche globale de la santé en améliorant la coordination des acteurs, en développant l'utilisation du volet professionnel du dossier médical partagé, en intégrant mieux les services de santé au travail dans le parcours de santé (...) ».*

La très grande majorité des personnes entendues¹⁶⁶ par la mission, bien que critiques, ont également souligné la place centrale occupée, et à tout le moins attendue, par les services de santé au travail. Cela s'accompagne souvent, dans un rapport ambivalent au médecin du travail, d'une demande de passer d'une approche médicale à une pratique pluri-professionnelle.

Une enquête réalisée en 2015 par Viavoice à la demande de l'INRS sur un échantillon de 1002 chefs d'entreprises confirme cette reconnaissance et acceptabilité bien établie du SSTI dans l'entreprise. Elle conduit l'INRS à constater que : *« Côté interlocuteurs sur les questions de prévention, les services de santé au travail sont plébiscités comme référent (pour 49 % des PE et 34 % des TPE) et comme « personne de confiance » (pour 62 % des PE et 32 % des TPE) ».*

Encadré 17 : Le point de vue des usagers

Pour une réorganisation des services de santé au travail

Quelle que soit l'origine professionnelle des participants, dans les ateliers participatifs et parmi les personnes auditionnées, ils partagent le constat de la nécessité de réorganiser les services de santé au travail. En effet, selon eux, *« l'organisation actuelle s'essouffle (pénurie de médecins du travail, multiplicité des acteurs, politiques d'agrément trop différentes en fonction des régions, etc.) ».* Ils relèvent que *« notre système de santé au travail est sans cesse en retard sur sa compréhension du monde du travail, centré sur des métiers "historiques" (BTP, métallurgie, industrie) et déconnecté des nouvelles formes de travail (services, productions intellectuelles, TPE et autoentrepreneurs, télétravail, uberisation, etc...) ».*

Pour de nombreux participants, *« il est inconcevable qu'à l'heure actuelle les travailleurs indépendants et les chefs d'entreprises soient hors du champ de notre système de santé au travail ».*

Parmi les propositions formulées, les participants ont évoqué le renforcement du travail de concertation avec les branches professionnelles, *« la fusion de l'ensemble des services de santé au travail et la promotion d'un logiciel métier commun répondant à un cahier des charges ambitieux ».* Ils suggèrent d'appréhender les interventions des SSTI *« selon 3 domaines d'activité stratégiques : accompagner les entreprises sur le champ de la prévention collective, suivre les salariés confrontés à des problèmes individuels de santé au travail, assurer le suivi individuel de la santé des autres salariés ».* Ils proposent *« d'attacher le dispositif de santé au travail à l'individu et non plus au statut ».* Et, pour pallier la pénurie de médecins du travail, *« d'augmenter les possibilités de recrutement, libérer les verrous qui freinent le passage des médecins libéraux vers un exercice à temps partiel ou complet de la médecine du travail, revaloriser l'image du médecin du travail, repenser la rémunération et revaloriser le statut ».*

¹⁶⁶ Il convient de noter toutefois que certaines personnes ou organisations auditionnées se sont interrogées sur l'utilité de maintenir le système de médecine du travail et l'opportunité d'un basculement du suivi médical des salariés vers la médecine de ville, soit pour l'intégralité de salariés, soit pour les populations tertiaires dont l'activité n'appellerait pas de risque et donc de suivi particulier.

2.9.4.2 Cependant, l'absence de pilotage national des SSTI, constitue un obstacle rédhibitoire au progrès

Si tous les acteurs institutionnels de la prévention s'accordent pour reconnaître le rôle et la place primordiale des SSTI, ils déplorent avec la même unanimité les difficultés rencontrées pour tisser avec eux des partenariats stables et durables. Cette impossibilité est inhérente à l'organisation même de ces services. En effet, ils ne sont ni fédérés ni pilotés au plan national ce qui est la condition nécessaire à leur participation à une stratégie nationale de prévention et la garantie de leur action homogène sur l'ensemble du territoire. Ainsi de nombreux outils conçus et mis à disposition des entreprises en matière de prévention des risques professionnels, ne peuvent atteindre leur cible et être déployés à grande échelle par leur intermédiaire.

A défaut de pouvoir conclure un partenariat national, chacun des organismes de prévention (INRS, OPPBTP...) ne peut nouer des relations structurées avec la totalité des 250 SSTI agréés. Chaque opérateur passe donc par ses propres réseaux ce qui, outre le coût de transaction, participe de la déperdition voire de l'illisibilité de l'offre de prévention et donc amoindrit l'impact des outils nationaux et locaux mis à disposition des PME.

La carence de pilotage des SSTI au plan national apparaît d'autant plus paradoxale qu'elle fait figure d'exception dans le paysage institutionnel français. Contrairement au réseau des Carsat, piloté par la branche AT-MP, et à celui des Aract, animé par l'Anact, seuls les SSTI sont autant d'associations dont l'activité n'est pas aujourd'hui encadrées au plan national.

Leur activité n'est encadrée qu'au plan régional à travers trois outils : le projet de service, l'agrément de la Direccte, et le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) conclu par chaque SSTI avec la Direccte et les Carsat. Ces instruments d'articulation complexe, sont très chronophages et consommateurs de ressources pour un résultat, en termes de coordination avec les autres acteurs et d'intégration dans les stratégies de prévention régionale, qui reste marginal (cf. infra).

Ces constats ne sont pas nouveaux :

- Le « *bilan de réforme de la médecine du travail* » d'octobre 2007¹⁶⁷, suggérait « *d'organiser la prévention pour remédier aux faiblesses du pilotage actuel* ». Il s'agissait alors de mettre en place une instance de régulation au niveau régional en confiant aux comités régionaux de préventions des risques professionnels créés par le décret du 10 mai 2007 (CRPRP), une mission opérationnelle de régulation dont les missions seraient élargies à la structuration de l'offre régionale en matière de santé au travail (examen et délibération du schéma directeur régional de la santé au travail, accréditation des SST) et au suivi des programmes pluriannuels de santé au travail dans l'entreprise.
- L'avis du CESE sur « *L'avenir de la médecine du travail* » de février 2008¹⁶⁸ invitait à mettre en place une nouvelle gouvernance aux niveaux national, laquelle pourrait être assurée par la CNAM, et régional, à travers les CRPRP. Il appelait à « *créer un véritable réseau de la santé au travail* », regrettant d'une part « *les liens actuellement insuffisants entre la médecine du travail, la médecine de ville et hospitalière* » et considérant que « *les missions des différentes institutions œuvrant dans le champ de la prévention des risques professionnels nécessiteraient d'être clarifiées* ».

¹⁶⁷ Rapport CONSO-FRIMAT - Bilan de la réforme [de 2004] de la médecine du travail - Octobre 2007.

¹⁶⁸ Rapport DELLACHERIE (Conseil économique et social) - Avenir de la médecine du travail - Février 2008.

- La Cour des comptes, en introduction de son rapport public de novembre 2012 « *Les services de santé au travail interentreprises : une réforme en devenir* », estimait que « *Sans prétendre à l'exhaustivité non plus qu'à une représentativité statistique, l'échantillon a mis en évidence l'écart entre le service rendu et les objectifs, la faiblesse des pouvoirs de l'Etat, un fonctionnement à la recherche d'un nouvel équilibre* ».

Enfin, décrite comme « *l'association des directeurs de SSTI* » par de nombreuses personnes auditionnées, l'association Présanse (Ex Cisme), ne peut, par construction, tenir lieu de pilote national des SSTI. D'une part, car son statut et sa gouvernance la situent comme une structure organisée par les employeurs¹⁶⁹ et dans ce cadre elle remplit le rôle de négociateur employeur de la convention de branche qui régit les SSTI. D'autre part, car l'objet de cette association lui confère un rôle de prestataire de conseils auprès des services et de leurs différents métiers. Ce positionnement, souvent pointé comme ambigu, ne permet pas de conférer à cette association une légitimité d'interlocuteur en capacité, auprès des pouvoirs publics et des autres opérateurs, de fédérer les SSTI et de piloter leurs orientations. Or, en l'absence d'une structure fédérative, les instances d'orientations nationales et régionales n'ont actuellement pas en leur sein de représentation des SSTI.

2.9.4.3 L'option « coordination-pilotage » par le biais des CPOM n'apparaît pas de nature à changer substantiellement les pratiques

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) est conclu pour une durée maximale de cinq ans entre chaque SSTI, la Direccte et la Carsat. Il doit, par son contenu, marquer une volonté de travailler ensemble sur des priorités partagées :

- Mettre en œuvre les objectifs du PRST ;
- Promouvoir les actions en milieu de travail ;
- Mutualiser, y compris entre les services de santé au travail, des moyens, des outils, des méthodes, des actions, notamment en faveur des plus petites entreprises ;
- Cibler des moyens et des actions sur certaines branches, en faveur de publics particuliers ou sur la prévention de risques spécifiques ;
- Permettre le maintien dans l'emploi des salariés et lutter contre la désinsertion professionnelle.

Le CPOM doit indiquer les moyens mobilisés et les modalités de collaboration pour atteindre des objectifs chiffrés, déterminer les modalités de suivi et d'évaluation des résultats à l'aide d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs.

¹⁶⁹ Association à but non lucratif, Présanse est l'organisme représentatif des SSTI (240 adhérents). Son conseil d'administration est composé de 30 membres, Présidents et Directeurs de Services. Les missions que l'association s'est fixé comprennent la représentation des SSTI auprès des Pouvoirs publics, des Organisations d'employeurs et des Syndicats de salariés, le développement de partenariats avec les instances et institutions nationales présentes dans le champ de la Santé au travail et de la Prévention des risques professionnels, l'information et le conseil auprès de ses adhérents, la recherche, à travers la réalisation d'études nationales en Santé au travail, la négociation de la convention collective de la branche en tant que représentant de la partie « employeur ».

Le bilan réalisé par la direction des risques professionnels de la CNAM au 31 décembre 2017 faisait état de 172 CPOM signés et 13 CPOM prêts à la signature. 80 services n'avaient pas signé de contrats malgré l'obligation réglementaire¹⁷⁰ de le faire. Pour 40 % des Carsat, la construction et le suivi des CPOM sont considérés comme « chronophages ». Des problèmes d'agrément et de construction de projet de service ont entravé les négociations dans 30% des régions tandis que les SSTI sont apparus non demandeurs et peu proactifs dans la démarche dans 35% des cas. Le retour des caisses sur l'apport des CPOM est globalement mitigé : 50% se disent peu satisfaites, 40% satisfaites. Mais le travail a été jugé peu efficient pour la moitié des caisses (actions *a minima*, peu d'impact, coordination difficile, évaluation difficile peu ou pas réalisée). Ce bilan contrasté relève quelques points favorables tels que l'évolution de la nature des relations entre Direccte, SSTI et Carsat, les contacts ayant pris une tournure plus stratégique et moins interpersonnelle. Il constate néanmoins de fortes disparités entre les régions et une structuration ne facilitant pas l'évaluation de leur plus-value. La construction des CPOM demande en outre à être mieux articulée dans le temps avec le PRST, l'agrément et le projet de Service, afin de pouvoir en faire un réel dispositif de mise en œuvre des priorités du PST. Au final, « *l'évaluation de l'impact des actions menées et l'éventuel gain en efficacité collective est difficile, voire impossible à mesurer* ».

En résumé

Il est à craindre que, malgré la relative jeunesse du dispositif devant conduire à relativiser l'appréciation qui peut en être faite, l'option « coordination-pilotage » qui a prévalu à l'instauration des CPOM, relève plus du statuquo que d'une levée des contraintes structurelles qui s'opposent à une dynamique de changements perceptibles à court et moyen terme.

- Une réprobation unanime et croissante de l'écart perçu entre la cotisation et la prestation reçue en retour



***Des cotisations jugées trop élevées
par rapport aux prestations rendues
en matière de santé au travail***

La quasi-totalité des acteurs représentant les entreprises ainsi que de nombreuses auditions ont déploré l'écart croissant entre le montant de la cotisation versée au service de santé pour chaque salarié et la prestation reçue de ce dernier en retour. La perception de cet écart semble avoir été aggravée par les dernières modifications réglementaires et l'espacement des visites médicales d'aptitude, la perte de la sécurité juridique qui en résulterait ainsi que l'absence de contrepartie en termes d'accompagnement.

¹⁷⁰ Les premiers CPOM ont été conclus en 2013.

Encadré 18 : Le point de vue des usagers

Le surcoût perçu de la santé au travail

Les TPE présentes dans les ateliers participatifs ont largement exprimé leur insatisfaction quant au rapport coût/prestation des services de santé au travail, jugé déséquilibré.

Les tarifs des services de santé au travail sont jugés trop élevés, choquants pour certains. Au lieu d'être la rémunération d'une prestation, le coût des services de santé au travail est perçu comme une taxe : « *les TPE n'ont aucune lecture de l'objet des services de santé au travail et de la prestation que recouvre le coût facturé* ». Les participants ont partagé le fait « *qu'il serait bon de gagner en lisibilité* ».

En outre, les TPE ne voient pas le retour sur investissement possible de la mise en œuvre de démarches en santé au travail et demeurent focalisées sur d'autres indicateurs (performance commerciale, situation de trésorerie, planification du travail quotidien, etc.). Elles proposent de « *renforcer le budget dédié aux mesures incitatives sur le plan financier, par exemple par le biais d'une baisse de cotisations, pour les entreprises vertueuses. Il s'agit de rendre les aides incitatives plus accessibles pour les TPE* » ou de « *diffuser aux entreprises les indicateurs connus du rapport Investissement en matière de santé au travail/ Retour sur investissement* » ou encore de « *redéfinir les missions des services de santé au travail et améliorer l'information des TPE sur l'offre proposée* ».

2.9.4.4 Les services de santé au travail autonomes ne sont pas pluridisciplinaires, surveillent une population restreinte de salariés et se situent en marge des services interentreprises

Les entreprises de grande taille peuvent sous certaines conditions faire assurer le suivi individuel de santé de leurs salariés par un ou plusieurs médecins du travail qu'elles recrutent. Elles doivent à cet effet constituer en leur sein un service de santé au travail réglementairement défini¹⁷¹ qui comporte exclusivement les personnels de santé (médecin et infirmiers(es)) avec des garanties relatives à leur exercice professionnel en termes d'indépendance.

La pluridisciplinarité ne s'exerce donc pas au sein de ce service mais s'organise en lien avec les ressources en personnels compétents en prévention des risques professionnels de l'entreprise.

La mission ne remet pas en cause ces dispositions mais appelle à une plus grande sélectivité pour autoriser la mise en place de ces services. Celle-ci pourrait être fondée sur des conditions revisitées en termes de nombre minimal de salariés, d'emprise géographique, de suivi des salariés de la sous-traitance et des intérimaires mais aussi sur une plus grande inter relation avec la structure nationale de santé au travail et les structures régionales (en termes d'échanges de données et d'échanges de bonnes pratiques) qui pourrait être formalisée de façon contractuelle.

La mission estime à cet égard qu'une contribution, en temps ou financière, des entreprises concernées au titre de la mutualisation de la prise en charge de la prévention pourrait être envisagée en raison des travaux qu'elles confient fréquemment à des PME dans le cadre d'une relation de sous-traitance ou de recours à des prestations extérieures.

¹⁷¹ Article L4622-4 : « *Dans les services de santé au travail autres que ceux mentionnés à l'article L. 4622-7 [propre à l'entreprise], les missions définies à l'article L. 4622-2 sont exercées par les médecins du travail en toute indépendance. Ils mènent leurs actions en coordination avec les employeurs, les membres du comité social et économique et les personnes ou organismes mentionnés à l'article L. 4644-1 [salariés compétents pour s'occuper des activités de protection et de prévention des risques professionnels de l'entreprise].* »

Article D4622-1 : « *Le service de santé au travail est organisé sous la forme : 1° Soit d'un service autonome, qui peut être un service de groupe au sens de l'article L. 2331-1, d'entreprise, inter-établissements, d'établissement ou commun aux entreprises constituant une unité économique et sociale ; .../...* ».

2.9.5 La comitologie qui soutient la gouvernance du système est excessivement lourde

Le paritarisme est historiquement la règle en matière de gouvernance des organismes de santé et sécurité et nul ne conteste l'importance de la concertation avec toutes les parties prenantes comme gage de réussite de toute politique de prévention. De nombreuses personnes auditionnées, y compris parmi les partenaires sociaux, ont néanmoins soulevé ou reconnu le nombre et le poids des instances qui n'ont cessé de se multiplier au sein de chaque institution nationalement et en région alors qu'elles se prononcent sur des sujets similaires. Au total, les coûts de coordination qui en résultent apparaissent excessivement élevés en proportion des besoins, des moyens disponibles et des exigences de déploiement opérationnel sur le terrain. La surmultiplication des instances de gouvernance pose d'autant plus question qu'elle a pour effet, outre les difficultés reconnues de pourvoir tous les mandats et d'être en capacité de les exercer, soit de doubler la présence de mêmes personnes au sein d'institutions voisines, soit au contraire de multiplier la dispersion des mandats et d'augmenter le risque de cloisonnement et de positions divergentes ralentissant les processus de décision permettant de passer à l'action.

La mission s'est attachée à dresser la cartographie de la comitologie de gouvernance propre à chaque réseau compétent en santé au travail c'est à dire de l'ensemble de leurs instances paritaires ou tripartites de décision, de consultation et de concertation, le nombre de mandats s'y rattachant et la fréquence de leurs réunions. Si ces instances sont potentiellement des espaces de développement de la démocratie sociale, il est permis de s'interroger sur leur efficacité lorsqu'elles deviennent autant de lieux possibles de véto, de défense de territoire ou de réponse cloisonnée à des questions dont tout le monde admet qu'elles appellent la convergence des volontés et des énergies. La tentation est grande en effet de redéfinir des priorités thématiques ou régionales en lieu et place des priorités nationales. Or, est-il utile de remettre en débats ces dernières si elles ont été arrêtées selon un processus de concertation itératif garantissant la prise en compte des remontées locales ? De même, si les modalités de déploiement sur le terrain justifient l'existence d'instances de concertations régionales, leur démultiplication systématique ne garantit pas un pilotage effectif et cohérent des moyens mobilisés.

Tableau 10 : Instances de gouvernance paritaire des organismes concourant à la santé au travail

	Nature de l'instance	Nombre	Nombre total de sièges (titulaires)	Nombre annuel moyen de réunions
COCT	Conseil national (CNOCT)	1	10	2 ¹⁷²
	Commission générale	1	10	8
	GPO	1	10	8
	commissions spécialisées	6	160	31
	CROCT	17	170	24
	GPRO	17	170	20
Sous-total		43	530	93
CNAM AT-MP	CAT MP	1	10	10
	CTN	9	144	63 ¹⁷³
	CRAT MP	20	200	80
	CTR	66	1056	210
Sous-total		96	1410	363
INRS	CA	1	18	5
Réseau ANACT	CA ANACT	1	18	4
	CA ARACT	17	270	51
OPPBTB	Conseil du comité national	1	10	2
	Conseil des comités régionaux	11	110	22
Sous-total		31	426	84
Services de santé au travail interentreprises	CA	240	3300 ¹⁷⁴	812
	Commission de contrôle	240	2600 ¹⁷⁵	812
Sous-total		480	5900	1624
ANSES	CA	1	8	4
Total		651	8274	2160

2.9.6 Les complémentaires de santé, récentes dans l'écosystème, offrent des perspectives nouvelles pour la prévention

Le PST3, dans son objectif opérationnel n°6 (Transversalité santé au travail-santé publique) part du constat que le travail est un déterminant de la santé et vise à articuler les ressources de la santé au travail et celles de la santé publique. Il considère à ce titre que les organismes de protection sociale complémentaire peuvent apporter leur concours, en particulier pour la prévention de risques multifactoriels qui se situent à la jonction de la santé individuelle et du risque professionnel, tels que, par exemple, les addictions ou les maladies cardiovasculaires. Ces organismes ont donc été identifiés dans l'action 2.10 du PST3, qui prévoit « *d'établir un cadre d'action partagé pour la mobilisation des organismes de protection sociale complémentaire, notamment afin de compléter ou d'agir en partenariat avec les autres acteurs de la santé au travail pour la prévention des risques professionnels* ».

¹⁷² Base 2017.

¹⁷³ Y compris commissions de coordination et commissions techniques.

¹⁷⁴ 1650 salariés/1650 employeurs (source : Présanse Présanse).

¹⁷⁵ 1730 salariés/870 employeurs.

La loi du 14 juin 2013, issue de l'ANI de janvier 2013, a obligé en effet toutes les entreprises à mettre en place une couverture santé obligatoire pour tous leurs salariés. Cette obligation a fortement impacté l'activité des organismes complémentaires (mutuelles, instituts de prévoyance et compagnies d'assurance) qui souhaitent adapter leur offre de produits et services afin de répondre aux besoins des entreprises pour des contrats collectifs mais aussi pour les inciter à mieux prendre en compte la question de la prévention de la santé au travail.

S'agissant ainsi de l'activité de prévoyance, le maintien des cotisations à un niveau acceptable pour les entreprises et les salariés nécessite d'engager des actions de prévention dans l'entreprise pour maîtriser ou réduire le risque. Partant du principe que, quels que soient les problèmes de santé et leurs origines, ils influent sur le travail et l'activité de l'entreprise, les complémentaires de santé adoptent d'emblée une approche globale de la santé des personnes en agissant tant sur les comportements individuels que sur les facteurs professionnels. Ce second volet constitue cependant un nouveau champ pour elles. Ainsi, ces organismes, désormais intéressés à l'absentéisme, l'allongement de la vie au travail, l'usure professionnelle, la gestion des parcours, le maintien dans l'emploi des personnes atteintes de pathologies chroniques, deviennent un nouveau contributeur de la prévention des risques professionnels et de la promotion de la santé¹⁷⁶. Ils présentent en outre la particularité de pouvoir s'adresser directement à leurs clients ou adhérents avec des taux de populations couvertes très importants et parfois difficiles d'accès par d'autres canaux (TPE...) ¹⁷⁷.

Par ailleurs, les accords de branche peuvent « recommander » le recours à des organismes complémentaires reconnus par eux. Dans le cadre de cette recommandation, l'accord peut prévoir un « degré élevé de solidarité ». 2 % des cotisations doivent alors être affectés à des prestations non contributives, notamment des actions de prévention concernant les risques professionnels ou d'autres objectifs de la politique de santé, relatifs notamment aux comportements en matière de consommation médicale. Ces actions peuvent relayer des actions prioritaires de la politique de santé, notamment des campagnes nationales d'information ou de formation, ou prévoir des actions propres au champ professionnel ou interprofessionnel concerné et visant à réduire les risques de santé futurs et à améliorer les conditions de vie au travail et la santé des salariés¹⁷⁸.

La mission, à travers ses auditions et l'examen de différentes offres de service, a pu repérer les initiatives prises par les organismes, certains ayant engagé des actions depuis plusieurs années.

Un organisme a par exemple développé une stratégie à destination des entreprises à partir d'un fonds d'action sociale représentant 100 M€ finançant, notamment, des chaires universitaires en santé ou santé au travail, un observatoire santé de l'alimentaire, une fondation d'entreprises développant des projets sur le bien-être, des manifestations thématiques, des publications sectorielles (commerces de détail alimentaire, pâtisserie artisanale, boulangerie, chocolatiers et confiseurs, charcuterie artisanale, boulangerie industrielle,...), des outils de prévention (ex : Mavimplant, développé avec l'INRS et la fédération de la boulangerie), un label « Développement Durable coiffure » (avec l'ADEME et la CNAM), des formations, des campagnes de prévention

¹⁷⁶ Les complémentaires prenant en charge près de 50 % du coût des IJ, les 3 jours de carence et une partie des frais de santé, elles sont particulièrement concernées par les maladies à caractère professionnel, notamment lorsqu'elles ne sont pas reconnues en maladie professionnelle. Dans ce cas, leur prise en charge est plus élevée. Les organismes complémentaires sont donc directement intéressés par l'amélioration des résultats en matière d'AT-MP pour les branches dont elles assurent la couverture complémentaire.

¹⁷⁷ Un des organismes auditionnés couvre par exemple 212 000 entreprises, 4,8M d'assurés à titre collectif, 1,8M à titre individuel.

¹⁷⁸ Art. R. 912-1 et R. 912-2 du code de la sécurité sociale.

(bucco-dentaire, diabète, TMS, allergies respiratoires, sommeil, etc.), des actions de prévention de la désinsertion (intervention à +25 et +85 jours).

D'autres développent des prestations telles que la réalisation de diagnostics sécurité, l'accompagnement des cadres dans leurs pratiques managériales ou de salariés en difficulté ou en situation d'aidant ou de handicap, la productions de tableaux de bord pour les clients, la mise en ligne d'un outil pour comprendre les données moyennes d'arrêt maladie et aider au calcul du coût de l'arrêt, la mise à disposition d'un réseau de personnes qualifiées, l'aide au retour et à l'aménagement de poste d'une personne atteinte d'un cancer.

Les organismes ont une forte propension à la personnalisation du service, en direction d'une entreprise particulière, voire d'un salarié, d'une part parce qu'ils constatent que les dirigeants ont une faible appétence pour la prévention, d'autre part parce que la « consommation » du service est conditionnée au fait qu'il est proposé « à la bonne personne, au bon moment ». Cette offre est permise par l'exploitation fine des données de l'entreprise en fonction de ses problématiques (données sociales et d'absentéisme par populations, entités, risques) et le recours au digital pour atteindre les bénéficiaires potentiels.

En résumé

La mission note que les organismes complémentaires ont spontanément pris l'attache des préventeurs institutionnels pour construire leur offre (CNAM, Anact, INRS, OPPBTP) mais que la réponse à la demande s'opère au cas par cas dans le cadre de relations bilatérales, sans qu'une stratégie commune ait été élaborée, au risque de reproduire l'écueil d'un foisonnement et d'une dispersion peu lisibles de l'offre, nuisant à son efficacité.

2.9.7 L'offre privée de conseil et d'accompagnement doit être reconnue et articulée avec l'écosystème institutionnel

Une offre de services privée importante en santé au travail a fait irruption au cours des deux dernières décennies¹⁷⁹, dans le champ de la formation, de l'expertise, de l'aide au diagnostic, de l'appui à l'élaboration de démarches de prévention et de plans d'action, de l'accompagnement des victimes, de la certification, etc. Ces compétences sont exercées au sein de cabinets conseil RH généralistes proposant des prestations en prévention et gestion des risques professionnels ou au sein de cabinets spécialisés dans la prévention et gestion de ces risques, en général des structures de petite taille¹⁸⁰.

Certaines personnes auditionnées considèrent que la prévention est devenue un « *business* » et soulèvent l'écueil d'une commercialisation excessive des services de prévention, qui éloigne parfois des missions et tâches premières. Elles invitent à préférer des services par branche, s'appuyant sur un dialogue social cadrant les actions de prévention, ou par région, plutôt qu'un environnement concurrentiel ne garantissant pas la qualité des prestations.

¹⁷⁹ L'impréparation et l'effet de sidération consécutifs à la « crise des RPS » puis le développement des démarches de qualité de vie au travail y ont beaucoup participé lors de la dernière décennie.

¹⁸⁰ Source : Apec.



Se pose en filigrane la question de l'habilitation des intervenants dans le champ de la santé au travail¹⁸¹ : agrément, accréditation, certification, labélisation, intégration au cadre des IPRP¹⁸² ? Là encore, les acteurs publics n'ont pas su s'organiser de manière à apporter une réponse harmonisée sur le territoire. En dehors du cadre des intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP), régis par l'article L.4644-1 (Cf. encadré infra)¹⁸³, les pouvoirs publics n'ont pas pris explicitement position sur le sujet, préférant, par exemple dans le cas des RPS, produire un guide à destination des employeurs désireux de recourir à un consultant pour l'aider à qualifier sa demande et élaborer son cahier des charges avant de lancer un appel d'offre plutôt que de désigner une liste de prestataires habilités¹⁸⁴. Certains acteurs en région se sont toutefois organisés pour produire des listes bâties sur la base de critères partagés tandis que d'autres ont agi isolément (Carsat, Aract), ou n'ont pas produit de liste « officielle », se contenant de renvoyer au cas par cas vers des consultants jugés par eux compétents. Le tout a concouru à brouiller encore plus les pistes, tant à l'égard de consultants ignorant sur quels critères ils figuraient ou non sur une liste que d'entreprises ne sachant plus à quel saint se vouer en l'absence de réponse homogène.

On notera toutefois une exception notoire à travers la politique volontariste engagée par l'INRS de démultiplication des formations à la prévention conçues par ses équipes. L'habilitation d'organismes de formation via le développement de formations de formateurs, de formateurs de formateurs, a permis une forte augmentation du nombre d'habilitations en 2015 (73 % par rapport à 2014), qui s'est poursuivie en 2016 (12 % par rapport à 2015). Alors que l'accès aux formations de l'INRS était réputé difficile en raison des capacités réduites d'intervention de l'organisme, près de 3 000 organismes de formation sont désormais habilités ou certifiés. Le volume des formations proposées dans le domaine de la santé et sécurité au travail sur l'ensemble du territoire national devient de fait significativement plus important. Cette démarche de démultiplication, dans une

¹⁸¹ On rappelle encore ici que la directive du 12 juin 1989 concernant la mise en oeuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail (89/391/CEE) prévoit :

« Art 7

-3. : *Si les compétences dans l'entreprise et/ou l'établissement sont insuffisantes pour organiser ces activités de protection et de prévention, l'employeur doit faire appel à des compétences (personnes ou services) extérieures à l'entreprise et/ou à l'établissement (.../...)*

-5. : *Dans tous les cas :*

(./.) - les personnes ou services extérieurs consultés doivent avoir les aptitudes nécessaires et disposer des moyens personnels et professionnels requis, (.../...)

-8. *Les États membres définissent les capacités et aptitudes nécessaires visées au paragraphe 5 ».*

¹⁸² Article R4623-39 : « *Lorsque le service de santé au travail ne dispose pas des compétences techniques nécessaires à son intervention, il fait appel, le cas échéant, à un intervenant en prévention des risques professionnels enregistré en application des dispositions de l'article L. 4644-1 ».*

¹⁸³ L'article L. 4644-1 prévoit que l'employeur doit disposer de compétences en interne et qu'à défaut, il peut recourir aux IPRP des SSTI ou dûment enregistrés. Il prévoit également la possibilité pour l'employeur de faire appel aux services de prévention des Carsat, à l'OPPBTBTP ou au réseau Anact-Aract. Ce dernier point entretient toutefois la confusion quant aux missions respectives de chacun, en apparence interchangeables, et laisse en particulier penser qu'Anact, INRS, OPPBTBTP et Carsat sont des prestataires d'intervention à la disposition des entreprises alors que leur activité est largement dictée par une programmation interne ne permettant pas de répondre à la demande individuelle des entreprises.

¹⁸⁴ Risques psychosociaux : comment choisir un consultant Exemples (2012). On note que, bien que ce guide soit le résultat d'une coproduction nationale Anact/INRS/Assurance Maladie Risques professionnels, de nombreux autres guides portant sur le même objet se trouvent sur Internet, produits notamment par les Carsat.

logique d'écosystème, paraît constituer une voie intéressante d'articulation et de cohabitation harmonieuse et lisible entre l'offre de services publique d'une part et l'offre privée d'autre part¹⁸⁵.

Encadré 19 : Les intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP)

La mise en place des intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP) résulte de la loi n°2002-73 du 17 janvier 2002 dont le cadre d'action a été revu par la loi n°2011-867 du 20 juillet 2011. Les IPRP exercent soit directement dans les SSTI (leur nombre est passé de 1204 à 1519 entre 2013 et 2016 soit une augmentation de 26 %) ¹⁸⁶, soit en externe. L'IPRP participe à la préservation de la santé et de la sécurité des salariés ainsi qu'à l'amélioration de leurs conditions de travail dans un objectif exclusif de prévention. Il assure des missions de diagnostic et de conseil, des missions d'accompagnement et de suivi.

Un IPRP est un préventeur, personne, physique ou morale, dotée de compétences techniques, organisationnelles ou médicales. Le recours à ces professionnels est encadré par la loi qui impose notamment que leurs compétences soient reconnues. Ils peuvent avoir des profils variés tels que l'ergonomie, la toxicologie, l'hygiène, l'organisation du travail « etc. ».

Jusqu'en 2012, les comités interrégionaux composés des Cram (devenues Carsat), des Aract et de l'OPPBT, étaient chargés d'instruire les demandes d'habilitation des IPRP, qu'ils soient internes aux SST ou externes. Depuis la réforme de 2011, l'exercice de la fonction ne nécessite plus d'habilitation. En revanche, les IPRP externes doivent être enregistrés par les DIRECCTE par le biais d'une procédure simplifiée. Pour être enregistré, l'IPRP doit disposer de compétences et justifier d'un diplôme d'ingénieur ou d'un diplôme sanctionnant au moins deux ans d'études supérieures dans les domaines de la santé, de la sécurité ou de l'organisation du travail, ou au moins trois ans d'études supérieures dans un domaine scientifique ou dans une matière relevant des sciences humaines et sociales et liés au travail ou d'une expérience professionnelle dans le domaine de la prévention des risques professionnels d'au moins cinq ans.

La DGT ne disposant pas de données ni de statistiques récentes sur le nombre et l'activité des IPRP enregistrés par les Direccte, il n'est pas possible de dresser une vision d'ensemble de la contribution de ces derniers au sein du système de prévention. Les quelques éléments recueillis au travers de leur participation eu sein des ateliers organisés par la mission ont en tout état de cause confirmé l'ensemble des constats du présent rapport relatifs à la difficile articulation de la multiplicité des acteurs.

3 QUELS ROLE ET PLACE POUR LES PARTENAIRES SOCIAUX ?

La question de la place du paritarisme dans le fonctionnement du système de santé au travail n'échappe pas au questionnement sur la place du paritarisme en général tel que l'évoque le rapport parlementaire sur le paritarisme¹⁸⁷:

« Le fait que des représentants des salariés et des employeurs, comptés en nombre égal, se réunissent pour créer de la norme, pour l'interpréter et pour gérer les institutions et les droits qui en sont issus est un procédé aussi simple à comprendre que difficile à mettre en œuvre. Fort naturellement, il suscite aussi beaucoup de questions : ces acteurs sont-ils vraiment légitimes pour prendre en charge une partie des politiques publiques ? Quelle autonomie l'État peut-il leur laisser dès lors que les enjeux financiers dépassent les seuls intérêts des entreprises et des salariés et concernent la nation tout entière ? Comment s'assurer que les systèmes paritaires sont gérés dans l'intérêt de tous et conservent la capacité de se réformer ? ».

¹⁸⁵ <http://www.inrs.fr/services/formation/demultiplication.html>.

¹⁸⁶ Source : DGT.

¹⁸⁷ Rapport de la mission d'information de l'Assemblée Nationale sur le paritarisme du 8 juin 2016.

Le paritarisme, s'il est prépondérant dans le système institutionnel de la santé au travail, n'est toutefois pas la seule forme de dialogue social rencontrée dans le domaine de la santé au travail. La négociation collective interprofessionnelle, de branche ou d'entreprise y a une place plus modeste. Et plus généralement, au sein du dialogue social, c'est la consultation des institutions représentatives du personnel qui prédomine.

3.1 Une légitimité et une place renforcées au sein des instances d'orientation

3.1.1 Le COCT et le GPO : une amorce de tripartisme qui donne satisfaction

Rénové par la loi n° 2015-994 du 17 août 2015 (article 26), suivant en cela une proposition unanime des partenaires sociaux du 30 octobre 2014 réuni au sein d'un groupe de travail du précédent COCT, le CNOCT a évolué vers un début de co-construction de la politique publique en matière de santé au travail entre partenaires sociaux et ministère du travail. La démonstration en est la méthodologie de l'élaboration du plan santé travail adopté par le ministère du travail pour la période 2016-2020 (PST3) (Cf. §1.3 partie 1).

Les partenaires sociaux ont donc renforcé leur légitimité au sein de cette instance pour participer à la définition de la stratégie nationale en matière de santé au travail.

Il n'en reste pas moins que cette situation est fragile :

- Elle reste tributaire de la permanence de l'engagement des organisations syndicales d'employeurs et de salariés ;
- Si l'on compare à d'autres conseils du même type¹⁸⁸, le support de son fonctionnement est très limité :
 - Au plan des ressources humaines, deux personnes : le secrétaire général (missionné à temps complet et la mise à disposition à mi-temps d'une chargée de mission de la DGT ;
 - Une « enveloppe budgétaire » modeste (100 000 euros pris sur le budget opérationnel de programme 111 de la DGT) ;
 - Il faut noter à ce propos la dépendance vis-à-vis de la DGT qui peut contrarier l'autonomie du Conseil directement placé sous l'autorité du Ministre¹⁸⁹.

De ce fait, le COCT n'a, jusqu'à présent, que peu utilisé les capacités d'initiatives que lui offre la loi : soumettre des avis et des propositions dans les domaines relevant de sa compétence et diligenter à cette fin des études ou établir des rapports particuliers.

Son regard sur les groupes permanents régionaux d'orientation des conditions de travail dont le GPO a la charge de participer à leur coordination et leur information a débuté en 2016 au travers d'échanges avec les représentants des GPRO de plusieurs régions. Dans cet esprit le GPO a impulsé et finance majoritairement l'offre de services du GIS ATLAST, qui doit permettre d'apporter aux régions qui le souhaitent un soutien opérationnel pour l'adoption de diagnostics partagés sur la base de données régionalisées en santé au travail.

Les sollicitations ministérielles envers le CNOCT restent modestes de même que la fréquence des réunions annuelles de l'instance présidée par le-a Ministre.

¹⁸⁸ Conseil d'orientation pour l'emploi.

¹⁸⁹ Au strict plan budgétaire, il n'y a pas de budget du COCT à proprement parler, il s'agit d'une somme bloquée par la DGT pour le COCT.

En définitive cette instance tripartite apparaît sous utilisée dans sa dynamique d'échange entre pouvoirs publics et partenaires sociaux.

3.1.2 Les CROCT et les GPRO, un démarrage plus difficile

Dans le même esprit que celui de la rénovation du COCT, la mise en place concomitante des groupes permanents régionaux d'orientation (GPRO) formations resserrées des CROCT, repose sur l'idée que les partenaires sociaux, aux côtés des pouvoirs publics, ont vocation à participer, le plus en amont possible, à la définition des orientations de la politique régionale de santé et sécurité au travail.

L'installation et le fonctionnement des GPRO s'avère plus difficile et très variable suivant les régions. Les partenaires sociaux régionaux s'investissent plus difficilement dans une politique transverse de santé au travail sur un territoire régional. Ils sont davantage engagés, par habitude, dans la gestion des organismes touchant à la prévention des risques professionnels (Aract, Carsat, OPPBTP, SSTI) au sein de leur organe de gouvernance.

La représentation de l'Etat sur le territoire peine à coordonner une politique régionale, faute de moyens d'une part et, d'autre part, en raison de la multiplicité des organismes qui ont tendance à vouloir décliner leur propre politique issue de leur échelon national. A ceci s'ajoute l'impossibilité actuelle déjà évoquée de fédérer l'action des services de santé au travail (cf. § 2.8.4 partie1).

3.2 Une grande diversité dans l'organisation du paritarisme au sein de la gouvernance des organismes

La mise en œuvre des politiques de santé au travail se structure autour de l'action d'organismes chargés d'élaborer et de diffuser des mesures de prévention collective, d'exercer une surveillance médicale ou de réparer des préjudices.

Ces derniers, comme nous l'avons vu, ont des statuts différents relevant soit de l'Etat, soit de la Sécurité sociale, soit du régime associatif loi 1901 et mêlent dans leur gouvernance à des degrés divers l'Etat, les employeurs et les partenaires sociaux.

Cette organisation est issue de décisions des pouvoirs publics qui ont pu être sous-tendues par des accords nationaux interprofessionnels comme l'accord du 13 septembre 2000 sur la santé au travail et la prévention des risques professionnels et l'accord du 28 février 2006 sur la gouvernance de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) de la CNAM.

► Le paritarisme de la branche AT-MP de la CNAM

L'accord interprofessionnel du 28 février 2006 sur la gouvernance de la branche accidents du travail et maladies professionnelles de la CNAM, qui souhaitait un renforcement du paritarisme de gestion au sein de la CAT-MP et de l'autonomie de la branche face à la CNAM et à l'Etat¹⁹⁰, n'a pas trouvé de traduction complète dans la loi¹⁹¹.

¹⁹⁰ Ce protocole prévoyait notamment :

- La commission des accidents du travail et des maladies professionnelles (CAT-MP) règle par ses délibérations les affaires de la branche AT-MP et définit les orientations que le directeur des risques professionnels devra mettre en œuvre.
- A la suite d'un processus étroit de concertation avec les pouvoirs publics, la commission procède à la désignation du directeur des risques professionnels. Les pouvoirs publics agrèent cette désignation.

Ce paritarisme est qualifié de « paritarisme encadré » au sein du groupe des formes de paritarisme qualifié de « *tripartisme asymétrique masqué* », voire de « *paritarisme de figuration* » dans le rapport de l'assemblée nationale sur le paritarisme¹⁹².

La gouvernance de la branche AT-MP de la CNAM, en effet, est assurée par la Commission des AT-MP (qui n'a pas le rôle d'un conseil d'administration) où siègent les partenaires sociaux à parité avec droit de vote (les employeurs exerçant toutefois de droit la présidence avec voix prépondérante) et les représentants de l'Etat avec voix consultative (Direction de la sécurité sociale et Direction générale du travail). Les partenaires sociaux (avec la prédominance patronale) n'exercent de fait qu'un pouvoir d'influence sur les orientations de la branche. En effet les décisions « dures » comme les arbitrages budgétaires relèvent in fine de l'institution de sécurité sociale et de l'Etat. La commission n'exerce donc habituellement qu'un rôle consultatif sur les aspects opérationnels. Elle peut toutefois bloquer le dispositif en refusant de valider la Convention d'objectif et de Gestion établie avec l'Etat quand ce dernier ne retient aucune des propositions. Ce type de fonctionnement du « tout ou rien » pose question.

Les comités techniques nationaux (CTN) investis d'un rôle de conseil opérationnel de prévention auprès de la CAT-MP sont en charge de l'élaboration de recommandations en la matière. Leur fonctionnement a toutefois des limites.

- En ce qui concerne le périmètre des branches professionnelles couvertes : les partenaires sociaux des CTN concernant les branches industrielles traditionnelles¹⁹³ ont un fonctionnement proche des préoccupations de prévention des risques de celles-ci. Les autres CTN, de par le nombre et la diversité des activités des entreprises concernées, voient les représentants des organisations patronales et syndicales bien plus éloignés des problèmes des entreprises et peinent à cibler leurs interventions ;
- En ce qui concerne la relation négociation collective de branche en matière de santé au travail et le travail réalisé dans les CTN : quand elle existe, l'activité de négociation collective sur la prévention des risques dans les branches professionnelles manque de lien avec celle du CTN correspondant. Ceci tant dans la nature des thèmes traités que dans les échanges entre représentants qui siègent en CTN et négociateurs de branche (Cf. infra).

Au niveau régional, les Carsat (associations loi 1901), administrées par un conseil d'administration, ont été dotée d'une commission paritaire spécifique dédiée aux AT-MP (CRAT-MP)¹⁹⁴, qui a permis une plus grande possibilité d'intervention des partenaires sociaux dans la politique des caisses en matière de prévention des risques. Toutefois ces derniers restent très en retrait pour l'impulsion d'actions transverses notamment dans l'élaboration et l'accompagnement des CPOM où, pourtant, du côté des SSTI, autres parties à ces contrats, existe aussi gouvernance paritaire. Les comités techniques régionaux (CTR), conseils des CRAT-MP, censés être à l'initiative de réflexions et d'actions en matière de prévention des risques professionnels sur les territoires au plus proche des entreprises, restent principalement axés sur leur fonction d'assureur en traitant de majorations ou de ristournes des cotisations des entreprises.

- En outre, les organisations professionnelles d'employeurs et les organisations syndicales de salariés, représentatives au plan national et interprofessionnel, siégeant à la commission des AT-MP, considèrent que les excédents éventuels de la branche AT-MP doivent être affectés au financement des objectifs et priorités de la commission des AT-MP, en particulier la prévention des risques professionnels.

¹⁹¹ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

¹⁹² Rapport de la mission d'information de l'Assemblée Nationale sur le paritarisme du 8 juin 2016.

¹⁹³ CTN A : industries de la métallurgie ; CTN B : industries du bâtiment et des travaux publics ; CTN E : industries de la chimie, du caoutchouc, de la plasturgie.

¹⁹⁴ Configuration issue de l'accord de 2006 (cf. supra).

3.3 La négociation collective



Dans le domaine de la santé au travail les partenaires sociaux peinent à aménager des espaces spécifiques pérennes pour débattre entre eux et pouvoir dégager éventuellement des positions communes en amont ou en marge des lieux de concertation organisés par les pouvoirs publics ou dans les organes de gouvernance¹⁹⁵. La négociation collective est en effet peu développée en matière de prévention des risques et de santé au travail et est davantage centrée sur son propre fonctionnement et sur les moyens des organisations syndicales que sur la stratégie d'actions concrètes adaptées aux enjeux de prévention.

3.3.1 Au niveau national interprofessionnel

Au plan national et interprofessionnel des espaces existent toutefois conjoncturellement lors des négociations interprofessionnelles ou lors des comités de suivi de certains accords :

- Accord national interprofessionnel du 19 juin 2013 : Vers une politique d'amélioration de la qualité de vie au Travail et de l'égalité professionnelle ;
- Accord du 2 juillet 2008 relatif au stress au travail ;
- Accord du 13 septembre 2000 sur la santé au travail et la prévention des risques professionnels.

3.3.2 Au niveau des branches

On serait naturellement enclin à considérer que la branche est le lieu privilégié, grâce notamment à la négociation collective, pour organiser une offre de service à destination des entreprises et des salariés en matière de prévention des risques, en particulier pour couvrir et accompagner les PME qui n'ont pas les moyens de se doter elle-même de ressources dédiées à la santé au travail.

Il n'y a toutefois aucune obligation de négocier dans les branches des accords relatifs à l'amélioration des conditions de travail et à la santé au travail¹⁹⁶. Mais le nouvel article L. 2253-2 du code du travail a donné à la branche la possibilité de fixer des clauses dites de verrouillage vis-à-vis des accords d'entreprises portant sur la prévention des effets de l'exposition à certains facteurs de risque (ex « facteurs de pénibilité »), l'insertion et le maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés, les primes pour travaux dangereux ou insalubres. Il existe bien par ailleurs, en matière de prévention de la pénibilité, un intérêt pour les entreprises de 50 à 299 salariés à ce que leurs

¹⁹⁵ Les principes de l'accord de modernisation du paritarisme ne se sont pas déclinés dans le domaine de la santé au travail et il persiste une confusion entre les prérogatives des partenaires sociaux pour orienter les politiques et celui de leurs mandataires dans les organismes de prévention à gestion paritaire pour déclinier ces dernières.

¹⁹⁶ Par exemple l'obligation de négociation annuelle en matière de QVT et d'égalité professionnelle s'applique uniquement aux entreprises.

branches professionnelles concluent un accord. Cela les dispense de l'obligation de conclure un accord d'entreprise et peut leur faciliter la déclaration des facteurs de risque (cf. § supra) lorsque l'accord collectif de branche étendu fixe les postes, métiers ou situations de travail concernés.

Ainsi le dialogue social n'a pas emprunté la voie de la négociation collective de branche sur les sujets de santé au travail mais s'est adossé à un paritarisme de gestion interprofessionnelle institutionnel au sein de la branche AT-MP.

Dans ce cadre, les spécificités sectorielles de prévention sont toutefois prises en compte par les comités techniques nationaux (CTN). Force est de constater que l'articulation entre le travail de ceux-ci, pourtant précieux, et le dialogue social de branche sur les questions de santé travail est fort modeste. Beaucoup se joue au travers des conventions nationales d'objectifs passées entre la branche AT-MP et les organisations professionnelles. Même si en amont ces conventions naissent d'un dialogue entre partenaires sociaux au sein des CTN et d'une concertation entre organisations professionnelles et syndicales d'une même branche, cette concertation reste à l'écart de l'organisation de la négociation collective de la branche considérée. Ce sont in fine les organisations professionnelles qui sont chargées d'informer et de mobiliser les entreprises sans que les organisations syndicales soient parties prenantes, limitant ainsi la dynamique d'un dialogue social sur le terrain autour des dispositions d'application des conventions¹⁹⁷. Le paritarisme se perd donc au fur et à mesure que l'on se rapproche du lieu de déclinaison des actions définies dans les conventions nationales d'objectifs.

Dans les faits, la branche professionnelle n'apparaît pas aujourd'hui comme un acteur majeur et autonome en matière de santé et sécurité. L'épisode récent de la pénibilité, indépendamment de ses soubresauts politiques, a remis en évidence la moindre structuration, notamment autour d'un dialogue social effectif, et la capacité technique des branches à prendre en charge les problématiques de santé au travail et à construire une offre de services mutualisée robuste, au profit en particulier des plus petites entreprises.

En effet, très peu de branches ont structuré leur dialogue social concernant les questions de santé et de sécurité : On peut citer la branche Chimie, la branche, pétrole, la branche caoutchouc, la branche métallurgie qui, si elles regroupent des entreprises de diverses tailles, comportent toutes des grandes entreprises qui ont favorisé la structuration de ce dialogue social. Ainsi certaines de ces branches ont-elles mis en place des commissions paritaires spécifiques pour traiter des questions de santé et de sécurité¹⁹⁸. Ces commissions ont un rôle de veille, d'analyse et d'orientation des actions de prévention, parfois en prévoyant un lien avec le CTN correspondant pour articuler leur action. Malheureusement ce travail d'analyse et d'orientation peine à fonctionner et le lien avec le CTN reste souvent ténu.

Les Centres techniques industriels (CTI) pourraient être sollicités davantage par les branches professionnelles notamment en prévention primaire. En effet, ils fonctionnent sous la gouvernance des organisations professionnelles et de salariés¹⁹⁹ et constituent pour les filières industrielles généralement caractérisées par une forte part de PME, un dispositif de transfert technologique et

¹⁹⁷ L'Etat lui-même s'affranchit de la dynamique du dialogue social lorsqu'il établit au travers de la DGT en association avec l'INRS et la CNAM des conventions de partenariat avec des fédérations professionnelles pour prendre en compte des risques professionnels sans s'assurer que les fédérations syndicales des salariés concernées sont parties prenantes à la démarche.

¹⁹⁸ Accord du 19 juin 1995 relatif à la sécurité dans les établissements pétroliers (article 5), accord du 18 juillet 2016 relatif à la santé, à l'amélioration des conditions de travail, à la sécurité et à la sûreté (Article 29), accord du 3 mars 2017 relatif à la santé et à la sécurité au travail la branche du travail temporaire.

¹⁹⁹ Art. L. 342-1 et suivants du code de la recherche.

d'innovation²⁰⁰. Ils apportent aux entreprises des infrastructures d'essais et d'évaluation, des compétences scientifiques et technologiques, des informations, des analyses et sont donc particulièrement concernés pour proposer des solutions de prévention dès la conception des dispositifs et outils de production à toutes les entreprises de leur branche industrielle.

En définitive le nombre d'accords de branche relatifs à l'amélioration des conditions de travail demeure faible et leur contenu souvent très général. Cela tient notamment au fait de l'évolution constante du cadre législatif et réglementaire mais surtout à l'insuffisance du niveau d'expertise et parfois de moyens dont les branches disposent pour négocier sur ces sujets. Peu nombreux, ces accords sont pourtant protecteurs pour les entreprises de la branche, en particulier lorsqu'ils ont fait l'objet d'un arrêté d'extension, les rendant ainsi applicables à l'ensemble des entreprises de la branche.

3.3.3 Au niveau des territoires

- Les observatoires régionaux de santé au travail (ORST)²⁰¹ auraient dû être le lieu de démocratie sociale paritaire interprofessionnelle sur les questions de santé au travail, destiné à fixer les grandes orientations pour coordonner les actions des différents organismes régionaux de prévention. Ils n'ont jamais réellement rempli ce rôle et ont été intégrés dans le tripartisme des CROCT au sein des GPRO. (Cf. supra)
- Mises en place à compter du 1er juillet 2017²⁰², les commissions paritaires régionales interprofessionnelles (CPRI), ont la capacité d'intervenir sur les questions spécifiques posées aux très petites entreprises et à leurs salariés notamment sur la santé au travail et les conditions de travail. Il est trop tôt pour tirer un bilan du fonctionnement de ces commissions en la matière. Il apparaît toutefois dès à présent utile qu'elles trouvent une méthode de travail en lien avec les instances régionales dédiées à la santé au travail.
- Plus anciennes, les CPRIA, nées de l'accord du 12 décembre 2001 relatif au développement du dialogue social dans l'artisanat, sont parvenues depuis 2011, date de la généralisation de leur mise en place, à un mode de fonctionnement pérenne. D'abord peu répandues, les initiatives en matière de santé au travail se développent on peut citer une action sur les addictions de la CPRIA Pays de la Loire en 2016.
- Les CPHSCT (Commissions Paritaires d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail) instaurées par la loi d'orientation agricole du 9 juillet 1999 sont nées d'une volonté des partenaires sociaux de l'agriculture pour que les petites entreprises agricoles n'ayant ni CHSCT, ni délégué du personnel, bénéficient également d'un lieu d'échanges, de réflexion et de concertation paritaire sur les questions de santé et de sécurité au travail des salariés agricoles. Les premières CPHSCT ont commencé à fonctionner fin 2001. Leur constitution reposant sur l'idée de proximité, les CPHSCT départementales sont donc la règle même si les partenaires sociaux ont parfois décidé à certains endroits de réunir plusieurs départements. En 2016, il y avait 30 CPHSCT constituées (dont 4 pluri-départementales) et 12 en attente de la décision de constitution de la DIRECCTE. Pour la FNSEA, les CPHSCT sont le meilleur moyen d'approcher de façon pratique les questions de prévention qui préoccupent les travailleurs agricoles. La MSA accompagne le développement des CPHSCT en leur proposant un soutien méthodologique et organisationnel.

²⁰⁰ Les CTI comportent dans leur globalité plus de 3 200 personnels qualifiés, ingénieurs, scientifiques et techniciens experts en recherche industrielle et transferts, ainsi qu'une expérience de plus de quarante ans.

²⁰¹ Accord du 13 septembre 2000 sur la santé au travail et la prévention des risques professionnels (art 13).

Accord interprofessionnel du 12 mars 2007 relatif à la prévention, à la tarification et à la réparation des risques professionnels.

²⁰² Loi n° 2015-994 du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi.

3.3.4 Au niveau de l'entreprise

La négociation dans l'entreprise va constituer un enjeu essentiel en matière d'amélioration des conditions de travail et de prévention, tant en ce qui concerne la méthodologie applicable en matière de prévention des risques professionnels que le rôle des différents acteurs au sein de l'entreprise.

Les accords organisationnels dans ce domaine auront en effet davantage d'importance pour mieux structurer la démarche d'amélioration et aboutir à une meilleure performance en termes de prévention. En effet, Le CSE constitue l'instance au sein de laquelle les questions de santé et sécurité sont traitées désormais à l'échelon stratégique de la délibération, en même temps et au même titre que les questions d'emploi, de formation, de rémunération, etc. C'est une opportunité pour les conditions de travail d'être prises en compte en amont des processus décisionnels structurants dans l'entreprise. Les représentants de proximité permettent quant à eux le signalement, la remontée d'information sur les conditions de travail en vie réelle et constituent le relai local approprié pour traiter des aménagements des conditions de travail au quotidien²⁰³. L'analyse et l'expertise technique reviennent enfin à la commission santé, sécurité et conditions de travail (SSCT)²⁰⁴. Une articulation potentiellement vertueuse existe donc entre la technique et le stratégique, entre le local et le général à travers le nouveau triptyque que constituent le CSE, la CSSCT et les représentants de proximité. Ainsi, la négociation du protocole électoral prend plus que jamais un tour décisif car la loi donne des marges importantes pour que l'accord puisse, à l'occasion de la mise en place du CSE, moduler et façonner l'instance en fonction de la configuration organisationnelle de l'entreprise et de ses enjeux en matière de santé et sécurité.

Toutefois, une certaine culture des relations sociales est la condition nécessaire pour y parvenir. D'autre part, il apparaît indispensable d'accompagner les acteurs sociaux de l'entreprise pour qu'ils puissent appréhender ces évolutions de telle sorte que l'on n'assiste pas à une régression en matière de dialogue social autour des conditions de travail. A cet effet, la future organisation du système de santé au travail devra aussi favoriser la montée en compétence des parties prenantes sur ces questions.

En résumé



En résumé de cette première partie, tout en enregistrant les progrès réalisés et sans céder à un pessimisme de circonstance, toutes les données conduisent à considérer que le bilan de la santé au travail en France est contrasté.

Certains portent un jugement plus sévère en considérant que les résultats ne sont pas bons au regard des moyens consacrés et que la santé au travail est « un îlot de faiblesse au sein d'un système de santé globalement excellent²⁰⁵ ».

²⁰³ L'accord qui prévoit leur mise en place doit fixer ses attributions, « notamment en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail. Il doit donc veiller à ce que l'implantation des représentants de proximité, particulièrement dans les entreprises à établissements ou sites multiples, permette la prise en compte effective des réalités locales mais aussi la résolution pratique de questions qui ne justifient pas de remonter au niveau stratégique.

²⁰⁴ La CSSCT a vocation à prendre le relais du CSE, dans le cadre de la délégation de tout ou partie de ses attributions par ce dernier (enquêtes accidents, visites d'inspection...) mais aussi participer à l'élaboration du cahier des charges de l'expert en cas de recours à ce dernier, à l'analyse de son rapport en vue de préparer l'avis du CSE, examiner les rapports de vérification, analyser le plan annuel de prévention, être associée à la démarche d'évaluation des risques de l'employeur, bref à tout ce qui permettra au CSE d'exercer ses prérogatives de manière éclairée.

²⁰⁵ Verbatim issu des auditions de la mission.

Un point d'équilibre doit pouvoir être trouvé en considérant qu'une nation développée, pas plus qu'une entreprise, ne peut se satisfaire de résultats mitigés, a fortiori si l'on partage la conviction selon laquelle la performance économique ne peut durablement être entretenue qu'avec une population au travail placée dans des conditions de vie au travail et hors travail satisfaisantes.

Comme le relevait la Commission Européenne en 2010 : « Pour innover et obtenir rapidement et efficacement des résultats, les entreprises européennes ont besoin, pour leur survie et leur expansion, d'une main d'œuvre motivée qui se développe dans un environnement de travail de qualité, associant sécurité et hygiène sur les lieux de travail²⁰⁶ ».

²⁰⁶ Commission Européenne, 2010, « Une stratégie pour des compétences nouvelles et des emplois », COM (2010)682 : <http://ec.europa.eu/transparency/regdoc/rep/1/2010/FR/1-2010-682-FR-F2-1.Pdf>.

PARTIE 2

ELEMENTS DE PROSPECTIVE

1 DES EVOLUTIONS A PRENDRE EN COMPTE

1.1 Le dispositif de maintien en emploi, dans un contexte de population au travail vieillissante, devra apporter des réponses à la hauteur de l'augmentation de la désinsertion professionnelle

« La politique de prévention de la désinsertion professionnelle des travailleurs handicapés manque d'affirmation et de visibilité. Les acteurs et les dispositifs mobilisables dans ce cadre sont trop peu connus des salariés comme des employeurs. L'absence ou les difficultés de coordination entre la médecine de ville, les services de santé au travail, le service public de l'emploi et les collectivités en charge de la formation professionnelle sont, en particulier, régulièrement relevées. Il n'existe le plus souvent aucune interaction entre le médecin de ville, qui peut être le premier à détecter les difficultés de la personne, les organismes de sécurité sociale et le médecin du travail. Cette situation empêche l'anticipation et l'action préventive. Le degré d'implication et les moyens des services de santé au travail, acteurs clés en la matière, sont hétérogènes ». ²⁰⁷

Que ce soit pour les personnes handicapées dans leur parcours d'insertion ou de maintien en emploi ou pour les salariés dont l'aptitude médicale est restreinte ou en passe de l'être suite à une affection de longue durée, le dispositif d'accompagnement des intéressés est qualifié de véritable maquis institutionnel. Il fait l'objet de nombreuses critiques s'agissant de son efficacité et de son ancrage avec la situation réelle des personnes. Ces dernières sont en outre souvent réduites à pallier l'insuffisance de coordination des acteurs en se chargeant elles-mêmes, et tant bien que mal, de leur éventuelle mise en relation. Dans leur rapport « Plus simple la vie », Adrien taquet et Jean-François Serres²⁰⁸ relèvent également que 37 % des saisines du Défenseur des droits relatives au handicap concernent l'emploi et constatent que, dans la majorité des dossiers traités, l'obligation d'aménagement raisonnable n'est pas respectée.

Concernant les services de santé au travail, la loi du 20 juillet 2011 a renforcé leur rôle de conseil de prévention de la désinsertion professionnelle et de contribution au maintien dans l'emploi des travailleurs via l'équipe pluridisciplinaire expressément confiée aux services de santé et a prévu la

²⁰⁷ Rapport « Personnes handicapées - Sécuriser les parcours, cultiver les compétences » Dominique Gillot – juin 2018.

²⁰⁸ Rapport "Plus simple la vie" : 113 propositions pour améliorer le quotidien des personnes en situation de handicap" - Adrien Taquet et Jean-François Serres – mai 2018.

mise en place en leur sein, à cet effet, d'un service social²⁰⁹. Ces dispositions sont encore loin d'être respectées et d'application très inégale d'un service à l'autre²¹⁰.

Les appels répétés et les tentatives pour plus de coordination entre acteurs du maintien dans l'emploi n'ont jusqu'à présent pas donné les résultats escomptés. Il semble donc que seule une solution consistant en une refonte radicale du cadre juridique et institutionnel fédérant et restructurant les différents acteurs concernés puisse clarifier et simplifier le parcours d'accompagnement du travailleur handicapé et plus généralement de tout travailleur exposé à un risque de désinsertion consécutif à son état de santé.

Sans nier la complexité du sujet, les contours de cette refonte pourraient s'appuyer sur les principes suivants :

- Créer au bénéfice du salarié et de l'employeur un porte d'entrée garantissant la prise en charge et le suivi multi-acteurs de tout dossier de maintien en emploi ;
- Organiser les relations entre médecin du travail et médecin conseil ;
- Instaurer, en cas de blocage, un mécanisme administratif garantissant la prise de décisions d'orientations dans des délais préfixes ;
- Simplifier les démarches administratives relatives aux travailleurs en situation de handicap.

Ainsi, sans préjudice des recommandations faites récemment par les auteurs de différents rapports, il nous semble nécessaire d'approfondir les pistes suivantes :

- L'offre de service à laquelle l'employeur et le salarié doivent pouvoir accéder pourrait être davantage regroupée en tenant compte de la mise en place de la future structure régionale de santé au travail (qui fusionne notamment les SSTI dans les propositions du présent rapport (Cf. § 1.3 partie 3). Il paraît utile d'étudier la possibilité que cette structure intègre les compétences du volet « maintien en emploi » des actuels Sameth et de Cap emploi (à l'exclusion donc des volets orientation et insertion). La structure serait financée à ce titre par des fonds délégués pour cette mission par l'Agefiph. La deuxième phase de concertation engagée par le Comité Interministériel du Handicap (CIH) offre le cadre nécessaire à la prise en compte de cette proposition²¹¹ ;
- Augmenter les prérogatives des médecins du travail en leur confiant *a minima* la responsabilité de renouveler les RQTH, avec possibilité de recours devant la MDPH en cas de désaccord comme le préconise le rapport Taquet –Serres²¹² ;

²⁰⁹ Art L.4622-2 CDT : « Les services de santé au travail .../... conseillent les employeurs, les travailleurs et leurs représentants sur les dispositions et mesures nécessaires afin de prévenir ou de réduire .../... la désinsertion professionnelle et de contribuer au maintien dans l'emploi des travailleurs ».

Article L.4624-5 : « .../... Le médecin du travail peut proposer à l'employeur l'appui de l'équipe pluridisciplinaire ou celui d'un organisme compétent en matière de maintien en emploi pour mettre en œuvre son avis et ses indications ou ses propositions. »

Article L.4622-9 : « Les services de santé au travail comprennent un service social du travail ou coordonnent leurs actions avec celles des services sociaux du travail prévus à l'article L. 4631-1 ».

²¹⁰ Ce que confirme le rapport de l'IGAS « La prévention de la désinsertion professionnelle des salariés malades ou handicapés » (décembre 2017).

²¹¹ Le CIH a pour but de concevoir, de coordonner et de mettre en œuvre l'ensemble des politiques publiques liées au handicap. Tous les champs sont concernés : l'école, l'emploi, le logement, la santé, l'accessibilité de la ville et des transports, l'accès aux sports, à la culture et aux loisirs. Il a présenté son plan d'action pour les cinq prochaines années le 20 septembre 2017.

²¹² Le rapport IGAS précité recommande par ailleurs d'organiser l'information des SSTI par les Cpm sur les arrêts de travail, afin qu'ils puissent proposer des visites de pré-reprise, et de les inciter à mettre en place des processus d'accompagnement structurés et partenariaux, sans rupture en cas d'arrêt de travail ou de licenciement. Ainsi, le rapport préconise que, si le salarié en est d'accord, l'accompagnement par le SSTI puisse s'enclencher ou se poursuivre pendant un arrêt maladie, en lien avec le service social et le service médical de l'assurance maladie, pour préparer la reprise du

- L'intégration systématique des futures structures régionales de santé au travail au sein des plateformes territoriales d'appui (PTA). En effet, les PTA, nées de la loi de modernisation du système de santé de 2016, offrent trois catégories de services aux professionnels de santé : l'information et l'orientation vers les ressources sanitaires, sociales et médico-sociales du territoire ; l'appui à l'organisation de parcours de soin complexes, et un appui opérationnel aux initiatives des professionnels de santé. Les PTA ainsi étoffées par les structures régionales de santé au travail favoriseraient la relation entre médecine de ville et médecine du travail pour améliorer la prise en charge des actifs atteints de maladies chroniques ;
- L'amélioration de la collaboration entre les différents médecins pourrait également trouver une concrétisation au travers d'un pilotage national par la structure nationale de santé au travail (Cf. § 1.6 partie 3), via une convention cadre nationale signée avec la CNAM. Une telle convention, fixant des protocoles de bonnes pratiques, légitimerait et généraliserait les collaborations au plan local entre les structures régionales de santé au travail et celles de la CNAM (information systématique du médecin du travail par le médecin conseil de tout arrêt d'une durée supérieur à un seuil ou pour toute pathologie présentant une forte probabilité de restriction d'aptitude, échanges d'informations pour harmoniser le parcours de soin et sa prise en charge durant la période de recherches de solutions etc.) ;
- Pour compléter la dynamique collaborative résultant de cette convention et pallier le risque de désinsertion lorsque la situation ne trouve pas d'issue (situation de blocage administratif), un dispositif réglementaire pourrait permettre d'évoquer un cas devant une instance ad hoc. Il consisterait à permettre au salarié ou au médecin du travail de saisir une instance collégiale (composée par exemple d'un médecin conseil, d'un médecin du travail, d'un médecin spécialiste, d'une assistante sociale) au-delà d'un certain délai. L'avis rendu par cette instance pourrait s'imposer au médecin conseil et autres structures de prise en charge éventuellement concernées (Cap emploi, SAMETH...).

Encadré 20 : La nécessaire prise en compte des salariés aidants

Estimés entre 8 et 11 millions, les aidants familiaux ou aidants proches accompagnent leur proche âgé dépendant, ou en situation de handicap. Leur rôle consiste à s'occuper de leur proche et à orchestrer l'intervention des professionnels autour de lui. On estime qu'environ la moitié des aidants continue d'exercer une activité professionnelle, à la fois pour préserver leur situation économique, mais également pour maintenir des liens sociaux au-delà de la relation avec leur proche. Le rôle d'aidant représente une charge lourde au plan physique, mais surtout psychique. D'après l'association française des aidants, 29 %, se sentent anxieux et stressés, 25 % déclarent ressentir une fatigue physique et morale, 48 % d'entre eux finissent par déclarer une maladie chronique. L'impact du rôle d'aidant sur la santé apparaît avec évidence, et de plus en plus de cas d'épuisement sont à craindre, à défaut de solutions de répit, jugées encore insuffisantes par les associations.

travail ou un reclassement interne ou externe. Il préconise également, pour les salariés reconnus inaptes, la possibilité de solliciter le SSTI durant les six premiers mois d'inscription à Pôle emploi pour faciliter une prise de relais organisée entre l'équipe de maintien en emploi et le conseiller référent de Pôle emploi ou de Cap emploi. Ce rapport recommande en outre d'ouvrir aux SSTI la possibilité de prescrire une période de mise en situation en milieu professionnel (PMSMP) pour préparer des reclassements de salariés ayant des restrictions d'aptitude ou déclarés inaptes à leur poste de travail.

Compte tenu du vieillissement de la population, le nombre de travailleurs amenés à endosser ce rôle sera croissant, il apparaît donc nécessaire d'accorder une attention particulière à la santé au travail de ces salariés. Pour ce public, le rôle de la structure de santé au travail pourrait consister à assurer un suivi renforcé de l'état de santé, et la capacité à faire face à la fois à ses obligations professionnelles et personnelles. La structure de santé au travail pourrait également avoir pour rôle de mettre en lien l'aidant avec les structures pouvant l'accompagner dans la recherche de solutions de répit, et également l'informer des dispositions lui permettant d'articuler vie privée et vie professionnelle (don de jours de repos par ses collègues, travail à temps partiel, etc.).

Encadré 21 : Dispositif de guichet unique du maintien dans l'emploi Région Rhône Alpes

En 2003 en Rhône - Alpes, la Direction régionale du travail, la Cram et l'Agefiph, en lien étroit avec les partenaires sociaux, ont signé une convention de collaboration actant une ambition partagée visant les entreprises du secteur privé : l'amélioration constante du nombre de personnes handicapées maintenues dans leur emploi, lorsque celui - ci est menacé pour raisons de santé. Cette collaboration s'est poursuivie par la conclusion, en 2007, d'un protocole de collaboration institutionnelle en Rhône - Alpes, dont la MSA est devenue partie prenante, puis par la signature d'une Charte d'engagement pour la période 2012 - 2015²¹³.

OBJECTIFS

Agir de manière concertée pour favoriser le maintien dans l'emploi des personnes reconnues handicapées ou en voie de l'être, et réduire ainsi de manière significative le nombre de licenciements pour inaptitude médicale prononcés chaque année. Lorsque le maintien dans l'emploi n'est pas possible, accompagner les salariés handicapés autant que nécessaire pour sécuriser leur parcours professionnel en favorisant leur reclassement.

Le périmètre partagé du maintien dans l'emploi en faveur des personnes handicapées comprend :

- la détection précoce des situations à risque de désinsertion professionnelle,
- la recherche de solutions de maintien dans l'emploi,
- la mise en œuvre coordonnée et le suivi de la solution de maintien dans l'emploi.

DISPOSITIF

1. Un guichet unique : la « *Coordination opérationnelle départementale de maintien dans l'emploi* » traite et « qualifie » les signalements qui lui parviennent par l'intermédiaire des acteurs du dispositif (signataires de la charte).
2. Si le dossier est simple, la Coordination le confie à un opérateur référent parmi les opérateurs du maintien dans l'emploi²¹⁴ qui assurera le suivi et le retour d'information auprès d'elle.
3. Si le dossier est complexe, il est transmis à une commission pluridisciplinaire (CTME : Commission Technique de Maintien dans l'Emploi). Une fois le dossier complexe analysé et les orientations de prise en charge définies, il est confié à un opérateur référent qui assurera le suivi et le retour d'information auprès de la Coordination.
4. L'opérateur référent intervient auprès de l'entreprise et du salarié.
5. Une fois l'intervention réalisée, l'opérateur référent fait remonter l'information auprès de la Coordination qui clôt le dossier.

²¹³ Ce dispositif a été transformé en 2015 en abandonnant le support du guichet unique pour la période ultérieure en raison d'une part de la restructuration des régions et d'autre part d'une réduction des financements nationaux.

²¹⁴Mdph, Sameth, Cap Emploi, les Services de Santé au Travail, Pôle Emploi, Carsat.

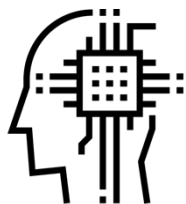
RESULTATS

Ce dispositif a permis de centraliser le signalement des cas de la part des différents acteurs, en contact avec les salariés, voire des salariés eux même, d'assurer un traitement concerté par une équipe pluridisciplinaire composée des compétences des organismes chargés du maintien dans l'emploi ou, lorsque le licenciement pour inaptitude était prononcé, vers les structures de formation ou de pôle emploi.

Cette expérience a permis, outre l'amélioration de la prise en charge des salariés devant changer de poste pour raison de santé, un meilleur accompagnement dans le retour à l'emploi de ceux qui étaient licenciés pour inaptitude, ainsi que de faire un état très précis des situations des salariés pris en charge et de l'implication des acteurs du maintien dans l'emploi.

1.2 La transition numérique impactera le système de prévention, en risques comme en opportunités

Tous les champs de la société sont impactés par les technologies numériques. Il semble admis que cet impact peut aussi bien être négatif que positif²¹⁵, selon les modalités d'implantation et d'usage qui en est fait. C'est vrai de la santé au travail comme des autres questions de société. Compte tenu de la rapidité avec laquelle les changements liés à l'intelligence artificielle (IA) sont susceptibles de modifier les schémas habituels d'intervention, la mission s'est efforcée de repérer en quoi les possibilités de l'IA pouvaient outiller ou au contraire mettre en cause les pratiques et l'organisation des acteurs du système de prévention.



La transition numérique vecteur de risques et d'opportunités en matière de prévention

Cédric Vilani, lors de son audition, a rappelé en premier lieu qu'il n'existe pas de bonne définition de l'intelligence artificielle, tout algorithme complexe intégrant de nombreux paramètres, personnalisé en fonction de la cible et pour lequel on veut une réponse performante, relevant de l'IA. Ce qui recouvre une grande variété de techniques qui se caractérisent toutefois par la *personnalisation* et *l'évolutivité*. L'IA repose en outre sur un socle théorique restreint au regard de la partie largement expérimentale et pragmatique qui représente la partie majeure de sa valeur.

1.3 L'intelligence artificielle peut aider mais aussi être porteuse de risques

Beaucoup de pays considèrent que la santé est le champ d'application numéro un de l'IA, le diagnostic en constituant l'application première. Bien qu'il n'existe pas d'applications majeures à ce jour dans le domaine de la santé au travail, il existe des expériences de reconnaissance de détection automatique de situations de dépression, de stress, de fatigue, à partir d'un enregistrement vocal. Ces méthodes, basées sur le recueil d'un nombre très important de données et des populations nombreuses, demandent un calibrage assez fort et sont beaucoup plus délicates à mettre en oeuvre pour des situations de burnout ou de repérage de « stress organisationnel » où de multiples facteurs sont à prendre en compte. Elles peuvent être séduisantes mais aussi donner l'impression d'être épié. Ces technologies doivent donc être maniées avec précaution et avec la participation éclairée des intéressés.

²¹⁵ « Quels liens entre les usages professionnels des outils numériques et les conditions de travail ? » DARES analyses, juin 2018 n° 29.

En médecine, renseigner de manière codifiée les symptômes pour disposer de bonnes bases de données, tel que cela a été effectué de manière précoce en Israël, permet à des algorithmes de les interpréter. Un logiciel peut en effet détecter des tendances statistiques qui permettent d'alerter le médecin (ex : utilisation des mêmes mots clé par les salariés, révélateurs d'une situation naissante)

Dans le champ des risques professionnels, les robots d'assistance physique peuvent être une opportunité pour réduire de nombreux risques et une grande partie de la pénibilité du travail s'ils allègent la charge physique des opérations pénibles, répétitives ou dangereuses, si les manutentions deviennent moins douloureuses (exosquelettes), s'ils facilitent les mouvements des salariés en ajoutant la force de moteurs électriques, s'ils favorisent le maintien dans l'emploi des personnels vieillissants en les fatiguant moins, s'ils permettent une précision du travail augmentée (en occultant les tremblements de main des chirurgiens, en permettant une découpe plus nette des pierres dans le BTP « etc. »), en écartant les salariés d'expositions à des agents dangereux (radiations nucléaires, poussières et émanations en environnements délétères), en libérant les salariés des tâches pauvres ou usantes (tâches élémentaires « etc. »), en exécutant des rondes de surveillance en milieux hostile, etc.

Mais la technologie peut aussi imposer des contraintes telles que rester constamment connecté et sur le qui-vive, optimiser les horaires sans l'avis de l'homme, réduire l'autonomie (gérer le travail par des ordres donnés par des machines, augmenter les cadences), amputer la dimension empathique des métiers de soin, provoquer des heurts mécaniques avec le robot, etc. L'IA peut aussi donner lieu à une exploitation induite des données recueillies, posant des problèmes de libertés fondamentales. Ces risques, à l'instar de tous les autres dans le champ professionnel peuvent se révéler à la faveur d'accidents soudains ou d'expositions longues. Ils doivent donc être surveillés. On pourrait imaginer que l'IA devienne un élément parmi les questions investiguées par les SSTI. Les médecins du travail et les préventeurs devraient alors être formés en conséquence.

Ainsi, l'IA doit-elle être accueillie avec la bienveillance et la prudence habituelles, pour permettre d'anticiper ses effets mais aussi ses usages potentiels par les préventeurs eux-mêmes. La frontière peut être délicate à définir : dans certains cas, le technicien peut être satisfait d'être aidé par une machine (aide à la décision, réalité augmentée pour une meilleure guidance, formation facilitée, etc.). A l'inverse, le salarié peut ressentir de la déshumanisation. Le placement du curseur se trouvera donc sur le terrain, à partir de l'analyse de la bonne complémentarité entre l'humain et l'algorithme, dans laquelle « *l'humain y trouve son compte* », avec une part de ressenti et de collecte d'expérience. On pourrait imaginer le recours à des labels (*A, B, C, D, E*) pour classer les algorithmes en fonction de la manière dont ils prennent ces exigences en compte. On pourrait également, dans un contexte d'introduction de nouvelles technologies, conditionner l'introduction de ces dernières au respect d'un ensemble de bonnes règles d'adoption de l'outil en amont de son installation dans l'entreprise.

1.4 Les systèmes de management de la santé au travail (SMSST) peuvent structurer la démarche de prévention et rendre l'entreprise autonome

La publication de la norme ISO 45 001²¹⁶ sur les systèmes de management de la santé et de la sécurité au travail, en mars 2018, bien qu'elle ait été précédée d'autres initiatives, constitue la première norme internationale sur la santé et sécurité au travail et une donne nouvelle dans le paysage de la prévention des risques professionnels.

Les constats du présent rapport ont mis en évidence la moindre capacité d'intervention des préventeurs institutionnels et la nécessité d'orienter l'appui et l'accompagnement des entreprises vers l'adoption de démarches de prévention pérennes leur permettant d'être autonomes en matière de santé au travail. A ce titre, la mise en place d'un SMSST est un moyen d'acquiescer cette autonomie et de s'inscrire dans une logique de prévention primaire et d'amélioration continue si elle respecte quelques principes phare propres à tout système de management mais aussi les spécificités du champ de la santé au travail telles que l'implication des travailleurs et de leurs représentants dans la détermination des conditions de travail et le fonctionnement du système de management ainsi que la prise en compte des facteurs organisationnels, etc.

Ces spécificités ont bien été prises en compte par la norme ISO 45 001 grâce à la forte implication de la France, notamment des partenaires sociaux, dans les travaux internationaux. La mission note par ailleurs l'existence d'autres systèmes de management, probablement plus adaptés aux TPE/PME, tels que le système MASE. Les SMMST deviennent ainsi un nouveau levier dans la panoplie de la prévention. Leur mise en place devra toutefois être accompagnée par une offre de service adaptée afin de promouvoir des systèmes vertueux et d'éviter les écueils propres à tout système qualité déconnecté de la réalité du travail.

Encadré 22 : MASE – Manuel d'Amélioration Sécurité des Entreprises

L'association MASE est une initiative d'entreprises créée il y a plus de 20 ans. Elle propose, sans distinction d'activité ou de secteur industriel, une démarche de progrès qui se veut la plus simple et la plus efficace possible. Le système compte actuellement plus de 5 000 entreprises gérées via un réseau d'associations et entièrement autofinancé par les cotisations des adhérents. La démarche consiste principalement à aider les adhérents à :

- Améliorer la sécurité, la santé au poste de travail et l'environnement (SSE) au travers d'un système de management adapté à l'entreprise ;
- Mieux s'organiser, mieux communiquer, en améliorant les conditions d'intervention des salariés ;
- Mettre en place un langage commun afin de progresser ensemble ;
- Gérer les risques liés à la coactivité.

MASE est un référentiel et un système de reconnaissance donnant lieu à certification. L'audit de certification porte sur l'évaluation objective du respect de ses exigences. Il est réalisé par l'association locale MASE dont dépend l'entreprise candidate.

Après analyse des résultats de l'audit, un comité de pilotage délibère et se prononce sur la certification ou non, accordée pour une durée de 1 ou 3 ans. Un suivi trimestriel comprend les éléments permettant d'établir les indicateurs de surveillance et de résultats et les modifications organisationnelles significatives.

²¹⁶ D'application volontaire, cette norme propose une approche managériale de la santé et de la sécurité au travail, sur le même modèle que l'ISO 9001 pour la qualité et l'ISO 14001 pour l'environnement. Le projet de texte a été approuvé à l'occasion d'un vote final le 25 janvier 2018 avec 62 votes positifs. 4 pays dont la France l'ont désapprouvé.

Le système de prévention s'articule autour des cinq axes du référentiel permettant à l'entreprise de mieux structurer sa démarche SSE :

- Engagement de la direction (politique, objectifs, organisation, indicateurs, planification, documentation, dispositifs d'information et d'animation et moyens nécessaires pour la mise en œuvre ;
- Compétences et qualifications professionnelles (transmettre à tous les salariés le « savoir », le « savoir-faire » et le « savoir être » nécessaires à la tenue de leur poste de travail) ;
- Organisation du travail (maîtriser les risques par l'anticipation et la mise en œuvre des moyens humains, matériels, et techniques adaptés à la réalisation de tâches, travaux ou prestations) ;
- Efficacité du système de management (pilotage SSE mis en œuvre afin d'analyser les résultats du système au regard des objectifs fixés, audits réguliers et planifiés...);
- Amélioration continue (remise en cause régulière des outils du système de management de l'entreprise issus des 4 axes du référentiel, retours d'expérience réguliers, bilan, nouveaux objectifs, nouveau plan d'action).

2 DES INNOVATIONS ET DES PRATIQUES INSPIRANTES

Les innovations techniques et organisationnelles sont souvent le fruit d'initiatives locales et/ou sectorielles qui tentent de remédier à des problématiques qui n'ont pas trouvé de réponse satisfaisante dans le cadre institué. Elles apportent une réponse originale et adaptée à une population ou à un sujet circonscrit. Par construction, les solutions élaborées sont souvent concertées (on parle d'innovation sociale) mais aussi dérogatoires. Non reconnues, elles peuvent rester isolées, évoluer longtemps en zone grise, comme ce fut le cas pour le télétravail, ou au contraire essaimer et constituer de véritables alternatives, propices à l'amélioration des conditions de travail.

La mission estime que le système de prévention doit être ouvert à ces innovations et offrir un cadre dans lequel elles peuvent être expérimentées et se développer de manière sécurisée. Certaines d'entre elles sont en effet de nature à relancer des dynamiques de prévention là où les dispositifs habituels, comme on l'a vu en première partie, semblent avoir trouvé leurs limites.

Parmi les nombreuses initiatives présentées, les quelques exemples ci-dessous illustrent celles qui se saisissent de dynamiques de territoires ou de branche, de convictions débouchant sur des projets entrepreneuriaux associant délibérément qualité de vie au travail et performance économique ou encore d'opportunités technologiques (télémédecine).

2.1 Les approches de branche, de secteur, voire de filière, sont sources d'inspiration

Les approches sectorielles, grâce à la connaissance des métiers, au sentiment d'appartenance et la compréhension de la culture qu'elles permettent, paraissent les plus légitimes pour élaborées des solutions adaptées à leur contexte et donc être acceptées et mises en œuvre. Ainsi, pour l'U2P, « *la prévention passe nécessairement par la branche notamment via la conclusion, branche par branche, de conventions modélisantes avec la CNAM (CAT-MP)* ». De fait, comme on l'a vu plus haut (Cf. § 3.2.1 partie 1), les spécificités sectorielles sont prises en compte au sein de notre système de prévention à travers l'organisation de la branche AT-MP en comités techniques nationaux (CTN). Toutefois, force est de constater que le système français, à la différence de l'Allemagne, s'est essentiellement construit sur des bases interprofessionnelles (COCT, CNAM, INRS, Anact, SSTI).

On peut cependant signaler certaines initiatives récentes, ciblées mais intéressantes, comme celle du CNPA (Conseil national des professions de l'automobile) qui couvre toutes les activités aval de la production (commerce, réparation...) ou celle de la boulangerie, toutes deux appuyées sur le concours de complémentaires santé²¹⁷. Les branches ont encore su se mobiliser dans les années 1990, à la faveur de la transposition des directives européennes sur les équipements de travail, pour une mise en conformité adaptée, par référentiels, des machines de leur secteur. Mais les deux seules exceptions notoires d'organisation sectorielle structurelle de la prévention sont le secteur du bâtiment et des travaux publics avec l'OPPBTP, qui appelle une cotisation obligatoire des entreprises de la branche, et le secteur agricole avec la MSA, qui intègre en une institution unique assurance maladie, médecine du travail et prévention des risques.

La mission prend donc acte du potentiel de l'approche sectorielle pour la détermination et la mise en œuvre d'actions de prévention pertinentes et efficaces mais aussi de la difficulté des branches à ce jour pour s'organiser et apporter des réponses. Elle considère que, s'il y a lieu de les encourager à s'organiser chaque fois qu'elles le peuvent et décident de le faire, il convient d'éviter de généraliser le principe dans un contexte où le périmètre des branches est mouvant et où, selon leurs tailles et leurs moyens, le risque de créer un système à deux vitesses n'est pas nul.

Encadré 23 : Focus sur le BTP



Le BTP, du fait de ses spécificités (risques nombreux et graves inhérents à l'activité, mobilité des lieux de travail, représentation réduite du personnel en raison du faible effectif des entreprises, importance de la coactivité...), a décidé dès 1947 de se doter d'organismes spécialisés en santé au travail : l'OPPBTP et une trentaine de services de santé spécialisés

(SISTBTP). La mutualisation des moyens est d'une importance cruciale dans un secteur où 185 000 entreprises de moins de 20 salariés emploient 55 % des salariés du secteur.

L'OPPBTP, financé par une cotisation obligatoire des entreprises relevant des conventions collectives du Bâtiment et des Travaux Publics, mène des missions de promotion de la prévention, d'études et d'ingénierie, de conseil et de soutien aux entreprises. Créé par décret, sa gouvernance est paritaire (principales organisations patronales et salariés du BTP).

28 SISTBTP, employant environ 150 médecins du travail et près de 900 professionnels, assurent le service de la moitié des entreprises de BTP en France. Ces services bénéficient souvent de l'exclusivité auprès des entreprises de BTP sur leur territoire d'exercice. Une coordination des SISTBTP est organisée sous l'égide d'une organisation patronale du BTP, mais sans capacité opérationnelle véritable.

Malgré une sinistralité toujours supérieure à la moyenne, le BTP a fait d'incontestables progrès, enregistrant une baisse de 80 % des décès et de 55% de la sinistralité depuis 1950, 28 % sur les 10 dernières années. Grâce à l'accompagnement réalisé, il dispose d'un fort taux de réalisation des DUER, de formations continues spécifiques pour les personnels des SSTI, d'études épidémiologiques, de l'offre de l'OPPBTP en information, conseil et outils.

La branche est donc dotée d'une organisation propre reconnue par ses adhérents, tout en continuant, toutefois, à s'inscrire dans le système de prévention global et à bénéficier de l'appui et de l'accompagnement de ce dernier (INRS, Carsat, SSTI non spécialisés pour environ 50 % des effectifs). Il est à l'inverse important de veiller à ce que les interactions soient réciproques et que le savoir-faire en prévention développé dans le cadre des techniques de construction du BTP puisse aussi bénéficier aux activités similaires des autres secteurs (maintenance industrielle, nettoyage industriel, logistique...).

²¹⁷ Ces dernières ont indiqué pouvoir principalement apporter des outils d'aide au diagnostic, par exemple la mise à disposition de données pour construire des observatoires de branche, et faciliter la compréhension des enjeux auxquels elles sont confrontées.



La MSA : une expérience de guichet unique

La Mutualité Sociale Agricole (MSA) incarne une conception globale de la protection de chaque adhérent que traduit sa gestion en « guichet unique » avec une organisation décentralisée permettant un service de proximité.

En 2016, on dénombrait en France métropolitaine 461 800 chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole pour 686 044 actifs. 83 % des entreprises comptent un effectif inférieur à 5 salariés, et 10 % entre 5 et 9 salariés. Le nombre des accidents du travail s'élève à 23 671 pour les non-salariés et 70 223 pour les salariés. Dans le réseau des 35 MSA, qui compte 350 médecins, 100 infirmiers du travail et 250 conseillers en prévention, le suivi médical est assuré par une équipe pluridisciplinaire de santé au travail.

La MSA assure la couverture sociale de l'ensemble de la population agricole et des ayants droit : exploitants, salariés, employeurs de main-d'œuvre. Elle est l'opérateur unique de la protection sociale du monde agricole et rassemble dans une même entité, en un guichet unique, la protection sociale pour la famille, la retraite et la santé. La MSA dispose également d'une fonction de contrôle mais a souhaité séparer au mieux la fonction de conseil et de contrôle. D'où la mise à disposition de techniciens régionaux de prévention (TRP), payés par la MSA mais détachés dans les Direccte, chargés du contrôle dans le domaine de l'agriculture (appui technique en matière de réglementation et de prévention, auprès des IT et des entreprises).

La santé sécurité au travail est une spécialité de la MSA qui est le seul régime de sécurité sociale à avoir la charge de cette mission, en cumulant les compétences de prévention des risques professionnels et de la santé au travail. La MSA s'adresse en outre aussi bien aux salariés qu'aux exploitants.

Les fonds consacrés à la prévention sont constitués de trois enveloppes : pour la prévention des salariés (30M /an, les CNOP 2M, AFSA 1.2M), la prévention des non-salariés (12M, AFS 770 000) et la santé au travail (87M).

Le contrat de prévention est un contrat qui engage le chef d'entreprise dans un programme d'actions de prévention avec l'appui méthodologique et financier du SST. L'objectif est d'agir sur le long terme. Au niveau national, les partenaires sociaux identifient pour leur secteur d'activité, les situations et les risques dont le niveau de sinistralité nécessite un accompagnement particulier : ils ciblent des activités ou risques particulièrement source d'AT-MP. L'entreprise est accompagnée tout au long de son projet : diagnostic des risques professionnels, mise en place d'une démarche participative au sein de l'entreprise, choix, mise en œuvre des actions de prévention et évaluation (Chiffres 2016 : 15 conventions « actives », 100 contrats signés, 2 121 312€ engagés, montant moyen par contrat : 21 233€, 44 % des contrats signés avec un établissement de moins de 10 salariés).

L'aide financière simplifiée agricole est un dispositif incitatif d'accompagnement technique et financier pour les TPE investissant dans les mesures de prévention. Elle s'appuie sur un diagnostic et un accompagnement réalisés par un conseiller en prévention. Les mesures envisagées doivent réduire les risques animal, chimique, machine, chutes de hauteur, les RPS, TMS et la désinsertion professionnelle (Chiffres 2016 : 606 AFSA signées ont financé 898 mesures de prévention, pour 1 276 042€ engagés. Montant moyen par AFSA de 2 113€).

L'aide financière simplifiée exploitant est un dispositif d'accompagnement technique et financier pour aider les chefs d'entreprises non employeurs de main d'œuvre à investir dans des mesures de prévention (Chiffres 2016 : 480 AFSE signées, 1 653 247€ engagés. Montant moyen par AFSE de 1361€).

En lien avec le contrôle médical, les cellules pluridisciplinaires de maintien en emploi présentes dans chacune des 35 MSA permettent d'optimiser l'accompagnement des salariés et exploitants agricoles en risque de désinsertion professionnelle.

2.2 Des innovations dans les territoires

La mission s'est rendue en région Auvergne-Rhône-Alpes afin de rencontrer le système d'acteurs local. Elle a pu à cette occasion prendre connaissance d'une initiative territoriale innovante rassemblant, outre les acteurs de la prévention habituels, les parties prenantes de projets de développement économique, résolus à aborder simultanément les dimensions économique et sociales de la performance. Une bonne illustration d'une approche proactive, vue non pas sous l'angle de la prévention des risques mais de la promotion de la santé. Elle mobilise nécessairement d'autres acteurs, d'autres outils et d'autres appareillages. Elle montre qu'aux cotés des piliers centraux que constituent la Direccte et la Carsat, garantes de l'application du droit et de la gestion du risque, il y a une place pour un portage dédié à l'accompagnement des entreprises et pour une conciliation d'intérêts jugés trop souvent antagoniques.

Encadré 25 : Qualité de vie au travail et performance globale : la région Auvergne-Rhône-Alpes crée un écosystème au service des projets de transformation

Le programme ELENCE

Un collectif d'acteurs de la région Auvergne-Rhône-Alpes a choisi d'unir ses forces et compétences autour d'un projet collaboratif régional nommé Elence, partant d'une conception nouvelle de la prévention, dont l'objectif est de décloisonner la santé et la sécurité au travail et la performance économique, en se focalisant sur une quête de performance globale dont la santé et la qualité de vie au travail sont des leviers.

La démarche est basée sur l'idée que l'amélioration de la compétitivité d'une entreprise passe par une évolution de son organisation, donc nécessairement par la prise en compte de la qualité de vie et le bien-être au travail de ses acteurs. Placer l'Humain au centre du dispositif devient gage de réussite. Le projet Elence a développé un réseau de partenaires qui s'associent pour faire de la santé et de la qualité de vie au travail un enjeu de performance globale pour les entreprises.

L'ambition du dispositif est de créer une dynamique régionale pérenne au service du développement. Le programme Elence repose sur le soutien financier de la Carsat, de la Direccte et de la Région Auvergne-Rhône-Alpes. Il s'appuie sur le réseau Anact-Aract, la Carsat et l'Assurance maladie, l'ECAM de Lyon ainsi que le centre de compétences régional Thésame, chacun apportant des compétences différentes, transversales et spécifiques qui ont vocation à faire grandir le projet.

Les ambitions du projet sont organisées en vue de :

Favoriser les transformations organisationnelles des entreprises : Elence accompagne les entreprises, peu importe leur taille ou leur niveau de maturité. Le projet se charge également d'animer une plateforme favorisant les échanges inter-acteurs, et notamment inter-entreprises, dans l'objectif d'aboutir à une coopération véritable, gage de valeur et de performance. Enfin, dans un souci d'harmonisation, le projet a créé un réseau commun de ressources en matière de santé et de performance pour les entreprises adhérentes.

Monter en compétence les acteurs de l'entreprise et leurs futurs cadres : Elence s'adresse aux grandes écoles pour aboutir à une meilleure formation des étudiants sur les thématiques de santé et qualité de vie au travail. L'effort est mis tant sur la formation initiale que sur la formation continue.

Elence propose 2 offres aux entreprises : « *Elence transition* » et « *Elence transformation* ».

La démarche *Elence transition* permet de bénéficier pendant deux jours de l'appui d'un consultant expert dans les domaines du management, de l'organisation ou des ressources humaines. Cette offre permet aux entreprises d'expérimenter en première approche, avant de s'engager dans la mutation, et de mieux comprendre ce qui se joue sur le plan organisationnel et managérial.

La démarche *Elevance transformation* s'étend sur douze mois rythmés par quinze demi-journées de conseil individuel dispensés par un accompagnateur dans les domaines du management, de l'organisation et des ressources humaines, avec la possibilité de mobiliser le réseau d'expert Elevance (médiateur, ergonomiste, psychologue), quatre jours de séminaires et formations inter-entreprises et une journée d'espaces d'échanges entre dirigeants.

Une deuxième version du dispositif devrait promouvoir l'ouverture à de nouveaux partenariats, par exemple aux partenaires sociaux et l'idée d'un déploiement massif sur le territoire, au-delà des frontières de la région Auvergne-Rhône-Alpes, a été émise.

2.3 Des innovations intégrant qualité du service et prévention

Encadré 26 : Intégrer qualité de service et bien-être au travail : un exemple en EHPAD

Dans les EHPAD, la méthode de travail « Humanitude » concilie qualité de service et bien-être au travail

Professeurs d'éducation physique et sportive jusqu'en 1979, Rosette Marescotti et Yves Gineste ont commencé à assurer des formations de manutention des malades dans le cadre de la formation continue. En 1985, ils créent le centre Communication et Etudes Corporelles CEC, organisme de formation continue spécialisé dans les domaines du soin. Ils passent très vite d'une approche ergonomique de la manutention des malades à une approche humaniste et réhabilitatrice. Ils développent une approche non verbale de la manutention, une théorie de l'aide à la marche à partir des communications non verbales, et proposent d'intégrer la réhabilitation du schéma corporel dans les toilettes.

L'humanitude conceptualise l'approche bien traitante de la prise en charge des personnes âgées, comme s'appuyant sur trois piliers relationnels : le regard, la parole, le toucher, et un pilier identitaire, la verticalité. Cette approche suppose bien sûr la formation des professionnels soignants, mais également celle de l'ensemble des professionnels de l'établissement, de manière à assurer une cohérence dans la culture de l'établissement, sur la manière dont est perçue la personne âgée.

Les effets de cette méthode sur les résidents ont été évalués : 80% de troubles du comportement en moins, diminution de la dénutrition, des escarres, et des hospitalisations, 7 fois moins de neuroleptiques consommés.

Ainsi les professionnels qui déploient cette méthode, perçoivent concrètement l'impact positif de leur travail auprès des personnes âgées, ce qui concourt à renforcer le sens trouvé au travail, et la satisfaction tirée d'un travail bien fait, réduisant ainsi les facteurs de risques psychosociaux dans un secteur d'activité dont chacun reconnaît aujourd'hui les difficultés liées à la charge émotionnelle. L'apaisement du comportement des personnes âgées, en particulier les personnes atteintes de maladies dégénératives, contribue également efficacement à l'amélioration des conditions de travail. Ainsi, l'association Asshumevie, qui délivre le label « Humanitude », estime que cette méthode concourt efficacement à la réduction de l'épuisement professionnel, ainsi qu'à l'amélioration simultanée du bien-être des résidents et des professionnels.

2.4 Des innovations technologiques concernant le suivi individuel de l'état de santé

Encadré 27 : La cabine de télémédecine, un outil innovant pour la Santé au Travail.

La cabine de télémédecine est un Dispositif Médical de classe Iia, ce qui garantit aux professionnels de santé la fiabilité et la standardisation de toutes les données de santé recueillies. Son architecture est sécurisée (hébergement des données sur une plateforme HDS, conformité RGPD) et l'interopérabilité permet d'interfacer l'outil avec les logiciels métier de santé au travail.

La cabine de télémédecine permet deux modes d'utilisation :

Le bilan de santé autonome : le salarié réalise lui-même en moins de 10 minutes la prise de ses constantes physiologiques (poids, taille, IMC, saturation, fréquence cardiaque, température, tension artérielle) guidé par un didacticiel vidéo. A cela peuvent s'ajouter les tests visuels et d'audiométrie. Les résultats sont directement imprimés sur des tickets dans la cabine et transférés sur le logiciel du SST.

La téléconsultation permet au médecin de réaliser une consultation dans des conditions comparables à une visite en présentiel : le salarié est mis en relation en visioconférence avec le médecin, qui dispose d'une série de capteurs et d'instruments dans la Cabine pour réaliser l'examen clinique de son patient.

Qu'apporte la consultation en cabine de télémédecine en santé au travail ?

- Garantir une présence au plus proche des besoins des adhérents et dans les zones fragiles (maillage de cabines) : contribuer à l'équité d'accès au médecin du travail pour tous les employés.
- Optimiser le temps médical et paramédical :
 - Prise automatisée des mesures physiologiques et saisie des données pour privilégier les entretiens avec les salariés (VIP, SIR, visites d'embauches et visites de pré-reprise) et les actions collectives en entreprise.
 - Diminution des déplacements des médecins, des infirmiers et des salariés.
- Mutualiser les ressources médicales (un médecin peut se connecter à plusieurs cabines).
- Faciliter et homogénéiser la mise en œuvre de programmes de prévention et d'éducation thérapeutique au sein même de l'entreprise (le salarié devient acteur de sa santé).
- Garantir une complétude et une traçabilité des données de santé au travail.
- Assurer une consultation en face à face dans un espace fermé et confidentiel.
- Faciliter le recours aux avis d'experts.
- Pertinence de la télémédecine : complémentaire dans une organisation systémique

Rationalisation de la santé au travail

- Compenser une présence médicale insuffisante sur certains sites en maintenant une qualité et sécurité de prise en charge des salariés (pilotage à distance des médecins, délégations de tâches).
- Renforcer le suivi des salariés en systématisant les bilans de santé.
- Réduire le taux de salariés non convoqués ou ne se présentant pas aux visites.
- Mutualiser la santé au travail avec la médecine de premier recours dans des territoires sous-dotés (maisons médicales, mairies, CCAS...)

Expériences actuellement menées

- En Services Interentreprises :
 - Cabine déployée au sein d'une grande entreprise pour systématiser les visites (réalisation de visites à distance avec le médecin).

- Cabines déployées dans des centres éloignés ne disposant pas de ressources suffisantes en médecins du travail.
- En Services autonomes :
 - Installation du service sur un site éloigné avec une présence insuffisante sur site d'un médecin du travail pour permettre à un médecin d'un autre site régional de piloter le suivi en santé au travail.
 - Suivi des salariés de sites régionaux par des médecins de sites mieux dotés.

PARTIE 3

NOS RECOMMANDATIONS

1 UN SCENARIO POUR UN SYSTEME D'ACTEURS ET UNE GOUVERNANCE REFONDES

1.1 Un scénario pour favoriser l'accès des entreprises aux dispositifs de prévention

L'ensemble des constats recueillis par la mission permet de dessiner les éléments structurants de ce que pourrait être un système moderne de prévention des risques professionnels. Celui-ci doit couvrir l'ensemble des besoins identifiés, en préservant les acquis mais en proposant des évolutions fortes afin :

- De répondre concrètement aux attentes des salariés et des entreprises, en prenant comme cadre de référence les plus petites d'entre elles ;
- D'atteindre résolument les ambitions du PST3, tournées vers la promotion de la santé et, à terme, une politique de performance globale articulant bien-être au travail et efficacité économique.

Pour assurer aux entreprises et à leurs salariés un meilleur service et une plus grande visibilité opérationnelle de l'action des acteurs de la santé au travail, une simplification du fonctionnement à **la faveur d'un rassemblement au sein d'une entité unique de prévention est nécessaire.**

Pour prendre en compte les évolutions des formes d'emploi et renforcer l'implication des dirigeants d'entreprise, la mission préconise d'ouvrir les prestations de la structure de santé au travail aux travailleurs indépendants.

La Mission n'a pas inclus le régime agricole dans cette entité unique car nous estimons qu'il dispose d'un système intégré, bénéficiant sur une base volontaire aux dirigeants d'entreprises, avec un seul opérateur de proximité et clairement identifié, la MSA, et une gouvernance et un pilotage resserrés reposant sur un réel paritarisme. Toutefois, des passerelles devront être envisagées entre les deux systèmes favorisant un enrichissement réciproque.

Enfin, bien que n'entrant pas dans le périmètre du présent rapport ni dans le scénario proposé, la mission n'omet pas la situation des agents des trois fonctions publiques qui, outre qu'ils bénéficient déjà des dispositions de la partie IV du code du travail, doivent pouvoir accéder à un accompagnement en prévention de même niveau que les salariés de droit privé.

Les objectifs de cette réforme seraient les suivants :

- Au plan politique, afficher un objectif ambitieux visant à faire de la France l'un des pays les plus performants et innovants en Europe en matière de prévention dans le domaine de la santé au travail, en inscrivant cet objectif dans un but ultérieur plus large visant la performance globale pour les entreprises et leurs travailleurs ;
- Aux plans politique et technique, assurer un portage politique interministériel de la question de santé et de la qualité de vie au travail étroitement connectée à l'ensemble de la politique du travail, quel que soit le statut des personnes ;

- Assurer une articulation plus étroite et plus opérationnelle de la politique de santé au travail avec la politique de santé publique ;
- Faire évoluer le système pour garantir l'effectivité de cette politique en matière de santé au travail, de sa phase de conception à sa phase de mise en œuvre, puis en assurer le suivi et l'évaluation, tant au plan national qu'au niveau régional ;
- A partir des excédents de la branche AT-MP, consacrer un effort financier plus significatif aux actions en faveur de la prévention dans les entreprises, privilégiant le développement d'une culture de prévention primaire, comparable au niveau consacré à ce type d'actions par d'autres pays de l'UE comme l'Allemagne;
- Assurer à toutes les entreprises et à leurs travailleurs, sur chaque territoire, une offre de services certifiée, homogène, accessible et lisible. Doit être plus particulièrement assurée une offre pour les PME/TPE en matière de conseils opérationnels dans le domaine de la prévention SST via la mise en place au plan régional d'un système de guichet unique ;
- Regrouper les acteurs intervenant dans le champ de la prévention afin d'optimiser les moyens pour éviter les redondances, permettre une meilleure couverture des besoins des entreprises ;
- Redonner du sens et renforcer l'attractivité des métiers de la prévention ;
- Adapter, lorsque c'est possible, les contraintes réglementaires, pour passer d'une gestion de la prévention subie sous la contrainte d'intervenants externes à une culture de la prévention proactive et pilotée ;
- Simplifier, alléger et redynamiser la gouvernance tripartite du système de gestion de la SST en réaffirmant la place et le rôle des partenaires sociaux aux différents niveaux de pilotage national et régional.

1.2 Partir du besoin des salariés et des entreprises au niveau local

- Chaque entreprise doit pouvoir accéder **par un guichet unique** à une offre de service homogène sur l'ensemble du territoire. Cette offre couvre l'intégralité des services auxquelles l'entreprise peut prétendre dans sa région.
- L'offre de service inclut :
 - Le suivi individuel obligatoire de l'état de santé des travailleurs ;
 - Un accompagnement pluridisciplinaire en prévention des risques et de promotion de la santé au travail (expertise technique, conseils méthodologiques, appui au déploiement de démarches de prévention technique et organisationnelles, aide à l'évaluation des risques, structuration d'une démarche de prévention, mise en place d'un système de management de la santé et sécurité, déploiement d'une politique QVT...) lorsque les entreprises n'ont pas la capacité de réaliser elles-mêmes ces actions ;
 - L'aide au maintien dans l'emploi par l'intervention précoce dans le parcours de soins, l'adaptation du poste de travail, l'accompagnement dans le parcours social d'insertion (accès aux aides, reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, articulation avec les travailleurs sociaux, formation professionnelle ...);
 - L'accès à un centre de ressources diffusant les outils et guides utiles, et favorisant la capitalisation et le partage des bonnes pratiques ;
 - La formation des acteurs dans l'entreprise en matière de prévention ;
 - Le conseil d'orientation des entreprises vers le recours à un intervenant externe habilité ;

- Ce socle de base d'offre de service fait l'objet d'une contribution de la part de l'ensemble des entreprises. Il est minoré quand l'entreprise recourt à ses propres intervenants en prévention des risques et/ou personnels de santé au travail²¹⁸. Les prestations spécifiques n'entrant pas dans ce socle de base font l'objet d'une facturation complémentaire à l'entreprise.

1.3 Créer une structure régionale de prévention, interlocuteur privilégié, interface de proximité avec les entreprises

- Une structure régionale de prévention (porte d'entrée dans le système), structure de droit privé ayant pour mission d'intérêt général la préservation de la santé au travail, regroupe les services de santé au travail interentreprises, les compétences des Aract, afin d'enrichir les compétences pluridisciplinaires sur le volet organisationnel (ergonomes, psychologues, spécialistes en organisation), les agents des Carsat affectés aux actions relevant du champ de la prévention et de l'appui technique (formation en prévention, laboratoires) et les compétences des agences régionales de l'OPPBTP ;
- La structure adopte une organisation interne permettant de structurer en son sein les différentes compétences professionnelles aux plans géographique et éventuellement sectoriel (BTP, etc.). Elle fonctionne en mode projet pour accompagner les entreprises selon leurs besoins. Elle est dotée d'antennes locales (plateaux techniques) permettant de maintenir une proximité géographique avec les entreprises sur le territoire. Elle fonctionne en mode projet pour accompagner les entreprises selon leurs besoins ;
- La structure régionale est accréditée sur la base d'un cahier des charges élaboré au niveau national, garantissant une organisation de nature à satisfaire l'intégralité du socle de l'offre de services, médicale, technique et organisationnelle ;
- La structure régionale peut s'appuyer sur un réseau de prestataires privés qu'elle habilite et anime pour la partie accompagnement/ conseil/ formation des entreprises.

²¹⁸ Les entreprises de grande taille continueront à pouvoir, sous certaines conditions, assurer le suivi individuel de santé par un ou plusieurs médecins du travail et infirmiers(es) qu'elles recrutent. (Conditions d'effectifs salariés, d'emprise géographique, de garantie contractuelles d'indépendance pour le médecin, d'habilitation par la structure régionale ou nationale (cf. infra)).

1.4 Positionner la structure régionale comme l'interlocuteur de confiance pour les entreprises en matière de conseil en prévention n'exerçant aucune mission de contrôle

- L'Etat et la sécurité sociale exercent deux fonctions fondamentales en matière de prévention des risques à distinguer de celles des structures régionales :
 - La fonction d'assureur (réparation et tarification) et de gestionnaire du risque intervenant en priorité dans les entreprises à forte sinistralité avérée ou potentielle est exercée par les Carsat. Mais elles exercent actuellement aussi une fonction de conseil et d'appui auprès des entreprises identiques à celles des autres préventeurs. Les entreprises différencient mal la part du contrôle et du conseil dans les interventions des Carsat, ce qui ne favorise pas une relation de confiance, condition pourtant sine qua non du recours au conseil en prévention. Il apparaît donc nécessaire de recentrer les Carsat sur leur fonction de gestionnaire de risque²¹⁹ et donc d'actuaire²²⁰. L'autre partie de leur mission, la prévention, serait transférée aux structures régionales qui seront ainsi bien identifiées comme des structures de conseil et d'appui. Les Carsat pour leur mission de tarification et de réparation continueront à déployer leurs programmes nationaux et à agir auprès des entreprises ciblées responsables d'un coût pour l'assureur. Elles garderont notamment leur pouvoir réglementaire d'injonction et pourront proposer le soutien des structures de prévention si les entreprises rencontrent des difficultés à suivre leurs recommandations.
 - La fonction de contrôle de la conformité au droit est exercée par l'inspection du travail dans les Direccte. Les Médecins inspecteurs du travail (Mirt) quant à eux, soulagés de l'agrément des SSTI, pourraient être rattachés aux agences régionales de santé (ARS) mais détachés auprès des Direccte, dans leurs fonctions d'appui à l'inspection du travail, afin de se recentrer sur leurs fonctions de vigilance et de veille sanitaire liée au travail, en recouvrant par ailleurs l'instruction des recours administratifs individuels en matière d'inaptitude médicale²²¹.
- Ce recentrage des Direccte et des Carsat sur leur cœur de métier respectif n'obère pas leur rôle de conseil. A ce titre les agents de chacune de ces structures pourront orienter l'employeur sur la structure régionale afin de bénéficier d'un accompagnement pratique en prévention pour donner suite à leurs requêtes.

²¹⁹ La gestion du risque peut être définie comme l'ensemble des actions mises en œuvre pour améliorer l'efficacité du système de santé, c'est-à-dire le rapport entre sa qualité et son coût. « *Appliqué à l'assurance maladie obligatoire, le « risque » correspond aux dépenses remboursées par l'assureur public, et sa « gestion » désigne les actions mises en œuvre pour maîtriser leur évolution et améliorer leur efficacité (contrôle de l'exactitude de la prise en charge, lutte contre les fraudes et les gaspillages, promotion des techniques et des organisations présentant le meilleur coût/qualité, etc.)* » (mission IGAS sur la gestion du risque, décembre 2010). La gestion des risques par la sécurité sociale peut intégrer un volet prévention mais celui-ci est toujours partagé avec l'Etat, en particulier sur le champ de la santé au travail, le ministère en charge du travail.

²²⁰ Celui qui évalue le risque pour déterminer les cotisations en regard en termes d'assurance.

²²¹ Ce qui implique une modification législative du recours en cas d'inaptitude qui, actuellement, s'exerce par voie contentieuse prud'homale, mobilisant un médecin expert et induisant des frais de justice pour les requérants.

1.5 Valoriser les métiers de la prévention, renforcer les équipes et redonner du sens à leur action

- La nouvelle organisation, en clarifiant les missions de chacun dans un cadre unique, en renforçant les collectifs d'expertise, en les dotant de moyens fléchés et portés par des orientations stratégiques prioritaires, doit être une opportunité pour les professionnels (préventeurs, médecins...) de trouver plus de sens et d'efficacité collective, sans perdre leur identité ;
- Les médecins du travail et le personnel de santé, outre le suivi individuel de santé des salariés, trouveront, à travers la possibilité de renseigner le dossier médical partagé du salarié et une mobilisation accrue en matière de maintien dans l'emploi, une place reconnue dans le parcours de soin du salarié. Ils pourront dans ce cadre rénové mieux faire partager leur diagnostic relatif au lien entre santé et travail, apparaître comme référent en la matière auprès des médecins de ville et s'impliquer davantage dans la veille sanitaire. Enfin ils pourront inscrire leur action pour améliorer les conditions travail dans un environnement pluridisciplinaire cohérent et rassemblé ;
- Les préventeurs agiront au sein de collectifs étoffés et pourront conduire des ingénieries plus ambitieuses tout en bénéficiant de compétences pointues et des ressources rares parfois isolées dans des structures n'ayant pas la taille critique pour agir efficacement ;
- Médecins, personnels de santé et préventeurs, par leur contribution à la capitalisation et à l'essaimage des bonnes pratiques et des ressources produites (guides, outils...), intensifieront collectivement la portée de leur action. Cette dynamique induira une approche positive et engageante pour les entreprises ;
- La future structure régionale doit ainsi permettre l'initiative des professionnels qui l'intègrent, l'expression des compétences dans un fonctionnement en mode projet, et permettre une mobilité professionnelle accrue pour eux-mêmes en leur offrant l'opportunité de se spécialiser davantage ou à l'inverse d'être plus polyvalent.

1.6 Concentrer l'expertise nationale en matière d'ingénierie de prévention au sein d'un même organisme

- L'Anact, l'OPPBTP national et l'INRS sont aujourd'hui positionnés sur les volets de recherche appliquée et de mise à disposition d'outils de prévention à destination des entreprises. Une structure nationale dédiée à la prévention en santé au travail²²² pourrait les regrouper.
- Organisme public placé sous la tutelle du ministère du travail, du ministère de la santé et des affaires sociales s'appuyant sur une gouvernance tripartite, la Structure nationale s'organise en départements composés en fonction des compétences et des secteurs professionnels d'intervention²²³ des organismes regroupés . Elle définit les programmes de travail permettant de décliner les orientations du Plan Santé Travail. Elle contractualise avec les structures régionales à partir de la réponse apportée par ces dernières à un cahier des charges national intégrant les orientations nationales.
- La structure nationale gardera ainsi un lien fort avec les opérateurs de terrain que sont les structures régionales.

²²² Le terme « santé au travail » doit être entendu au sens large du Plan Santé au travail, c'est-à-dire comme incluant les conditions de travail, la qualité de vie au travail.

²²³ Notamment celui du bâtiment et des travaux publics.

- Cette interrelation est garante d'une conception et d'un déploiement homogène sur tout le territoire d'outils, méthodes et démarches concrets et opérationnels pour les entreprises, renforçant ainsi la fonction de centre ressources portée par les structures régionales.
- Cette structure pourra tout naturellement intégrer le réseau R31²²⁴ (l'Anact et l'INRS y participent actuellement) piloté par l'Anses au bénéfice des études et de la recherche en santé travail.

Elle comporte un département spécialisé exerçant les fonctions d'une école de santé au travail pour la formation des entreprises, des bureaux d'étude, des acteurs et des professionnels de la santé au travail (cf. encadré 3 § 2.2.5 partie I).

1.7 Refonder le système de financement de la santé au travail pour gagner en transparence, lisibilité et efficacité

➤ Une cotisation unique pour les employeurs

Les contributions financières des entreprises pour les structures régionales de prévention et celle concernant l'OPPBTP pour les entreprises qui en relèvent, pourraient être regroupées avec celles des AT-MP au sein d'une cotisation unique « santé travail » directement recouvrées par les URSSAF :

- A coût global constant pour l'ensemble des entreprises, la cotisation unifiée rend visible par chacune d'entre elles, indépendamment de ses actions propres, la part de la contribution qu'elle consacre à la santé au travail et aux risques professionnels ;
- Elle autorise une modulation de son montant sur une base mutualisée²²⁵ selon le risque spécifique de l'entreprise ou de son engagement en matière de prévention. Un employeur qui recourt à des prestations de prévention hors la structure régionale verra sa cotisation réduite à due concurrence.

➤ Un fonds national de la prévention

Il regroupe l'ensemble des ressources destinées à la prévention au sein d'un fonds unique : comprenant donc :

- Les fonds de l'Etat affectés à la prévention (issus du Budget opérationnel de programme n°111 ou BOP 111²²⁶) ;
- Les fonds de la branche AT-MP affectés à la prévention (issus du Fonds national de prévention des accidents du travail ou FNPAT) ;
- Les fonds issus de la cotisation versée pour le financement des structures régionales de prévention (ex cotisation des services de santé au travail interentreprises ou SSTI) ;

²²⁴ Ce réseau, animé et coordonné et par l'Anses en application de l'article R1313-1 du CSP, comprend 30 organismes scientifiques intervenant dans son champ de compétences. Il a pour objectif de renforcer les coopérations aux fins : d'évaluation des risques sanitaires notamment dans le domaine du travail; de veille et d'alerte des pouvoirs publics en cas de risques pour la santé publique; d'amélioration de la connaissance des risques sanitaires dans le domaine de compétence de l'Anses.

²²⁵ Une contribution, en temps ou financière, des entreprises dotées d'un service autonome, au titre de la mutualisation de la prise en charge de la prévention, se justifierait notamment en raison des travaux qu'elles confient fréquemment à des PME dans le cadre d'une relation de sous-traitance ou de recours à des prestations extérieures.

²²⁶ Le programme n° 111, piloté par la DGT au ministère du travail, porte sur l'amélioration de la qualité de l'emploi et des relations du travail. Il inclut la qualité du droit, sa diffusion et le contrôle de sa mise en œuvre, le conseil et l'appui au dialogue social. Dans le champ de la prévention, il finance en particulier l'Anact.

- Une quote-part des fonds provenant des organismes de complémentaire santé recommandés, au titre de la contribution de 2 % sur les cotisations consacrée à un degré élevé de solidarité²²⁷ ;
- Une part provenant du fonds de développement pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées (issue de l'Agefiph) (Cf. § 1.1 partie 2);
- Une part volontaire de cotisation des travailleurs indépendants et chefs d'entreprise.

Un tel dispositif présente deux avantages :

- Retracer précisément les ressources et les dépenses affectées à la prévention au plan national afin de mieux orienter les politiques publiques en matière de santé au travail et améliorer en conséquence la lisibilité de l'effort financier de la collectivité nationale et des entreprises en faveur de la santé au travail ;
- Répartir les dotations destinées aux structures régionales en tenant compte du respect de leur programmation vis-à-vis des priorités nationales et assurer ainsi une égalité de traitement sur l'ensemble du territoire.

La répartition des fonds pourrait être décidée par une commission dédiée de l'instance de gouvernance de la structure nationale et se décliner ainsi :

- Part dédiée aux structures régionales de prévention dans le cadre d'une contractualisation ;
- Part dédiée la structure nationale de la prévention elle-même ;
- Part dédiée au financement d'actions innovantes ou exemplaires dans les branches, les territoires ou les entreprises.

Afin d'éviter de créer une nouvelle caisse nationale, la gestion des fonds pourrait être confiée à la CNAM.

1.8 Au plan national, renforcer l'Etat stratège

- L'Etat, dans une posture stratège et garant de la sécurité sanitaire au travail, veille à la conception et au pilotage de la politique de santé au travail définie dans le plan santé travail et à son articulation avec la Stratégie nationale de santé (SNS) et le Plan national santé environnement (PNSE) dans le cadre d'une action interministérielle. Il s'appuie notamment sur une structure nationale (Cf. infra) pour élaborer et décliner le volet prévention des politiques de santé au travail.
- La mission de veille et d'expertise sanitaire, distincte de celle de la structure nationale en matière de recherche appliquée et d'ingénierie de prévention, s'exerce toujours par l'ANSES et Santé Publique France.

1.9 Etablir un pilotage et une gouvernance tripartite assurant un rôle effectif des partenaires sociaux

➤ **Pilotage national**

Il est assuré par une double tutelle des ministères en charge du travail, de la santé et des affaires sociales, qui associe les autres ministères intéressés.

²²⁷ Cf. recommandation n°3 infra.

Le COCT conserve son rôle d'instance consultative et de concertation placée auprès des ministres pour les orientations et le suivi des politiques en matière de santé au travail.

La structure nationale assure le déploiement opérationnel du PST.

➤ **Gouvernance de la structure nationale**

La structure nationale, organisme de droit public qui peut être un EPA, dispose d'un conseil d'administration (CA) où siègent à côté de l'Etat, les seuls partenaires sociaux.

Les compétences de la Commission des accidents du travail/maladies professionnelles (CAT-MP de la CNAM) relatives à l'ingénierie de prévention sont transférées au CA, les comités techniques nationaux (CTN de la CNAM) deviennent des commissions du CA.

➤ **Pilotage régional**

Il est assuré par les Direccte, en lien avec les ARS.

Le CROCT conserve son rôle d'instance d'avis placée auprès du représentant de l'Etat en région pour les orientations et le suivi des politiques régionales en matière de santé au travail. Il serait chargé de l'instruction des incitations financières et, le cas échéant, de la modulation des cotisations SST des entreprises en fonction de leur recours à la structure régionale. Les comités techniques régionaux sont conservés et placés auprès du CROCT.

La structure régionale assure le déploiement opérationnel du PRST.

➤ **Gouvernance de la structure régionale**

La structure régionale de droit privé dispose d'un CA paritaire (à l'instar du statut des Carsat) où siègent le représentant de l'Etat en région. Il regroupe donc les compétences des CA des SSTI, de l'OPPBT, de la CRAT-MP, de l'Aract, instances des organismes qui rejoignent la structure régionale.

La direction de la structure régionale est assurée par un directeur nommé par le CA en accord avec la structure nationale de santé.

2 NOS RECOMMANDATIONS A L'APPUI DU SCENARIO

Ces recommandations s'intègrent dans le schéma général de réorganisation du système de santé mais certaines d'entre elles sont applicables de façon indépendante.

Recommandation n°1 : : Donner davantage de visibilité nationale à la politique de santé au travail

- Inscrire dans la loi l'obligation d'élaborer le Plan Santé Travail et prévoir un rapport régulier devant la représentation nationale ;
- Faire du Plan Santé Travail le volet opérationnel de la politique de santé travail de la Stratégie nationale de santé ;
- Piloter le Plan Santé Travail sous l'égide du comité interministériel pour la santé ;
- Mieux évaluer la mise en œuvre et l'impact du Plan Santé Travail, notamment en améliorant les indicateurs de réalisation et d'impact par des études évaluatives ciblées de certaines actions réalisées dans le cadre du plan ;

- Suggérer au plan européen le développement de *peer reviews*²²⁸ périodiques des politiques de santé au travail avec pour objectif d'évaluer leur mise en œuvre et de disposer d'éléments de comparaison à intervalles réguliers.

Recommandation n°2 : Consacrer un effort financier dédié et significatif à la prévention

- A partir des excédents de la branche risques professionnels, consacrer un effort financier significatif aux actions en faveur de la prévention dans les entreprises ;
- Mettre en perspective lors des discussions parlementaire relatives à la loi de finances et à la loi de financement de la sécurité sociale les parts respectives consacrées à la prévention des risques professionnels.

Recommandation n°3 : Inciter les branches à s'emparer des questions de santé et de qualité de vie au travail

- Fixer une part minimale du 2 % des cotisations versée, prévu pour les prestations à caractère non directement contributif de solidarité dans le cadre d'un contrat de protection sociale complémentaire relevant du degré élevé de solidarité obligatoire, à consacrer aux actions de prévention collective ;
- Reverser cette quote-part au fonds national de la prévention lorsqu'aucune action issue d'une négociation collective n'a été engagée par une branche en matière de santé ou de qualité de vie au travail.

Recommandation n°4 : Inciter les entreprises à s'engager davantage dans la prévention par une approche valorisante

- Ne pas fonder l'incitation à la prévention sur la seule menace de la sanction ;
- Augmenter significativement le montant des aides destinées aux entreprises et dédiées à la prévention, décidées dans le cadre de la COG de la branche AT-MP pour :
 - Garantir un appui à l'instauration d'une démarche de prévention dans chaque entreprise, en particulier les TPE/PME (par exemple pour la mise en place d'un système de management des risques) ;
 - Mener des actions de sensibilisation des dirigeants sur le lien Santé au travail / Performance de l'entreprise (performance globale), compléter les aides incitatives.
- Financer les baisses de cotisations des entreprises s'engageant dans des actions de prévention innovantes ;
- Accompagner les entreprises dans l'élaboration et le suivi d'indicateurs de performance en santé au travail, mis en lien avec les indicateurs de performance globale, pour leur donner à voir le retour sur leur investissement en matière de prévention ;
- Impliquer les dirigeants d'entreprise en leur ouvrant le bénéfice des prestations de la structure régionale en ce qui concerne leur suivi individuel de santé.

Recommandation n°5 : Mieux articuler la santé au travail et la santé publique pour une meilleure prise en charge de la santé globale des travailleurs

- Etudier en lien avec les structures régionales la possibilité de mener des actions ciblées de santé publique sans préjudice de leur mission première ;
- Mener des campagnes d'information grand public sur certains risques professionnels, à l'image de ce qui a été fait pour l'exposition aux agents cancérigènes et pour les troubles musculo squelettiques ;

²²⁸ Examen par des pairs

- Etendre la possibilité pour les étudiants des métiers de la santé d'effectuer le nouveau service sanitaire de trois mois dans les structures régionales ;
- Former aux premiers secours dès le lycée afin d'ancrer la culture de prévention et de rendre chacun capable d'agir dans les situations d'urgence ;
- Faire évoluer le dossier médical partagé (DMP), document à l'usage du salarié dans son parcours de santé en et hors de l'entreprise :
 - Permettre dès à présent, dans le respect des principes régissant ce dossier, l'inscription des éléments relatifs aux expositions professionnelles ;
 - Créer à cet effet une nouvelle rubrique dans le DMP ;
- Parvenir à brève échéance, dans le respect de la vie privée des salariés et afin de faciliter une prise en charge coordonnée de leur santé, le partage, via le DMP, d'informations médicales entre professionnels de santé, qu'ils interviennent dans le parcours de soins et de prévention pour les salariés.

Recommandation n°6 : Renforcer le rôle de la structure régionale et du médecin du travail pour prévenir la désinsertion professionnelle

- Intégrer systématiquement la structure régionale de santé au travail en tant que ressource proposée par les plateformes territoriales d'appui (PTA) dédiées à la gestion des cas médicaux complexes²²⁹ ;
- Mettre en œuvre les recommandations des récents rapports traitant du sujet qui impliquent les futures structures régionales de santé au travail²³⁰ ;
- Engager une réflexion pour une refonte complète du cadre juridique et institutionnel visant à clarifier et simplifier le parcours d'accompagnement du travailleur handicapé et plus généralement de tout travailleur exposé à un risque de désinsertion consécutif à son état de santé, en s'appuyant sur les principes suivants :
 - Créer au bénéfice du salarié et de l'employeur un porte d'entrée garantissant la prise en charge et le suivi multi-acteurs de tout dossier de maintien en emploi ;
 - Organiser les relations entre médecin du travail et médecin conseil ;
 - Instaurer, en cas de blocage, un mécanisme administratif garantissant la prise de décisions d'orientations dans des délais préfixes ;

Simplifier les démarches administratives relatives aux travailleurs en situation de handicap (Cf. § 1.1 partie 2).

Recommandation n°7 : Mobiliser efficacement la ressource de temps disponible des médecins du travail et des personnels de santé

- Des mesures pour optimiser l'organisation et faciliter le suivi individuel de santé systématique des salariés par les médecins du travail et les personnels de santé :
 - Moderniser les outils du quotidien pour la réalisation des examens médicaux :
 - Généralisation des systèmes d'information avec connexion des dispositifs d'examens complémentaires ;

²²⁹ Les Plateformes Territoriales d'Appui (PTA) créées par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 ont pour objectif de simplifier, pour les professionnels et notamment les médecins traitants, la prise en charge des patients en situation complexe par l'intégration au sein d'un interlocuteur unique, les fonctions d'appui d'un territoire.

²³⁰ -Rapport "Personnes handicapées : « sécuriser les parcours, cultiver les compétences »" - Dominique Gillot – juin 2018 et rapport "Plus simple la vie" : 113 propositions pour améliorer le quotidien des personnes en situation de handicap" - Adrien Taquet et Jean-François Serres – mai 2018.

- Plateformes internet pour la prise des rendez-vous directe par les salariés ou les entreprises ;
 - Développer l'usage de la télémédecine pour répondre aux disparités territoriales et réduire la durée de certains actes médicaux.
- Au profit d'un investissement plus grand envers certains salariés :
 - Présentant des problèmes de santé susceptibles d'entraîner leur désinsertion professionnelle qu'il s'agisse :
 - De motifs d'inaptitude à leur poste dans l'entreprise ;
 - De pathologies chroniques nécessitant des mesures pour le maintien dans leur poste ;
 - Appartenant à des populations à risques telles que les jeunes salariés ou les salariés vieillissant et les aidants ;
 - Engagés dans des formes d'emploi ou des parcours professionnels précaires comme l'intérim ou les CDD ;
 - En situation de handicap ;
- Créer une contribution, en temps ou financière, des entreprises dotées de services autonomes en faveur des structures régionales de santé au travail, au titre de la mutualisation, en raison des travaux qu'elles confient fréquemment à des PME dans le cadre d'une relation de sous-traitance ou de recours à des prestations extérieures.
- Ouvrir à certaines catégories de salariés précisément identifiées (par exemple salariés du particulier employeur) la possibilité de faire effectuer leur suivi individuel de santé par des généralistes ayant passé une convention avec la structure régionale.

Recommandation n°8 : Former les différents acteurs de la prévention dans un objectif interdisciplinaire

- Mettre en place un référentiel national de compétences en matière de pratiques de prévention, en fonction des métiers, des missions et du niveau de responsabilité exercé ;
- Formaliser l'ensemble du corpus théorique (doctrine) et méthodologique (démarches, outils, méthodes) en matière de santé travail et le rendre accessible à l'ensemble des acteurs de la prévention sous forme pédagogique ;

Recommandation n°9 : Mieux prendre en charge la prévention des risques liés aux organisations de travail et à leurs transformations

Former aux déterminants organisationnels et humains de la culture de sécurité :

- Les intervenants en prévention (Directe, structure régionale) ;
 - Les managers de proximité et les membres de CSE ;
 - Les conseils extérieurs en entreprise (formations conjointes pour chacun de ces trois catégories d'acteurs);
- Poursuivre le développement de la culture de prévention et de la qualité de vie au travail dans la formation initiale des managers et ingénieurs (concevoir et organiser le travail en santé et en sécurité, animer des collectifs de travail, animer des espaces de régulation, etc.) ;
- Formaliser la qualité des prestations des intervenants extérieurs sur ces domaines par la justification du recours à des référentiels éprouvés et reconnus ;
- Développer la recherche sur les liens entre santé et transformation du travail ;

- Développer l'ingénierie et le déploiement de démarches participatives impliquant les salariés dès la phase de conception et de mise en place de nouvelles organisations du travail ou mode de production afin de combler le retard important de la France en Europe en la matière.

Recommandation n°10 : Mettre en place au sein de chaque structure régionale une cellule spécifiquement dédiée à la prise en charge des RPS

- Cette cellule interviendrait :
 - À la demande d'une entreprise souhaitant engager une démarche de prévention ;
 - A la demande d'un salarié ou travailleur indépendant souhaitant bénéficier d'un appui à la gestion de ses RPS, indépendamment de l'entreprise et dans le respect de la confidentialité ;
 - En cas de signalement de RPS laissant craindre des facteurs pathogènes dans une entreprise, une organisation, ou un secteur d'activité ;
- De façon pluridisciplinaire : médicale pour l'accompagnement individuel, collective pour investiguer les causes organisationnelles, managériales, contextuelles, en lien avec les différents acteurs concernés de l'entreprise.

Recommandation n°11 : Organiser au sein de la structure régionale un guichet unique

- La structure régionale doit rendre le service de proximité envers les salariés et les employeurs en mettant en place une structure d'accueil permettant une prise en charge personnalisée ;
- Cet accueil doit être en capacité de répondre à toute demande du socle d'offre de service relative à la santé et à la qualité de vie au travail en orientant le demandeur vers le bon interlocuteur de la structure ou vers un intervenant extérieur habilité sur son territoire.

Recommandation n°12 : Permettre l'exploitation collective des données à des fins d'évaluation et de recherche et généraliser l'interopérabilité des systèmes d'information

- Généraliser et harmoniser les systèmes d'information des structures régionales, notamment pour ce qui concerne les anciens services de santé au travail ;
- Harmoniser les modalités du recueil des données par l'utilisation de thésaurus homogènes définis au plan national par la structure nationale en lien avec l'Anses ;
- La nouvelle configuration des structures de santé au travail facilitera l'exploitation des données à des fins statistiques et la mise en place d'enquêtes ou d'études coordonnées par l'Anses, Santé Publique France ou la Dares.

Recommandation n°13 : Simplifier l'évaluation des risques dans les entreprises pour la rendre opérationnelle

- Limiter la formalisation de l'évaluation aux risques majeurs dans les plus petites entreprises ;
- Rendre obligatoire un seul document pour toutes les entreprises : le plan de prévention des risques, qui intégrera les éléments d'évaluation des risques se substituant ainsi au document unique d'évaluation des risques (DUER) ;
- Faire accompagner les entreprises pour l'élaboration de leur plan de prévention par les structures régionales et supprimer en conséquence la fiche d'entreprise.

Recommandation n°14 : Proportionner les obligations et les moyens à déployer dans les entreprises en fonction de leur spécificité et des risques effectivement rencontrés par les salariés

- A cet effet revisiter, en coopération avec les partenaires sociaux, la réglementation pour la faire évoluer vers une simplification et une recherche d'efficacité réelle ;

- Rendre les décrets applicables à titre supplétif lorsque l'entreprise adopte des dispositions de prévention qui répondent au même objectif que la réglementation sans en suivre les modalités d'application concrètes. Une telle logique, sans rien céder à l'exigence de sécurité, serait de nature à réduire l'écart entre les exigences réglementaires (conformité) et les contraintes du travail réel et à améliorer l'effectivité de la prévention²³¹.

Recommandation n°15: Donner les moyens aux partenaires sociaux de participer à la conception, la mise en œuvre et au suivi des politiques publiques en matière de santé au travail

- Abonder le fonds du paritarisme par les sommes issues actuellement du FNPAT destinés aux partenaires sociaux pour la formation en matière de santé au travail et flécher leur utilisation pour leur participation aux politiques de santé au travail.

Recommandation n°16: Conduire une réflexion pour l'amélioration de la santé et de la qualité de vie au travail de la fonction publique

Le champ de la mission ne couvre pas celui de la fonction publique, celui-ci n'a donc pas été abordé. Néanmoins, les nombreux témoignages provenant des fonctions publiques incitent la mission à proposer que les recommandations qui peuvent être transposées prennent part dans la réflexion conduite sur la réforme de la fonction publique nationale, territoriale et hospitalière.

3 UN SCENARIO POUR UN FUTUR PROCHE : LA PERFORMANCE GLOBALE

Si les propositions du présent rapport visent à mettre les acteurs de la prévention en ordre de bataille pour permettre à la culture de prévention de pénétrer les pratiques managériales au quotidien, elles restent axées sur une approche par les risques.

C'est pourquoi la mission conçoit le scénario qu'elle a proposé comme une étape incontournable mais aussi comme un préalable à l'objectif encore plus ambitieux d'offrir à terme un système qui serait résolument tourné vers la promotion simultanée de la santé et de la performance globale de l'entreprise. Un niveau de maturité supérieur, serait non plus de faire de chacun un préventeur mais un promoteur d'un milieu de travail simultanément propice à l'efficacité économique et au bien-être au travail, ce qui implique cette fois tous les acteurs et décideurs du développement économique.

Il n'est en effet pas de performance économique sans performance sociale de l'entreprise. Il n'est pas de pérennité de l'entreprise sans capacité à s'adapter et à agir sur un environnement mouvant, internationalisé, et hautement concurrentiel.

Le concept de performance globale répond à ces enjeux en intégrant la logique de développement durable dans la stratégie d'entreprise. Ainsi, l'entreprise n'est plus uniquement tournée vers ses objectifs de performance financière, mais vise également à concourir au bien-être sociétal et environnemental. Cette démarche porteuse de sens, plébiscitée par les nouvelles générations, contribue à la fois à l'attractivité des compétences dont a besoin l'entreprise et dans le même temps à la fidélisation des professionnels, leur attachement à l'entreprise et leur engagement, tout en favorisant le bien-être au travail et en réduisant les facteurs de risques psychosociaux. Elle contribue également à ce que l'entreprise, par la recherche de procédés de fabrication moins

²³¹ La réglementation allemande prévoit quant à elle une démarche progressive d'évaluation des risques (pas d'obligation lorsque le risque est mineur ou négligeable, une évaluation sans mesurage et un mesurage s'il demeure une incertitude ou s'il s'agit d'agent CMR) et que les mesurages doivent être réalisés par un salarié compétent ou par une structure extérieure répondant à des normes en matière de mesurage (DIN EN 482).

polluants et moins consommateurs, contribue par exemple à la qualité de l'air et à la préservation de l'environnement, et par ce biais à la santé de tous. Elle répond ainsi aux attentes des consommateurs, pour lesquels l'éthique de l'entreprise tend à prendre une place prépondérante, comme en témoigne la consommation croissante des produits issus de petits producteurs ou du commerce équitable, respectueux de l'environnement, bouclant ainsi un cercle vertueux dans lequel l'ensemble des parties prenantes bénéficie de retombées positives. L'engagement de l'entreprise dans l'inclusion des personnes en situation de handicap en est une autre illustration, lorsque celle-ci perçoit le recrutement ou le maintien dans l'emploi de ces personnes comme un défi d'adaptation, certes, mais qui sera aussi générateur d'innovation, profitant à l'ensemble des salariés de l'entreprise, et concourant aussi à son agilité et sa capacité à repenser son organisation et sa culture managériale.

La mise en œuvre d'une démarche de performance globale suppose pour l'entreprise de concevoir tout projet d'organisation dans une logique tridimensionnelle (économique, sociale/sociétale, environnementale) de manière intégrée. Ainsi, le remplacement de machines de production, de composants dans un produit fini, tout comme les logiques managériales, ne peuvent servir un seul objectif au détriment des autres. A titre d'exemple le lean management, inscrit initialement dans le but d'augmenter l'efficacité et la productivité d'une entreprise, peut induire des effets négatifs sur la santé au travail et par répercussion sur la performance économique de l'entreprise. Et cela, à plus forte raison que la rapidité des évolutions technologiques et l'essor de l'intelligence artificielle, conjuguées à de nouvelles formes de travail et des parcours professionnels fluctuants, pousseront les entreprises à constamment remettre en question leur mode d'organisation. Il est à noter que le CSE, par la fusion qu'il opère entre les instances représentatives du personnel, s'inscrit pleinement dans la logique d'articuler simultanément les dimensions économique et sociale, et que le projet de loi PACTE, qui sera débattu au parlement à la fin de l'année 2018, porte la volonté de consacrer la notion d'intérêt social au sein de l'article 1833 du Code civil, et de permettre aux associés d'inscrire dans les statuts de l'entreprise sa raison d'être, pour y intégrer explicitement les dimensions sociétale et environnementale.

C'est pourquoi il apparaît essentiel de rapprocher et coordonner, selon des modalités qu'il apparaît prématuré de définir, les acteurs du conseil en prévention, avec les acteurs du conseil en développement économique, et bien évidemment, les acteurs du développement des compétences, qui se situent au carrefour de ces enjeux.

ANNEXE 1 : LETTRE DE MISSION

Le Premier Ministre

0 0 8 3 / 1 8 / S G

Paris, le 22 JAN. 2018

Madame la députée,

La qualité de vie au travail s'est affirmée comme une préoccupation croissante tant des salariés que des entreprises et est devenue un objet de négociation. Elle traduit la nécessité de ne pas opposer et de reconnaître la complémentarité entre santé et performance. Favoriser la réalisation d'un travail de qualité dans des conditions de travail satisfaisantes est un enjeu majeur de politique publique.

La qualité de vie au travail renvoie à des dimensions collectives et individuelles : le temps de travail, la charge de travail, l'organisation du travail, le climat des relations humaines, les conditions pratiques de réalisation des tâches. Une telle orientation suppose avant tout de déployer une action efficace en matière de prévention des risques professionnels, qui doit avoir pour objectif majeur la réduction des accidents du travail, encore trop nombreux, et l'amélioration des conditions de travail.

Une telle action s'inscrit dans un cadre historique : la prévention des risques professionnels et la protection des travailleurs, l'assurance contre les accidents du travail ont donné lieu historiquement aux premières lois sociales de notre pays. C'est également un domaine d'action de l'Union européenne. La construction de l'Europe sociale constitue sur ce sujet une réalité concrète avec une directive cadre et des garanties sociales nombreuses.

Sur la proposition de la ministre du travail, Madame Muriel PÉNICAUD, et de la Ministre des solidarités et de la santé, Madame Agnès BUZYN, je souhaite que la réflexion sur les voies d'amélioration de notre système de prévention des risques professionnels s'articule autour de deux axes.

Le premier axe concernera utilement la définition des enjeux et des objectifs de ce système, et son évaluation au regard de ces enjeux et objectifs. Le Président de la République et le Gouvernement ont fait de l'évaluation de l'action publique un objectif structurant de toute réflexion, venant irriguer les différentes évolutions envisagées et la mise en œuvre des orientations.

.../...

Madame Charlotte LECOCQ
Députée
Assemblée Nationale
126, rue de l'Université
75291 PARIS CEDEX 06

Or, il est encore difficile d'appréhender l'évolution de la qualité de vie au travail et de mesurer la performance de notre système de prévention des risques professionnels, dans le temps et dans l'espace. Cela nécessite de définir les voies et moyens pour comparer cette performance avec celle des autres systèmes existants chez nos voisins, notamment européens, qui s'inscrivent comme nous dans le respect des directives sur la protection de la santé au travail.

Les critères comparatifs et autres éléments d'évaluation doivent être suivis de manière transparente et donner lieu à débat, comme c'est le cas pour l'évolution du marché du travail. Dans ce cadre, la mise en avant de pratiques exemplaires pourra être encouragée afin de valoriser les mesures adoptées en entreprises qui favorisent la sécurité et plus encore le bien-être au travail.

Le second axe de réflexion porte sur les leviers opérationnels à actionner pour atteindre des résultats. Ils sont multiples, et notamment juridiques et organisationnels.

Notre système français est organisé autour d'un ensemble de normes spécifiques contenues dans le code du travail, déclinant les principes généraux de prévention des risques professionnels. La réglementation et une jurisprudence croissante organisent la responsabilité de l'employeur. Le droit précise le rôle des différents acteurs du monde de l'entreprise, notamment la représentation du personnel. Mais les salariés victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle bénéficient aussi d'un régime de protection sociale financé par les entreprises, organisé de manière à favoriser la prévention des risques professionnels. Force est de constater que l'ensemble demeure complexe.

Par ailleurs, des acteurs nombreux disposent de prérogatives parfois complémentaires, parfois similaires pour appuyer ou contrôler la prise en compte effective de l'exigence de protection des travailleurs contre les risques professionnels et de promotion de conditions de travail de qualité.

Les services de santé au travail ont fait l'objet de plusieurs réformes au cours des dernières années visant toutes à favoriser une approche pluridisciplinaire de la santé au travail, dans un contexte de désaffection préoccupante de la médecine du travail : en 10 ans, leur nombre a baissé de 30% et aujourd'hui, 75% des médecins du travail ont plus de 55 ans. Le médecin conseil des caisses de sécurité sociale intervient également dans des conditions qui peuvent parfois conduire les entreprises et les salariés à percevoir des contradictions avec la médecine du travail. C'est également le cas des différents corps de contrôle qui vérifient l'application des règles et conseillent les entreprises, salariés et leurs représentants en ce sens entre l'inspection du travail et la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail notamment.

Enfin, différents organismes œuvrent dans le domaine de l'appui documentaire, méthodologique, de l'aide à la prévention des risques professionnels tels que l'agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail, l'institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des maladies professionnelles et des accidents du travail, l'organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics.

Le plan santé au travail a pour objet de définir les priorités politiques en la matière, de tracer une perspective sur plusieurs années, de favoriser une action efficace des acteurs et de coordonner leurs actions. C'est également le cas des conventions d'objectifs et de gestion signées avec les caisses de sécurité sociales concernées. Ces documents permettent de partager avec les partenaires sociaux et les parties prenantes les orientations promues.

3.-

Force est de constater que ce « mille feuilles », cette multitude d'acteurs et d'institutions, semblent pas ou peu coordonnés entre eux dans l'exercice de leurs missions respectives et souvent éloignés de l'entreprise et de ses salariés.

Cette multiplicité et cet éclatement des acteurs génèrent des besoins de coordination à travers des instances en partie paritaires comme le conseil d'orientation des conditions de travail et les comités régionaux de prévention des risques professionnels.

Dans ce contexte, je souhaite que vous puissiez formuler des propositions avec Monsieur Henri FOREST et Monsieur Bruno DUPUIS visant à :

- organiser très concrètement l'évaluation dans le temps et dans l'espace de la performance de notre système de prévention des risques professionnels. Vous pourrez également mener une réflexion sur la méthode permettant de valoriser les bonnes pratiques et leur permettre d'être riches d'enseignements ;

- améliorer l'efficacité et l'efficience de l'ensemble du système de prévention des risques professionnels et de notre système de contrôle et d'appui au bénéfice d'une part des travailleurs, dont la protection doit être assurée et la qualité du travail et de vie au travail soutenu, et d'autre part des entreprises, dont la responsabilité doit être organisée dans un cadre sécurisé et prévisible : normes, gouvernance, organisation nationale et locale, modes d'action auprès et dans les entreprises.

Un décret vous nommera, en application des dispositions de l'article L.O.144 du code électoral, en mission auprès de Madame Muriel PÉNICAUD, Ministre du travail, et de Madame Agnès BUZYN, Ministre des solidarités et de la santé.

Vous vous appuierez à cette fin sur les services des ministères du travail et des solidarités et de la santé et procéderez à de larges consultations auprès des partenaires sociaux et des organismes de sécurité sociale. Vous étudierez également les exemples étrangers et particulièrement européens susceptibles d'éclairer utilement les constats et évolutions nécessaires.

Les conclusions de vos travaux sont attendues pour le 30 avril 2018.

Je vous prie d'agréer, Madame la Députée, l'expression de mes respectueux hommages.


Edouard PHILIPPE

ANNEXE 2 : DECLINAISON FRANÇAISE DES EXIGENCES DE LA CONVENTION 187

Tableau 11 : Déclinaison nationale des exigences de Convention (n° 187) de l'OIT sur le cadre promotionnel pour la sécurité et la santé au travail

Exigences de la C 187	Déclinaisons nationales
Une politique nationale	<ul style="list-style-type: none"> ○ L'Etat fixe et assure le contrôle des mesures de protection de la santé et de la sécurité au travail, qui relève de l'ordre public social (DGT, Direccte). ○ Il détermine au sein du Conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT), en concertation avec les partenaires sociaux, la <i>politique</i> de prévention des risques professionnels et de l'amélioration des conditions de travail. ○ Les partenaires sociaux adoptent au sein de la branche «AT-MP» de la sécurité sociale des orientations spécifiques, dans le respect du cadre général fixé par les pouvoirs publics.
Un système national comprenant :	<ul style="list-style-type: none"> ○ La législation sur la santé et sécurité au travail est codifiée dans la partie IV du code du travail, inspirée pour sa majeure partie des directives européennes²³² ○ Plusieurs accords nationaux interprofessionnels (ANI)²³³ dont en dernier lieu l'ANI du 19 juin 2013 sur l'égalité professionnelle et la qualité de vie au travail ○ Le 3^{ème} Plan Santé au Travail (PST3) 2016-2020²³⁴
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Une législation, des accords collectifs et tout instrument pertinent en SST 	<ul style="list-style-type: none"> ○ La branche AT-MP de la sécurité sociale ○ Les organismes de prévention ○ Les services de santé au travail inter-entreprises et autonomes (médecine du travail)
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Des organismes responsables aux fins de la SST 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Les services centraux et déconcentrés de l'Etat (administrations centrales et services déconcentrés du ministère du travail²³⁵, de l'agriculture, de la santé et de l'environnement, inspection du travail²³⁶)
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Un système d'inspection 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Présence d'institutions représentatives du personnel compétentes en SST dès 11 salariés (CSE) et commissions spécialisées à partir de 300 salariés ou sans condition d'effectif en présence de risques importants (CSSCT) ○ Commissions paritaires régionales interprofessionnelles (CPRI) compétentes en matière de conditions de travail dans les entreprises de 1 à 10
<ul style="list-style-type: none"> ➤ La coopération entre direction, travailleurs et représentants du personnel 	<ul style="list-style-type: none"> ○ La branche AT-MP de la sécurité sociale ○ Les organismes de prévention ○ Les services de santé au travail inter-entreprises et autonomes (médecine du travail)

²³² Certaines dispositions spécifiques à des métiers ou secteurs d'activité peuvent se retrouver dans d'autres codes (code rural et de la pêche maritime, code des transports, etc.). Les dispositions relatives aux AT-MP sont dans le code de la sécurité sociale.

²³³ Le plus structurant de tous étant l'accord cadre du 17 mars 1975 sur l'amélioration des conditions de travail.

²³⁴ Le PST3 est articulé à d'autres plans tels que le plan national contre le cancer 2014-2019, le plan national santé environnement 2015-2019 ou, en dernier lieu, la stratégie nationale de santé 2018-2022.

²³⁵ Les effectifs des Direccte, toutes fonctions confondues, sont passés de 10 461 en 2011 à 9 744 en 2015 soit une baisse de 6,85 % sur la période (source : rapport de la Cour des comptes sur les services déconcentrés de l'Etat : décembre 2017).

²³⁶ Au 31/12/2015, les effectifs affectés en section, en charge du contrôle des entreprises, s'élevaient à 1196 inspecteurs du travail et 992 contrôleurs du travail, soit une moyenne par agent de contrôle de 840 établissements et 8 500 salariés (source DGT).

➤ Des organes tripartites consultatifs nationaux en SST	○ Conseil d'orientation des conditions de travail (COCT) et comités régionaux (CROCT)
➤ Des services d'information et consultatifs en SST	○ Agence nationale de sécurité sanitaire, de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) ○ Santé Publique France ○ l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS) ○ l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT) ○ Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics (OPPBTP)
➤ L'offre d'une formation en SST	○ Offre de formation INRS, Carsat, Anact, OPPBTP ○ Ressources pédagogiques du Conseil national pour l'enseignement de la santé et sécurité au travail (CNES&ST) ²³⁷ ○ Marché privé des services externalisés de formation en SST (hors formation longue diplômante) ²³⁸
➤ Des services de santé au travail	○ 895 SST en 2016 dont 253 SSTI représentant environ 11 300 ETP ²³⁹
➤ De la recherche en SST	○ ANSES ○ Santé publique France ○ INRS ○ INERIS
➤ Un mécanisme de collecte et d'analyse des données AT-MP	○ Appareil statistique de la Cnam
➤ Des dispositions de collaboration avec les régimes de sécurité sociale couvrant les AT-MP	○ Les relations entre l'Etat et la Sécurité sociale sont organisées et harmonisées contractuellement, dans le cadre d'une « Convention d'objectifs et de gestion » (COG).
➤ Des mécanismes de soutien pour l'amélioration progressive des conditions de SST des micro-entreprises, les PME	○ Système de tarification AT-MP incitatif ○ Aides financières simplifiées de la branche AT-MP ○ Fonds pour l'amélioration des conditions de travail (FACT)
Un programme national	○ La politique de prévention s'appuie sur un programme de santé et de sécurité au travail pluriannuel dans le cadre d'un plan santé travail (PST3 2016-2020). Ce plan comprend 2 axes stratégiques et un axe support, divisés en 10 objectifs renvoyant à actions opérationnelles assorties d'indicateurs.

²³⁷ Le CNES&ST réunit à parts égales des représentants du Ministère de l'EN, de l'Enseignement Sup. et de la recherche et de la branche AT-MP. Il s'est récemment rapproché de la Commission des Titres d'Ingénieurs (CTI) et de la majorité des écoles d'ingénieurs afin de les accompagner dans la mise en place d'enseignements en lien avec la santé et sécurité au travail. (Cf. 2.2.5).

²³⁸ Selon le site « Officiel prévention » = environ 500 millions d'euros (soit de l'ordre de 5 % du marché total français de la formation professionnelle continue).

²³⁹ Source : enquête DGT auprès des Direccte.

ANNEXE 3 : ELEMENTS DE COMPARAISONS INTERNATIONALES

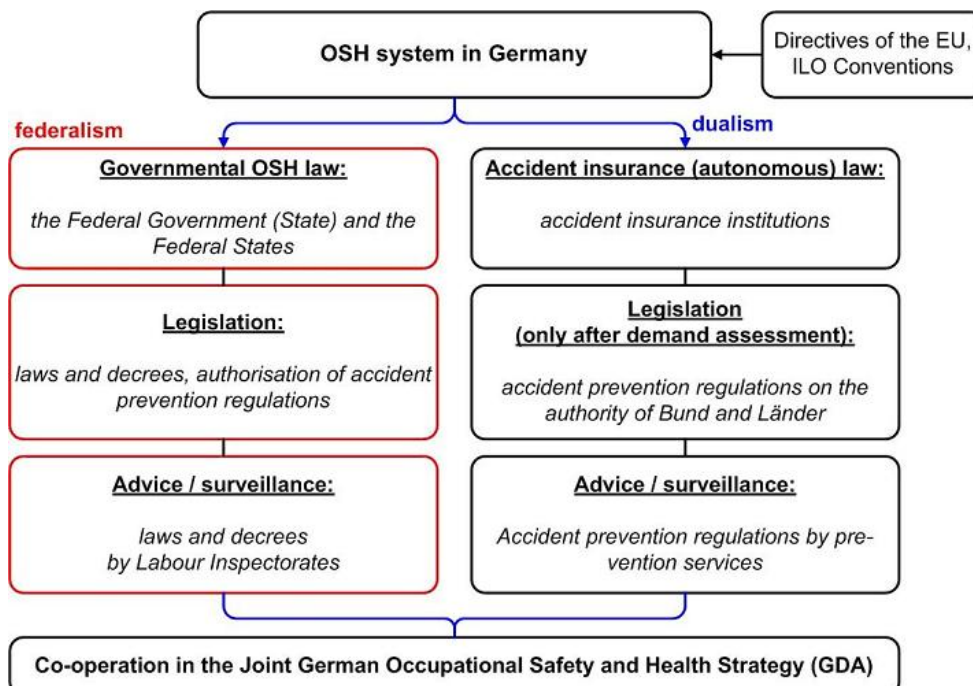
1 EXPLORATION DESCRIPTIVE DANS 6 AUTRES ETATS MEMBRES

► L'Allemagne

Le système fédéral allemand est dual. D'un côté, le ministère fédéral du travail et des affaires sociales édicte les lois et règlements et se charge du contrôle de leur application. De l'autre, des organismes d'assurance de droit public, placés sous la tutelle de ce ministère, peuvent édicter des prescriptions de sécurité complémentaires sectorielles (*Berufsgenossenschaften*). Ces organismes ont des missions de prévention des accidents du travail, de fourniture de prestations de réinsertion professionnelle et d'indemnisation sous forme de prestations en espèces. Les employeurs paient une cotisation annuelle calculée en fonction des salaires et des facteurs de risque dans l'entreprise. La cotisation peut être réduite en fonction de la performance de prévention de l'entreprise ou augmenter en cas de taux d'accidents particulièrement élevés. La coordination entre l'Etat et les assurances sociales est assurée au sein d'une « Stratégie commune de santé et sécurité au travail » (GDA).

Pour le suivi de la santé des salariés, l'employeur doit désigner un médecin du travail avec l'accord du conseil d'entreprise. Il peut le recruter en interne (service autonome) ou recourir à un service externe. Ce service est assuré par un fournisseur commercial local, régional ou national. Les entreprises qui n'ont pas de service de santé autonome et qui n'ont pas choisi d'adhérer à un centre de médecine du travail interentreprises peuvent recourir à un médecin du travail exerçant de manière libérale et dont la clientèle est constituée, totalement ou en partie, d'entreprises.

Schéma 8 : Le système allemand



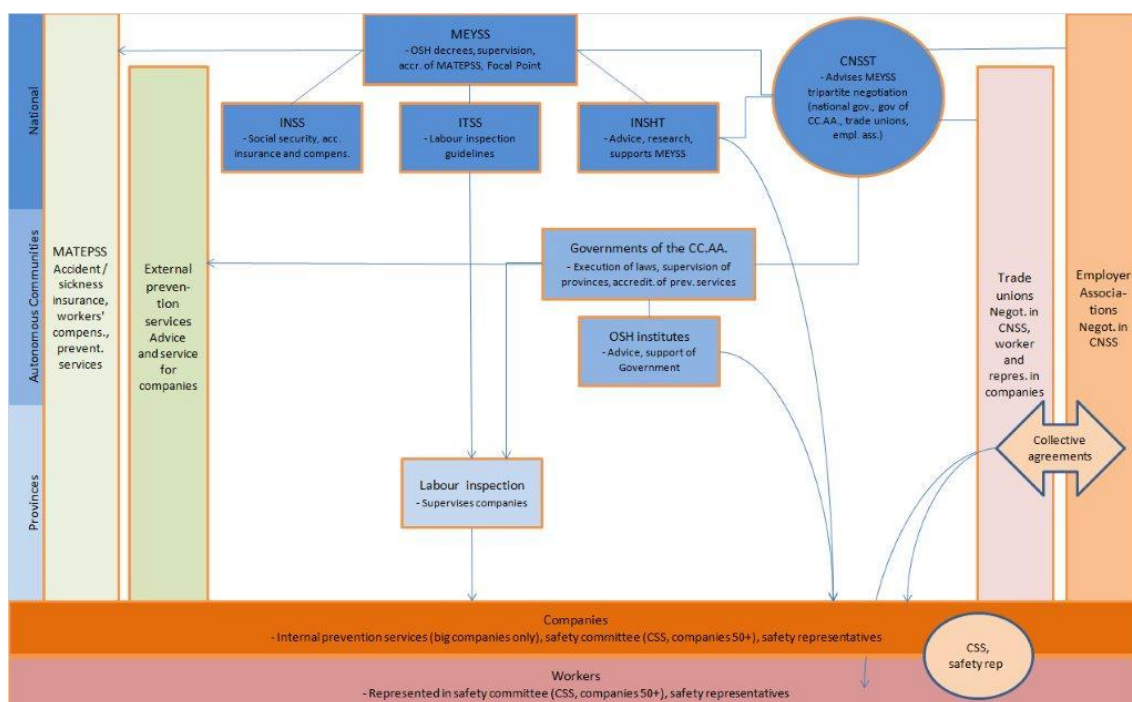
Source : Agence de Bilbao

➤ L'Espagne

Le système espagnol est du ressort exclusif de l'Etat avec un ministère de l'emploi et de la sécurité sociale (*MEYSS*), responsable de la santé et de la sécurité au travail, chapeautant trois institutions de sécurité sociale (INSS), de contrôle (ITSS) et de recherche et conseil (INSHT). La législation et la stratégie nationale sont négociées avec les communautés autonomes et les partenaires sociaux au sein d'une Commission nationale pour la sécurité et la santé au travail (CNSST). Le système d'assurance mêle sociétés d'assurance privées à but non lucratif (MATEPSS ou Mutuas) et l'organisme public précité (INSS) qui garantit l'indemnisation des travailleurs dans les entreprises qui ne sont pas membres d'un MATEPSS. Aux termes de la loi, 80 % de l'excédent de gestion des MATEPSS, une fois couvertes les réserves règlementaires, sont alloués à des fins de prévention et de réhabilitation, notamment à la promotion d'actions mises en place par les entreprises. L'activité de prévention des Mutuas repose essentiellement sur la formation et l'information des résolutions annuelles du Secrétaire d'État à la sécurité sociale fixant les priorités des programmes de prévention qu'elles doivent développer. Ces assurances sont également habilitées à assurer la fonction de service de prévention externe auprès de leurs entreprises sociétaires. Un décret a cependant posé le principe de la séparation de ces activités avec les activités traditionnelles de gestion des risques.

Le suivi médical des salariés peut être réalisé par des services internes, des services externes (solution la plus répandue) ou par la prévention dite collaborative (associations d'entreprises mettant en commun des ressources financières et / ou des infrastructures). Les communautés autonomes accréditent les services de prévention, qui doivent disposer de spécialistes de la sécurité, de la médecine, de l'ergonomie et des questions psychosociales. Les compagnies d'assurance (MATEPSS) peuvent également proposer leurs propres services de prévention. Ainsi, s'il existe une exclusivité du régime d'assurance des accidents du travail au profit d'institutions publiques ou privées non lucratives, une forme de « mise en concurrence » est permise parmi ces dernières pour les autres volets.

Schéma 9 : Système espagnol



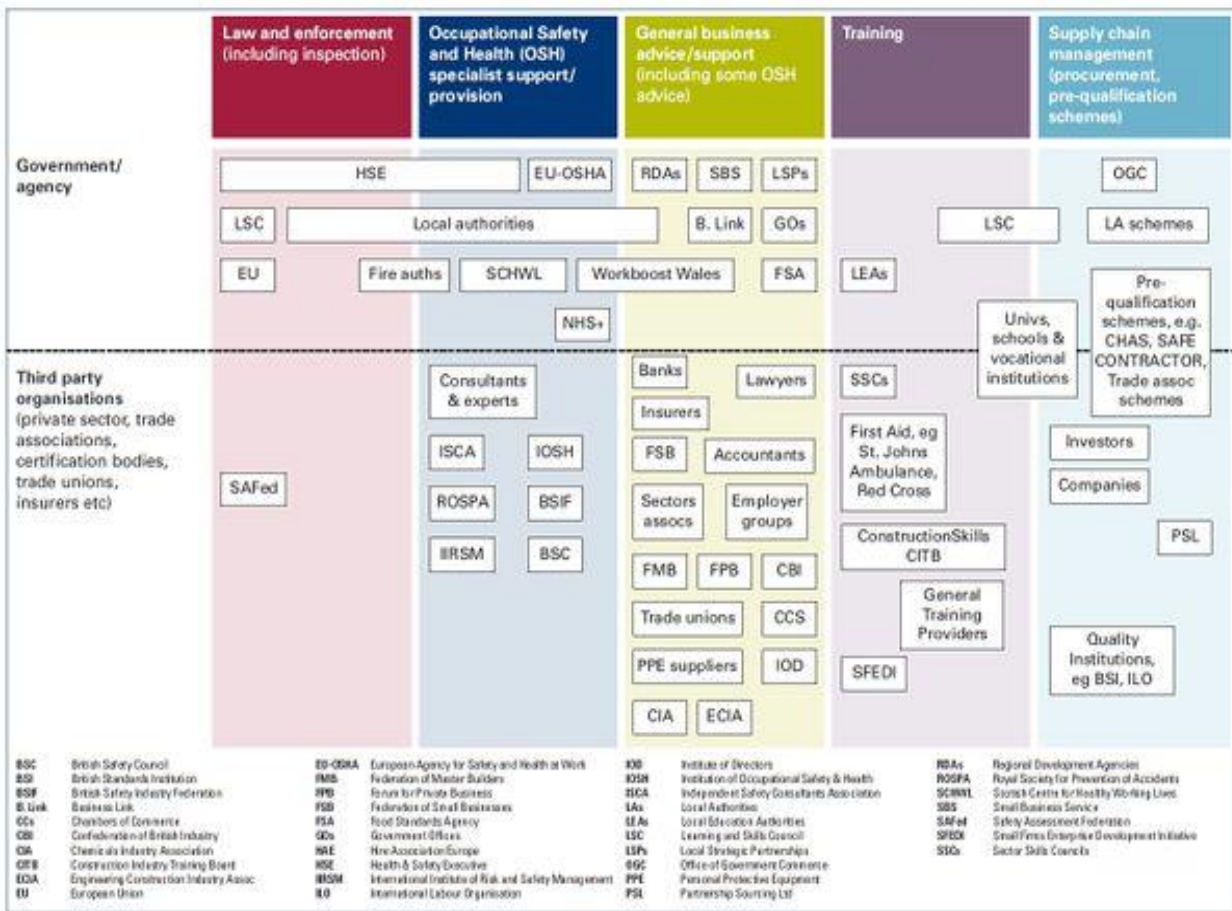
Source : Agence de Bilbao

► Le Royaume Uni

Le système repose sur le principe selon lequel ceux qui créent des risques dans l'exercice de leurs activités professionnelles sont responsables du contrôle de ces risques. La politique de santé au travail est confiée à une agence indépendante: la *Health and Safety Executive* (HSE) relevant du ministère du travail et des pensions de retraites. Elle propose et établit les normes en santé et sécurité, assure leur respect, effectue des recherches, publie les résultats, fournit information et conseils. Le dialogue social joue un rôle essentiel dans le processus décisionnel, le HSE consultant largement les organisations professionnelles, les chefs d'entreprise, les syndicats et les experts scientifiques et technologiques, via un réseau de comités consultatifs et une invitation publique à commenter les propositions. Le conseil d'administration tripartite est responsable de la définition et de la mise en œuvre des buts et objectifs du HSE conformément à sa direction stratégique globale et dans le cadre des politiques et des ressources déterminés par le secrétaire d'État. Le royaume uni se caractérise aussi par le rôle important de la British Standards Institution (BSI), responsable du développement et de la publication des normes nationales et internationales. Le BSI a développé la première norme sur les systèmes de gestion de la santé et de la sécurité au travail BS 8800, devenue la norme OHSAS 18000 et désormais ISO 45001. Le Conseil national d'examen de la sécurité et de la santé au travail (NEBOSH), organisme de certification, délivre des qualifications pour répondre aux besoins en santé sécurité, environnement et gestion des risques des lieux de travail.

Pour le suivi de la santé des salariés, le Royaume Uni se singularise par le fait qu'il n'a pas mis en place des services de santé de travail. La médecine du travail n'est pas nécessairement pratiquée par un médecin spécialisé, l'employeur ayant pour seule obligation de faire en sorte que les conditions de travail ne nuisent pas à la santé du salarié en désignant en interne des responsables de la sécurité et de la santé ou en faisant appel à des médecins généralistes ou à des médecins du travail relevant de l'agence publique en santé ou encore à des infirmiers spécialisés en santé au travail salariés ou libéraux. Dans les PME, la prestation est souvent sous traitée auprès d'organismes privés à but lucratif groupant des médecins indépendants ou à des centres médicaux relevant d'organismes de prévoyance, d'assurances privées ou intégrées dans des hôpitaux.

Schéma 10 : Système britannique



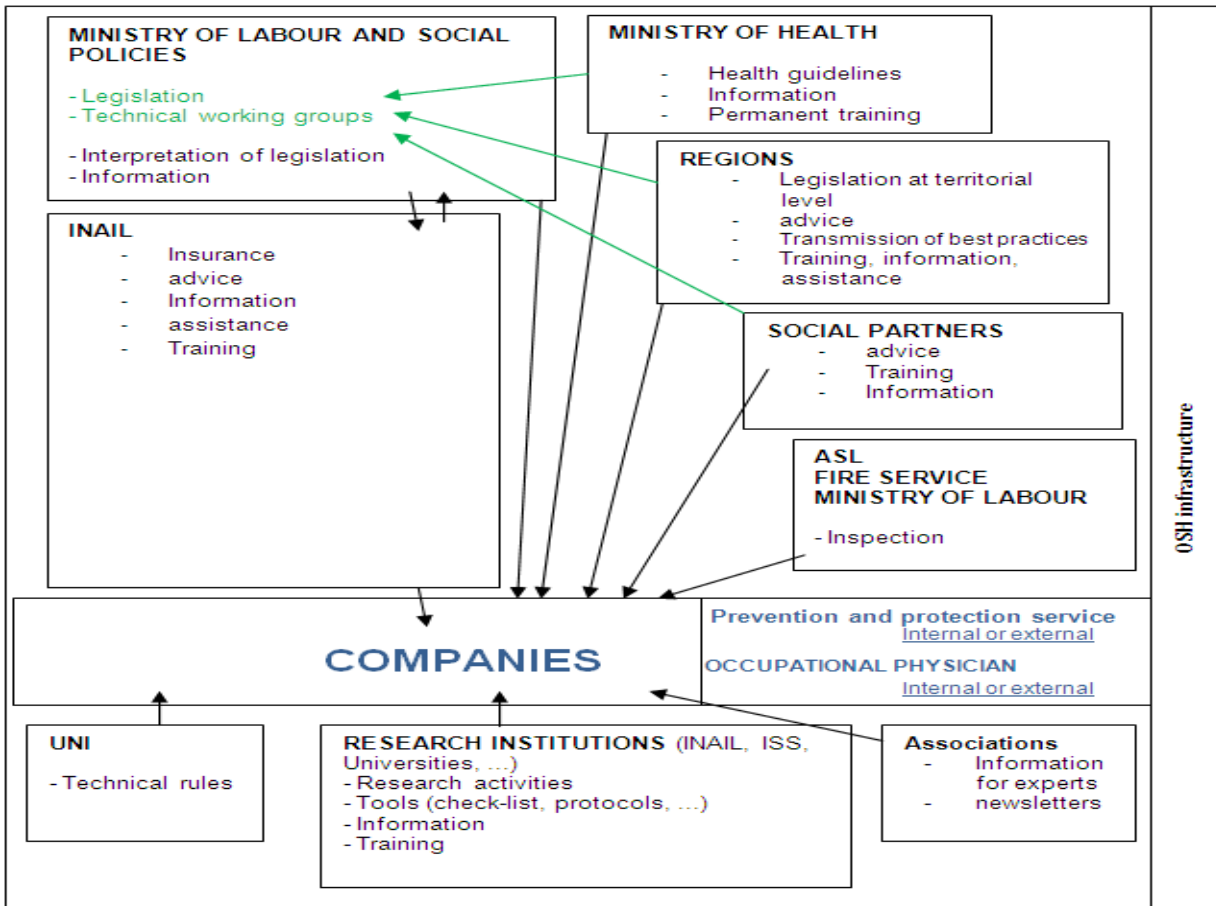
Source : Agence de Bilbao

➤ **L'Italie**

Le système italien repose sur le ministère du travail et des politiques sociales et sur le ministère de la santé. Le premier est chargé de développer et diffuser une culture de la sécurité et de la prévention, gérer les procédures d'inscription sur les listes d'experts qualifiés et de médecins autorisés ainsi que le Fonds spécial pour le financement d'études et de recherches. Le second est en charge de la prévention des maladies et accidents du travail, de l'exposition à des agents chimiques, physiques et biologiques dans le milieu naturel et vivant et dans le milieu de travail. L'Italie est en outre dotée d'un système d'assurance obligatoire, géré par l'INAIL (Institut national pour l'assurance contre les accidents du travail), organisme public sous tutelle de l'État, qui tient un rôle important dans la prévention.

Le suivi de la santé des salariés est caractérisé par une multiplicité de l'offre. Les entreprises de plus de 200 salariés doivent être dotées d'un service interne. En cas de risque identifié, l'employeur doit désigner un médecin spécialiste en médecine du travail. En cas de recours à un service externe, il n'existe pas de réglementation particulière. L'employeur peut recourir à un médecin prestataire exerçant seul, une équipe prestataire ou une Unité Sanitaire Locale publique. Celle-ci, installée au niveau des municipalités, fait figure de guichet unique (conseils de prévention, examens de santé). Mais le système italien étant régionalisé, certains fonds budgétaires sont notoirement totalement insuffisants, chaque région étant libre de répartir son budget. L'USL permet une vision d'ensemble. Cependant le partage de compétences ente l'USL et l'inspection du travail peut être problématique et source de conflits.

Schéma 11 : Système italien



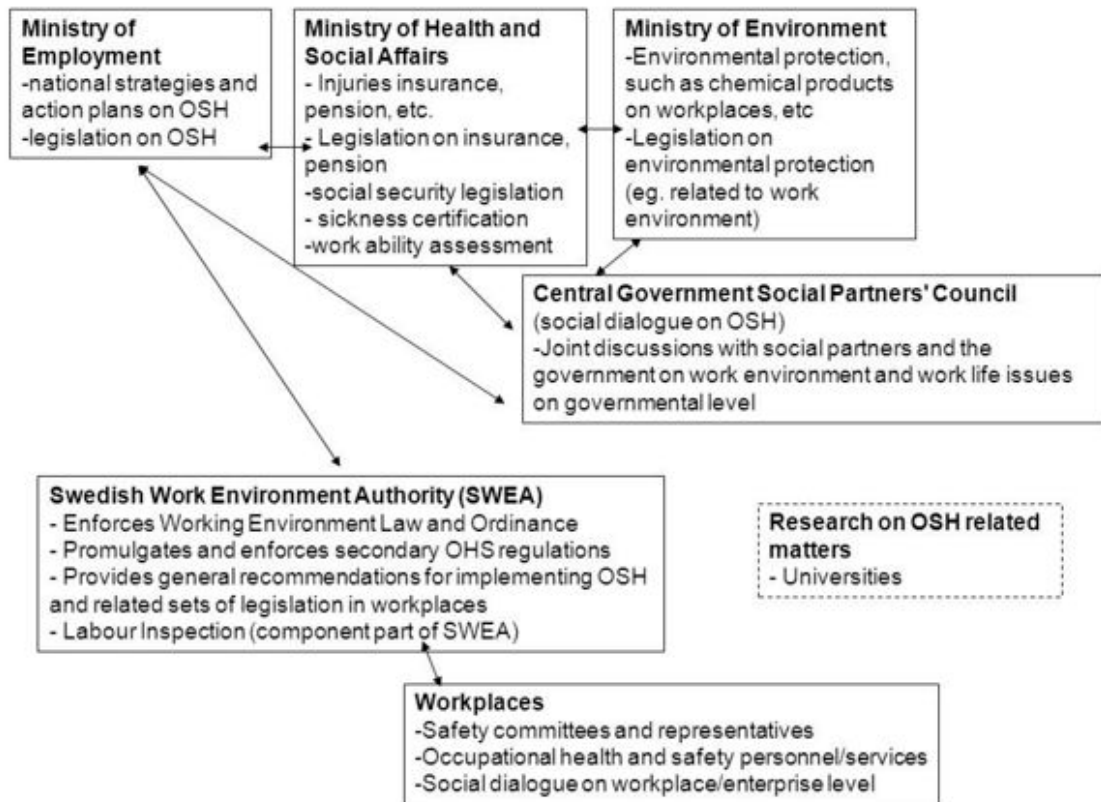
Source : Agence de Bilbao

► La Suède

La tutelle des missions en santé et sécurité au travail est assurée par trois ministères : le ministère de l'emploi (pour les questions relatives à l'environnement de travail), le ministère de la santé et des affaires sociales (pour les questions de sécurité sociale), le ministère de l'environnement (pour les questions relatives à la protection de l'environnement intérieur, produits chimiques). Un Conseil des partenaires sociaux du gouvernement central rassemble les différentes parties prenantes sur les questions de l'environnement de travail et de vie professionnelle.

L'Autorité suédoise pour l'environnement de travail, SWEA (Arbetsmiljöverket) est l'autorité administrative centrale pour les questions relatives à l'environnement de travail et aux horaires de travail. Elle émet des ordonnances et des recommandations générales pour la mise en œuvre de la législation et peut édicter des directives qui définissent précisément les obligations à observer dans l'organisation de l'environnement de travail. Le service d'inspection du travail de la SWEA supervise la mise en œuvre de la réglementation en santé au travail.

Schéma 12 : système suédois



Source : Agence de Bilbao

2 COMPARAISONS ET COMPARABILITES DES PERFORMANCES

Les systèmes d'assurance contre les accidents du travail et d'enregistrement des statistiques des Etats membres sont très différents car ils reposent sur des fondamentaux historiques, économiques et sociaux propres. La comparabilité des données entre pays reste donc délicate et limitée. Des comparaisons sont néanmoins possibles via la méthodologie commune fournie par les statistiques européennes sur les accidents du travail d'Eurostat (ESAW²⁴⁰).

Deux principaux types d'indicateurs sont pris en compte : le nombre d'accidents du travail et le taux d'incidence. Le nombre d'accidents doit être mis en rapport avec la population de référence, idéalement le nombre de personnes occupées c'est-à-dire le nombre de personnes exposées à des risques d'accident du travail, afin de parvenir à une déclaration exacte des taux d'incidence (fréquence). La méthodologie SEAT définit l'accident du travail comme un événement de courte durée survenant au cours d'une activité professionnelle et occasionnant un préjudice physique ou psychologique. L'accident du travail non mortel est un accident occasionnant au moins quatre jours civils entiers d'absence au travail.

- En 2014, le nombre d'accidents non mortels et mortels dans six pays observés était le suivant.

Tableau 12 : Nombre d'AT non mortels et mortels en 2014 dans 6 pays

	AT non mortels	AT mortels
Suède	35 296	40
Royaume-Uni	244 948	239
France	724 662	589
Allemagne	847 370	500
Espagne	387 439	280
Italie	313 312	522

Source : *eurostat*

- A défaut d'une population active équivalente, la comparaison en valeur absolue n'est pas pertinente et doit être remplacée par le taux d'incidence qui exprime les accidents du travail par rapport au nombre de personnes occupées (nombre d'AT pour 100 000 personnes occupées). Ce taux, pour les sept pays observés est le suivant.

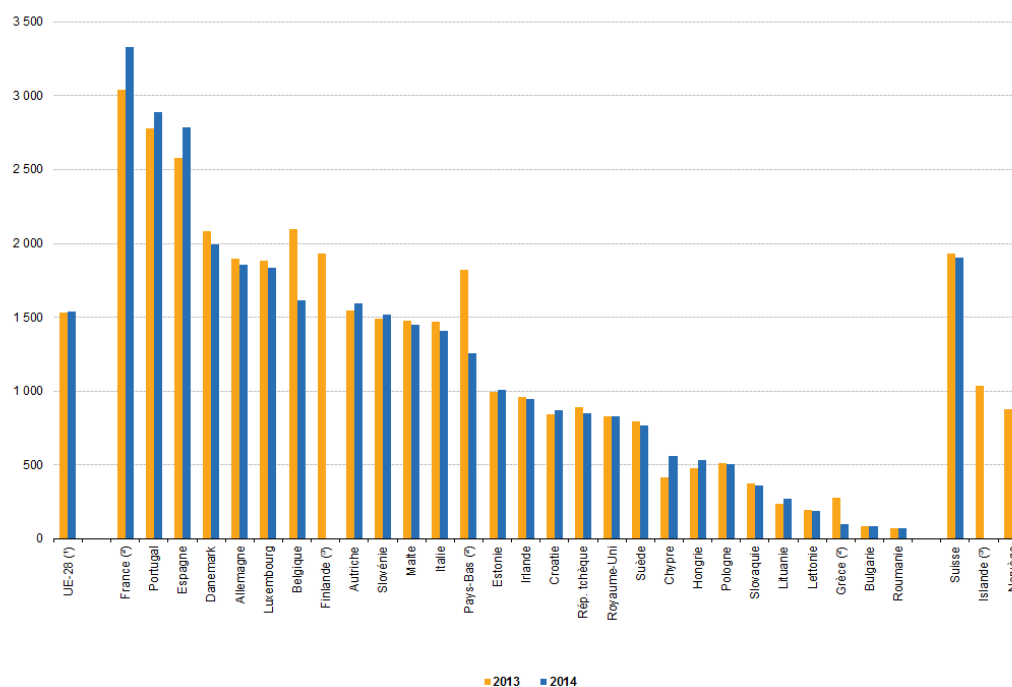
Tableau 13 : Taux d'incidence d'AT non mortels et mortels en 2015 dans 7 pays

	Taux d'incidence AT non mortels 2015	Taux d'incidence AT mortels 2015
Suède	777.19	0,83
Royaume-Uni	760.37	0,73
Pologne	509.08	1.89
France	3 160.29	2.57
Allemagne	1 812,27	0.97
Espagne	2 767.5	2.3
Italie	1 313.89	2.42

Source : *eurostat*

- Mais un faible taux d'incidence d'AT non mortels peut aussi signifier une sous-déclaration ou résulter du fait que le signalement n'offre que peu ou pas de compensation financière aux victimes (Pologne). De même, même s'il est plus difficile de ne pas signaler un accident mortel, certains experts avancent qu'il pourrait y avoir aussi une sous-déclaration dans certains Etats.

Tableau 14 : Taux d'incidence : Accident du travail non mortels



Source : :EuroGip

- Par ailleurs, les taux d'incidence peuvent aussi être difficiles à interpréter car le risque d'accident est lié au secteur d'activité des victimes, dont l'importance varie selon les pays. La structure économique de ces derniers influence le nombre d'accidents (poids de l'agriculture, de la construction, des transports, des services). Une correction permet donc de calculer un nombre « standardisé » soit le nombre d'accidents du travail pour 100 000 personnes ayant un emploi par Etat membre, en attribuant à chaque branche le même poids au niveau national que dans le total de l'Union, européenne. Ainsi, en 2015, le taux d'incidence standardisé d'accidents mortels pour les 7 pays observés était le suivant.

Tableau 15 : Taux d'incidence standardisés mortels en 2015 dans 6 pays

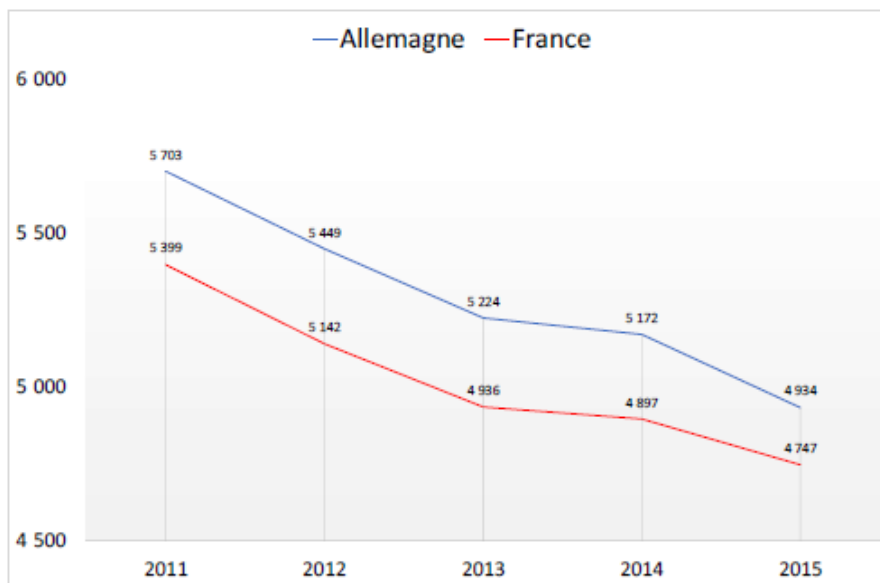
	Taux d'incidence standardisé (corrigé) 2015
Suède	1.15
Royaume-Uni	1.59
Pologne	2.02
France	3.99
Allemagne	1.25
Espagne	3.54
Italie	3.11

Source : eurostat

On doit rappeler que le fait d'avoir moins de sinistres dans un pays n'est pas forcément synonyme d'une meilleure prévention au travail. Les différences de régimes en termes d'obligation de déclaration, d'enregistrement et de codification des sinistres peuvent expliquer les écarts. Par ailleurs, de nombreux paramètres d'assurance influent sur le nombre de déclarations et de reconnaissances de sinistres d'origine professionnel.

Pour illustration, en France, tout accident du travail, même s'il ne donne pas lieu à un arrêt de travail, doit être déclaré alors qu'en Allemagne, par exemple, les entreprises ne sont pas tenues de déclarer les sinistres inférieurs à 3 jours d'arrêt. Si l'on compare les deux pays sur le seul segment des accidents du travail avec un arrêt supérieur à 3 jours pour 100 000 assurés, la France est plus exposée que l'Allemagne avec un indice 2014 de 3 027.1 contre 2 321.9 en Allemagne. Mais ce résultat ne représente que partiellement la sinistralité des deux pays. Des travaux comparatifs conjoints menés sur une base plus large ont montré qu'en comparant « à champ égal » c'est à dire l'ensemble des accidents ayant donné lieu à dépenses, l'indice est plus faible pour la France.

Tableau 16 : Taux d'AT avec arrêt supérieur à 3 jours pour 100 000 salariés



Source : *eurogip*

Les différences existent même pour le décompte des accidents mortels. En France tout décès sur le lieu de travail ou lié à l'activité professionnelle est présumé être un accident de travail mortel sauf preuve contraire. En Allemagne, les décès dont l'origine professionnelle n'est pas démontrée ne sont pas comptabilisés et les décès ne sont pris en compte que s'ils interviennent dans un délai de 30 jours après l'accident. En ajustant les données françaises sur la méthode de comptabilisation allemande, l'indice des accidents du travail mortels, est légèrement plus faible en France (1,2) qu'en Allemagne (1,3).

L'exemple allemand révèle d'autres facteurs explicatifs d'écarts. L'employeur est en effet particulièrement intéressé à la maîtrise des arrêts de travail puisque les six premières semaines d'IJ sont à sa charge exclusive. L'assurance AT-MP n'intervient qu'au-delà de cette franchise. Des processus légaux sont d'ailleurs en place, en particulier de signalement, visant à une participation active à la maîtrise des arrêts de travail au sein des entreprises. Surtout, l'assurance allemande repose sur un réseau de médecins-coordonateurs spécialistes des AT-MP. En cas d'accident de travail avec arrêt, les médecins de ville doivent obligatoirement diriger leurs patients vers ces médecins, en général spécialisés en traumatologie. A défaut, les praticiens ne reçoivent pas de rémunération pour le traitement effectué au profit d'une victime d'AT. Ce filtrage par un médecin spécialisé a probablement une incidence sur les prescriptions d'arrêt de travail aboutissant à prévenir les arrêts longs et à organiser l'orientation de la victime dans le système de soin.

S'agissant des données relatives aux maladies professionnelles, toute tentative de comparaison a été abandonnée depuis plusieurs années, les résultats issus de la méthodologie SEMP ayant été jugés par Eurostat trop peu fiables pour être publiés. Les écarts constatés résultent manifestement en grande partie des différences entre règles de déclaration et d'instruction des demandes de reconnaissance des maladies selon les pays (contenu des listes nationales, critères légaux de présomption, attractivité du système d'indemnisation, etc.). Ainsi par exemple, l'Allemagne, pour certaines maladies fréquemment déclarées (dermatoses, maladies obstructives des voies respiratoires causées par des agents allergiques ou des agents chimiques irritants), la gravité de la pathologie doit être telle que l'assuré soit contraint d'abandonner toute activité dangereuse. A défaut, les prestations portent sur des mesures préventives visant à éviter que la maladie causée par le travail n'atteigne le degré de gravité qui entraîne la cessation de l'activité.

Dès lors, les chiffres nationaux sont en partie le reflet de choix d'assurance très divers et il n'est pas possible d'isoler et de mesurer l'impact de la qualité des conditions de travail et des mesures de prévention de chaque pays sur son niveau de déclaration de maladies professionnelles. Les données ci-dessous pour 4 pays européens, qui montrent une fois de plus la place dominante de la France en termes de déclarations et de reconnaissances, doivent donc être lues avec beaucoup de réserves.

Tableau 17 : Maladies professionnelles déclarées et reconnues dans 4 Etats Membres

	ALLEMAGNE	DANEMARK (2014)	FRANCE	ITALIE
Population assurée	39 402 061	~ 2 600 000	18 449 720	15 497 000
	<i>ETP</i>		<i>ETP</i>	<i>ETP</i>
	-	<i>Population active</i>	-	-
	<i>Secteurs privé et public (élèves et étudiants exclus)</i>	<i>occupée</i>	<i>Salariés du secteur privé</i>	<i>Salariés de l'Industrie & des services</i>
Déclarations	76 991	20 953	107 889	45 850
<i>dont :</i>				
<i>Hypoacusies</i>	11 874	2 809	1 987	4 359
<i>Dermatoses</i>	23 768	2 972	865	468
<i>Cancers</i>	14 636	746	2 568	2 643
(*) <i>TMS</i>	11 644	7 112	82 687	32 665
<i>Troubles psychiques</i>	(**)	5 323	818	562
Reconnaitances formelles	16 802	3 452	64 889	16 230
Reconnaitances informelles	20 347	-	-	-
<i>dont :</i>				
<i>Hypoacusies</i>	6 216	881	811	1 614
<i>Dermatoses (form.)</i>	578	1 351	658	221
<i>Dermatoses (inform.)</i>	19 879	-	-	-
<i>Cancers</i>	4 196	232	2 023	1 023
(*) <i>TMS (form.)</i>	1 194	481	57 218	12 141
(*) <i>TMS (inform.)</i>	250	-	-	-
<i>Troubles psychiques</i>	-	52	418	31

(*) Lombalgies comprises - (**) Non susceptibles d'être reconnus en MP

Cas reconnus pour 100 000 assurés (2015)

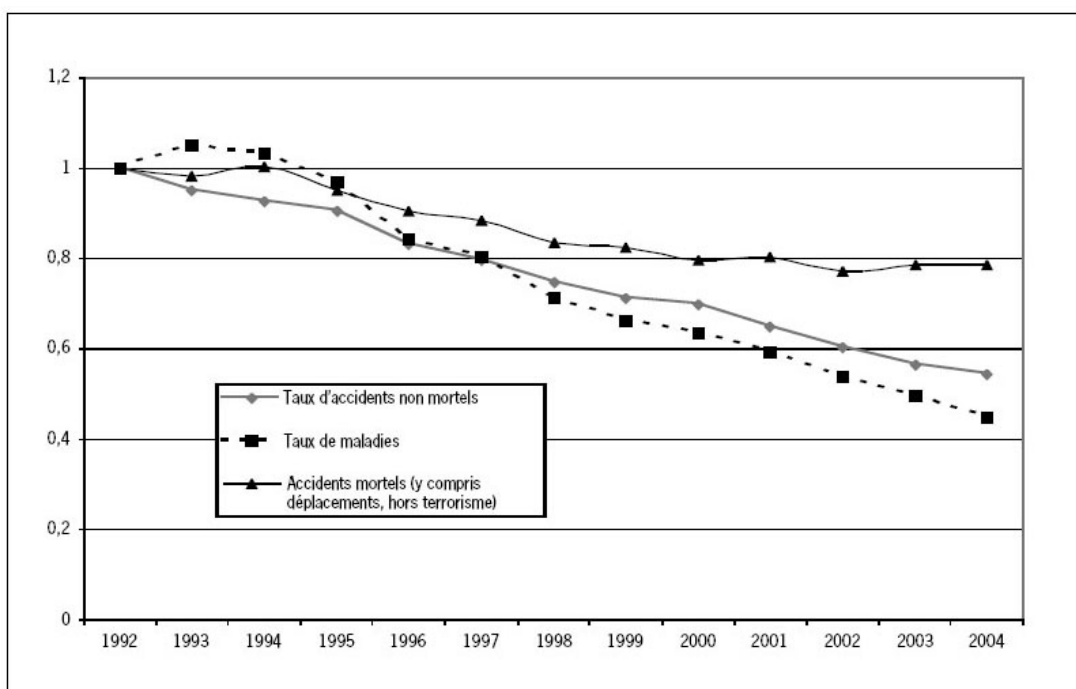
	ALLEMAGNE	DANEMARK (2014)	FRANCE	ITALIE
Total MP	94	133	352	105
<i>Dont:</i>				
<i>Hypoacusies</i>	16	34	4	10
<i>Dermatoses</i>	52	52	4	1,5
<i>Cancers</i>	10	9	11	7
<i>TMS</i>	3	18	310	78

Source : eurostat

3 UN EXEMPLE EXTRA EUROPEENS : LE SYSTEME ASSURANTIEL NORD-AMERICAIN

Après une décennie de forte augmentation de la sinistralité, les taux d'accidents et de maladies professionnelles, notamment les troubles musculo-squelettiques, ont fortement baissé aux Etats-Unis entre 1992 et 2004, ce qui a donné lieu à des travaux de recherche français, analysant, d'une part le rôle de l'inspection santé et sécurité répondant à une logique de santé publique, d'autre part celui des assureurs accidents et maladies professionnelles (AT-MP) placés dans une situation de marché concurrentiel.

Tableau 18 : Baisse de la sinistralité aux Etats Unis entre 1992 et 2004



Source : Bureau of Labor Statistics. Les taux sont le nombre de cas par heure travaillée.

Au vu des statistiques publiées par le bureau des statistiques du travail en novembre 2017, cette tendance s'est confirmée sans interruption depuis cette date.

Aux Etats-Unis, l'intervention de l'Etat est assurée par L'OSHA – (Occupational Safety and Health Administration), administration dépendant du secrétaire d'Etat au travail dont la mission est de promouvoir la formation et la diffusion de bonnes pratiques dans les entreprises et de sanctionner les entreprises qui ne respectent pas la réglementation en santé au travail. L'OSHA dispose donc de deux fonctions indépendantes l'une de l'autre, conseil et inspection, et une entreprise peut recourir à ses conseils sans encourir d'amende. La pratique du *name and shame* conduit en revanche à ce que la liste des employeurs dangereux (qui reçoivent un courrier d'avertissement) ainsi que le rapport synthétique d'inspection du travail, avec les détails des amendes infligées et les manquements constatés, soient mis en ligne. L'OSHA collecte et analyse aussi les déclarations obligatoires d'accidents du travail et de maladies professionnelles mais leur indemnisation est effectuée par des assureurs indépendants.

Les entreprises doivent ainsi souscrire une assurance pour leurs employés, obligatoire ou facultative selon les Etats, couvrant les frais et l'indemnisation des AT-MP. La prime d'assurance est individualisées et fonction de la sinistralité de l'entreprise et d'indicateurs sectoriels. Elle est modulée par un système de bonus-malus. Les grandes entreprises ou les secteurs de faible sinistralité peuvent être autorisés par l'OSHA à s'auto-assurer. Le système entend ainsi responsabiliser les employeurs et inciter à la prévention. En effet, une étude réalisée dans deux provinces canadiennes a montré que le passage d'un système mutualisé à une tarification basée sur les accidents survenus dans l'exploitation forestière et la construction s'est traduit par des chutes de la fréquence des accidents du travail mortels de 40 % pour l'un et 20 % pour l'autre.

Face à la montée des coûts, les assureurs ont proposé des contrats avec franchise, le risque exceptionnel étant pris en charge par l'assureur tandis que le risque faible ou moyen reste à la charge de l'employeur. Ils ont également proposé à leurs clients des services de gestion et de prévention des AT-MP et un contrat prévoyant une réduction de la prime en contrepartie d'un recours à des consultants.

ANNEXE 4 : LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

AFS	Aides financières simplifiées
AISS	Association internationale de sécurité sociale
ANACT	Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail
ANSP	Agence nationale de santé publique
ANI	Accord national interprofessionnel
ANSES	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	Agences régionales de santé
AT-MP	Accidents du travail/Maladies professionnelles
BTP	Bâtiment et travaux publics
CARSAT	Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
Casa	Comité d'animation du système d'agences
CATMP	Commission des accidents du travail et des maladies professionnelles
CCI	Chambres de commerce et d'industrie
CESE	Conseil économique social et environnemental
CHSCT	Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CISME	Centre interservices santé et médecine travail entreprise
CMR	Agents chimiques cancérigènes, mutagènes et toxiques
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNESST	Conseil national pour l'enseignement de la santé et sécurité au travail
CNOCT	Conseil national d'orientation des conditions de travail
CNOM	Conseil national de l'ordre de médecins
COCT	Comité d'orientation des conditions de travail
COFRAC	Comité français d'accréditation
COG	Convention d'objectifs et de gestion
COPREC	Confédération des organismes indépendants tierce partie de prévention, de contrôle et d'inspection
CPOM	Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens
CPRI	Commissions paritaires régionales interprofessionnelles
CRAM	Caisse régional d'assurance maladie
CROCT	Comités régionaux d'orientation des conditions de travail
CRPRP	Comité régional de prévention des risques professionnels
CRRMP	Comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles
CS	Commission spécialisée du COCT
CSE	Conseil économique et social
CSSCT	Commission santé sécurité et conditions de travail
DARES	Direction de l'animation, de la recherche des études et des statistiques
DGAFP	Direction générale de l'administration et de la fonction publique
DGEFP	Délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle
DGS	Direction générale de la santé
DGT	Direction générale du travail
DIRECCTE	Directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du

	travail et de l'emploi
DMST	Dossier médical en santé au travail
DP	Délégués du personnel
DRH	Direction des ressources humaines
DSS	Direction de la sécurité sociale
DUER	Document unique d'évaluation des risques
EPI	Equipement de protection individuelle
Eurogip	Groupement d'intérêt public sur les risques professionnels en Europe
EVREST	Evolutions et Relations en Santé au Travail
FACT	Fonds pour l'amélioration des conditions de travail
FNPAT	Fonds national de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles
GPO	Groupement permanent d'orientation
HAS	Haute autorité de santé
ICSI	Institut pour une culture de sécurité industrielle
IF	Indice de fréquence
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
INERIS	Institut national de l'environnement industriel et des risques
INRS	Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles
InVS	Institut de veille sanitaire
IPRP	Intervenants en prévention des risques professionnels
IRDES	Institut de recherche économique et social
IRESP	Institut de recherche en santé publique
IST	Infirmiers en santé au travail
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
MIRT	Médecin inspecteur régional du travail
MSA	Mutualité sociale agricole
OiRA	Outil interactif d'évaluation de risques en ligne
OIT	Organisation internationale du travail
OPCA	Organisme paritaire collecteur agréé
OPPBTB	Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics
PNR EST	Programme national de recherche en environnement santé travail
PNSE	Plan national santé environnement
PRAP	Prévention des risques liés à l'activité physique
PRST	Plan régional de santé au travail
PST	Plan santé au travail
QVT	Qualité de vie au travail
RAM	Rapports d'activité des médecins du travail
RFSST	Réseau francophone de formation en santé au travail
RPS	Risques psycho-sociaux
RSE	Responsabilité sociale et environnementale
RSI	Régime social indépendant
SNS	Stratégie nationale de santé
SST	Service de santé au travail
SSTA	Services de santé au travail autonomes
SSTI	Service de santé au travail interentreprises
SUMER	Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels
TMS	Troubles musculo-squelettiques

TPE/PME Très petites entreprises/Petites et moyennes entreprises

ANNEXE 5 : LISTE DES AUDITONS

ORGANISATIONS SYNDICALES ET PROFESSIONNELLES

CFDT - Confédération Française Démocratique du Travail : représentée par Hervé GARNIER, Bénédicte MOUTIN, Edwina LAMOUREUX

CGT – Confédération Générale du Travail : représentée par Jérôme VIVENZA, Jean-François NATON

FO – Force Ouvrière : représentée par Ronald SCHOULLER

CFTC - Confédération Française des Travailleurs Chrétiens : représentée par Pierre-Yves MONTELEON, Sébastien GAROUTTE

CFE-CGC - Confédération Française de l'Encadrement – Confédération Générale des Cadres : représentée par Martine KERYER, Anne-Michel CHARTIER, Emérance DE BEAUDOIN, Michel PETITOT

ETUI – European Trade Union Institute : représenté par Laurent VOGEL

MEDEF – Mouvement des Entreprises de France : représenté par Nathalie BUET, Franck GAMBELLI, Frédéric AGENET

CPME - Confédération des Petites, Moyennes Entreprises : représentée par François ASSELIN, Philippe CHOIGNARD, Pierre THILLAUD, Sandrine BOURGOGNE

U2P – Union des Entreprises de Proximité : représentée par Alain GRISET, Pierre BURBAN

FNSEA – Fédération Nationale des Syndicats Exploitants Agricole : représentée par Anne MERCIER-BEULIN, Anne-Sophie FORGES

Prism'emploi : représenté par François ROUX, Dominique DELCOURT

Présanse représenté par Martial BRUN, Serge LESIMPLE

DIRECTIONS, STRUCTURES ET ORGANISMES CONCOURANT A LA SANTE AU TRAVAIL

AGEFIPH - Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées : représentée par Didier EYSSARTIER, Directeur général, Hugues DEFOY, Directeur du Pôle métier, Sylvie SURUN, chargée de mission

ANACT – Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail : représentée par Richard ABADIE Directeur Général, Bernard OLLIVIER Président du Conseil d'Administration

ANSES - Agence Nationale de Sécurité Sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail : représentée par Gérard LASFARGUES Directeur Général Délégué « Pôle Sciences pour l'expertise », Henri BASTOS adjoint au directeur de l'évaluation des risques

ANSP – Agence Nationale de Santé Publique : représenté par Jean-Claude DESENSCLOS Directeur scientifique adjoint au Directeur Général, Catherine BUISSON Directrice de la santé au travail

CAT/MP – Commission des Accidents du Travail et des Maladies Professionnelles : représentée par Florence SAUTEJEAU Présidente, Christian EXPERT Vice-Président

CNAM - Caisse Nationale d'Assurance Maladie - Direction des risques professionnels : représentée par Marine JEANTET Directrice de la direction des risques professionnels

CCMSA - Caisse Centrale de la MSA : représentée par Magali CAYON Responsable département prévention des risques professionnels à la direction santé-sécurité au travail (DSST), Jean-Marc SOULAT Médecin national CCMSA, Patrice HEURTAUT Directeur santé-sécurité au travail à la DSST, Sylvie DE LA FABREGUE responsable département expertise et pilotage à la DSST

CNOM - Conseil National de l'Ordre des Médecins : représenté par François SIMON Président de la section exercice professionnel, Michel MALINET membre du groupe médecine du travail EP, Pierre ROUVIERE membre du groupe médecine du travail EP, Anne KNOLL CHOURAQUI membre du groupe médecine du travail EP, Francisco JORNET directeur des services juridiques, Isabelle JOUANNET conseiller juridique

COCT - Conseil d'Orientation des Conditions de Travail : représenté par Frédéric LALOUE secrétaire général et Dominique Giorgi Vice-président

COFRAC - Comité Français d'Accréditation : représenté par Bernard DOROSZCZUK Directeur Général

DARES - Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques : représentée par Thomas COUTROT chef du département conditions de travail et santé

DGS - Direction Générale 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 environnement intérieur, milieux du travail et accidents de vie courante, Jean-Michel THIOLET

DGT - Direction Générale du Travail : représentée par Yves STRUILLON Directeur Général du Travail

DSS - Direction de la Sécurité Sociale : représentée par Mathilde LIGNOT-LELOUP Directrice de la sécurité sociale, Cécile BUCHEL cheffe du bureau accidents du travail et maladies professionnelles

EuropGip : représenté par Raphaël HAEFLINGER Directeur

ICSI - Institut pour une Culture de Sécurité Industrielle : représenté par François DANIELLOU Directeur scientifique, André-Claude LACOSTE Président du conseil d'administration, Ivan BOISSIERES Directeur Général

INDS - Institut National des Données de Santé : représenté par Dominique POLTON Présidente

INRS - Institut National de Recherche et de Sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles : représenté par Stéphane PIMBERT Directeur Général, Ronald SCHOULLER Président du Conseil d'Administration

INTEFP - Institut National du Travail et de la Formation Professionnelle : représenté par Bernard BAILBE Directeur

Ministère de l'Agriculture : représenté par Anne-Marie SOUBIELLE bureau de la santé et de la sécurité au travail, Philippe QUITTAT-ODELAIN chef du bureau de la santé et de la sécurité au travail

Inspection médicale du travail : Patricia MALADRY Cheffe du service inspection médicale du travail

OPPBTP - Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics : représenté par Paul DUPHIL Directeur Général

PERSONNALITES QUALIFIEES

Jean-Denis COMBREXELLE - Président de la Section sociale du Conseil d'Etat

Gérard DERIOT - Sénateur de l'Allier, Vice-Président de la commission des affaires sociales

Cédric VILLANI - Député de l'Essonne, auteur du rapport « Donner un sens à l'intelligence artificielle »

Sonia de la PROVÔTE, Sénatrice du Calvados

Natalia POUZYREFF, députée des Yvelines

Didier BAICHERE, député des Yvelines

William DAB - Cnam – Conservatoire National des Arts et Métiers

Paul FRIMAT – Chef du service de médecine du travail et pathologie professionnel au CHRU de Lille

Sylvie BRUNET : CESE – Conseil Economique Social et Environnemental

TEMOIGNAGES ET AVIS D'EXPERTS

ACOMEDE - Association française des médecins responsables de Grandes entreprises : représentée par Michel KLERLEIN Médecin coordonnateur santé au travail Corporate Air France, Hugues LELOIX Médecin coordonnateur Groupe PSA, Sébastien LEROY Médecin coordonnateur Groupe Sanofi, Guillemette LATSCHA Médecin coordonnateur Groupe Renault

Service de santé au travail d'Epervain : représenté par Philippe DENOYER Directeur

CNSA – Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie : représentée par Anne BURSTIN Directrice

Groupe SIACI – groupe de courtage, conseil, gestion et formation en assurance : représenté par Laurent GROUAS directeur stratégie, innovations et transformation

Groupe VYV – groupe de protection sociale, mutualiste et solidaire : représenté par Aurélie CHOMPRET Directrice assurance et protection financière, Romain GUERRY Directeur des relations institutionnelles, Anne-Lise BARBERON relations institutionnelles

Malakoff Médéric – groupe de complémentaire santé : représenté par Anne-Sophie GODON Directrice innovation et veille, David GIBLAS Directeur innovation, partenariats santé digital et data

PADOA - StartUp : représenté par Nicolas TELLE Co-fondateur et directeur de la stratégie, Julie PREVOT-LEYGONIE Co-fondatrice et directrice des opérations, Cédric MATHOREL CEO

ANNEXE 6 : LISTE DES CONTRIBUTIONS ADRESSEES A LA MISSION

- 20/80 (association) : « TMS en Grande Distribution »
- ACMS (service interentreprises de santé au travail) : « Contribution SST »
- AFIFAE (Association Française de l'Industrie des Fontaines à Eau) : « Papier de position sur l'hydratation au travail »
- AIPALS (service interentreprises de santé au travail), « Synthèse du livre blanc, santé au travail – faire de la prévention en entreprise une priorité »
- AIST89 (service interentreprises de santé au travail), GUEGAN Marc, « Santé au travail/Qualité de vie au travail/ Promotion de la santé : l'intérêt des convergences », mars 2018
- AMI (service interentreprises de santé au travail), Dr. P Thillaud : « *Pour une école de santé au travail* »
- APETR (Association Professionnelle des Emetteurs de Titres Restaurant) : « *un outil au service de la santé et de la qualité de vie au travail* », mars 2018
- Arvato, (société commerciale)« *Description du projet Arvato Weave 0318* »
- AXON' (société commerciale) : « *Contribution à la mission santé au travail* »
- BEYSSIER Jean-Charles, « *Ateliers collectifs, et dispositif orientation PME-TPE* »
- BOUCHON Jean-Michel, « *Evolution système de prévention des risques professionnels – contribution à la mission gouvernementale* »
- BOURBIER Stéphane (président d'OurCompany, société commerciale), « *Présentation OurCompany : l'application du bien-être au travail*»
- CFDT INRS : « Contribution à la mission santé au travail »
- Chaire Mindfulness – Ecole de Management, « *Envies de changer – faire évoluer les attitudes au travail, premiers pas* »
- CHAMOT Sylvain : interne en médecine du travail, « *Contribution* »
- Collectif Ugict-Cgt des Médecins du Travail, « *Manifeste pour des services de santé au travail indépendants et efficaces* », juillet 2005
- Collectif Ugict-Cgt des Médecins du Travail, « *Santé au travail état des lieux et propositions* », mars 2018
- Collectifs des Médecins du Travail d'Ile de France, « *Réflexion sur les nouvelles fiches réglementaires loi El Khomri, arrêté du 16 octobre 2017* »
- Conseil National Professionnel de la Médecine du Travail (CNPMT) : « *Note pour la mission santé au travail* », juillet 2018
- Dab William, professeur titulaire de la chaire d'Hygiène et Sécurité du Cnam et responsable des enseignements de sécurité sanitaire au Cnam, « *Pour une école française de Santé au travail : pourquoi, comment ?* »

- Dr. D'HOUR médecin du travail, Dr ROBIDA médecin du travail, Dr TRAVERS médecin du travail « *Perspectives et identification de leviers opérationnels de terrain pour la prévention des risques professionnels* », mars 2018
- Dr. DERAÏN CASSET médecin du travail, « *Contribution* », avril 2018
- Dr. TRILHE médecin du travail, « *Pour un autre regard sur la santé et la sécurité au travail* », mars 2018
- Fédération des particuliers employeurs de France (FEPEM) : « BRANCHES PROFESSIONNELLES DES ASSISTANTS MATERNELS ET SALARIÉS DU PARTICULIER EMPLOYEUR ; SANTÉ AU TRAVAIL ET PRÉVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS »
- Fédération du service aux particuliers (FESP) : « *Evolution de la médecine du travail pour les salariés du secteur des services la personne – salariés d'associations ou d'entreprises et salariés du particulier* », mars 2018
- Fédération Régionale des SSTI d'Ile-de-France, « *Santé au travail : les réformes qu'il faut faire de manière urgente* »
- Dr. Francisco Fernandez Jimenez, médecin du travail : « *Sur la mise au point de la médecine du travail* »
- FIRPS (fédération), « *Proposition pour la mission santé travail* », mai 2018
- France PSORIASIS (association), « *Soulager dès aujourd'hui la souffrance au travail des personnes atteintes de psoriasis* », mai 2018
- GAE Conseil (cabinet d'expert), « *Livre blanc de l'addictologie en milieux professionnels* », avril 2018
- GARNIER Denis, « *La prévention de la santé au travail doit s'émanciper* »
- GARNIER Denis, « *A Saint-Pierre-et-Miquelon ; De la médecine du travail à la santé de la population* »
- GEPI (Groupe d'échange des Préventeurs Inter-entreprises : association), « *Optimisation du système santé et sécurité au travail* », avril 2018
- GILLOIRE Christophe, « *Contribution aux travaux de la mission Santé au travail, éléments de cadrage* », avril 2018
- Groupe d'experts diabète et vie professionnelle, « *Contribution à la mission santé au travail* »
- Guerard Patrick (ancien président de la Commission régionale AT-MP Rhône-Alpes) : « *Mission Santé au Travail et Sécurité* »
- Huot Gérard, dirigeant de PME, ancien secrétaire général du Conseil de la simplification pour les entreprises : *Points clés, Mission santé travail, simplification, clarification, performance*
- H4D (société de développement de solutions de télémédecine) : « *Les services H4D pour les entreprises* », juin 2018
- JANDROT Philippe (ancien directeur des applications INRS), « *Proposition de contribution à la réflexion sur l'amélioration du système de prévention des risques professionnels* »
- KERBRAT Jennifer, « *Le système de santé au travail dans certains pays de l'Union Européenne, au Royaume-Uni et en Suisse* », Thèse présentée et soutenue publiquement le 4/04/2018
- MASE (Manuel d'Amélioration Sécurité des Entreprises : association), « *Mission Santé au Travail, contribution écrite association MASE* »
- MT71 (SST), AIST89 (association), STNY, « *Les enjeux de santé au travail dans les territoires de désertification médicale – Témoignages et propositions de 3 services de santé au travail interentreprises de Saône-et-Loire et de l'Yonne* », Mai 2018

- Osmoz (société commerciale) : « *Qualité de vie au travail, inciter, accompagner, valoriser, objectiver la mesure de l'amélioration* », février 2018
- Pfizer (Laboratoire de Recherches) : « *Contribution de Pfizer à la mission parlementaire sur la santé au travail* », avril 2018
- Plateforme RSE (instance de concertation placée auprès du Premier ministre, dont le secrétariat est assuré par France Stratégie) : « *Engagement des entreprises pour l'emploi des travailleurs handicapés* ».
- Prestamed (société de gestion administrative du suivi de la santé au travail des salariés isolés) : « *Santé au travail et salariés isolés* », juillet 2018
- RAPHAN Pierre-Alain, député de l'Essonne, « *Note sur la passion au travail* »
- Reliance et Travail (association), « *10 constats et préconisations des psychologues en services de santé au travail* »
- Roche SAS (société commerciale) : « *Proposition pour la prévention de la désinsertion professionnelle des personnes atteintes de sclérose en plaques* »
- RPP Group (société commerciale) : « *Diabète et vie professionnelle* »
- SAPPEY Patrick (médecin du travail) : « *Présentation de la démarche PRESIJ* »
- SEA-CHSC (syndicat professionnel des experts CHSCT)), « *Contribution du SEA-CHSCT* », avril 2018
- SELF (Société d'ergonomie de langue française :association), « *Position SELF* », avril 2018
- SIRVEN Nicolas, « *Une évaluation économique du protocole Phoenix : préserver la santé, l'emploi et mieux gérer les arrêts maladie* »
- Dr. Corinne Six (médecin généraliste) : « *contribution à la mission santé au travail* »
- SNPST, syndicat national des professionnels de santé au travail : « *Pour une nouvelle prévention en santé au travail* »
- SOFHYT (association), « *Pages blanches sur la santé du travail* », février 2018
- TERSEUR Guy, « *contribution individuelle* »
- THONIER Jean-Paul (consultant spécialisé), « *Santé au travail – des enjeux majeurs, un système en quête de sens, des acteurs en recherche de positionnement... une révolution en route ?* », avril 2018
- THONIER Jean-Paul, ROLLANDIN P., « *la santé au travail face aux défis de l'ubérisation* »
- TIMYO (association), « *Impact du numérique, droit à la déconnexion, qualité de vie au travail* »
- TSST (association), « *Compte-rendu de la réunion du comité scientifique du colloque « Santé et Travail. Repenser les liens »* », février 2017
- VACHER Dominique, « *Santé et sécurité au travail en France, propositions de pistes de progrès* », mars 2018
- VACHER Dominique, « *Santé sécurité au Travail en France. Proposition de pistes de progrès* », mars 2018
- Verkindt Pierre-Yves, professeur des universités, Paris 1 Sorbonne, « *Evolution de la jurisprudence sur l'obligation de sécurité de l'employeur* »
- Zahra Almanie (animatrice HSE), « *Mission santé au travail* »

Enfin, la mission souhaite remercier les auteurs des nombreux témoignages écrits qui lui ont été adressés spontanément par des salariées et salariés désireux de lui faire connaître leur situation de travail et les atteintes à leur santé mentale qui a pu en résulter.