Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Rapport d'expertise sur la réforme de la santé au travail

Établi par

Christian EXPERT

Médecin coordinateur de l'APSTBTP 06

Expert près la Cour d'Appel d'Aix en Provence

Hervé LANOUZIERE

Membre de l'Inspection générale des affaires sociales

Stéphane SEILLER

Conseiller maître

Cour des comptes

- Septembre 2019 –

SOMMAIRE

1 OBJECTIFS DE LA MISSION 5

2 NATURE DES TRAVAUX ET LIVRABLES 5

2.1 Les fiches techniques 6

2.2 Les notes d'argumentaire 6

3 THEMES TRAITES 6

ANNEXE 1 : FICHES TECHNIQUES D'APPROFONDISSEMENT DU SCENARIO ISSU DU "RAPPORT LECOCQ" 9

FICHE N°1 : OFFRE DE SERVICE DE LA STRUCTURE DE PREVENTION EN REGION 11

FICHE N°1 BIS : FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE ET MEMBRES DE L'EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE 15

FICHE N°2 : MISSIONS ET SERVICES DE LA STRUCTURE NATIONALE DE LA SANTE AU TRAVAIL, ALIAS « FRANCE SANTE AU TRAVAIL » 17

FICHE N°3 : PLACE DE LA BRANCHE AT/MP DANS LA NOUVELLE GOUVERNANCE ET LA NOUVELLE ORGANISATION DE LA SANTE AU TRAVAIL DANS L'HYPOTHESE DE MISE EN ŒUVRE DU SCHEMA PROPOSE PAR LE « RAPPORT LECOCQ » 21

FICHE N°4 : ORGANISATION DE LA TRANSITION ENTRE LE SYSTEME ACTUEL ET LE SYSTEME CIBLE 22

FICHE N°4 BIS : PLACE DES SERVICES DE SANTE DE SANTE AU TRAVAIL AUTONOMES 24

ANNEXE 2 : FICHES TECHNIQUES NE PRESENTANT PAS DE LIEN DIRECT AVEC LE "SCENARIO LECOCQ" 27

FICHE N°5 : PREVENTION DE LA DESINSERTION PROFESSIONNELLE 29

FICHE N°6 : (SIMPLIFICATION DU DROIT) LES FORMATIONS EN SANTE ET SECURITE AU TRAVAIL 33

FICHE N°7 : (SIMPLIFICATION DU DROIT) DUER/PLAN D'ACTION 35

FICHE N°8 : (PUBLICS VULNERABLES) TRAVAILLEURS INDEPENDANTS ET PLATEFORMES 36

FICHE N°9 : (PUBLICS VULNERABLES) APPRENTIS 39

FICHE N°10 : (PUBLICS VULNERABLES) « SALARIES INTERIMAIRES » 41

FICHE N°11 : (PUBLICS VULNERABLES) DEMANDEURS D'EMPLOI 45

FICHE N°12 : DEVELOPPEMENT DE MESURES INCITATIVES A LA PREVENTION PRIMAIRE 47

ANNEXE 3 : NOTES D'ARGUMENTAIRE A L'APPUI DE CERTAINES FICHES TECHNIQUES 50

NOTE ARGUMENTAIRE N°1 : SOCLE DE L'OFFRE DE SERVICE DE LA STRUCTURE EN REGION 51

NOTE ARGUMENTAIRE N°2 : MISSIONS ET OFFRE DE SERVICE DE LA STRUCTURE NATIONALE DE PREVENTION EN SANTE ET SECURITE AU TRAVAIL, ALIAS « FRANCE SANTE AU TRAVAIL » 71

NOTE ARGUMENTAIRE N°3 : FORMATIONS A LA SANTE ET SECURITE AU TRAVAIL (SST) 82

NOTE ARGUMENTAIRE N°4 : PUBLICS VULNERABLES (LES SALARIES INTERIMAIRES) 96

NOTE ARGUMENTAIRE N°5 : (SIMPLIFICATION) DOCUMENT UNIQUE D'EVALUATION DES RISQUES (DUER) 108

LETTRE DE MISSION 119

FICHE RELATIVE A LA MISSION DES EXPERTS DESIGNES DANS LE CADRE DE LA REFORME DE LA SANTE AU TRAVAIL 122

1 OBJECTIFS DE LA MISSION

Par courrier du 4 avril 2019, les experts ont été invités par la Ministre des solidarités et de la santé, la Ministre du travail et la Secrétaire d'Etat auprès de la Ministre des solidarités et de la santé, à approfondir un certain nombre de recommandations issues des rapports Lecocq-Dupuis-Forest et Bérard-Seiller-Oustric.

Compte tenu de la concomitance des travaux de la mission avec les concertations des partenaires sociaux réalisées au sein du GPO du COCT, une note complémentaire des cabinets des ministères précités est venue préciser le périmètre et la nature des sujets qu'ils souhaitaient voir investiguer par la mission.

Celle-ci s'est attachée à instruire chacun des thèmes énumérés par cette note en se situant exclusivement sur un registre technique.

Il est apparu à l'examen que ces thèmes pouvaient être regroupés en deux grandes catégories :

- D'une part, ceux pouvant être directement rattachés aux recommandations du rapport Lecocq portant sur la réforme du système de santé et sécurité au travail. Dans ce cas, la mission a tenté de répondre aux demandes d'approfondissement ou de clarification de certaines propositions du rapport ainsi qu'à certaines interrogations relatives à la faisabilité et aux conditions techniques de réalisation du schéma proposé. La mission précise qu'elle s'est en conséquence interdit de se prononcer sur la pertinence de principe des recommandations du rapport Lecocq pour s'attacher à en étudier plutôt la faisabilité ou la vraisemblance pratique. Il ne lui a pas été demandé non plus de produire de propositions ou scénarios alternatifs. Elle ne se prononce donc pas à travers la présente note sur des pistes ou solutions alternatives qui ont pu être portées à sa connaissance ou qu'elle aurait identifiées elle-même. De même, la mission a noté qu'elle ne se situait pas non plus dans une phase de préfiguration effective, une fois un scénario arrêté. Il ne lui appartenait donc pas, compte tenu des délais impartis, de rentrer dans le détail organisationnel fin nécessaire à la mise en œuvre d'un tel scénario (Annexe 1) ;
- D'autre part, ceux pouvant être traités et donner lieu à des développements ou mis en œuvre (législatifs ou autres), sans lien direct avec les recommandations du rapport Lecocq, et donc indépendamment des suites qui leur seront réservées. Les différents thèmes abordés dans cette partie peuvent donc être pris en compte quelle que soit la configuration organisationnelle retenue. C'est par exemple le cas des mesures de simplification du droit. La problématique de la prévention de la désinsertion professionnelle a été classée dans cette partie, mais la mission considère qu'il est indispensable d'envisager rapidement des mesures permettant dans les départements de mettre en relation opérationnelle, structurée et permanente, probablement organique, les caisses d'assurance maladie du régime général et une émanation mutualisée des services de santé au travail implantés dans le département ; cela pourrait constituer une première étape a minima de réorganisation desdits services pour ce qui concerne la seule mission relative à la prévention de la désinsertion professionnelle (Annexe 2).

2 NATURE DES TRAVAUX ET LIVRABLES

Il s'est agi d'expertiser les principales incidences juridiques, techniques, organisationnelles des hypothèses posées dans les rapports précités afin d'en identifier les conditions de réussite, les difficultés, les leviers, les modifications législatives et réglementaires induites (ex: « *en quoi consisterait concrètement une organisation renforçant la coordination des trois médecins en matière de PDP?* »). Ce faisant, il s'est agi d'un travail de nature technique. La mission s'est toutefois autorisée à faire part de son point de vue et à procéder à certaines suggestions au vu des avantages et

inconvénients présentés par certaines options ou lorsqu'aucune recommandation n'avait encore été formulée dans les rapports précités sur certains points identifiés en cours de route.

Compte tenu de ce qui précède, la mission a fait le choix de produire des ***fiches techniques*** et des ***notes d'argumentaire*** de nature à éclairer le Gouvernement et les partenaires sociaux dans la définition de leurs orientations, en vue de la réforme envisagée.

Ces documents figurent :

- En annexe 1 pour les fiches techniques approfondissant certaines recommandations du « scénario Lecocq » ;
- En annexe 2 pour les fiches techniques ne présentant pas de lien avec le « scénario Lecocq » ;
- En annexe 3 pour les notes d'argumentaire1.

2.1 Les fiches techniques

Une fiche technique synthétique (4 à 6 pages maximum) a été réalisée pour chaque item de la lettre de mission rubriquée comme suit :

- Question à traiter (quel problème veut-on résoudre ou quelle amélioration vise-t-on?) ;
- Obstacles à lever (quels sont les freins de toute nature qui s'opposent en l'état du droit à la réalisation de l'objectif ?) ;
- Pistes et solutions envisagées (description des leviers à activer) ;
- Modifications législatives et réglementaires à prévoir.

2.2 Les notes d'argumentaire

Une note d'argumentaire détaillée (une quinzaine de pages) a été réalisée pour les items le justifiant, reprenant l'architecture des fiches d'impact utilisées lors de travaux parlementaires et rubriquée comme suit :

- Enjeux ;
- Diagnostic de la situation actuelle (droit applicable, difficultés soulevées) ;
- Nécessité de légiférer et objectifs poursuivis ;
- Impact attendu.

3 THEMES TRAITES

- Contenu et modalités du socle de service en prévention et santé et sécurité au travail (2 fiches et 2 notes documentaires : socle de services en région (les 5 pôles du « rapport Lecocq » et offre service nationale) ;
- Possibilités technique d'organisation de la transition entre le système actuel et le système cible système cible du rapport Lecocq (1 fiche) ;

[1] Pour les thèmes faisant l'objet à la fois d'une fiche technique et d'une note d'argumentaire, plus détaillée, il est conseillé de commencer la lecture de la note d'argumentaire.

- Place des services de santé au travail autonomes dans le « schéma Lecocq » (1 fiche) ;
- Place de la branche AT/MP dans la nouvelle gouvernance et la nouvelle organisation de la santé au travail (Cf. fiches sur l'offre de services) ;
- Champs et marges de manœuvre juridiques de simplification de la réglementation et nouveaux champs de dialogue social d'entreprise et/ou de branche (3 fiches : DUER et plan d'action/ entreprises extérieures et organisation atypiques/ formations en santé et sécurité au travail) ;
- Possibilités de développer des mesures incitatives à la prévention (1 fiche) ;
- Prévention de la désinsertion professionnelle et maintien en emploi = 1 fiche sur l'articulation entre médecins, les transferts d'information, les mesures précoces de préparation de retour à l'emploi, la simplification des mesures administratives, la coordination du parcours ;
- Suivi de l'état de santé des travailleurs vulnérables (4 fiches : demandeurs d'emploi, apprentis, travailleurs indépendants, salariés intérimaires) ;
- Formation initiale des professionnels de santé au travail (1 fiche).

ANNEXE 1 : FICHES TECHNIQUES D'APPROFONDISSEMENT DU SCÉNARIO ISSU DU "RAPPORT LECOCQ"

FICHE N°1 : OFFRE DE SERVICE DE LA STRUCTURE DE PREVENTION EN REGION

Avertissement : Cette fiche est construite, conformément à la lettre de mission aux experts, sur l'hypothèse du schéma cible d'une structure régionale de prévention unique telle que prévue par le rapport Lecocq. Elle approfondit la nature de l'offre de service dessinée dans ce schéma précis. Elle ne préjuge pas des arbitrages qui seront pris et peut, à cet effet, être lue comme le socle de l'offre de service qui devrait en tout état de cause être proposée par les services sur le territoire, indépendamment du schéma organisationnel retenu *in fine*.

Question à traiter

Définir :

- Le contenu et les modalités de l'offre de service en matière de prévention et de santé au travail, en particulier la nature des services proposés ;
- L'articulation de cette offre avec les missions des Direccte et des Carsat ;
- L'articulation de cette offre avec l'offre relevant du champ concurrentiel ;
- Le maillage territorial pertinent des implantations des SST 2

Freins à lever

- La dispersion des acteurs sur des champs en partie redondants ou complémentaires, dont le positionnement et l'offre de service ne sont pas lisibles pour les usagers (employeurs comme salariés) ;
- La nécessité, en corollaire, de s'adresser à des interlocuteurs multiples pour toutes les questions portant sur la santé, la sécurité et les conditions de travail, sans garantie de réponse voire même d'orientation vers le bon interlocuteur ;
- L'absence de référent permettant d'accompagner durablement l'entreprise dans ses démarches de prévention en cas de demande à son initiative ;
- La difficulté à identifier les compétences et les garanties de qualité offertes par le secteur concurrentiel dans les champs du conseil et de la formation en SST ;
- La difficulté d'accéder en tout point du territoire à un service de qualité égale.

Solutions et pistes envisageables

Créer dans chaque région une structure dédiée à la prévention, rassemblant toutes les compétences institutionnelles actuellement dispersées en SST et conditions de travail, en capacité de donner une suite[3] à l'intégralité des questions auxquelles l'entreprise est susceptible d'être confrontée dans ce

[2] Cf. lettre de mission du 4 avril 2019 et note complémentaire
[3] En termes d'accompagnement ou d'orientation

domaine. Le service rendu, conditionnant l'accréditation de la structure, doit comprendre un socle minimal comprenant les 5 volets suivants :

- **Volet 1 suivi de la santé des salariés**
  - Action en milieu de travail : visite des lieux de travail, études de poste, analyse de risques, fiche d'entreprise ou diagnostic santé/travail, réunions CSE ;
  - Suivi individuel de la santé : VIP, suivi renforcé, visites de pré et de reprise, examens complémentaires, inaptitudes.
- **Volet 2 : prévention de la désinsertion professionnelle (PDP)**
  - Préparation et coordination du parcours de retour en emploi d'un salarié confronté à un risque de PDP ;
  - Interfaces employeur/salarié/institutions de toute nature (RQTH, formation, couverture maladie et invalidité…) ;
  - Continuité du parcours et absence de rupture brutale de prise en charge (passage de relais, jalons réguliers, suivi post reclassement) ;
  - Activation précoce et articulée des dispositifs des différents services compétents (assurance maladie, Agefiph, OPCO, etc.) et préparation à la reprise : travail léger, temps partiel thérapeutique, etc. avec, le cas échéant, un pouvoir prescripteur en matière d'orientations ;
  - En cas de situation de blocage (ou cas complexes), possibilité de provoquer la réunion d'une commission locale en capacité de statuer (orientations, accès à un dispositif de reconversion, de réadaptation professionnelle, accès à certaines aides, maintien d'IJ…).

Ce service serait composé des compétences pluridisciplinaires nécessaires pour couvrir :

- L'évaluation de la personne accompagnée et de son lieu de travail : rencontres en face-à-face avec le travailleur et l'employeur sur place dans l'entreprise ;
- La construction d'un plan de retour au travail personnalisé (solutions d'aménagements et suivi du plan);
- La facilitation de la communication et des accords entre les parties prenantes (liaison avec l'ensemble des acteurs, relais et communication des informations pertinentes à chacun (droits d'indemnisation au travailleur…), la médiation entre ces intervenants pour les aider à arriver à un consensus.

- **Volet 3 : Ingénierie de prévention**

Réponses aux besoins des entreprises, soit pour la satisfaction d'obligations règlementaires (à la suite de contrôles, recommandation Carsat, préconisations médecin du travail…), soit pour la mise en place spontanée de démarches et actions de prévention.

Exemples :

- Une PME décide de mettre en place une démarche de prévention des RPS et souhaite avoir des conseils méthodologiques sur la marche à suivre ;
- Une PME a reçu la visite de l'inspecteur du travail qui lui demande la réalisation de son DUER en respectant une démarche participative ;
- Un agent de la Carsat a recommandé à une entreprise l'installation d'un dispositif de captage centralisé et à la source de ses fumées de soudage ;

- Le médecin du travail a attiré l'attention d'un employeur sur les risques de TMS de sa ligne de montage, ou préconise des adaptations techniques du poste de travail d'un travailleur dans le cadre de la PDP.

Dans chacun de ces cas, les suites à réserver à ces demandes nécessiteront un ***accompagnement*** prenant la forme ***d'appui et conseils*** à des phases clé de la démarche engagée :

- Amorçage : analyse des besoins, conseils méthodologiques, choix d'une méthode ;
- Déploiement : choix des solutions, recherches-action, expérimentation ;
- Evaluation : aide à la construction de l'évaluation, à l'interprétation des résultats, pistes d'amélioration, étapes suivantes, etc.

La structure régionale disposera donc d'un service (cellule, département, groupe d'assistance technique…) en capacité de recueillir et orienter de telles demandes et, selon leur nature :

- Soit d'accompagner le demandeur avec ses propres équipes ;
- Soit de le rediriger vers l'offre privée régionale (Cf. § infra).

Ce service sera par nature pluridisciplinaire afin de permettre de répondre à une variété possible très importante de situations mais aussi de prendre en compte tous les déterminants utiles au succès de la prévention : techniques, organisationnels, relations sociales, etc.

Ce volet du socle d'activité de la structure régionale ne se confond pas ni se substitue à l'action en milieu de travail du médecin de travail réalisée dans le cadre du suivi de la santé des travailleurs. De même, il ne doit pas prendre la forme d'une activité prestée assimilable à une activité lucrative.

Par ailleurs, indépendamment de la réponse aux demandes, ce volet participera aux action de promotion de la santé valorisant les interactions santé au travail/ santé globale, dans le souci préservé du lien entre santé et travail. Il pourra à cet effet :

- Construire et conduire des campagnes d'information grand public sur certains risques professionnels ;
- Participer aux côtés des autres acteurs à la diffusion en milieu professionnel de messages de prévention dans le cadre des campagnes de santé publique.

➢ **Volet 4 Ingénierie de formation**

Deux grandes catégories de besoins à pourvoir :

- **La formation des professionnels de la prévention (les préventeurs)** :
  - Assurer la formation continue commune des préventeurs institutionnels ;
  - Identifier les manques au plan régional et lancer des appels d'offre pour développer des formations dans les domaines déficitaires ;
  - Organiser des formations de formateurs ;
  - Outiller, labéliser et animer des réseaux des formateurs sur les territoires ;
  - Labelliser des formations non diplômantes ;
  - Soutenir et équiper des campagnes de sensibilisation sur les risques sanitaires (en liaison avec le volet 3) ;
  - Evaluer les résultats de formation.

- **Les formations SST des salariés en entreprise (managers et travailleurs) :**
  - Action en direction du marché de la formation SST pour garantir l'accès des entreprises, sur tout le territoire, à des formations de qualité (outillage et équipement des réseaux de formation et intervenants du champ concurrentiel) ;
  - Offre en direction des entreprises pour les aider dans la définition de leurs besoins (élaboration de référentiels internes[4], design de parcours en entreprise, labélisation de parcours internes) ;
  - Offre en direction des « salariés compétents en matière de SST.

L'enjeu principal est de créer un écosystème favorable au développement à grande échelle de la « culture de prévention » dans l'entreprise et de faire entrer progressivement la SST comme compétence clé aux côtés des autres compétences professionnelles requises pour l'exercice d'un métier.

➤ **Volet 5 : observation et veille sanitaire sur le territoire**

- Superviser l'harmonisation des systèmes d'information de la structure régionale, notamment pour ce qui concerne les anciens services de santé au travail ;
- Exploiter les données à des fins statistiques et pour la mise en place d'enquêtes ou d'études coordonnées par l'Anses, Santé Publique France ou la Dares ;
- Produire la connaissance utile à l'élaboration d'un diagnostic de territoire partagé à destination des partenaires sociaux et des pouvoirs publics dans le cadre de l'élaboration du PRST ;
- Fournir à l'entreprise des données lui permettant de se situer ;
- Ce volet serait doté des compétences nécessaires dans les domaines de la statistique et de l'usage du chiffre (data numériciens), du développement et de l'exploitation de systèmes d'information, de l'épidémiologie.

[4] Modalités de déclinaisons des obligations de formations en SST de la partie IV du code du travail.

FICHE N°1 BIS : FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE ET MEMBRES DE L'EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE

Avertissement : cette fiche est un focus de la fiche précédente sur la question particulière de la formation des professionnels de santé au travail et plus particulièrement des infirmières en santé au travail dans le cadre du socle de services en région (volet ingénierie de formation)

Questions à traiter

- Réfléchir aux modalités d'amélioration de la **formation des infirmiers** en santé au travail ;
- Instruire les modalités de création d'une **« Ecole de la santé au travail » ;**
- Améliorer l'attractivité de la profession de médecin du travail ;
- Améliorer la formation des professionnels de santé au travail ;
- Renforcer le rôle des infirmiers en santé au travail ;
- Renforcer la coopération médecins du travail/ infirmiers en Santé au Travail ;
- Pallier la pénurie programmée de médecins du travail ;
- Socle commun de connaissances.

Freins à lever

- Méconnaissance du métier de médecin du travail ;
- Insuffisance de formation des infirmiers en santé au travail, avec comme conséquence l'insuffisance de délégation ou plus simplement de confiance donnée aux infirmiers ;
- Insuffisance de travail en pluridisciplinarité.

Pistes et solutions envisageables

- Développer l'accès des externes dans les services de santé au travail (la législation existe mais pas mise en pratique) ;
- Ouvrir les services de santé au travail aux stages infirmiers ;
- Créer un diplôme de niveau MASTER infirmier avec création d'un référentiel cadre qui n'existe pas (modèle des écoles de blocs opératoires IBODE- sur concours et formation – Diplôme d'État – 18 mois de formation) ;
- Statut cadre ;
- Créer un corps d'enseignants en santé au travail similaire à celui des médecins généralistes (accès à la formation des internes, des infirmiers, des IPRP) ;
- En lien avec la prévention de la désinsertion professionnelle, rendre obligatoire le développement professionnel continu (DPC) commun, une fois tous les 3 ans ou 6 ans, avec médecins du travail / médecins généralistes/ médecins conseils – méthode des pairs.

La mission attire l'attention sur ce que les propositions ci-dessus appellent les modifications législatives ou règlementaires suivantes :

- Code de la santé publique : pour les stages infirmiers dans les services de santé au travail et l'obligation d'obtenir un diplôme d'ETAT IDEST (ou VAE) pour exercer ;
- Référentiel IDEST ;
- Décret n° 2008-744 du 28 juillet 2008 portant dispositions relatives aux personnels enseignants des universités, titulaires et non titulaires de médecine générale ;
- Créer des transversalités obligatoires entre Conseils nationaux professionnels (PDP) : « *Art. D. 4021-3 du code de la santé publique. -Pour chaque profession de santé ou, le cas échéant, pour chaque spécialité, les conseils nationaux professionnels assurent une représentation des différents modes d'exercice.* » ;
- Module d'enseignements commun IPRP- IDEST - médecins du travail au sein des structures régionales (volet « ingénierie de formation).

FICHE N°2 : MISSIONS ET SERVICES DE LA STRUCTURE NATIONALE DE LA SANTE AU TRAVAIL, ALIAS « FRANCE SANTE AU TRAVAIL »

Avertissement : Cette fiche est construite, conformément à la lettre de mission aux experts, sur l'hypothèse du schéma cible d'une structure nationale de prévention unique telle que prévue par le rapport Lecocq. Elle approfondit la nature des missions et des services de cette structure dans ce schéma précis. Elle ne préjuge pas des arbitrages qui seront pris et peut, à cet effet, être lue comme le socle des services qu'une tête de réseau devrait en tout état de cause assumer, indépendamment du schéma organisationnel retenu *in fine*.

Question à traiter

Définir[5] :

- Le contenu et les modalités de l'offre de service en matière de prévention et de santé au travail à l'échelon national, en particulier la nature des services proposés
- L'articulation de cette offre avec celle relevant du champ concurrentiel.

Freins à lever

- L'absence de tête de réseau pour le pilotage national des SSTI
- La grande difficulté en corollaire de s'appuyer sur les SSTI pour relayer les outils et démarches de prévention conçus par les organismes nationaux (INRS, OPPBTP, Anact)
- Des coûts de coordination trop importants

Des frontières de compétences entre organismes nationaux devenues trop ténues et sources de cloisonnements artificiels

Solutions et pistes envisageables

Création d'un organisme public à caractère administratif placé sous la tutelle du ministère du travail, du ministère de la santé et des affaires sociales et s'appuyant sur une gouvernance tripartite, la Structure nationale, ci-après dénommée France Santé au travail (FST), constitue la clé de voute de la prévention du futur système de santé au travail. Il assure la répartition des fonds destinés au financement de la politique nationale de prévention des risques professionnels et des structures régionales.

FST se substitue à l'INRS, Eurogip, l'Anact, l'OPPBTP et reprend les missions de ces organismes. Il définit les programmes de travail permettant de décliner les orientations du Plan Santé Travail. Il assure en outre la fonction de tête de réseau des structures régionales de prévention et contractualise avec elles à partir de leur réponse à un cahier des charges national intégrant les orientations nationales. FST n'a en revanche pas vocation à devenir un lieu de réflexion ou de dialogue sur la SST,

[5] [5] Cf. lettre de mission du 4 avril 2019 et note complémentaire

cette mission restante dévolue au CNOCT, y compris pour les missions de consultation sur les projets de loi, d'ordonnance et de dispositions réglementaires en matière de SST.

- **Les missions de FST comprennent :**
  - **L'animation et le pilotage opérationnel des politiques publiques de prévention en SST et plus particulièrement des objectifs du PST3**

Le PST3 prévoit une méthode de pilotage centrée sur l'évaluation de l'efficacité réelle des actions déployées. L'animation d'un tel plan nécessite une organisation permanente et dédiée, garante de l'avancement des travaux. Cette organisation doit permettre une capitalisation et une évaluation au fil de l'eau. FST, organisme central exclusivement en charge de la prévention, désormais unique, sera dotée à cet effet d'une direction de l'animation et du pilotage de la prévention, garante du déploiement du PST. Elle sera en capacité d'outiller la tutelle et les partenaires sociaux au CNOCT pour la mise en œuvre et le suivi de leurs priorités. Ce travail sera considérablement simplifié par le regroupement des trois organismes de prévention historiques (INRS, OPPBTP, ANACT) au sein même de la structure nationale, réduisant d'autant les coûts de coordination entre ces organismes ainsi qu'avec leurs réseaux locaux.

  - **Le pilotage du réseau des structures régionales**

En tant que tête de réseau, FST :

- Contractualise avec chaque structure régionale sur la base d'un cahier des charges dont le respect conditionne le financement de la structure régionale (accréditation, respect du socle de services, organisation et compétences…) ;
- Alloue en conséquence les ressources contractualisées avec chaque structure et entretient un dialogue de gestion tout au long de l'exercice ;
- Equipe les structures régionales en outils et démarches de prévention ;
- Coordonne les politiques de formation SST déployées en région et équipe les structures régionales en matériel pédagogique ;
- Apporte son concours et son appui à la demande des régions pour la construction et le déploiement d'initiatives territoriales ;
- Veille à la cohésion ou à la répartition harmonieuse des programmes de travail sur tout le territoire ;
- Assure la capitalisation, la valorisation et le redéploiement national des travaux régionaux ;
- Veille à l'harmonisation des systèmes d'information et assure la remontée des données de santé au niveau national.

  - **L'ingénierie de prévention nationale et la production d'outils et démarches de prévention**

Cette mission recouvre l'ensemble des activités de recherche appliquée, recherches action, expérimentations et modélisations actuellement assurées dans leurs différents départements par l'INRS, l'Anact et l'OPPBTP. Ces activités, dans leur grande diversité, gardent toute leur pertinence et ne s'opposent pas à la conservation ou la création de pôles ou départements spécialisés, y compris sectorisés comme pour le BTP.

Toutefois, le rassemblement des compétences doit permettre d'optimiser l'allocation des ressources en mettant fin aux redondances, en renforçant la pluridisciplinarité dans les approches et la constitution des équipes, en facilitant les ponts entre problématiques et donc en renforçant les

chances de bâtir des solutions de préventions globales et décloisonnées ainsi qu'en favorisant l'acquisition d'une culture de prévention partagée.

- **L'ingénierie de formation**

Il s'agit ici :

- De structurer un référentiel national de compétences partagées pour les professionnels de la santé au travail (préventeurs) et de veiller au déploiement de cette formation en région ;
- D'analyser en permanence les besoins de formation des entreprises et des acteurs de la santé au travail et de cartographier les formations existantes ;
- D'identifier les manques au plan national et lancer des appels d'offre pour développer des formations dans les domaines déficitaires ;
- D'animer une réflexion pédagogique prospective avec l'ensemble des parties prenantes ;
- D'identifier et mutualiser les bonnes pratiques pédagogiques en France et à l'étranger ;
- De poursuivre et généraliser le dispositif d'habilitation des organismes de formation intervenant dans le champ des formations SST, notamment des formations obligatoires prévues par le code du travail, développé par l'INRS ;
- D'exercer une surveillance du marché ;
- D'accompagner les branches pour l'ingénierie de construction de leur référentiel de parcours en formations SST ;
- D'accompagner, voire labéliser, la construction de parcours internes élaborés par de grandes entreprises (Cf. fiche technique n°6 formation).

- **Le recueil, l'exploitation et l'usage des données de santé au travail à des fins de prévention**

La nouvelle configuration des structures de santé au travail en région 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. FSTl pourra devenir (aux côtés de la CNAM pour ce qui concerne le volet sinistralité), un fournisseur privilégié et fiable des établissements de recherche, en données de santé au travail recueillies auprès des structures régionales.

Ce travail de recueil de données nécessitera de généraliser et harmoniser les systèmes d'information des structures régionales, notamment pour ce qui concerne les anciens SSTI.

Enfin, ces données pourront être exploitées à des fins de prévention par FST pour son propre compte et celui des structures régionales en produisant des cartographies permettant d'outiller les pouvoirs publics et les partenaires sociaux pour la définition de leurs priorités et l'élaboration de leurs programmes de travail (PST, PRST).

- **Le benchmark et la participation aux travaux internationaux**

Il s'agit de reprendre les missions assurées actuellement par Eurogip.

➤ **Impact des mesures envisagées**

En créant un service unifié de prévention, distinct des volets contrôle et assurantiels de l'action publique, le rapport Lecocq entend :

- Créer un écosystème vers lequel les entreprises se tourneront spontanément pour régler l'ensemble des questions liées à la santé, la sécurité et les conditions de travail ;
- Mettre fin à la dispersion des compétences et à l'illisibilité du paysage institutionnel actuel en créant une communauté décloisonnée des préventeurs et une mutualisation de ressources pluridisciplinaires.

Créer un lien étroit entre la structure nationale et les structures régionales de sorte à accroitre la capacité de relais et de transfert des solutions de prévention des actuels organismes nationaux ; Ce regroupement à l'échelon national mettra également fin au risque de saupoudrage de l'action d'organismes dont la taille ne leur confère pas une masse critique suffisante pour avoir un impact significatif sur le terrain (réseau Anact).

FICHE N°3 : PLACE DE LA BRANCHE AT/MP DANS LA NOUVELLE GOUVERNANCE ET LA NOUVELLE ORGANISATION DE LA SANTE AU TRAVAIL DANS L'HYPOTHESE DE MISE EN ŒUVRE DU SCHEMA PROPOSE PAR LE « RAPPORT LECOCQ »

Avertissement : Cette fiche est construite, conformément à la lettre de mission aux experts, sur l'hypothèse du schéma cible d'une structure nationale de prévention unique telle que prévue par le rapport Lecocq. Elle approfondit les impacts sur les missions et l'organisation de la branche AT-MP **dans cette seule hypothèse**. Les propositions faites n'ont donc de sens que dans cette hypothèse, et seraient à abandonner si n'était au final pas retenu le principe de création de structures régionales ad-hoc rassemblant les services interentreprises de santé au travail chargées d'accompagner les entreprises.
A la différente des autres fiches, elle ne présente pas des freins à lever, mais uniquement les conséquences à tirer du point de vue de la branche AT-MP de la création éventuelle de telles structures.

La note argumentaire n°1 (annexe 3) relative à l'offre de service de la structure régionale analyse et développe les raisons pour lesquelles les fonctions d'accompagnement et les fonctions de contrôle doivent être dissociées. Les Carsat exercent aujourd'hui des fonctions de contrôle des entreprises au titre de la gestion de la couverture assurantielle des accidents du travail et des maladies professionnelles (parallèlement à la mission de contrôle de conformité réglementaire de l'inspection du travail). A ce titre, elles interviennent en entreprise.

La note argumentaire n°1 souligne nettement que, dans l'hypothèse de création des structures régionales prévues par le rapport Lecocq, la capacité des Carsat à intervenir en entreprise au titre des fonctions de contrôle n'a pas vocation à être remise en cause.

Au contraire, la mission considère d'ailleurs que cette fonction de contrôle du risque assurantiel devrait être renforcée, parallèlement au désengagement des services des Carsat des activités d'accompagnement dont la mission échoirait aux nouvelles structures régionales.

Un tel recentrage des interventions des Carsat en entreprise sur des missions de contrôle et de prescriptions de maîtrise du risque professionnel entraînerait logiquement les évolutions suivantes :

- La mise en place de circuits d'information des Carsat vers les nouvelles structures régionales sur les constats, prescriptions ou injonctions faites par les ingénieurs conseil ou les contrôleurs de sécurité aux entreprises (pour permettre à la structure régionale de proposer aux entreprises concernées des mesures d'accompagnement en vue de répondre aux demandes des Carsat) ;
- Le maintien, voire le renforcement, des pouvoirs d'injonctions et de sanctions, des Carsat ;
- Le transfert aux nouvelles structures régionales des instruments d'incitation financières sous forme de subvention dont disposent aujourd'hui la branche AT-MP (contrats de prévention et subvention prévention TPE) et, évidemment, des financements nécessaires ; les organismes de la branche resteraient compétents pour les décisions affectant les taux de cotisation (majoration, remises, « signal/prime ») ;
- La rationalisation de la comitologie paritaire de la branche AT-MP. La CAT-MP au national et les CRATMP au local devraient récupérer les pouvoirs en matière de tarification des comités techniques nationaux et des comités techniques régionaux. Ces comités techniques pourraient être supprimés ; leurs compétences en matière de prévention pourraient être transférées aux nouvelles structures nationale ou locales. L'action des partenaires sociaux dans le domaine de l'accompagnement en prévention aurait en effet vocation à s'exercer dans la comitologie à créer dans les nouvelles structures, au national et localement.

FICHE N°4 : ORGANISATION DE LA TRANSITION ENTRE LE SYSTEME ACTUEL ET LE SYSTEME CIBLE

Avertissement : Cette fiche examine, sous le seul angle de la faisabilité technique, les modalités selon lesquelles le scénario unique présenté par le rapport Lecocq pourrait être mis en œuvre. La mission indique que, conformément à sa lettre de mission, elle s'en est tenue à l'approfondissement de ce seul scénario, sans porter une appréciation sur la pertinence de principe de ce scénario, ni ignorer l'existence d'alternatives mais qu'il ne lui était pas demandé d'investiguer.

Questions à traiter

Définir les possibilités techniques d'organisation de la transition entre le système actuel et le système cible dans l'hypothèse du scénario recommandé par le rapport Lecocq : les étapes, les difficultés juridiques et organisationnelles et les voies et moyens de les prendre en compte (Cf. lettre de mission du 4 avril 2019)

Principaux enjeux identifiés

- Création juridique de la structure nationale de prévention ;
- Création juridique des structures régionales de prévention ;
- Transfert de patrimoines ;
- Transfert d'effectifs ;
- Statut social des agents et salariés ;
- Conduite du projet sous ces différents aspects (notamment juridiques, opérationnels, et managériaux) ;
- Identification et maitrise des risques du projet (en particulier devront être identifiés les risques opérationnels de dégradation transitoire du service rendu aux entreprises – employeurs et salariés- pour les éviter ou à défaut les maitriser).

L'expérience montre que des opérations de restructuration d'une telle envergure sont très délicates à mener et les effets bénéfiques attendus peuvent être longs à apparaître. Un soin particulier devra être mis à la constitution des équipes de direction en charge de porter cette restructuration, tant au plan national qu'au plan local. Il y aurait intérêt à faire appel, au moins en partie, à des personnalités neuves. Elles auraient à entraîner l'ensemble des personnels des actuels services inter-entreprises, en mettant au premier plan, de manière quasi obsessionnelle, les objectifs de service et de missions avant toute autre préoccupation et à l'abri de toute interférence. La conduite du changement est probablement l'enjeu majeur d'une telle opération. La gouvernance des nouvelles structures devra en être convaincue et s'abstenir d'intervenir dans ce très délicat travail de management. Au besoin, les textes devront sécuriser l'action des gestionnaires pour garantir la réussite de cette transformation.

Principales étapes identifiées

- Compte tenu de l'ampleur et surtout de la nature du projet, une loi « santé au travail » est indispensable pour modifier le livre VI de la partie IV du code du travail : « Institutions et organismes de prévention ».
- Création d'une agence nationale de la santé au travail « France Santé Travail » (FST) au 1er janvier 2021 (titre I de la loi) :
  - Article de loi posant le principe de la fusion de l'Anact, de l'INRS et l'OPPBTP, ainsi que d'Eurogip, au sein d'un établissement de droit public, créé à compter du 1er janvier 2021 ;
  - Enumération dans la loi des missions, de la composition des instances de gouvernance (principe du tripartisme), des pouvoirs propres des équipes de direction, des grands principes de financement et de fonctionnement de l'établissement. Renvoi à un décret pour les modalités d'application ;
  - Article de loi prévoyant un régime *sui generis* de transfert des contrats des agents et salariés des structures fusionnées au sein de FST (= régime ad hoc et non-application directe de l'article L. 1224-1 du code du travail, pour tenir compte des statuts différents des organismes en question : EPA pour Anact, Association pour INRS et sui generis pour OPPBTP) ;
  - Article de loi prévoyant les conditions d'élaboration d'un nouveau statut du personnel s'appliquant à toutes les personnes nouvellement recrutées, la possibilité d'option entre le nouveau statut et le statut d'origine jusqu'à extinction pour les personnels transférés, le maintien de la rémunération jusqu'à l'entrée en vigueur du nouveau statut ;
  - Article de loi prévoyant la transmission universelle, à titre gratuit, du patrimoine des structures fusionnées, dans l'état où il se trouve à la date de réalisation définitive de l'opération, au profit de FST, au plus tard le 1er janvier 2021.
- Article de loi prévoyant la désignation d'un délégué général nommé par décret, chargé de la préfiguration de la structure nationale pour :
  - L'élaboration du projet d'établissement (lieux d'implantation, organigramme) ;
  - La conduite proprement dite du projet de fusion (fixation du calendrier des opérations, organisation et respect des échéances, tenue régulière des organes délibérants, information, etc. ;
  - La conclusion avec les organismes fusionnés de toute convention utile à l'utilisation de leurs biens, immeubles, applications informatiques nécessaires à l'exercice des missions transférées ;
  - Le respect des consultations ;
  - L'accompagnement et le dialogue social avec les instances des structures fusionnées (accords collectifs, protection sociale complémentaire, sort des IRP, usages) ;
- Création des structures régionales de prévention (titre II de la loi) :
  - Article de loi posant le principe de la création dans chaque région d'une structure régionale de prévention en santé au travail, de droit privé, au plus tard le 1er janvier 2021. Les missions de suivi de la santé des salariés prévues au titre II du livre VI de la partie IV du code du travail (services de santé au travail) sont exercées par cette structure à compter de cette date. Les SSTI cessent d'être agréés.

FICHE N°4 BIS : PLACE DES SERVICES DE SANTE DE SANTE AU TRAVAIL AUTONOMES

Questions à traiter

Etudier la place des services de santé au travail autonomes, pour garantir la meilleure allocation de la ressource médicale sur le territoire et un meilleur suivi de l'ensemble des travailleurs

Freins à lever

- Les services de santé autonomes ont un seuil de création ou de maintien à 500 salariés (Art. D. 4622-5 du code du travail « *Un service de santé au travail de groupe, d'entreprise ou d'établissement peut être institué lorsque l'effectif de salariés suivis atteint ou dépasse 500 salariés* ». Ces services « *puisent de la ressource médicale dans le réservoir des SSTI* » pour sécuriser leurs effectifs (les réformes successives stimulent ces mouvements : attractivité salariale, moins d'effectifs à suivre) ;
- Les services autonomes peuvent depuis longtemps assurer le suivi intégral des travailleurs temporaires en mission chez eux (article R. 4625-8) ou partiel (aptitude des travailleurs soumis à risques particuliers en cours de mission, réalisation des examens complémentaires obligatoires en cas d'expositions professionnelles spécifiques (article R. 4625-14). Ils assurent aussi la réalisation des examens complémentaires nécessaires dans le cadre de certaines expositions (article R. 4513-11). Ils peuvent enfin assurer le suivi intégral de ces salariés par accord entre les chefs d'entreprise et les deux médecins du travail. La sous-traitance en cascade ou l'embauche d'un intérimaire par l'entreprise sous-traitante rend le dispositif inopérant. Le dialogue médecins du travail des entreprises TT & intervenantes / médecins des services autonomes est obligatoire mais inexistant, très souvent au détriment de la connaissance des risques. Les responsabilités de chacun (examens complémentaires, aptitude aux risques particuliers) deviennent un vrai casse-tête en cas de cascade de sous-traitance alors que le médecin de site maitrise la connaissance du risque. Autrement dit, les médecins du travail des services autonomes assument peu ou pas le suivi des salariés temporaires et des salariés des entreprises extérieures malgré leurs effectifs allégés comparativement à leurs confrères des SSTI ;
- Les services de santé autonomes ne sont pas suffisamment intégrés dans la politique régionale de santé travail ;
- Les services de santé autonomes ne sont pas « identifiés » physiquement (adresses, mails) au niveau national pour relayer efficacement les actions de prévention nationales (campagnes lombalgies par exemple).

Solutions et pistes envisageables

- Elever significativement le seuil de salariés ETP permettant la création ou le maintien d'un service de santé au travail autonome : seuil de 2000 ou plus afin de libérer de la ressource médicale (exception pour les installations nucléaires de base) ;

- Appeler médecin du travail de site le médecin du travail de service de santé dit autonome ;
- Dédier aux services de santé autonomes, qui appréhendent le mieux les risques professionnels des salariés de cette communauté de travail, la surveillance médicale des travailleurs temporaires et des travailleurs des entreprises extérieures intervenantes quel que soit le niveau de sous-traitance;
- Créer un annuaire des services autonomes accessible aux futures structures régionales ;

Au total, la mission estime que cette utilisation de la ressource parait plus rationnelle et efficace pour la prévention qu'un apport de type cotisations des services autonomes à la structure régionale, tel qu'imaginé par le rapport Lecocq.

ANNEXE 2 : FICHES TECHNIQUES NE PRÉSENTANT PAS DE LIEN DIRECT AVEC LE "SCÉNARIO LECOCQ"

FICHE N°5 : PREVENTION DE LA DESINSERTION PROFESSIONNELLE

Questions à traiter

- Détection précoce des situations prévisibles de reprise du travail difficile ;
- Réduction de la durée des arrêts de travail (maintien dans l'emploi) et augmentation des succès de reprise par la fluidification du parcours de soin et de réadaptation du salarié jusqu'à sa réinsertion durable (retour en emploi).

Avertissement : la présente note contient de nombreuses propositions de modifications législatives, réglementaires et organisationnelles. Parmi ces dernières, certaines s'appuient, conformément à la lettre de mission aux experts, sur les recommandations du « rapport Lecocq » (création d'une cellule PDP obligatoire au sein de la structure régionale de prévention). La mission signale toutefois que les aménagements proposés par cette fiche pourraient être déployés dans une organisation alternative voire dans le cadre existant, moyennant toutefois un minimum de réorganisation de nature à permettre la mise en œuvre de la coordination du parcours de la personne en risque de désinsertion professionnelle, notamment par la constitution sur une base départementale d'une organisation de gestion opérationnelle restreinte et dédiée réunissant des représentants de la caisse primaire et des services de santé au travail du département.

Freins à lever

- Isolement du médecin prescripteur d'arrêt de travail qui ne peut s'appuyer sur des relais qui l'aident à accompagner le patient vers la reprise de travail et à mobiliser l'entreprise dans ce but ;
- Absence de procédures organisées de signalement par le médecin prescripteur vers ses confrères médecin conseil et médecin du travail ;
- Identité du médecin du travail, souvent méconnue du salarié, et toujours du médecin prescripteur et du médecin conseil de l'assurance maladie ;
- Orientation insuffisante des objectifs de gestion du risque de l'assurance maladie en faveur de l'accompagnement du salarié vers la reprise (priorité historique donnée au contrôle du bienfondé médical des arrêts alors qu'ils sont massivement justifiés) ;
- Insuffisance de l'organisation interne de l'assurance maladie qui ne favorise pas la mise en œuvre d'actions coordonnées entre services (caisse primaire, service médical, service social, service prévention RP) tournées vers les entreprises et les services inter-entreprises de santé au travail, dédiées au repérage et à l'accompagnement des personnes bénéficiaires de prestations en espèces en risque de désinsertion professionnelle;
- Absence de prise en compte par la gouvernance de l'assurance maladie de l'enjeu de la prévention de la désinsertion professionnelle (aucune enceinte où seraient réunis les principaux représentants des acteurs de la PDP : médecins prescripteurs, employeurs, salariés, services de santé au travail) ;
- Réglementation des arrêts de travail rigide et binaire (arrêt ou travail), alors que des solutions plus souples existent adaptées à la situation de la personne mais elles ne sont pas ou peu utilisées (temps partiel, forfaitisation mensuelle de jours d'absence et indemnisation directe de l'employeur pour les séances de dialyse à domicile, télétravail…) ;

- Information a postériori du médecin du travail de l'existence d'un arrêt de travail (à la fin de l'arrêt pour l'organisation de la visite de reprise) ;
- Lancement tardif de la démarche de PDP, et notamment de la visite de pré-reprise ;
- Absence de pré-visite de reprise systématique ;
- Insécurité juridique des contacts entre l'employeur et le salarié durant le temps de l'arrêt de travail, pourtant indispensables pour favoriser le retour au travail ;
- Coût de coordination liés à la multiplicité des acteurs conditionnant l'enclenchement et la mise en œuvre des décisions d'accès aux différents dispositifs existant, avec risque d'indécisions rallongeant la durée de l'arrêt : absence de référent-coordonnateur doté de la légitimité institutionnelle garant du parcours et en capacité d'activer les dispositifs (pouvoir de prescription…) ;
- Circuits de décisions administratives complexes pour la mobilisation de certaines aides (ceux qui orientent, qui donnent un avis, qui autorisent, qui financent… ex : les procédures de RTL ou essai encadré, prescrites par médecin traitant avec avis médecin du travail, autorisations médecin conseil et CPAM) ;
- Périmètre trop restrictif de certaines aides (avoir une RQTH/ être en AT-MP…) ;
- Absence de cohérence logique entre les fondements historiques, les bases juridiques et les finalités de l'invalidité, de l'incapacité permanente, du handicap et de l'inaptitude.

Solutions et pistes envisageables

- Faire évoluer le formulaire numérique d'avis d'arrêt de travail pour permettre de signaler la demande conjointe du médecin prescripteur et du patient d'un contact avec le médecin conseil ou le médecin du travail ;
- Organiser ou généraliser les dispositifs de détection précoces des personnes en risque de désinsertion (Comete ou équivalent) entre l'assurance maladie, les services de santé au travail et les établissements de santé ;
- Prévoir une réorganisation de l'assurance maladie (gouvernance ad-hoc, objectifs de gestion du risque, équipes interservices dédiées) qui ait pour but la mise en œuvre d'actions tournées vers les entreprises et les services inter-entreprises de santé au travail, dédiées au repérage et à l'accompagnement des personnes bénéficiaires de prestations en espèces en risque de désinsertion professionnelle ; identifier si cette réorganisation nécessite des mesures législatives ou réglementaires ;
- Systématiser (et donc rendre obligatoire) l'information du médecin du travail en cas d'arrêt maladie (par l'employeur ou par la caisse de SS). La recommandation de la HAS sur le MEE met d'ailleurs l'accent sur l'importance d'intervenir dans les 4 semaines pour toutes les pathologies lombaires, qui sont parmi les plus nombreuses parmi les causes d'arrêts longs. De manière générale, le lien entre la durée de l'arrêt et les difficultés de retour est avéré.

Pour ce faire, décider si cette information est faite par l'employeur ou par l'assurance maladie ; la seconde hypothèse est intéressante en ce qu'elle obligerait à une organisation des services de santé au travail qui permette la mise en œuvre des flux d'information individualisés entre l'assurance maladie et les médecins du travail. **La mission propose à cet effet que soient créés des plateformes de connexions (« hubs ») mutualisées entre services-interentreprises selon un maillage à déterminer, qui gagnerait toutefois à être départemental pour faciliter les partenariats opérationnels avec les caisses primaires**. Bien sûr, dans l'hypothèse du rapport Lecocq, la structure régionale de prévention gèrerait cette fonction de point d'entrée et sortie des échanges avec l'assurance maladie. Au-delà de cette fonction, la plateforme pourrait développer différents services d'information notamment sur les acteurs et outils PDP.

- Rendre plus précoce et effective la visite de pré-reprise : elle doit être possible à partir du 30ème jour d'arrêt à la demande du médecin traitant, du médecin conseil et du salarié, ou du médecin du travail lui-même et systématique (même sans demande) à partir de deux mois d'absence. Un mécanisme de sanction financière du service de santé au travail (quote-part du coût ultérieur de l'arrêt de travail ?) est à prévoir si une visite demandée de manière réitérée n'est pas mise en œuvre. Le degré de satisfaction de cette obligation pourrait également faire l'objet d'un point clé de l'évaluation du service de santé au travail avant agrément ou accréditation.
- Pour faire face à la lourdeur des processus décisionnels d'accès aux différents dispositifs impliquant de nombreux acteurs donnant un avis ou un accord et retardant les démarches de PDP :
  - Soit simplifier drastiquement les processus décisionnels règlementaires en désignant un seul prescripteur pour les différents dispositifs mobilisables avec obligation d'information et contrôle de supervision a posteriori par les autres acteurs (sorte de délégation de prescription) ;
  - Soit maintenir la collégialité des processus décisionnels mais créer en contrepartie une organisation de gestion restreinte, en capacité de prescrire des solutions d'orientation opposables aux différents acteurs en cas de blocage d'un dossier (réactive, se réunissant et se prononçant à échéances rapprochées sur les cas complexes portés à sa connaissance, sur le mode des cellules pluri de maintien en emploi de la MSA (CPME)

  La préférence de la mission va à la seconde option. Elle conduit à devoir fixer règlementairement les responsabilités de gestion du dispositif garant de la coordination du parcours de reprise du travail. Ce dispositif, guichet unique pour le salarié et l'employeur depuis la détection jusqu'au suivi, doit réunir les services de l'assurance maladie et les services de santé au travail ; sa gouvernance aura à être précisée.
- Prévoir une obligation de suite (par le médecin du travail ou le SST ou cellule PDP) pour assurer un suivi du salarié après son retour ou, le cas échéant, son licenciement et éviter la rechute ou la désinsertion durable.
- Toiletter (voire fondre) les dispositions du CSS relatives à l'invalidité et l'incapacité permanente de manière à :
  - Les simplifier et à tout le moins les rendre intelligibles et articulées avec les problématiques d'inaptitude du code du travail ;
  - En faire des outils de PDP (Supprimer la notion d'invalidité au profit de capacités restantes ?). Mettre fin aux refus des CPAM d'accorder les indemnités journalières aux salariés bénéficiaires d'invalidité 1ère catégorie et qui travaillent à mi-temps au prétexte de la double indemnisation pour une même pathologie ;

- Instaurer une formule souple de prise en charge des IJ en cas de pathologies longues évolutives. Il s'agirait de permettre à l'employeur, sous contrôle du médecin du travail, de déclarer à la SS, en fin du mois, les jours d'arrêt qui ont été effectivement pris par le salarié, seuls ceux-ci étant pris en charge par la caisse. En effet, pour certaines pathologies (SEP, cancers avec traitement par chimiothérapie, etc.) le salarié souhaite pouvoir garder une activité professionnelle mais est soumis à des variations de sa santé imprévisibles d'un jour à l'autre (lendemains de séances de chimio plus ou moins bien supportés selon les phases du traitement…). Plutôt qu'un arrêt long, une succession d'arrêts courts ou un temps partiel thérapeutique encore trop rigide pour répondre à ce type de situations à haute variabilité, le salarié pourrait être autorisé à travailler avec un « droit de tirage » utilisable dans des conditions concertées avec l'employeur, lui permettant de s'arrêter les jours où il n'est pas en mesure de travailler. Le décompte des jours « utilisés » serait envoyé en fin de mois à la caisse ;
- Renforcer le rôle du médecin traitant : inclure dans la rémunération à la performance des praticiens un critère relatif à la PDP dans la négociation conventionnelle (par exemple sur la base du nombre de signalements justifiés par le service médical) ;
- Rendre obligatoire dans le cadre du développement professionnel continue, au moins une à deux fois au cours de la vie professionnelle, la thématique de la prescription et de la gestion des arrêts de travail et du maintien en emploi ;
- Dans l'hypothèse d'une tête de réseau nationale en matière de prévention, conditionner le conventionnement, la certification des structures régionales (ou SSTI selon le cas) ou l'accès à des lignes de crédit en faveur de modules de remobilisation précoce (FNASS, FNAT…), à la présence en leur sein de cellules PDP obéissant à un cahier des charges national définissant leur offre de service minimale (Cf. fiche n° 2 sur offre de service) ;
- Remettre à plat et homogénéiser l'accès des dispositifs de MEE (travail léger, essai encadré, temps partiel thérapeutique, dispositifs cap emploi…) pour qu'ils bénéficient à tous les salariés exposés à un risque de désinsertion professionnelle consécutif à un arrêt longue durée, sans considération de leur statut ou de l'origine de la pathologie. Cette mesure doit permettre, en homogénéisant la cible, de simplifier les processus décisionnels, de fluidifier les parcours et de faire monter en puissance les dispositifs intéressants restés peu utilisés à ce jour.

FICHE N°6 : (SIMPLIFICATION DU DROIT) LES FORMATIONS EN SANTE ET SECURITE AU TRAVAIL

Questions à traiter

- Instruire les champs et marges de manœuvre juridiques en termes de simplification de la réglementation ;
- Instruire la possibilité d'ouvrir de nouveaux champs au dialogue social d'entreprise et/ou de branche.

Freins à lever

- Des obligations juxtaposées, non articulées, et en partie datées ;
- Des régimes réglementaires très divers, non proportionnés au risque ni gouvernés par une doctrine d'habilitation/ certification cohérente ;
- Des obstacles culturels au développement de la culture de prévention.

Solutions et pistes envisageables

- **Favoriser la prise en compte du parcours de formation en SST des travailleurs,** en mettant fin à l'effet d'empilement des formations obligatoires au profit d'un parcours pédagogique assurant la reconnaissance, la capitalisation et la portabilité des compétences acquises aux différents postes de travail et tenant compte des formations antérieures, de la qualification, de l'expérience professionnelle du travailleur **(passeport formation SST)** ;
- **Confier à la branche le soin de définir et organiser le socle des compétences clé en SST,** à dispenser dès l'embauche puis les compétences complémentaires associées aux différents niveaux de la grille de classification à acquérir et accessibles sous forme de bloc ou briques au fur et à mesure de la progression du salarié (**référentiel de compétences SST adapté à la branche**) ;
- **Renforcer ce faisant le lien entre la culture métier et la culture de prévention** en invitant à conditionner les évolutions professionnelles (accès aux qualifications professionnelles ou avancement dans les grilles de classification) au suivi de formations en matière de prévention des risques professionnels et de promotion de la santé au travail (**intégrer les briques du référentiel SST aux titres et CQP de la profession**) ;
- **Accompagner les branches** pour l'ingénierie de construction de leur référentiel (Cf. offre de service de la structure nationale *in* rapport Lecocq) et les **entreprises pour l'ingénierie** de leur programme de formation (mais pas pour dispenser la formation) **(CF. fiches n°1 et n°2 « offre de service des structures nationales et régionales »)** ;
- Sur le plan légistique, **refondre, harmoniser et simplifier l'architecture** des dispositions existantes.

Modifications législatives et règlementaires à prévoir

- Refonte du titre IV du livre premier de la partie IV du code du travail (Information et formation des travailleurs), qui permettrait, dans le respect du cadre européen, de clarifier l'architecture et le contenu de l'obligation générale de formation et de simplifier sa compréhension (rationalisation des dispositions). S'inspirant de la construction des ordonnances travail autour du triptyque « ordre public/champ de la négociation/supplétif », il s'agirait :
  - De rappeler l'obligation d'assurer une formation pratique au poste de travail, pendant le temps de travail, appropriée aux risques encourus, et de la nécessité de la renouveler chaque fois que nécessaire, en particulier lors de tout changement de circonstances modifiant les conditions habituelles d'exercice du travail (ordre public) ;
  - De renvoyer à l'accord collectif (ou à une instance paritaire de branche) la définition d'un parcours et d'un référentiel de formation approprié aux risques de l'activité, voire l'organisation des modalités de dispensation de ces formations au sein de la branche (champ de la négociation) ;
  - De définir, à défaut de référentiel de branche ou d'entreprise, les dispositions règlementaires minimales régissant les modalités d'organisation des différentes catégories de formation : bruit, vibrations, ACD, etc. (droit supplétif). La définition préalable d'une doctrine générale permettrait à cette occasion d'adopter une architecture commune et d'homogénéiser les régimes actuellement applicables (habilitations, certifications externes, etc.).

FICHE N°7 : (SIMPLIFICATION DU DROIT) DUER/PLAN D'ACTION[6]

Questions à traiter

Explorer les pistes et les conditions dans lesquelles il est possible de conférer toute sa portée utile à l'évaluation des risques, en vue de réduire la sinistralité et de promouvoir la santé dans les organisations de travail, au profit de la performance globale dans l'entreprise

Freins à lever

- Mettre l'accent sur les actions de prévention, le DUER n'étant pas une fin en soi
- Faciliter les démarches administratives à l'égard des PME/TPE tout en renforçant, en contrepartie, l'appropriation de la culture de prévention

Solutions et pistes envisageables

- Inscrire dans la loi l'obligation d'élaborer ou adhérer à un plan d'action pluriannuel de prévention (3P), issu de l'évaluation des risques, assorti d'objectifs concrets de réalisation et d'indicateurs vérifiables :
  - Plan individuel pour les entreprises de plus de cinquante salariés ou présentant des risques particuliers (DUER et PA fondus en un seul document/ suppression du programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail) ;
  - Adhésion volontaire à un plan d'action de branche pour les entreprises de moins de 50 avec un DUER collectif portant sur les principaux risques du métier (exemple : les cinq principaux risques des garages automobiles) et la réalisation d'actions concrètes inscrites dans le plan d'action de branche (captage des fumées d'échappement, etc.) + engagement de l'employeur, en contrepartie, de suivi d'une formation à la démarche générale de prévention pour l'évaluation au fil de l'eau des autres risques, sans obligation de formalisation (formalisation allégée, engagement plus fort). L'employeur qui n'adhère pas au plan de branche reste soumis à titre supplétif au régime de droit commun. Les plans de branche sont une opportunité de dialogue social dans la branche. Ils peuvent donner lieu à des accords (type entreprises de déménagement) ou à des documents unilatéraux concertés dans des instances de branche paritaire.

[6] Voir aussi note argumentaire en annexe 3

FICHE N°8 : (PUBLICS VULNERABLES) TRAVAILLEURS INDEPENDANTS ET PLATEFORMES

Questions à traiter

- Suivi de l'état de santé des travailleurs vulnérables qui, pour une part plus ou moins importante, sont hors du champ de la prévention des risques professionnels ou mal couverts par les services de santé au travail :
- Faire un état des lieux de la couverture actuelle des travailleurs indépendants
- Procéder à un examen spécifique de la situation des travailleurs des plateformes, et étudier les options pour la prise en charge de leur suivi médical

Freins à lever

- **Les travailleurs indépendants**
  - Par définition, le travailleur indépendant n'est pas subordonné à un employeur. Il est seul et entièrement responsable de son entreprise, de lui-même et de sa santé, capital essentiel au bon fonctionnement de l'entreprise. **A quelques exceptions près[7], aucune obligation de suivi de sa santé au travail par un professionnel de santé ne pèse aujourd'hui sur le travailleur indépendant ;**

    L'expérience montre la difficulté de sensibiliser les indépendants aux enjeux de préservation de leur propre santé. Le RSI a proposé, pendant plusieurs années, aux indépendants de différents secteurs des consultations chez leur médecin traitant de sensibilisation aux enjeux de santé au travail adaptées à leurs activités. Ces consultations assurées par les médecins généralistes, préalablement outillés de documentations pédagogiques propre à chaque secteur couvert (taxi, coiffeurs, plombiers, …) élaborées en lien avec les fédérations professionnelles, bénéficiaient d'une tarification spéciale prise en charge par le fond de médecine préventive géré par le RSI. **Les taux de succès de ces campagnes de prévention, qui reposaient sur le volontariat des travailleurs indépendants, sont restés modestes (de 5 % à 15 % des populations selon le secteur d'activité**). Mais pour les indépendants entrés dans le dispositif, diverses actions intéressantes ont pu ou devaient être développées. La suppression du RSI pose la question de l'avenir de ces actions**.**

[7] Les travailleurs indépendants sont soumis aux mêmes obligations de suivi que les salariés en matière de prévention des risques d'expositions aux rayonnements ionisants (articles L. 4551-1 et R. 4551-1 du code du travail) ainsi que, sur les chantiers du bâtiment et du génie civil, lorsqu'ils sont exposés aux agents chimiques dangereux, aux CMR et à l'amiante ou en cas de risque hyperbare (articles R. 4535-8 et suivants).

- **Le cas particulier des travailleurs des plateformes**
  - L'Institut Montaigne vient de publier une importante étude sur ce sujet (Travailleurs des plateformes : « Liberté Oui, Protection aussi » - avril 2019) qui souligne l'intérêt de ces nouvelles formes d'activité et la nécessité de ne pas en freiner le développement tout en recherchant l'amélioration de la protection des travailleurs concernés. Cette étude fournit en effet une évaluation comparée des couvertures sociales des travailleurs des plateformes à celles des travailleurs indépendants classiques : y est rappelé que les travailleurs des plateformes, en tant que travailleurs indépendants, ne bénéficient d'aucun droit à congé, d'aucune assurance chômage obligatoire, d'aucune protection AT-MP obligatoire, d'aucune protection complémentaire santé obligatoire. Mais l'absence d'un suivi médical au titre de la santé au travail n'est pas relevée par cette étude, pas plus que dans le reste de la littérature sur les plateformes de mise en relation. Or, très souvent le chef d'une petite entreprise indépendante est autant exposé aux risques que ses salariés, et justifierait de ce fait d'un suivi médical équivalent ;
  - La qualification juridique de l'activité professionnelle des travailleurs des plateformes est encore très évolutive. Exerçant formellement sous le statut des travailleurs indépendants, les travailleurs des plateformes peuvent selon la jurisprudence traditionnelle voir leur statut professionnel requalifié en salariat. Après avoir adopté ces dernières années une position plutôt restrictive quant à la requalification sous forme de contrat de travail, la jurisprudence semble tout dernièrement se rééquilibrer (Take eay easy - 28 novembre 2018 CC. C Sociale et Uber-10 janvier 2019 Cour d'appel de Paris) qui semblent rééquilibrer voire réorienter la jurisprudence pour rendre possible la requalification) ;
  - Les pouvoirs publics ont pris le parti de tenter de concilier la préservation d'un modèle faisant intervenir des travailleurs non-salariés tout en cherchant à responsabiliser les plateformes sur leur responsabilité « sociale » ;
  - En ce sens, la loi du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels, loi dite « El Khomri », a créé de nouvelles dispositions (L. 7342-1) : « *Lorsque la plateforme détermine les caractéristiques de la prestation de service fournie ou du bien vendu et fixe son prix, elle a, à l'égard des travailleurs concernés, une responsabilité sociale qui s'exerce dans les conditions prévues au présent chapitre.* » L'article. L. 7342-2 prévoit la **création d'une assurance obligatoire contre les accidents du travail**, au-delà d'un plancher de chiffres d'affaires minimal. **Ce système est financé par les plateformes au prorata de la présence des indépendants** Enfin l'article L. 7342-3 indique que la contribution à la formation professionnelle doit aussi être prise en charge par la plateforme, de même que les frais d'accompagnement à un projet de validation des acquis de l'expérience le cas échéant. Rien n'a cependant été prévu concernant le suivi médical du travailleur mis en relation par la plateforme ;
  - Le projet de loi d'orientation des mobilités, en cours de discussion, prévoit un article 20 permettant l'établissement à titre facultatif, par les plateformes de mise en relation par voie électronique et l'intervention de coursiers prestataires, d'une charte précisant les contours de leur responsabilité sociale, de manière à offrir des droits sociaux supplémentaires à ces travailleurs indépendants qui ont recours à leurs services.

- **Les travailleurs indépendants**
  - La position des organisations représentant les indépendants serait intéressante à connaître s'agissant de l'éventuelle institution d'une obligation de suivi médical et de prévention des risques professionnels de santé au travail pour les indépendants. Une des clés du débat sera celle du financement de ce suivi, et de son rapport coût/qualité, si le financement était mis à la charge des indépendants comme cela serait logique. Il faut également être conscient que, de manière générale, les obligations pesant sur le cadre d'exercice professionnel des indépendants sont très limitées (exemple : un stage de préparation à l'installation est obligatoire pour les personnes souhaitant exercer une activité artisanale. Mais un arrêté du 30 mars 2017, complété par un arrêté du 25 septembre 2017, énonce une liste d'actions permettant de s'en dispenser. Et il n'y a aucune obligation pour l'installation des commerçants). Un module de prévention pourrait être institué dans le cadre de ces stages de préparation à l'installation en mobilisant les SSTI par exemple ;
  - Il est proposé néanmoins de recueillir l'avis formel des organisations représentant les indépendants sur les questions relatives à l'institution d'un suivi médical (son caractère obligatoire ou non, les modalités de son financement, etc.) ;
  - La question est de savoir quelle instance solliciter pour recueillir cet avis. Il semble que les représentants des organisations patronales siégeant au CNOCT soient assez frileux. Il pourrait être intéressant dès lors de déporter le débat sur ces aspects au sein du conseil de la protection sociale des indépendants, instance nouvelle, mise en place suite à la suppression du RSI, qui peut être saisi de toute question relative à la protection sociale par les autorités ministérielles (et même si ce sont les trois mêmes confédérations patronales qui y siègent, avec en outre la Conférence nationale des professions libérales) ;
  - Au cas où cet avis serait négatif, il pourrait être pertinent de favoriser une consultation de suivi pour les indépendants qui la souhaiteraient. La mission proposerait une prise en charge sur les fonds de prévention de l'assurance maladie ;
  - En tout état de cause et Indépendamment de l'avis recueilli sur le principe d'une consultation obligatoire de suivi médical et de prévention des risques professionnels, prévoir a minima la poursuite et le développement de programmes de prévention des risques professionnels dédiés aux indépendants.
- **Les travailleurs des plateformes**
  - Introduire dans le code du travail un dispositif équivalent à l'article L. 7342-2 en matière AT-MP et sous les mêmes conditions de seuil, prévoyant que si le travailleur d'une plateforme bénéficie à son initiative d'une consultation de médecin du travail cette consultation est prise en charge par la plateforme, sauf si cette dernière offre gratuitement la possibilité d'une telle consultation aux travailleurs qu'elle met en relation.

FICHE N°9 : (PUBLICS VULNERABLES) APPRENTIS

Questions à traiter

- Examiner la situation des apprentis et les besoins spécifiques en termes de suivi ;
- Les employeurs rencontrent des difficultés pour obtenir que la visite d'embauche de leurs apprentis soit réalisée dans le délai prescrit des 2 mois et avant l'embauche pour les moins de 18 ans ;
- La loi avenir professionnel et le décret 2018-1340 du 28 décembre 2018, ont introduit une disposition expérimentale (du 01/01/2019 au 31/12/2021) permettant aux employeurs de faire réaliser la VIP lors de l'embauche d'un apprenti à un médecin libéral en cas de carence du SSTI[8]. Mais il y a un déficit de connaissances et de formation de ces libéraux qui se contenteront de faire un acte médical de routine ;
- Quels dispositifs pour développer une culture de prévention des apprentis ?
- Comment mieux prévenir la sinistralité AT des jeunes apprentis ?
- Comment améliorer l'accueil des apprentis dans l'entreprise par les maitres d'apprentissage ?

Freins à lever

- Les médecins libéraux ne sont pas formés et ne maitrisent pas l'environnement de travail de l'apprenti, en particulier les cumuls de contrainte qui s'exercent sur des corps adolescents dont la constitution physique n'est pas achevée. Ils ne maitrisent pas les particularités juridiques leur interdisant de formuler des restrictions ou aménagements de poste. Ils méconnaissent la particularité des déclarations de dérogations pour travaux dangereux pour les jeunes de moins de 18 ans qui renvoient au médecin du travail (articles R. 4153-38 et suivants du CT). La question des examens complémentaires n'est pas évoquée dans les textes. Il y des doutes sérieux sur la qualité du message de prévention adaptée délivré par les médecins libéraux ;
- La formation initiale avec un contenu spécifique prévention santé travail a démontré son efficacité en matière de sinistralité. (Synthèse étude INRS Accidentologie des jeunes travailleurs - 6 février 2018) ;
- Le contrôle des conditions de travail, sauf alerte particulière et intervention de l'inspection du travail, est rarement réalisé et les maitres d'apprentissage n'ont pas tous un niveau suffisant de culture de prévention. Les bases de prévention enseignées à l'école se heurtent, pour pouvoir être appliquées dans l'entreprise par l'apprenti, au rejet fréquent du collectif de travail ;

[8] L'expérimentation concerne les seuls apprentis qui ne relèvent pas d'un suivi individuel renforcé de leur état de santé. Ces derniers (i.e. ceux affectés à un poste à risque ou à des travaux réglementés) continuent à être vus systématiquement par le médecin du travail dans le cadre d'un examen médical d'aptitude préalablement à leur embauche.

Solutions et pistes envisageables

- Evaluer les effets du décret n°2018-1340, portant sur l'expérimentation relative à la réalisation de la visite d'information et de prévention des apprentis par un professionnel de santé de la médecine de ville, et envisager au besoin d'autres solutions car la complexité de la rupture du contrat d'apprentissage pour inaptitude a été aplanie par la loi avenir professionnel ;
- Rendre les pénalités dissuasives pour les SSTI ne répondant pas aux demandes des employeurs (par exemple % de la cotisation totale) ; En faire un indicateur de performance de la future structure régionale de prévention dans l'hypothèse du schéma organisationnel revu par le rapport Lecocq ;
- En cas de maintien du Décret 2018-1340 :
  - Donner des outils d'information et de prévention aux médecins libéraux comme l'a fait le RSI dans un dispositif similaire (exemple des fiches FAST dans le BTP, fiches « risque pro » de l'ex RSI, ou fiches métiers telle que les FMP du Cisme ou celles de Bossons futés) ;
  - Former les médecins libéraux à la visite des apprentis en leur donnant un socle règlementaire minimal ;
- Développer des modules obligatoires de type :
  - TutoPrev''Pédagogie (INRS) dans les lycées professionnels et CFA (avec insertion de professionnels des SIST – médecins + Infirmiers + IPRP)
  - TutoPrév' (INRS) accueil destiné aux tuteurs, supérieurs hiérarchiques, maîtres d'apprentissage qui accueillent un nouvel apprenti- ces modules pourraient être dispensés au sein des cellules formation des structures régionales
- Inciter les SSTI et services autonomes à vérifier les conditions d'accueil des apprentis.

FICHE N°10 : (PUBLICS VULNERABLES) « SALARIES INTERIMAIRES »[9]

Questions à traiter

La sinistralité des salariés intérimaires est nettement plus forte que celle des autres salariés. Malgré une règlementation assez fournie, de nombreux obstacles s'opposent en pratique à une prise en charge efficace de la formation, de l'accueil ainsi que du suivi de l'état de santé du salarié mis à disposition :

- Les entreprises utilisatrices s'impliquent insuffisamment dans la prévention des risques professionnels des intérimaires, dont elles ne sont pas l'employeur ;
- Les caractéristiques de l'emploi intérimaire rendent difficile et aléatoire le suivi de leur santé ;
- Les difficultés pour faire face au volume de visites individuelles de prévention (VIP) et à la surveillance individuelle renforcée (SIR) sont un obstacle à la mise à disposition (accès à l'emploi).

Freins à lever

- Le coût des AT/MP étant, sauf exception, supporté exclusivement par les ETT (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'EU), cette répartition n'est pas incitative à la mise en place de mesures de prévention dans les EU ;
- Les caractéristiques du travail intérimaire (salariés multi-employeurs, multi-emplois, multi-contrats…) dans un contexte de pénurie médicale pour faire face aux sollicitations nombreuses des ETT, sont incompatibles avec une organisation du suivi de leur santé dans le cadre du droit commun (suivi devant être organisé dans un laps de temps court afin que la personne à qui est proposée une mission puisse être mise à disposition rapidement) ;
- Les dispositions légales sur les responsabilités respectives de l'ETT et de l'EU en matière de suivi de la santé, de formation à la sécurité, etc. donnent lieu à des interprétations qui nuisent à leur effectivité et doivent être clarifiées ;
- Les freins culturels liés à la sécurité juridique attribuée par les employeurs des EU à l'existence de la visite médicale préalable (crainte des conséquences d'une absence de visite en termes de responsabilité) conduisent à une recherche de conformité administrative, au détriment de la prévention (exemple d'employeurs du BTP demandant expressément un avis écrit mentionnant : « peut travailler en hauteur »). Cette recherche d'assurance juridique quant à la capacité de la personne à travailler dans un environnement à risques conduit à des contournements ou au contraire à des redondances injustifiées ;

[9] Voir aussi note argumentaire en annexe 3

- La règlementation (article D. 4625-19 et 20 du code du travail) introduit une complexité entre la notion **d'emploi** et celle **de poste** des travailleurs temporaires puisqu'elle oblige les EU à transmettre des informations sur les spécificités du poste**,** objet du contrat de mission. Cela conduit à l'absence de délivrance d'attestations en l'absence d'une fiche de liaison résumant les informations exigées par les articles précités tandis que les ETT se refusent pour leur part à mentionner des expositions professionnelles qu'elles ne connaissent pas par avance puisqu'elles raisonnent à l'inverse par emplois et non par poste. Cette fiche de liaison est exigée pour la visite d'embauche à 3 emplois et non à un poste. Elle ne concerne d'ailleurs que la première mission et non les suivantes qui peuvent être nombreuses pendant les 2 années de validité de la Visite d'information et de prévention ou d'aptitude. Ces informations mentionnées aux articles D. 4625-19 et 20 sont requises pour chaque nouvelle mission et ne sont en réalité pratiquement jamais communiquées aux services de santé au travail entre deux avis (2 ans) ;
- La validité de la visite d'information et de prévention ou d'aptitude n'est en pratique que de 2 ans au plus du fait de l'encadrement légal de la durée des contrats de mission (article R. 4625-11 du code du travail) alors que les expositions professionnelles inhérentes aux emplois ne varieront pas sauf exception (différentes sources – les fiches FAST du GNMST BTP, les fiches médico professionnelles de PRESANCE , les fiches du site BOSSONS FUTES , renseignent des expositions professionnelles types par emploi). La logique de l'emploi et non de poste des travailleurs temporaires devrait permettre d'élargir la validité des VIP et SIR avec visites intermédiaires ;
- Les travailleurs temporaires en risque de désinsertion professionnelle et en arrêt de travail ne bénéficient pas de la possibilité de consulter le médecin du travail dans le cadre de la visite de pré reprise prévue à l'article R. 4624-29 du code du travail du fait qu'ils n'ont le plus souvent pas de contrat de mission en cours. C'est également vrai pour la visite de reprise prévue à l'article R. 4624-32 du code du travail. Il s'agit d'un facteur aggravant de la précarité des intérimaires.

Pistes et solutions envisageables

- **Sur la tarification AT/MP**
  - Rééquilibrer la répartition du coût de tous les sinistres survenus aux intérimaires, quelle que soit leur gravité, à raison de 50 % pour l'ETT et 50 % pour l'EU. D'après les calculs de Prism'emploi, réalisés à partir d'une simulation de la CNAM effectuée en 2016, une telle mesure entrainerait un transfert de 173 millions d'euros vers les autres CTN (0,03 % point de cotisations) et une baisse du coût pour l'intérim d'environ 90 millions d'euros (0,4 % point de cotisation).
  - Affecter intégralement les économies résultant de ce nouveau régime (soit 90 M) au sein de la branche ETT pour financer des actions de prévention, de formation et d'accompagnement de retour à l'emploi après un AT. Ces actions pourraient être déployées, dans le cadre d'un pilotage paritaire, par les opérateurs de la branche : FASTT et OPCO. Ces actions seraient conçues et mises en œuvre en lien étroit avec les branches utilisatrices (Cf. engagement écrit de Prism emploi)

Une telle modification nécessiterait une révision de l'article R. 242-6-1 du code de la sécurité sociale, issu d'un décret du 25 juin 1992, pris en application de l'ANI du 24 mars 1994

➢ **Sur le suivi de la santé**

Cinq grands types de mesures peuvent être envisagées pour prendre en compte les spécificités du statut intérimaire (multi-employeurs, multi-emplois, discontinuité de la relation de travail) et lever durablement les obstacles récurrents de toute nature susceptibles d'entraver l'accès à l'emploi comme le suivi effectif de la santé du salarié :

- La mise en place d'un serveur central national permettant d'accéder au parcours professionnel (VIP/SIR) facilitant l'accès des ETT aux informations ;
- L'élargissement à 5 ans de la validité de la visite d'embauche ou périodique pour les emplois soumis à Visites d'information et de prévention et à 4 ans avec visites intermédiaires pour les emplois à risques particuliers ;
- La clarification et la généralisation de l'obligation pour les EU de prendre en charge les obligations découlant de l'affectation des intérimaires sur des postes présentant des risques particuliers ;
- Le renforcement de la prise en charge des visites médicales des travailleurs temporaires par les services de santé autonomes en augmentant significativement le seuil d'effectifs salariés permettant de créer ou conserver un service de santé autonome (effectifs travailleurs temporaires inclus) ;
- La création d'une visite de préparation de retour à l'emploi similaire à la visite de pré reprise, conformément à l'accord de branche du 3 mars 2017 relatif à la santé et à la sécurité au Travail (élargissement à tout type d'arrêt de travail).

Plus précisément :

1° Clarifier les responsabilités incombant respectivement à l'ETT et l'EU en réaffirmant en premier lieu que l'ETT doit garantir la mise à disposition de professionnels suivis, formés et sensibilisés aux **risques génériques** des emplois pour lesquels ils recrutent, tandis que l'EU doit se centrer sur la prise en charge du suivi découlant des caractéristiques particulières du poste ou des postes auxquels sont affectés les intéressés.

- **Les dispositions légales en la matière doivent être exemptes de toute ambiguïté quant au partage des obligations respectives et modifiées en conséquence (articles R. 4625-8, R4625-11, R. 4625-12, R. 4624-23, D.4625-19, D.4625-20, D.4624-21 du code du travail).**

2° initier un serveur centralisé de collecte des VIP et SIR des salariés intérimaires au niveau de la branche. Un organisme porté par la branche serait en contact avec tous les services de santé au travail y compris les services de santé autonomes (la structure régionale dans l'hypothèse du *schéma Lecocq*) afin de compiler les suivis réalisés sur tout le territoire et les rendre accessibles à toutes les ETT. Ce serveur national ne contiendrait aucune information de nature médicale mais uniquement des données permettant de retracer le parcours des intéressés[10].

[10] Le projet de décret de 2016 sur la médecine du travail prévoyait la mise en place d'un serveur national de collecte des aptitudes médicales des intérimaires et des CDD. Pour des raisons apparemment liées à la protection des données, cette disposition n'a pas vu le jour. Pourtant, elle a déjà figuré pour les intérimaires dans les textes réglementaires antérieurs et les SSTI avaient alors le choix d'organiser cette centralisation des informations au niveau régional ou départemental.

- **Pour la mise en place du serveur national, une intervention législative serait nécessaire pour pouvoir utiliser les NIR, contourner les problèmes d'homonymie et éviter les redondances de suivi.**

FICHE N°11 : (PUBLICS VULNERABLES) DEMANDEURS D'EMPLOI

Questions à traiter

- Un certain nombre de salariés ne bénéficient pas du droit aux visites de pré reprise et de reprise du fait de leurs contrats précaires. Il s'agit des CDD courts, CDD de mission à objet défini, travailleurs temporaires et titulaire dans le BTP de CDI de chantiers. Ces salariés peuvent présenter des problèmes de santé d'origine professionnelle ou non et ne plus pouvoir exercer leur emploi. Ces travailleurs n'ont pas eu accès à une procédure d'inaptitude avec mention des possibilités de reclassement ou de définition de leurs capacités résiduelles d'où les difficultés supplémentaires pour retrouver un emploi ou accéder à une offre de formation adaptée ;
- De même, des demandeurs d'emploi en cours d'indemnisation peuvent rencontrer de problèmes de santé nuisant partiellement ou en totalité à leur reprise d'activité à leur ancien poste. Pour bénéficier des allocations de retour à l'emploi le salarié doit être à l'emploi. -Le bénéfice des prestations chômage est réservé aux personnes aptes physiquement à l'exercice d'un emploi (article L. 5421-1 du Code du travail). Cette condition est présumée satisfaite dès lorsqu'une personne est inscrite sur la liste des demandeurs d'emploi. En cas d'incertitude sur la condition d'aptitude, il appartient au préfet du département de statuer sur l'aptitude physique de l'intéressé. Les médecins de main d'œuvre n'existent presque plus et pôle emploi signe des conventions avec les MDPH, des médecins libéraux et des SIST. Cette appréciation de l'aptitude physique à occuper un emploi par Pôle emploi est totalement découplé de l'appréciation MDPH de l'incapacité pour obtenir l'AAH (cette appréciation repose sur un référentiel et même si une personne en situation de handicap bénéficie de la carte de 80 %, rien ne l'empêche d'occuper un emploi ; il existe même des dispositions spécifiques de transition AAH/emploi pour éviter les ruptures de droit ; on peut aussi imaginer être inapte à tout emploi pour Pôle emploi sur décision d'un médecin libéral non professionnel du handicap et ne pas être reconnu en droit AAH par la MDPH puisqu'il n'y a aucun lien entre les deux notions) ;
- Les salariés stables titulaires d'un CDI et exposés à certains risques (amiante, RX, hyperbarie, risque plomb, biologique et autres CMR) bénéficient de la visite de fin de carrière (loi n°2017-1340 du 15 septembre 2017). Les salariés précaires et demandeurs d'emploi sont exclus du dispositif avant leur passage en retraite- pourtant ils peuvent être dans la même situation d'exposition à ces risques à effets différés.

Solutions et pistes envisageables

- Créer une visite de préparation au retour à l'emploi pour les CDD et travailleurs temporaires victimes d'un AT ou d'une MP ou d'une maladie non professionnelle et en risque de désinsertion (sur signalement du médecin conseil). Financement par le FASTT pour l'intérim en lieu et place de la visite de pré reprise. Opérateur : médecine du travail ;
- Créer un droit à une visite de fin d'arrêt pour déterminer les capacités restantes des salariés précaires avant leur arrivée à Pole emploi. Opérateur : médecine du travail ;

- Lier la démarche AAH et la détermination de l'aptitude physique à occuper un emploi : en cas d'absence d'aptitude à occuper un emploi, pas de droit à l'allocation au retour à l'emploi et ouverture en revanche simultanée au droit à l'AAH. Opérateur : MDPH ;
- Créer un droit à une visite de fin de carrière / départ à la retraite pour tous les salariés inscrits à Pôle emploi et partant à la retraite. Opérateur : médecine du travail ;
- Cibler le dispositif d'examen de prévention en santé des caisses primaires d'assurance maladie (priorité déjà existante pour ces populations) en inversant la démarche : ne pas attendre que le demandeur d'emploi prenne l'initiative du rendez-vous mais démarcher ces populations par courrier comme pour le dépistage des cancers du sein et du colon ;
- En cas d'incapacité partielle à occuper son ancien emploi cas en raison de problèmes liés à la santé ou la formation du demandeur d'emploi ou en cas de question sur la capacité à occuper le futur emploi : prévoir l'intervention de la MDPH et/ ou la médecine du travail.

FICHE N°12 : DEVELOPPEMENT DE MESURES INCITATIVES A LA PREVENTION PRIMAIRE

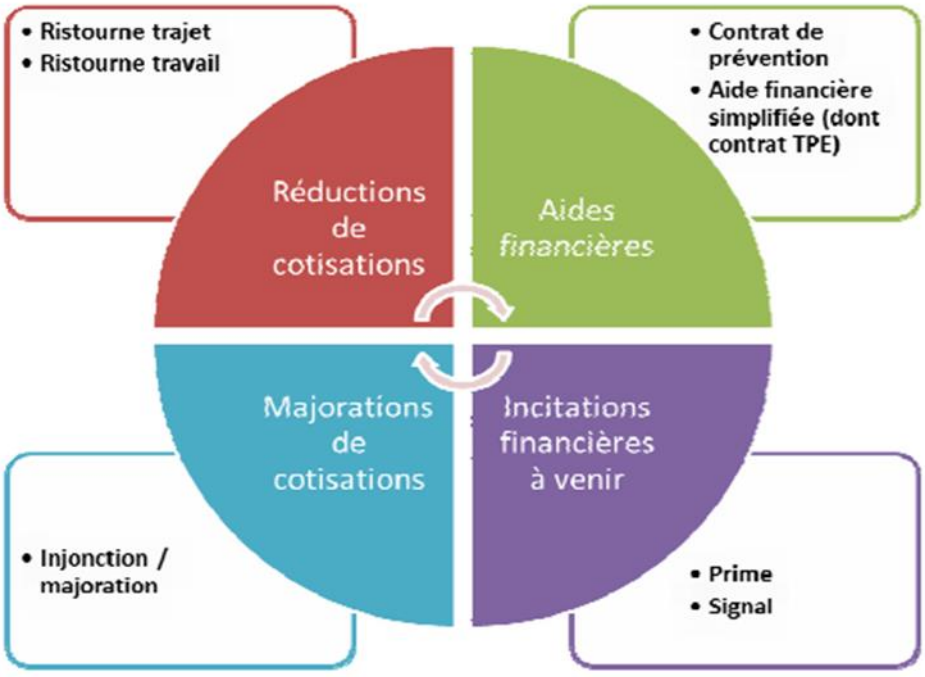
Questions à traiter

En matière de risques professionnels, la question principale - bien identifiée et connue - est l'incitation des petites et moyennes entreprises, peu sensibles à l'enjeu et au levier de performance que constitue la prévention primaire. Les plus grandes sont plus facilement conscientes de l'intérêt de la prévention primaire en termes de maîtrise des risques économiques, sociaux, judiciaires, financiers (tarification AT-MP au coût individuel).

En matière de risque maladie, la problématique posée par l'absentéisme en relation avec les conditions et relations de travail dans l'entreprise est moins « mature » (y compris pour les grandes entreprises), même si elle est de plus en plus prise en considération (cf. concertation conduite sur les arrêts de travail par MM. Bérard, Oustric et Seiller).

Solutions et pistes envisageables

➤ En matière de risques professionnels : la branche AT-MP a engagé depuis deux ans un important travail de revue et d'évolution de ses dispositifs incitatifs :



Source : DRP

Les contrats de prévention et les subventions prévention TPE sont globalement des outils qui fonctionnent. Ils appellent des ajustements ou des extensions sectorielles. Pour les contrats de prévention : permettre le bénéfice des contrats de prévention à des entreprises de secteur qui n'auraient pas signé de convention nationale d'objectifs. Pour les subventions prévention TPE : étendre à de nouveaux secteurs : coiffure, garages, essuyage, échafaudage, fumées de soudage, couteau qui coupe, hôtel, tractomobiles, aides et soins à la personne, propreté des sols).

Le nombre des injonctions et majorations nouvelles est stable d'une année sur l'autre : environ 1200 injonctions et 600 majorations nouvelles chaque année. Elles sont majoritairement utilisées dans le BTP.

Un dispositif nouveau (décret du 14 mars 2017) est en cours de déploiement : « Signal/Prime ». Il vise à intéresser par la tarification les entreprises de moins de 20 salariés qui sont au taux collectif. Le signal est un malus attribué automatiquement aux entreprises qui déclarent annuellement au moins un accident par an (6 % des entreprises de moins de 20 salariés mais 37 % des dépenses de cette catégorie). La prime bénéficiera aux entreprises au taux collectif qui, sur base déclarative, s'engagent à respecter des parcours de prévention simples définis nationalement (CTN). C'est un dispositif de guichet à enveloppe fermée, consistant à reverser en n+1 le produit des majorations résultants du dispositif « signal ». Une entreprise qui reçoit un signal peut bénéficier d'une prime. Ces nouveaux dispositifs ne se mettront en place qu'en 2022 pour la partie « signal » (il faut trois ans de sinistralité pour identifier les entreprises concernés) et 2023 pour la prime (par construction, puisqu'il s'agit de reverser les produits n-1 du dispositif « signal »). Ces dispositifs n'ont pas été expérimentés.

Les ristournes « Trajet » et « Travail » sont des « vieux outils » de la branche AT-MP. Ils conduisent à réduire le taux AT-MP des entreprises qui en bénéficient. Le constat fait par les instances de la branche est que ces outils appellent, s'ils étaient maintenus, a minima, une clarification des critères d'attribution : jusqu'ici, un nombre réduit de grandes entreprises sont « abonnées » aux ristournes « Trajet » ; les ristournes « Travail » bénéficient majoritairement à des entreprises de moins de 50 salariés mais uniquement dans certaines régions. La question a été soulevée par la DRP à la CAT-MP de l'intérêt de maintenir les ristournes « Trajet ». La dissolution à terme des ristournes « Travail » dans le dispositif « prime » a été évoqué.

Au total, les évolutions prévues par la branche AT-MP, issues du décret du 14 mars 2017, préemptent largement le paysage. Mais leurs effets ne seront pas sensibles et mesurables avant 2022-2023. La question doit être posée d'une mise en œuvre accélérée du dispositif, au moins à titre expérimental. Dès l'année 2020, il serait possible de calculer la sinistralité sur la « triennale 2016-2018 » pour identifier les entreprises ayant déclaré au moins un accident par année. L'expérimentation pourrait être faite sur un sous-ensemble d'entreprises à déterminer. Elle parait nécessaire, notamment pour s'assurer que le dispositif « signal » ne sélectionne pas des entreprises ayant des bonnes pratiques de déclaration, au risque d'inciter à la sous-déclaration. Et que le guichet déclaratif du dispositif « prime » ne conduit pas à sélectionner des entreprises opportunément mieux informées que les autres.

- En matière d'absentéisme maladie, il conviendrait de donner une suite aux propositions 1 et 2 du rapport sur les arrêts de travail de MM. Bérard, Oustric et Seiller consistant à :
  - Faire établir par l'assurance maladie des profils d'absentéisme maladie simples (pourcentage des journées d'arrêts de courte durée rapportées aux jours travaillés de l'effectif salarié de l'entreprises, et comparaison avec le même ratio par secteur d'activité par catégorie d'entreprises de même taille). S'assurer que ces profils sont transmis au comité social et économique ;
  - Concevoir et expérimenter, un dispositif de type « prime-signal » en fonction du niveau de l'absentéisme comparé de courte durée (calculé à partir des profils précités). Faire financer ce dispositif au titre des transferts effectués par la branche AT-MP au bénéfice de la branche maladie.

ANNEXE 3 : NOTES D'ARGUMENTAIRE À L'APPUI DE CERTAINES FICHES TECHNIQUES

Rappel: ces notes portent sur les mêmes thèmes que les fiches techniques des annexes 1 et 2 dont elles constituent des développements argumentant et précisant les éléments à l'appui desquels les fiches synthétiques ont été rédigées.

NOTE ARGUMENTAIRE N°1 : SOCLE DE L'OFFRE DE SERVICE DE LA STRUCTURE EN REGION

Le « schéma Lecocq » s'inscrit dans une logique de guichet unique pour les entreprises[11]. A cet égard, il prévoit que chaque structure régionale de prévention devra proposer un socle minimal d'offre de service composé de cinq volets.

L'existence de ces cinq volets est obligatoire pour l'accréditation de la structure régionale. L'accréditation est donc conditionnée à la démonstration d'une organisation (personnels, moyens, compétence, équipements…) en capacité de satisfaire les attentes des cinq volets, dont le contenu est défini par un cahier des charges national (Cf. fiche technique n°2 « offre de service nationale »).

➤ Ces cinq volets sont les suivants :

1° Suivi de la santé des salariés ;
2° Prévention de la désinsertion professionnelle ;
3° Ingénierie de formation ;
4° Ingénierie de prévention ;
5° veille sanitaire et analyse des données de santé du territoire.

L'entreprise accède, via une cotisation obligatoire, à l'intégralité des services de la structure. En revanche, le recours à certains des services proposés est facultatif si elle dispose des capacités internes pour satisfaire les besoins correspondants ou si elle fait le choix de recourir à un prestataire externe.

Les entreprises dotées d'un service autonome ne sont pas tenues de recourir à la structure régionale mais doivent concourir, au titre de la mutualisation et sous forme de prestations en nature ou de participation financière, à l'accès de tous les travailleurs du territoire à un service en santé au travail de qualité.

La présente note a pour objet de préciser la nature et l'étendue des services qui pourraient être couverts par chacun des cinq domaines de l'offre.

Avertissement de lecture : pour ne pas préjuger de l'organisation interne proprement dite de la structure régionale, la présente note utilise indifféremment les termes : *service, département, pôle, cellule*…pour désigner les entités qui prendront en charge en son sein les 5 volets du socle de l'offre.

Volet 1 : Suivi de la santé des salariés

Ce premier volet correspond à la mission des actuels services de santé au travail énoncée au 3° de l'article L. 4622-2 du code du travail, aux termes duquel ces services « a*ssurent la surveillance de l'état de santé des travailleurs (…) ».*

Les conditions de cette surveillance ont été substantiellement réorganisées par la loi du 08 août 2016. Le rapport Lecocq n'a pas entendu les remettre en cause.

[11] Le rapport propose la création d'un guichet unique en région au sein duquel toutes les questions liées à la santé et sécurité pourraient être adressées avec la certitude d'obtenir une réponse, fût-elle d'orientation.

Il s'ensuit que le premier volet du socle de services de la structure régionale correspond aux actuelles missions d'action sur le milieu de travail et de suivi individuel de la santé des salariés des articles R. 4624-1 à R. 4624-58 du code du travail (situation inchangée).

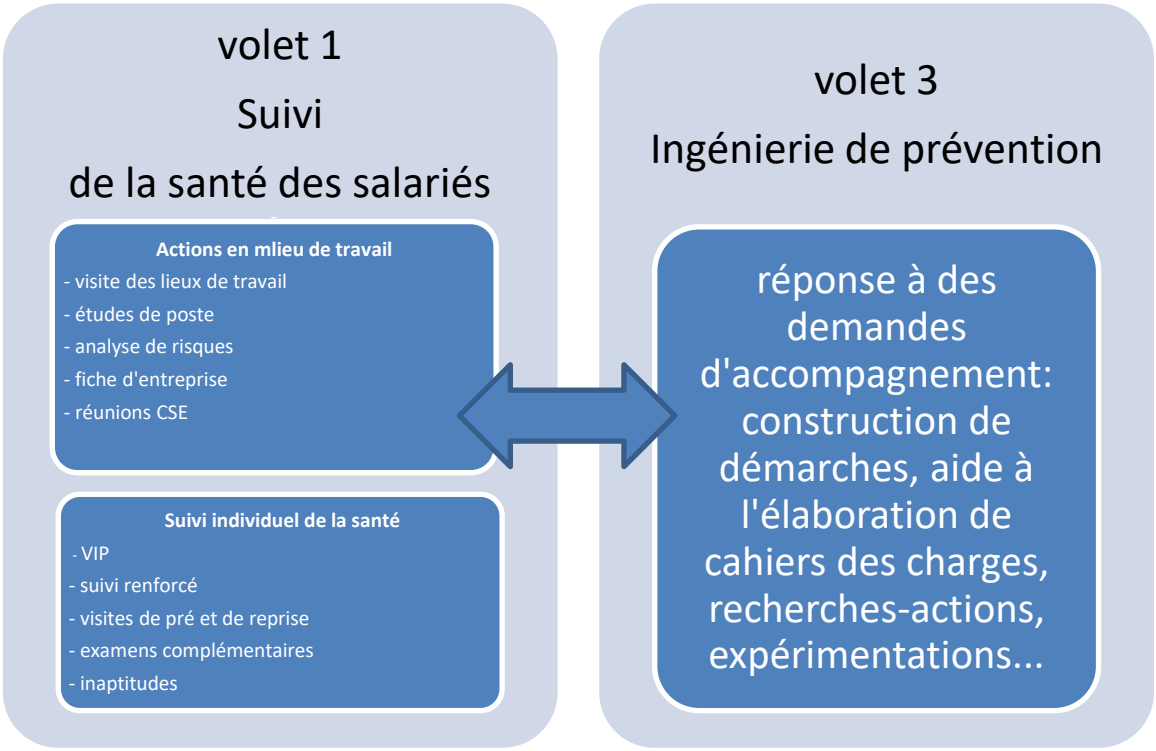
Il s'ensuit également que les actions en milieu de travail du médecin du travail et des équipes pluridisciplinaires ne se confondent pas avec les activités d'ingénierie de prévention de la structure régionale prévues dans le volet 3 (Cf. infra) :

- Les premières relèvent de la satisfaction d'une obligation légale incombant au service de programmer et organiser des actions dans l'entreprise. Elles s'imposent à l'employeur ;
- Les secondes se situent dans une logique d'accompagnement et d'assistance à la résolution de problèmes ou au déploiement de démarches et politiques à la demande (Cf. volet 3 infra).

Les deux activités ne sont pas pour autant étanches, l'accompagnement en prévention pouvant résulter d'une demande de l'entreprise faisant suite aux préconisations formulées par le médecin du travail à l'occasion de ses actions en milieu de travail. Un des principaux intérêts du guichet unique est en effet de permettre un suivi global et dans la continuité de l'entreprise, sur l'ensemble des volets (techniques, médicaux, organisationnels, etc.).

Enfin, même si le rapport Lecocq ne s'est pas prononcé sur la nature du suivi de la santé des salariés tel qu'il a été repensé par la loi de 2016, la question se pose, au vu des évolutions prévisibles de la démographie médicale, de saisir l'opportunité d'une réforme de la santé au travail pour approfondir de nouvelles modalités de suivi de certaines catégories de travailleurs tels que les travailleurs temporaires (Cf. fiche n°10 publics vulnérables : les salariés intérimaires) ou d'expérimenter des modalités de suivi alternatives (renforcement de la formation et donc des compétences et capacités d'intervention des infirmiers et infirmières du travail) (Cf. fiche technique n° 1 BIS : formation des professionnels de santé). La mission se prononce sur ce point en faveur de cette dernière solution afin de préserver le caractère individuel du suivi.

Schéma 1 : Articulation des volets 1 et 3 du socle de service de la structure régionale



Source : Mission

Volet 2 Prévention de la désinsertion professionnelle (PDP)

L'objectif 5 de l'axe 2 du PST3 porte sur le maintien en emploi et plus particulièrement la prévention de la désinsertion professionnelle (PDP). Il prévoit :

- D'améliorer la lisibilité et l'accessibilité aux droits pour les travailleurs en risque de désinsertion professionnelle ;
- De mettre en place une offre régionale coordonnée d'accompagnement des travailleur **et** ~~ert~~ des entreprises ;
- D'élaborer des solutions permettant le maintien en emploi des travailleurs atteints de maladies chroniques évolutives.

L'objectif 8 de « l'axe support » du PST ((offre de service PME/TPE) prévoit en outre de *« développer le lien entre professionnels de santé pour la prise en charge des travailleurs en risque de désinsertion professionnelle* »

Le rapport Lecocq intègre dans le socle minimal de l'offre de service des futures structures en région un volet « maintien en emploi ».

De nombreux rapports récents ont mis en évidence la montée en puissance des questions de prise en charge des salariés atteints de pathologies longues et les difficultés d'articulation des nombreux acteurs susceptibles d'intervenir à un titre ou à un autre dans le parcours de soin et de retour à l'emploi du salarié (cf. fiche n°5 PDP).

Si tous ces acteurs sont légitimes, ils interviennent plus particulièrement à un moment ou un autre du parcours de la personne, sans coordination organisée. La continuité et la fluidité de ce parcours sont donc fréquemment entravés par des ruptures pouvant retarder le retour en emploi et conduire à une désinsertion durable voire irréversible.

Dans ce paysage complexe, si tout le monde reconnait la nécessité de veiller à ce que le salarié reste acteur de de son parcours, cette nécessité est conditionnée à l'identification d'un interlocuteur unique pour faciliter les démarches de retour à l'emploi. Il en va de même pour l'employeur, également incontournable pour assurer les conditions de succès du retour. Dans une logique de guichet unique, ou plus exactement de porte d'entrée unique, le médecin du travail et plus généralement l'équipe pluridisciplinaire du service de santé sont des interlocuteurs naturels et essentiels de l'employeur et du salarié. Ils sont les seuls à pouvoir jouer tout à la fois le rôle d'interface entre ces derniers ainsi qu'entre ces derniers et les autres acteurs que sont le médecin traitant, le médecin-conseil, Cap-emploi, la Mdph, etc.).

Chaque structure en région devra donc avoir un service (ou pôle, cellule, département…) dédié à l'accueil et à la prise en charge individuelle des personnes présentant des problèmes de santé susceptibles d'avoir un effet sur leurs capacités de maintien ou de retour en emploi. A ce titre, la mission suggère de parler d'un service de *prévention de la désinsertion professionnelle* (PDP) plutôt que de *maintien en emploi*, ce vocable permettant d'embrasser un nombre de situations plus large, non liées exclusivement à des situations d'arrêt maladie mais susceptibles d'être repérés par le personnel de santé à l'occasion du suivi médical des salariés.

Indépendamment des propositions d'évolutions législatives plus larges concernant la PDP, développées dans la fiche PDP n° 5 en annexe 2, **l'objectif principal de ce service sera le retour au travail**.

Sa mission sera d'assumer, en tant que porte d'entrée pour le salarié, l'employeur ou une autre institution :

- Le rôle de ***coordonnateur de retour en emploi***, garant du parcours de santé et de retour en emploi d'un salarié confronté à un risque de désinsertion professionnelle :
  - Responsable des interfaces employeur/salarié/institutions de toute nature (RQTH, formation, couverture maladie…) ;
  - Garant de la continuité du parcours et de l'absence de rupture brutale de prise en charge (passage de relais, jalons réguliers, suivi post reclassement) ;

Sont en particulier concernés les salariés en arrêt long pour quelque cause que ce soit, les salariés sans arrêt de travail atteints d'une pathologie chronique, les salariés présentant des signes de vulnérabilité ou d'apparition de pathologie détectés à l'occasion du suivi de la santé effectué par le personnel de santé (Cf. volet 1).

L'existence d'un tel pôle de coordination au sein de la structure en région ne fait pas obstacle à la coordination qui peut par ailleurs être mise en place au sein de l'assurance maladie pour la coordination de ses propres services (CPAM, Carsat…), le pôle PDP de la structure régionale jouant à l'égard du salarié le rôle d'ensemblier avec l'intégralité des acteurs ;

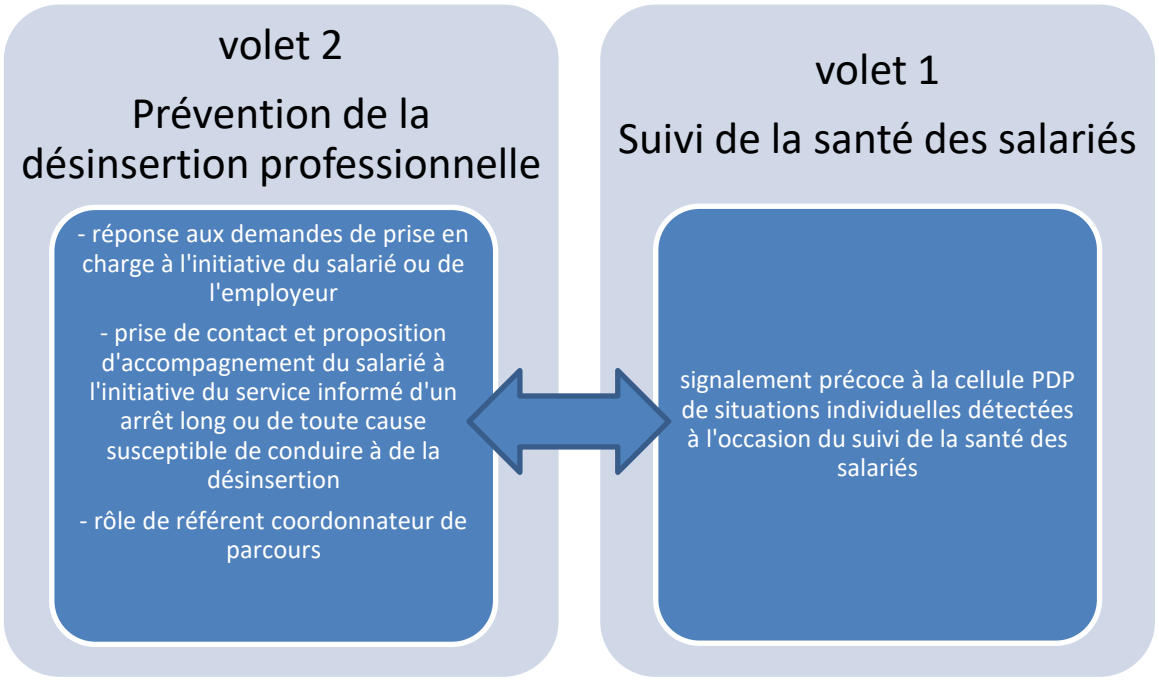
- **L'activation précoce des dispositifs** ad hoc par les différents services compétents (assurance maladie, Agefiph, OPCO, etc.) : préparation à la reprise, travail léger, temps partiel thérapeutique, etc. avec, le cas échéant, un pouvoir de prescription d'orientations ;
- La possibilité de provoquer en cas de situation de blocage la réunion d'une commission locale en capacité de statuer sur des cas complexes (orientations, accès à un dispositif de reconversion, de réadaptation professionnelle, accès à certaines aides, maintien d'IJ…).
- Ce service serait composé des compétences pluridisciplinaires nécessaires pour couvrir :
- L'évaluation de la personne accompagnée et de son lieu de travail : rencontres en face-à-face avec le travailleur et sur place dans l'entreprise ;
- La construction d'un plan de retour au travail personnalisé (solutions d'aménagements et suivi du plan);
- La facilitation de la communication et des accords entre les parties prenantes (liaison avec l'ensemble des acteurs, relai et communication des informations pertinentes à chacun (droits d'indemnisation au travailleur…), la médiation entre ces intervenants pour les aider à arriver à un consensus.

Encadré 1 : La nécessité d'un acteur intermédiaire

D'après Mac Eachen et al. 2006, le besoin d'acteurs intermédiaires comme les case managers vient des différences de perspectives et de motivations entre les acteurs. Les médecins n'ont en particulier peu ou pas d'intérêt à promouvoir un retour précoce dans l'entreprise, et ils n'ont pas le temps de se déplacer. Les case managers trouvent ici un de leurs moyens d'action clef pour une coordination efficace du retour à l'emploi : les visites en entreprise. La quasi-totalité des études sélectionnées portent sur des interventions dites workplace-based, où les coordinateurs effectuent au moins une visite sur le lieu de travail. Celles-ci sont nécessaires pour analyser l'environnement du travailleur et proposer avant son retour des adaptations personnalisées. Ces visites sont également très importantes pour impliquer l'employeur et le superviseur dans le processus de retour au travail et faciliter la communication avec eux

Source : (Hospinomics, 2018)

Schéma 2 : Articulation des volets 1 et 2 du socle de services de la structure régionale



Source : Mission

➢ La notion d'accompagnement en prévention

Le premier axe stratégique du PST3 vise à donner la priorité à la prévention primaire et développer la culture de prévention. Il trouve une traduction opérationnelle en termes d'accompagnement des entreprises à travers plusieurs de ses objectifs opérationnels, notamment :

- Objectif 1(culture de prévention) : accompagner les démarches d'évaluation des risques et de planification de la prévention ;
- Objectif 2 (usure professionnelle) : développer une offre de service en direction des entreprises pour leur donner les moyens d'accompagner le vieillissement actif ;
- Objectif 3 (cibler des risques prioritaires) :
  - Accompagner les entreprises dans la mise en place d'une prévention efficace et effective ;
  - Expérimenter et développer une offre de service dans plusieurs branches pour la prévention des chutes de plain-pied ;
  - Impulser et coordonner une offre de service régionale en matière de RPS ;

Le deuxième axe stratégique du PST porte sur la QVT et ses liens avec le maintien en emploi et la performance de l'entreprise. Il contient également des objectifs opérationnels tournés vers l'accompagnement des entreprises, notamment :

- Objectif 4 : impulser et piloter une offre régionale de services en matière de QVT notamment en direction des PME-TPE ;
- Promouvoir un environnement de travail favorable à la santé.

Plus généralement, l'objectif 8 (offre de service PME-TPE) se propose de constituer un réseau coordonné d'acteurs de la prévention et de mettre en place une offre de services en direction des entreprises en particulier des PME-TPE.

En rebond, le rapport Lecocq insiste beaucoup sur la nécessité de renforcer ***l'accompagnement*** des entreprises, en particulier les plus petites, pour les aider à faire face à leurs ***besoins*** en matière de SST. Il constate la multiplicité des acteurs et la difficulté des employeurs à identifier leurs rôles respectifs et le brouillage des messages qui en résulte.

Les notions de ***besoin*** et ***d'accompagnement*** des entreprises méritent ici d'être précisées afin de circonscrire la nature de l'offre qui peut être proposée et son articulation avec les missions des Direccte et des Carsat. A cet effet, il convient :

- De repréciser l'articulation des missions de contrôle et de prévention dans le « schéma Lecocq » ;
- De distinguer, au sein même des missions de prévention, celles qui sont directement diligentées par les institutions dans le cadre de leurs politiques et priorités (prescriptions de prévention descendantes) et celles qui relèvent d'une demande et d'un ***besoin d'accompagnement en prévention*** de l'entreprise (besoins et demandes ascendantes) ;
- Enfin, s'agissant de la nature de l'accompagnement proposé, de penser la différenciation et l'articulation entre le service qui doit être rendu par la structure de prévention en région et l'offre privée concurrentielle.

➢ L'articulation « contrôle/prévention »

Plusieurs commentaires diffusés après la parution du rapport ont pu laisser penser que le « schéma Lecocq » avait pour effet de mettre fin à toute politique de contrôle en mettant à la disposition des entreprises un organisme exclusivement dédié à la prévention. La crainte a été exprimée que seules les entreprises les plus vertueuses recourent à cet organisme et que les priorités des politiques publiques ne soient plus prises en compte, en particulier dans l'hypothèse initialement envisagée d'un transfert de l'intégralité des contrôleurs et ingénieurs des Carsat au sein de la structure régionale. Ces derniers exercent en effet une activité duale permettant, tout en axant leurs interventions en entreprise sur la prévention, de centrer celles-ci sur les priorités identifiées par la branche risques professionnels au vu des statistiques de sinistralité, dans une logique assurantielle. Le fait de ne plus disposer d'un tel levier, en laissant aux seules entreprises l'initiative de faire appel à la structure de prévention en région selon leurs besoins, pourrait avoir pour effet de ne plus agir sur les risques professionnels objectivement les plus coûteux.

L'organisation proposée par le *schéma Lecocq*, une fois rappelée l'intention du PST3 de mettre la prévention au cœur d'un dispositif jusqu'ici centré sur la réparation, est de placer entre les piliers *contrôle* et *assurantiel* que constituent l'inspection du travail et la Carsat, un pilier *prévention* à la disposition des entreprises pour les ***accompagner*** dans la réponse à apporter aux demandes émanant justement de l'inspection du travail et des carsat à l'occasion de leurs visites, ou plus généralement des actions préconisées par le service de santé au travail ou que les entreprises souhaitent mettre en place de leur propre initiative.

Il s'agit donc d'opérer une distinction entre la *prescription en prévention (message institutionnel descendant)* et la *demande d'accompagnement en prévention (demande des entreprises ascendante)* qui résulte d'ailleurs souvent d'un besoin formulé par l'entreprise à la suite d'une prescription. C'est ce que le rapport Lecocq a voulu illustrer avec le schéma ci-dessous.

Source : Rapport Lecocq

Ce schéma lève toute ambiguïté quant à la persistance d'une logique de contrôle autonome c'est-à-dire la poursuite d'une logique de prescription à l'initiative des pouvoirs publics dans le cadre de leurs priorités de contrôle. Il peut en revanche laisser penser que l'action de l'assurance maladie est désormais réduite à l'activité de tarification et de réparation. Il y a donc lieu de rappeler que, de même que l'action de l'inspection du travail en santé et sécurité au travail ne se réduit pas à des sanctions[12], celle des contrôleurs et ingénieurs des Carsat, qui ont vocation à rester au sein de ces dernières et continueront à se rendre dans les entreprises, sera sensiblement la même qu'aujourd'hui et se traduira principalement par des recommandations de prévention tirées par leurs priorités (dénommées ci-dessus prescriptions).

La novation essentielle repose sur le fait qu'un ***relai opérationnel et organisé*** de ces recommandations sera assuré désormais par la structure régionale de prévention. Inspection du travail comme Carsat pourront renvoyer l'employeur sur ce service (pôle, département…) lorsque celui-ci (ou les représentants du personnel) sera désireux de savoir qui peut ***l'accompagner*** au fil de l'eau pour la phase d'initiation et de mise en œuvre concrète de leurs recommandations.

En résumé, si *contrôle* et *conseil* en prévention sont indissolublement liés dans l'acte de l'agent de l'inspection du travail et de la Carsat, l'action de prévention proprement dite, qui relève de la responsabilité de l'employeur, doit être accompagnée par un acteur dont le positionnement vis-à-vis de l'employeur relève d'un registre relationnel différent.

➢ L'articulation prescription/accompagnement en prévention

Outre le positionnement institutionnel inhérent du contrôleur ou de l'assureur, la nécessaire distinction entre la prescription ou le conseil en prévention d'une part et son accompagnement opérationnel d'autre part, résulte de la difficulté objective, pour de nombreuses entreprises, de traduire cette prescription ou ce conseil en actes. C'est une des conséquences du déficit important de culture de prévention constaté par le PST3.

Autrement dit, la prescription et le conseil ne se suffisent pas, ils doivent être accompagnés. Mais pas par les mêmes[13]. Ce besoin est identifié et ressort très régulièrement quand des évaluations de dispositifs d'appui déployés par des organismes de prévention sont réalisées. Si les entreprises se disent généralement satisfaites de la qualité des appuis qui leurs sont apportés, elles déplorent le plus souvent la rupture trop brutale qui s'ensuit lorsque cet appui est terminé, alors qu'elles auraient besoin de se réassurer régulièrement. En clair, elles demandent un accompagnement plus important dans le temps.

Il s'agit ici de combler un manque majeur, en particulier pour les petites entreprises, et de répondre à deux réalités objectives :

[12] 56 % de leurs interventions portent sur des questions de santé et sécurité, lesquelles révèlent dans 93 % des cas un ou plusieurs manquements, seuls 4 % en moyenne des constats d'infraction donnent lieu à la transmission d'un procès-verbal à l'autorité judiciaire. Le premier mode d'intervention de l'inspection du travail passe donc par des observations adressées à l'employeur, ce qui peut être assimilé à un registre de conseil/recommandation avant sanction (source : DGT activité de l'inspection du travail en 2015)

[13] Par analogie, le médecin prescrit un traitement et le pharmacien délivre des médicaments mais aussi des conseils…

- **L'incapacité matérielle des services de prévention à répondre au volume des demandes et à tout le moins des besoins.** Compte tenu des forces en présence, quand bien même elles sont dirigées vers la promotion de la prévention, les interventions des Carsat sont nécessairement ciblées et ne portent que sur un nombre limité de risques, lui-même centré sur un petit nombre d'entreprises au regard du nombre d'assujettis (Cf. les statistiques d'intervention reprises dans le rapport Lecocq). De plus, même dans les entreprises bénéficiant d'une intervention, la capacité d'accompagnement reste limitée. L'agent de la Carsat ne peut consacrer à chaque entreprise qu'un temps limité qui est justement celui de la délivrance des conseils en prévention, certes relayée par les outils et notamment la documentation de l'INRS, mais qui ne suppléent pas l'accompagnement méthodologique dont l'entreprise a besoin pour ***s'approprier*** et déployer une démarche de prévention pérenne. Une tel accompagnement ne peut se faire que dans la durée, dans une relation de proximité, de disponibilité et de rencontres régulières avec un interlocuteur disponible.

L'agent de Carsat pourra demain démultiplier la portée de son action en disposant d'un relai vers lequel il pourra renvoyer l'entreprise pour mettre en œuvre ses préconisations. Concrètement, il s'agit d'organiser le chainon manquant aujourd'hui dans le système de prévention à savoir un « ***droit à la continuité et au suivi*** » permettant d'améliorer sensiblement l'effectivité des progrès en prévention dans l'entreprise.

Encadré 2 : Illustration de la notion d'accompagnement dans le « schéma Lecocq »

Concrètement :
- Une PME décide de mettre en place une démarche de prévention des RPS et souhaite avoir des conseils méthodologiques sur la marche à suivre.
- Une PME a reçu la visite de l'inspecteur du travail qui lui demande la réalisation de son DUER en respectant une démarche participative.
- Un agent de la Carsat a recommandé à une entreprise l'installation d'un dispositif de captage centralisé et à la source de ses fumées de soudage.
- Le médecin du travail a attiré l'attention d'un employeur sur les risques de TMS de sa ligne de montage, etc.

Dans chacun de ces cas, les suites à réserver à ces demandes nécessiteront un accompagnement prenant la forme d'appui et conseils à des phases clé de la démarche engagée :
- Amorçage : analyse des besoins, conseils méthodologiques, choix d'une méthode ;
- Déploiement : choix des solutions, recherches-action, expérimentation ;
- Evaluation : aide à la construction de l'évaluation, à l'interprétation des résultats, pistes d'amélioration, étapes suivantes, etc.

La structure régionale disposera donc d'un service (cellule, département, groupe d'assistance technique…) en capacité de recueillir et orienter de telles demandes et, selon la nature de la demande :
- Soit d'accompagner le demandeur avec ses propres équipes,
- Soit de le rediriger vers l'offre privée régionale (Cf. § infra).

Ce service sera par nature pluridisciplinaire afin de permettre de répondre à une variété possible très importante de situations mais aussi de prendre en compte tous les déterminants utiles pour le succès de la prévention : techniques, organisationnels, relations sociales… Dans la perspective du schéma Lecocq, il est composé à cet effet, de membres des équipes pluridisciplinaires des actuels SSTI, des Aract et des Carsat actuellement dans des laboratoires.

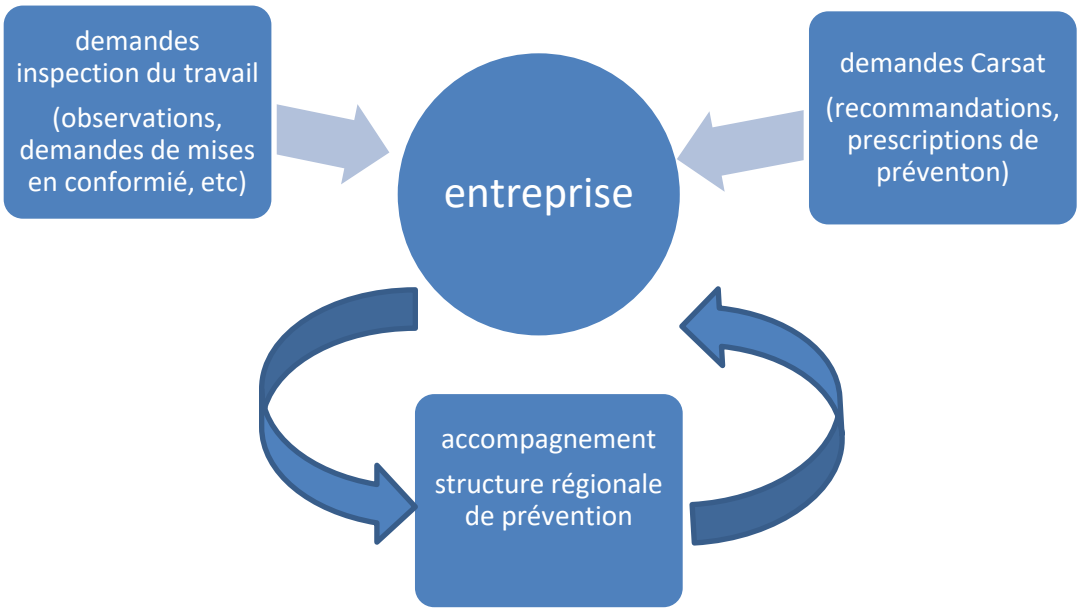
- La difficulté pour les entreprises d'instaurer une relation de confiance entre l'organisme qui les contrôle et celui qui les accompagne et la nécessaire séparation des missions de contrôle et de prévention qui en découle. Cette tension entre ces deux missions ne doit pas être dramatisée ni perçue comme un écueil. Elle est normale et irréductible et doit donc plutôt être pensée et organisée en conséquence. Elle est d'ailleurs réciproque car la confusion des rôles pourrait aussi mettre les agents de contrôle en difficulté. C'est, à titre d'illustration, une des raisons pour lesquelles, bien qu'étant sous tutelle DGT, l'Anact a toujours gardé une distance fonctionnelle avec les services d'inspection du travail. Cette distance réside dans l'assurance donnée aux entreprises que les expérimentations qu'elles acceptent de conduire et qui supposent l'accès à leurs éventuels dysfonctionnements, ne se retourneront pas contre elles. Autre illustration de la difficulté, lorsque les réseaux Aract et Carsat ont décidé en 2014 de créer une offre de service d'accompagnement expérimentale conjointe pour la prévention de l'usure professionnelle, une des principales difficultés a résidé dans le recrutement d'entreprises volontaires pour entrer dans la démarche.

  Dans le même ordre d'idée, dans le domaine de la santé publique, l'INPES, dans un ouvrage de 2009 sur l'organisation des ARS, rappelait que les activités de sécurité sanitaire et les actions de prévention ne devaient pas être fondues : « *les modes d'action et le savoir-faire dans ces deux champs ne sont pas identiques, même si ces deux activités concourent à une action générale de prévention en santé publique* »[14].

En résumé, les besoins d'accompagnement des entreprises peuvent relever d'un appui à la satisfaction des obligations règlementaires ou d'un appui à la mise en place d'une démarche ou initiative de prévention à leur initiative. Cet appui doit faire l'objet d'une certaine continuité.

Il est important de préciser que cette partie du socle d'activité de la structure régionale ne se confond pas ni se substitue à l'action en milieu de travail du médecin de travail réalisée dans le cadre du suivi de la santé des travailleurs. De même, elle ne doit pas prendre la forme d'une activité prestée assimilable à une activité lucrative.

Schéma 3 : Schématisation de l'articulation contrôle/conseil *versus* accompagnement



[14] Agences régionales de santé : Promotion, prévention et programmes de santé (INPES: 2009)

➢ L'articulation ingénierie de prévention/champ concurrentiel

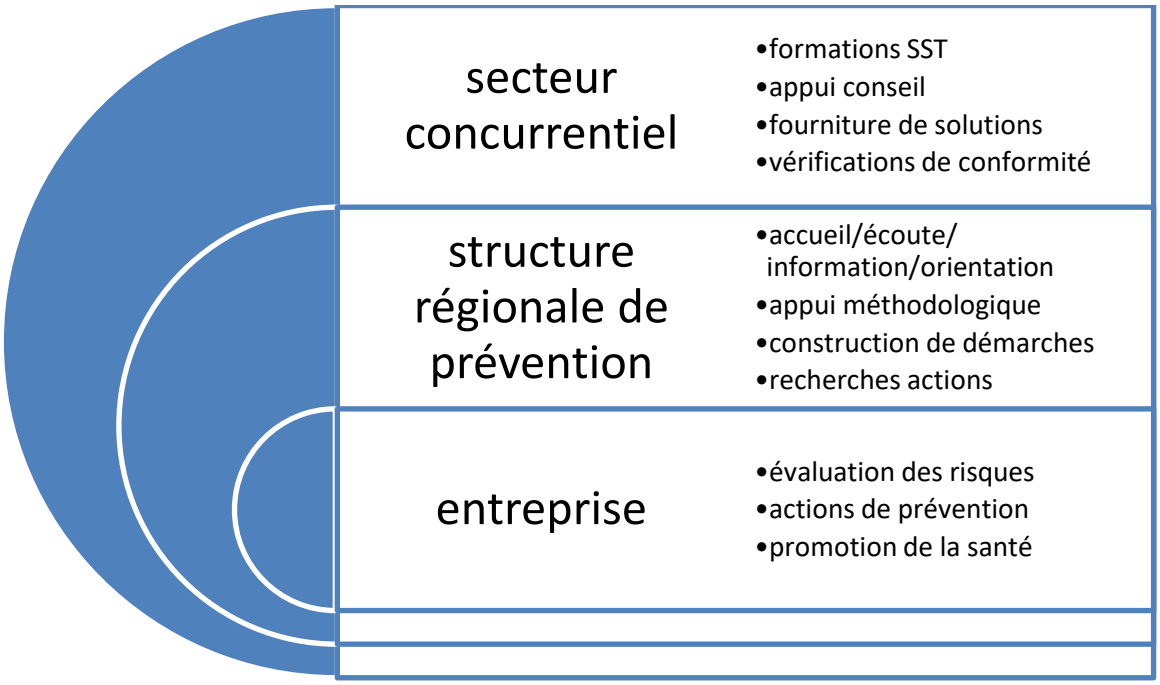
L'accompagnement de l'entreprise par la structure de prévention doit lui permettre de bénéficier d'un appui pour ***initier*** et ***mettre en œuvre des démarches*** de prévention. L'objectif est de rendre progressivement chaque entreprise autonome en santé et sécurité. Les besoins peuvent cependant nécessiter un accompagnement externe plus lourd et durable que la structure régionale n'a pas vocation à assumer. Son rôle est en effet ***d'aider à l'amorçage de démarches, d'orienter, voire d'expérimenter des démarches mais en aucun cas de se substituer au marché concurrentiel***. La frontière entre les deux pouvant parfois être ténue, le positionnement de la structure régionale doit être clarifié dès le début.

L'existence d'un marché de prestations désormais développé en matière de prévention SST est une réalité et une bonne nouvelle puisqu'elle permet de démultiplier la prévention dans les entreprises. La relation entre ce marché et la structure régionale de prévention doit être pensée dans un rapport de coopération et de complémentarité mais aussi, eu égard aux enjeux de santé, de surveillance et de régulation.

En tant que *guichet unique* la structure de prévention incarne pour l'entreprise le point d'entrée en SST. On pourrait le qualifier de premier cercle. Le secteur concurrentiel constitue un second cercle, auquel l'entreprise a bien évidemment un accès direct mais auquel le relai peut être passé après un premier contact ou appui par la structure régionale.

Ce relai peut être organisé si les acteurs privés sont labélisés ou participent à un réseau d'intervenants animé par la structure.

Schéma 4 : Illustration de l'écosystème local en prévention dans le schéma Lecocq



➢ Une réponse dédiée pour la problématique des RPS ?

L'objectif 3 de l'axe I du PST3 porte sur les RPS. Il prévoit d'impulser et coordonner une offre de service régionale en matière de RPS, de mener une communication sur la prévention de ces risques, d'outiller évaluer et pérenniser les démarches de prévention.

Le rapport Lecocq entend répondre à ces besoins en proposant la mise en place au sein de chaque structure régionale de prévention d'une cellule (équipe, service…) dédiée à la prise en charge des RPS (recommandation 10). Cette cellule s'insérerait naturellement dans le volet 2 (ingénierie de prévention) du socle de l'offre de service de la structure régionale en proposant :

- D'accompagner les entreprises en demande d'appui pour l'engagement d'une démarche de prévention des RPS ou QVT (analyse des besoins, conseils méthodologiques, orientation);
- De répondre à la demande des salariés souhaitant bénéficier d'un appui à la gestion des RPS (écoute, conseil, orientation) ;
- A la demande des parties, d'intervenir dans l'entreprise dans une logique pluridisciplinaire (médicale pour l'accompagnement individuel, collective pour aider à l'identification des causes organisationnelles, managériales, contextuelles, en lien avec les différents acteurs concernés (intermédiation)).

Ce service aurait vocation à collaborer avec le volet 1 de l'offre de service (suivi individuel de la santé et action en milieu de travail).

Après examen, la mission suggère toutefois de circonscrire la portée de cette cellule pour les raisons suivantes. Il existe un réel besoin dans les entreprises, que ce soit du point de vue des salariés ou des employeurs mais :

- La création d'une cellule dans l'offre régionale risque de créer un appel d'air et de largement outrepasser les moyens alloués, sauf à la doter de ressources supplémentaires à la création, alors qu'il existe une offre privée pléthorique ;
- La coexistence de cette dernière avec celle de la structure régionale risque à nouveau de brouiller les pistes et de poser la question délicate de l'articulation entre champ concurrentiel et missions d'intérêt général (Cf. problèmes récurrents du réseau Anact-Aract, lequel se borne d'ailleurs désormais en la matière à répondre à la demande en renvoyant vers des consultants privés) ;
- Singulariser un risque n'est pas aujourd'hui la meilleure manière d'aborder les questions de santé au travail, a fortiori lorsqu'il s'agit de questions multifactorielles, mobilisant des compétences plurielles pour les analyser (les produits chimiques sont compliqués aussi, on ne propose pas pour autant la création d'une « cellule ACD ») ;
- Le fait que, dans le « schéma Lecocq » les salariés puissent demander un appui individuel va à l'encontre du principe de l'employeur « en confiance » pour s'adresser à la structure (brouillage de la frontière entre contrôle et prévention) ;

Il parait donc préférable d'intégrer une compétence pluridisciplinaire de type « interaction homme/travail », au sein du volet 3 de la structure régionale, non spécifique aux RPS, en capacité de « *mieux prendre en charge la prévention des risques liés aux organisations de travail et à leurs transformations* » (Cf. recommandation 9 du rapport Lecocq). Elle réunirait des compétences diverses et complémentaires en sciences sociales et sciences de gestion, combinant ergonomie, psychologie, sociologie, etc.

Le rôle de la cellule serait réorienté comme suit :

- Proposer des modèles d'intervention en entreprise permettant aux employeurs et aux élus de choisir eux-mêmes la solution adaptée à leur situation (aides à la décision pour l'élaboration d'un cahier des charges pour le choix d'un appui extérieur, etc.) ;

- En cas de situation très dégradée, proposer une médiation courte, ayant pour objectif d'amener employeurs et élus le cas échéant à élaborer un diagnostic et plan d'amélioration de la situation avec des outils concrets (appui méthodologique pour amorcer la démarche) ;
- Intervenir dans de rarissimes cas en entreprise, sur des critères stricts et l'assentiment de l'employeur (en liaison avec les équipes du volet 1 sur le suivi de la santé);
- Co-construire avec les équipes du volet 4 de la structure (ingénierie de formation) des modules et parcours de formation à la disposition des consultants ;
- Assurer une veille et animation du réseau des intervenants RPS/QVT sur le territoire (labélisation, montée en compétence, etc.)

➢ **Un outil de santé publique pour les messages de prévention en santé**

L'objectif 6 de l'axe 2 du PST3 porte sur la transversalité santé au travail/santé publique. Il préconise un renforcement de cette transversalité à travers la prévention des risques multifactoriels et la promotion d'un environnement de travail favorable à la santé (pratiques addictives, prévention des maladies cardio-vasculaires, promotion de la santé).

Le rapport Lecocq propose de mieux articuler la santé au travail et la santé publique pour une meilleure prise en charge globale des travailleurs (recommandation n°5)

Le service « ingénierie de prévention » de la structure régionale de prévention constitue donc un lieu privilégié de construction et d'organisation de réponses coordonnées sur les interactions santé au travail/ santé globale, dans le souci préservé du lien entre santé et travail. Il pourrait à cet effet consacrer des ressources permettant d'offrir les services suivants :

- Construire et conduire des campagnes d'information grand public sur certains risques professionnels (Cf. ce qui a été fait pour l'exposition aux CMR ou TMS) ;
- Participer aux côtés des autres acteurs à la diffusion en milieu professionnel de messages de prévention dans le cadre des campagnes de santé publique.

Schéma 5 : Schématisation des services rendus par le volet 3 « ingénierie de prévention » de la structure régionale

Volet 4 : Ingénierie de formation

L'objectif 1 du premier axe stratégique du PST3 (Agir par la formation) prévoit de renforcer la formation initiale et continue en santé et sécurité et en management du travail.

Le rapport Lecocq préconise quant à lui de former les différents acteurs de la prévention dans un objectif interdisciplinaire (recommandation 8).

Deux grandes catégories de besoins, renvoyant à des publics particuliers, peuvent donc être identifiés :

- La formation des professionnels de la prévention (les préventeurs),
- Les formations SST des salariés en entreprise (managers et travailleurs).

L'enjeu principal est de créer un écosystème favorable au développement à grande échelle de la « culture de prévention » dans l'entreprise et de faire entrer progressivement la SST comme compétence clé aux côtés des autres compétences professionnelles requises pour l'exercice d'un métier.

➤ La formation continue des professionnels de la prévention

Ce champ couvre lui-même deux grandes populations :

- **Les « *préventeurs institutionnels* »** (médecins du travail, infirmiers du travail, assistants de santé, IPRP, contrôleurs et ingénieurs des Carsat, chargés de mission Anact et Aract, OPPBTP…), pour l'acquisition d'une culture partagée permettant de développer une réelle pluridisciplinarité entre eux (idée de communauté de préventeurs) ;
- **Les autres professionnels de la prévention au travail,** notamment ceux exerçant en entreprise ou les intervenants externes, formateurs et consultants du champ concurrentiel.

S'agissant de cette seconde catégorie, elle vise en particulier le marché de la formation en santé et sécurité au travail. L'objectif est de garantir la qualité des prestataires et la couverture des besoins du territoire en déployant une politique de labélisation et d'animation de réseaux en région. Il s'agirait de labéliser les formateurs, qualifiés en fonction de leur spécialités, approches, savoir-faire…puis de les animer en réseaux, réunis régulièrement, équipés et montés compétence par la structure régionale (kits pédagogiques, veille règlementaire et technique, etc.).

Ce travail d'animation viserait enfin à capitaliser le fruit de l'expérience des formateurs labélisés, qui constituent une source précieuse de remontée de connaissances du terrain. La labélisation ne serait pas obligatoire mais recherchée car gage de sérieux pour les entreprises acheteuses de formation et d'attractivité pour les formateurs[15] (effet label…).

Pour répondre à ces besoins, plutôt que de procéder à la création ex nihilo d'un nouvel établissement aux frontières difficiles à établir et à articuler avec les organismes de formation initiale existants (idée d'une « *école de la santé au travail* »), la mission suggère que cette fonction soit prise en charge au sein d'un département dédié de la structure régionale, dans le cadre du développement professionnel continu des préventeurs.

[15] Sur le plan financier, indépendamment de la cotisation employeur, cette activité pourrait être en partie solvabilisée par une cotisation des formateurs intéressés par le label et l'appartenance à un réseau (potentiellement plusieurs milliers). Une cotisation annuelle de l'ordre 200 à 400 euros devrait pouvoir financer le dispositif et serait vite rentabilisée par les OF qui gagneront de la clientèle grâce au label.

Articulée avec la structure nationale**,** en charge de la définition du cadre général et des grands principes (Cf. fiche n°2 « offre de service nationale »)[16] ; l'offre de service régionale porterait sur l'organisation, le déploiement et l'animation en région :

- Assurer la formation continue commune des préventeurs institutionnels ;
- Identifier les manques au plan régional et lancer des appels d'offre pour développer des formations dans les domaines déficitaires ;
- Organiser des formations de formateurs ;
- Outiller, labéliser et animer des réseaux des formateurs sur les territoires,
- Labelliser des formations non diplômantes ;
- Soutenir et équiper des campagnes de sensibilisation sur les risques sanitaires (en liaison avec le volet 3) ;
- Evaluer les résultats de formation.

Ce schéma permettrait d'améliorer sensiblement la qualité des formations et une démultiplication des messages de prévention élaborés par la structure nationale.

➢ **La formation des managers et des travailleurs dans les entreprises**

Sur ce second axe, les besoins des entreprises sont très importants en volume. Ils ne sauraient être satisfaits par les structures régionales qui n'ont au demeurant pas vocation à devenir des opérateurs prestataires de formation à grande échelle ni à se situer sur le champ concurrentiel. Ces besoins doivent être couverts par ce dernier, la structure régionale se situant plutôt *« au-dessus du marché »* dans une logique d'organisation et de régulation de l'offre privée décrite au paragraphe suffisant.

En revanche, la structure régionale doit pouvoir accompagner des entreprises désireuses de mettre en place une politique et un parcours de formation en santé et sécurité au travail en vue développer la culture de prévention.

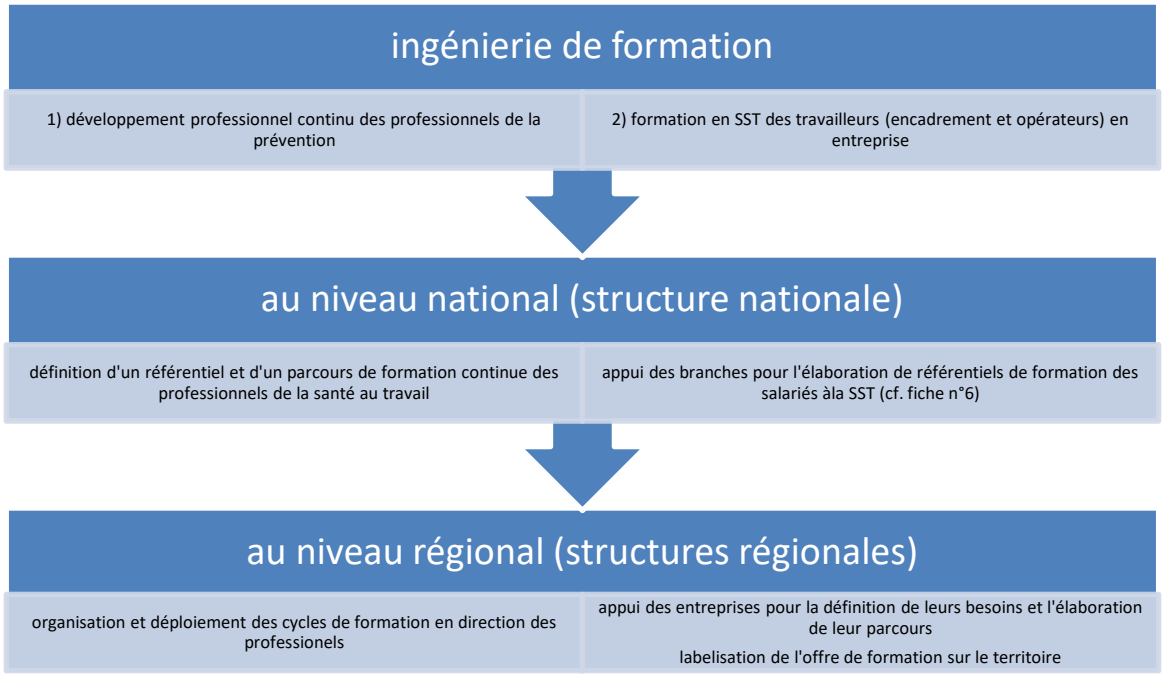
En résumé, articulée avec la refonte des obligations légales de formation en SST de la partie IV du code du travail, développée dans la fiche n° 1, l'offre de service de la structure régionale en formation comporte deux dimensions :

- Une offre en direction du marché de la formation SST pour garantir l'accès des entreprises, sur tout le territoire, à des formations de qualité ;
- Une offre en direction des entreprises pour les aider dans la définition de leurs besoins (élaboration de référentiels internes[17], design de parcours en entreprise, labélisation de parcours internes).

[16] La structure nationale aurait à sa charge : Emettre des doctrines partagées/ Certifier des compétences pluridisciplinaires en prévention/ Analyser en permanence les besoins de formation des entreprises et des acteurs de la santé au travail et 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/ Exercer une surveillance du marché.

[17] Modalités de déclinaisons des obligations de formations en SST de la partie IV du code du travail.

Encadré 3 : Schématisation de la réponse aux enjeux de formation SST sur le territoire et dans l'entreprise



Volet 5 : Observation et veille sanitaire sur le territoire

Le « rapport Lecocq » prévoit que la structure régionale de prévention dispose d'un pôle (service, département, etc.) dédié à l'observation et à la veille sanitaire en matière de santé et sécurité au travail. Un tel pôle n'existe pas aujourd'hui, chaque organisme disposant de ses propres statistiques à partir de ses propres données d'activité, utilisées à ses propres fins.

S'agissant des actuels services de santé au travail, l'article L. 4622-2 du code du travail prévoit qu'ils « *participent au suivi et contribuent à la traçabilité des expositions professionnelles et à la veille sanitaire* ». Il n'existe pas cependant à ce jour de dispositif organisant un recueil harmonisé des données et permettant de faciliter leur exploitation au niveau régional puis national.

Cette carence prive les acteurs d'une richesse d'information existante très précieuse, par exemple pour effectuer des diagnostics territoriaux partagés, notamment au sein du CROCT, et piloter la prévention en fonction d'indicateurs dépassant les seuls indicateurs de sinistralité habituellement utilisés.

Ces constats ont déjà été effectués et pris en compte dans le cadre du PST3, dont l'objectif opérationnel 10 vise à *« renforcer les connaissances et les systèmes de données et les rendre plus opérationnels* ».

La création du pôle « veille sanitaire » de la structure régionale s'appuie sur la recommandation 12 du rapport Lecocq visant à « *permettre l'exploitation collective des données à des fins d'évaluation et de recherche et généraliser l'interopérabilité des SI* ». Il vise à répondre aux actions 3.10 à 3.13 du PST3, plus particulièrement l'action 3.13 prévoyant de *« développer à destination de toutes les régions une méthodologie de regroupement des données permettant d'établir un diagnostic territorial opérationnel e de l'animer* ».

Il s'agit du seul volet du socle de l'offre de service qui n'est pas explicitement tourné vers l'entreprise mais dont l'activité vise à capitaliser l'ensemble des données du territoire dans un objectif d'amélioration des connaissances et de pilotage de l'activité. Pour autant, ce volet pourra également fournir à l'entreprise les données collectives lui permettant de se situer en comparant ses résultats de sinistralité, arrêts, absentéisme, etc. avec ceux de son environnement territorial et/ou sectoriel.

Concrètement, ce service devrait :

- Superviser l'harmonisation des systèmes d'information au sein de la structure régionale, notamment pour ce qui concerne les anciens services de santé au travail ;
- Exploiter les données à des fins statistiques et pour la mise en place d'enquêtes ou d'études coordonnées par l'Anses, Santé Publique France ou la Dares ;
- Produire la connaissance utile à l'élaboration d'un diagnostic de territoire partagé à destination des partenaires sociaux et des pouvoirs publics dans le cadre de l'élaboration du PRST ;
- Fournir à l'entreprise des données lui permettant de se situer.

Il serait en conséquence doté des compétences nécessaires dans les domaines :

- De la statistique et de l'usage du chiffre (data numériciens) ;
- Du développement et de l'exploitation de systèmes d'information ;
- De l'épidémiologie ;
- De la recherche en sciences sociales.

Maillage territorial de la structure régionale

Le « schéma Lecocq » repose sur le scénario d'une structure régionale unique autrement dit d'une entité juridique de droit privé rassemblant les actuels SSTI, les Aract et les antennes de l'OPPBTP. Il s'ensuit que chaque structure en région constitue une communauté de préventeurs dont les effectifs pourront assez fréquemment dépasser un millier d'agents. La question se pose dès lors du déploiement de ces effectifs sur le territoire.

Le rapport Lecocq est très explicite sur le fait que guichet unique n'est pas synonyme d'un rassemblement physique des agents coiffés par une seule et même entité. Il valorise au contraire la très forte proximité géographique permise par les 20 000 points de consultations que constituent les centres fixes, les centres annexes et les unités mobiles de stationnement des SSTI actuellement implantés pour faire de ces derniers l'échelon pertinent d'un maillage territorial fin au plus près des entreprises.

Autrement dit, il n'existe pas de contradiction entre l'existence d'une structure centralisée garante de la fonction guichet unique (point d'entrée unique pour toutes les questions de sécurité) et la délivrance d'un service hyper localisé dont les bases matérielles existent déjà.

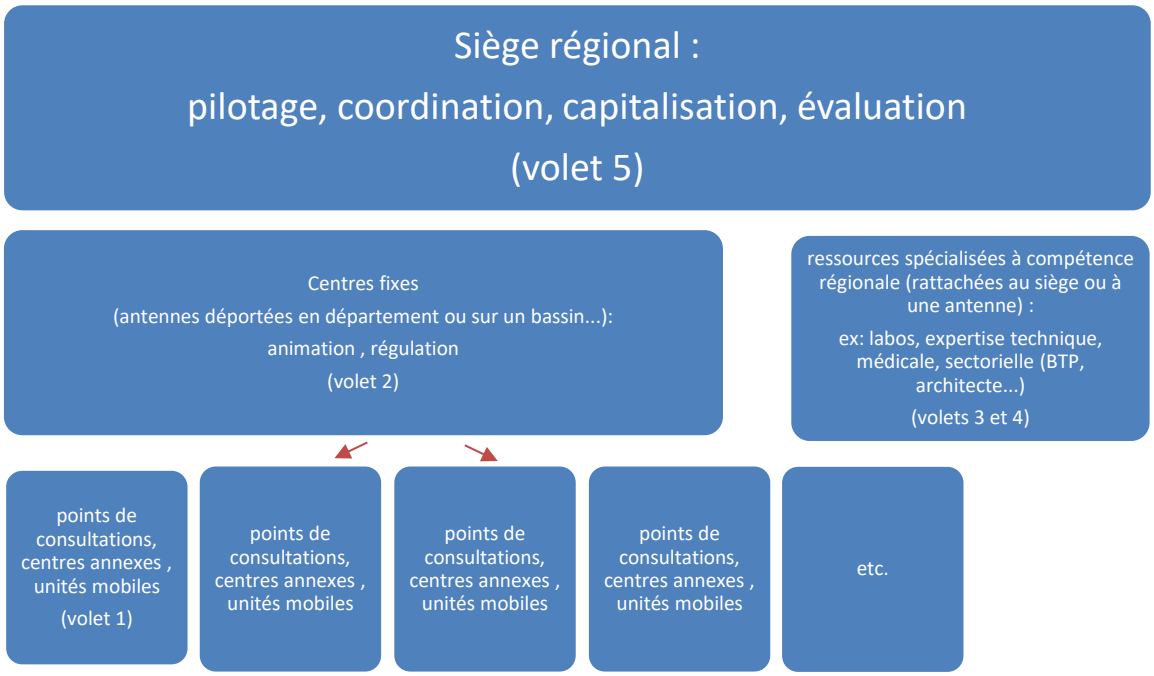
La structure régionale a ainsi vocation à disposer d'un siège doté de structures de pilotage et de coordination légères et de sites déportés ne remettant pas en cause les implantations locales.

Certains regroupements devront bien entendu être envisagés de sorte que les effectifs des salariés des Aract, de l'OPPBTP et de la Carsat qui rejoindront la structure régionale rejoignent des sites et des équipes pouvant les accueillir localement, par exemple dans les locaux des SSTI actuels, lesquels sont généralement dimensionnés à cet effet.

Il y a lieu toutefois d'opérer une distinction entre les personnels directement affectés à la prévention et les équipes support. Parmi les premiers, une sous-catégorisation peut être faite entre les équipes à compétence locale et les équipes à compétence régionale. Ces dernières correspondent à des ressources rares mutualisées à l'échelle de la région et donc potentiellement conduites à se déplacer sur un périmètre élargi en fonction des besoins et dans une logique d'assistance (exemple : rattachement au siège régional ou à une structure locale mais compétence et mobilité régionale en réponse à un besoin ou une demande particulier : laboratoires, experts spécialisés dans un domaine technique, médical, organisationnel, etc. La majeure partie des préventeurs continuera donc à exercer « sur le terrain » à partir de leurs bases actuelles c'est-à-dire au plus près des entreprises. Cette présence physique locale préservée doit permettre de maintenir la capacité d'intervention de proximité tout en augmentant celle de réponse spécialisée en mobilisant les compétences régionales d'équipes spécialisées et mutualisées utiles qui peuvent faire défaut localement.

S'agissant des fonctions support, la création d'une structure unique aura nécessairement pour effet de mutualiser des ressources centralisées au siège. Des mobilités géographiques ou professionnelles (reconversion vers des fonctions de prévention : information, communication, formation, etc.) devront être accompagnées en conséquence. Les opportunités de développement local sur le champ de l'accompagnement en prévention étant très importantes, cet accompagnement doit cependant être pensé dans une perspective de développement professionnel des intéressés et pas de reclassement.

Schéma 6 : Maillage territorial de la structure régionale de prévention (la mention des volets est indicative et ne signifie pas que les fonctions correspondantes sont exclusivement exercées à ce niveau)



NOTE ARGUMENTAIRE N°2 : MISSIONS ET OFFRE DE SERVICE DE LA STRUCTURE NATIONALE DE PREVENTION EN SANTE ET SECURITE AU TRAVAIL, ALIAS « FRANCE SANTE AU TRAVAIL »

Enjeux

Le premier plan santé au travail 2005-2009 entendait répondre à la nécessité de structurer le cadre institutionnel national d'expertise et de **connaissances des risques sanitaires en milieu professionnel**. Il s'agissait, dans les suites du dossier de l'amiante, de doter les pouvoirs publics d'agences en capacité de fournir les études et avis scientifiques indépendants, nécessaires à l'élaboration des règles et actions adaptées à la protection de la santé des travailleurs sur le lieu de travail. Ce plan a ainsi donné lieu à la création de L'AFSSET, intégrée ultérieurement à l'Anses, ainsi qu'au renforcement des missions de surveillance épidémiologique des risques professionnels au sein du département santé-travail de l'InVS, intégré ultérieurement à Santé publique France.

Le PST3 2016-2020 met l'accent pour sa part sur les acteurs institutionnels de la **prévention des risques professionnels** avec pour objectif *un système d'acteurs renforcé autour d'objectifs resserrés*. Il contient à ce titre un axe transversal prévoyant de *« constituer un socle commun pour la définition et la programmation des actions de l'ensemble des partenaires institutionnels, et notamment des principaux réseaux de prévention, qu'il s'agisse de l'État et de ses services déconcentrés, de la branche Accidents du travail-Maladies professionnelles (AT-MP) de la Cnamts (…) ou des services de santé au travail* ».

Outre l'objectif opérationnel 8, prévoyant de constituer de manière générale *« un réseau coordonné d'acteurs de la prévention et mettre en place une offre de services en direction des entreprises, en particulier des PME-TPE »,* cibles traditionnellement les plus difficiles à atteindre, le 3ème PST comprend au sein de ses axes thématiques plusieurs actions prévoyant explicitement la mise en place d'une *offre de services* dans des domaines précis (RPS, prévention de l'usure, chutes de plain-pied…).

Ce souci de coordination des acteurs obéit plus généralement à l'ambition d'accélérer le développement de la culture de prévention dans l'entreprise (premier axe stratégique du PST3). Cette ambition figure de longue date dans de nombreux plan mais peine à faire son chemin, ce qui conduit de nombreux acteurs à parler d'un *essoufflement du système d'acteurs,* également évoqué par le rapport Lecocq.

Pour répondre à ces enjeux, ce dernier prévoit, à l'échelon national, de recentrer l'expertise en matière d'ingénierie de prévention au sein d'un même organisme. Ceci reviendrait, notamment, à regrouper l'Anact, l'OPPBTP national et l'INRS, aujourd'hui positionnés sur les volets de recherche appliquée et de mise à disposition d'outils de prévention à destination des entreprises, au sein d'une même structure nationale dédiée à la prévention en santé au travail.

Schéma 7 : Distinction entre les missions de connaissance des risques et d'ingénierie de prévention des risques

Source : mission

Cette proposition ne s'appuie pas sur une volonté *a priori* de fusionner trois établissements nationaux dans le seul souci de réaliser des économies d'échelles. Elle trouve son fondement dans les conclusions auxquelles est arrivée la mission Lecocq, en réponse logique à ses constats et en cohérence avec les solutions proposées au niveau régional.

En effet, conformément à sa méthodologie de travail et à l'ordre dans lequel il est présenté, le rapport Lecocq ne propose pas une réorganisation découlant d'une vision descendante du système à bâtir mais des besoins identifiés comme non ou mal pourvus à l'échelon de base que constitue l'entreprise. C'est donc une logique ascendante qui a conduit à proposer un guichet unique en région et, partant, une structure unique de pilotage national.

Ce faisant, le rapport entend répondre aux faiblesses suivantes :

- L'absence de tête de réseau assurant un pilotage coordonné des actuels services de santé interentreprises (SSTI), conduisant à une forte hétérogénéité des pratiques locales et rendant difficile toute évaluation de l'efficacité des démarches de prévention ;
- La grande difficulté pour les préventeurs institutionnels nationaux (INRS, Anact, OPPBTP) de s'appuyer sur les SSTI pour déployer leurs solutions et messages de prévention à grande échelle alors que ces services devraient constituer le point d'appui idéal pour relayer leurs travaux au plus grand nombre possible d'entreprises, notamment les plus petites, cible privilégiée des préventeurs ;
- L'inopportunité, dès lors qu'une tête de réseau des SSTI serait créée, d'en faire un 4ème acteur national aux côtés des trois institutions de prévention existantes, alors qu'un des objectifs essentiels du PST3 est de renforcer la coordination des acteurs, laquelle s'avère très coûteuse sur le terrain ;
- L'artificialité du découpage actuel des compétences respectives de l'Anact, de l'INRS et de l'OPPBTP au regard des approches contemporaines de la santé au travail et de la nécessité de développer des démarches pluridisciplinaires, aujourd'hui encore trop cloisonnées.

Chacun de ces points est développé ci-dessous.

Diagnostic de la situation actuelle

- L'absence de tête de réseau pour le pilotage national des SSTI

Les quelques 250 actuels SSTI constituent autant de structures autonomes dépourvues d'organe de pilotage national en capacité d'animer et coordonner leur activité de manière harmonisée sur l'ensemble du territoire.

Cette particularité constitue :

- Une exception par rapport aux autres organismes de prévention. Ceux-ci sont tous constitués en réseaux, dotés d'une tête de réseau nationale et de structures locales : la DRP s'appuie sur le réseau des Carsat, l'Anact sur un réseau d'Aract en régions, l'OPPBTP sur des agences régionales ;
- Un paradoxe d'autant plus grand que les SSTI, avec leurs nombreuses implantations, maillent le territoire de manière très fine, ce qui constitue un atout très important mais aussi un risque d'autant plus élevé de dispersion et de perte en ligne en l'absence de coordination.

- La grande difficulté en corolaire de s'appuyer sur les SSTI pour relayer la prévention

Il existe un grand besoin de déploiement d'outils et de démarches en prévention au plus près des entreprises, en particulier les plus petites. Ces outils, développés notamment par l'INRS, l'Anact, l'OPPBTP, existent et sont généralement reconnus pour leur qualité. Toutefois, ils peinent à atteindre leur cible, faute d'être relayés dans une logique de transfert systématique de manière organisée par les SSTI.

Ainsi, lorsque l'Anact, l'INRS et l'OPPBTP expérimentent et déploient des démarches, ces organismes ont besoin que celles – ci soient relayées par des acteurs de terrain car :

- Leur réseau n'est ni configuré ni conçu pour procéder à un transfert à grande échelle. Le réseau Anact-Aract, par exemple, emploie moins de trois cents agents dont les missions consistent à expérimenter des démarches de prévention (RPS, QVT, etc.), à les modéliser pour en assurer la transférabilité mais pas à assurer ledit transfert de manière directe. Il doit pour ce faire s'appuyer sur des acteurs relais. Les SSTI, avec la très fine capillarité que permet leurs 20 000 points de consultation, devraient être le vecteur privilégié de diffusion et de promotion de ces démarches. Tel n'est pas le cas, sauf à convaincre chaque SSTI individuellement de le faire, ce qui est rigoureusement impossible. Il en va exactement de même pour l'INRS, l'OPPBTP et de manière générale pour tout organisme qui souhaiterait s'appuyer sur le réseau des SSTI comme vecteur de déploiement de ses outils ;
- Les médias habituels de diffusion (Brochures, sites, applicatifs…) sont très précieux mais notoirement insuffisants pour sensibiliser et acculturer les milliers de cibles potentielles à la démarche de prévention. Les outils, quelles que soient leurs qualités, ne sont que le support à une démarche dont l'appropriation par les destinataires, employeurs comme salariés, nécessite un accompagnement en présentiel, que les équipes pluridisciplinaires des SSTI, dûment outillées, seraient à même de réaliser ;

- Des coûts de coordination trop importants

Quand bien même les SSTI seraient dotés demain d'un organe de pilotage national, la création d'un 4ème organisme de prévention, aurait pour effet de créer un niveau de coordination horizontale

supplémentaire. Or, le rapport Lecocq a mis en évidence les coûts de coordination déjà très élevés consacrés par chaque réseau pour se coordonner en son sein, puis avec les autres, sans que la démonstration de l'efficacité de ces coopérations ait pu être faite.

L'énergie chronophage consacrée à la coordination est autant de temps non directement dédié à la prévention. Cette coordination montre en outre ses limites. La multiplication des conventions de coopération ou l'institutionnalisation des relations sous la forme de CPOM, souvent longues à mettre en place, de nature politique et *in fine* peu opérationnelles, ont pour effet de multiplier les cadres bilatéraux de coopération sans modifier substantiellement les pratiques collaboratives.

La coordination actuelle ne garantit pas non plus une allocation optimale des ressources pour produire les outils. Elle n'évite ni les redondances d'initiatives ni les carences dans certains domaines (Cf. la multitude de brochures consacrées aux boulangers, aux coiffeurs ou aux mêmes risques mais de l'absence d'outils pour certains métiers ou activités émergents).

- Des frontières de compétences entre organismes nationaux devenues trop ténues et sources de cloisonnements artificiels

Si les circonstances et les motivations qui ont présidé à la création de l'INRS, de l'OPPBTP et de l'Anact ont pu répondre aux préoccupations du moment, notamment par un principe de spécialisation qui permettait de délimiter clairement les compétences respectives de chaque organisme, la reconnaissance du caractère multifactoriel des risques professionnels, quels qu'ils soient, a mis en évidence les limites d'une approche segmentée de la prévention.

La complexification des configurations organisationnelles de travail, la généralisation des situations d'interférences et de co-activité, l'impact des modèles gestionnaires sur les conditions de travail, ont conduit chaque organisme à investiguer des champs autres que ceux relevant de sa spécialité initiale. Cette évolution s'est faite progressivement, au fur et à mesure de la compréhension des nombreux déterminants de la santé au travail et de la nécessité d'agir sur chacun d'eux de manière cohérente et systémique pour améliorer réellement la prévention (technique, organisation, relations sociales…). Au risque cependant de brouiller les pistes et la lisibilité de l'action des uns et des autres. Qui saurait dire, aujourd'hui, qui de l'Anact et de l'INRS est l'opérateur de prévention compétent pour la prévention des RPS, des TMS, des risques liés à la transition numérique, etc. ?

La réponse ne saurait passer pas un retour en arrière ou une redéfinition des compétences respectives de chaque organisme en vue d'une clarification de leurs champs d'intervention. Un tel découpage, au vu des connaissances contemporaines en prévention, ne serait tout simplement ni pertinent ni opérant. C'est la conséquence pratique et inéluctable de la nécessaire pluridisciplinarité, érigée en principe depuis une vingtaine d'années, qui promeut une approche globale et décloisonnée de la prévention.

Nécessité de légiférer et objectifs poursuivis

Conformément à la logique ascendante rappelée plus haut, le rapport Lecocq entend répondre aux besoins des entreprises et aux carences actuelles du système par la création d'un guichet unique à l'échelon régional. Il indique que ce guichet devra obligatoirement offrir un socle de services obéissant à un cahier des charges national afin de garantir un égal accès des usagers aux services de prévention sur tout le territoire, ce qui inclut l'accès amélioré à l'offre de services produite par les organismes nationaux tels que l'INRS, l'Anact et l'OPPBTP (Cf. fiche n°1 offre de services régional). Il précise en outre qu'une structure nationale conventionnera et financera les structures régionales dans le cadre d'un dialogue puis d'un contrôle de gestion garantissant le pilotage réel des politiques publiques de prévention et la mise en œuvre effective des objectifs du PST 3.

Le financement des structures régionales provenant essentiellement de la collecte centralisée des fonds issus des cotisations versées par les employeurs aux SSTI, d'une contribution du fonds national de prévention (CNAM) et de l'Etat (Bop 111), la conséquence logique de cette organisation est de constituer une structure nationale unifiée de prévention, rassemblant les trois organismes de prévention et pilotant le réseau des structures régionales de prévention.

Dans ce schéma, la structure nationale renforce voire crée les liens manquants avec les opérateurs de terrain que seront les structures régionales. Cette interrelation est garante d'une conception et d'un déploiement homogène sur tout le territoire d'outils, méthodes et démarches opérationnels pour les entreprises, renforçant ainsi la fonction de centre ressources portée par les structures régionales (Cf. volets 3 (ingénierie de prévention) et 4 (ingénierie du formation) du socle de l'offre de services en région (fiche n°1).

Ce schéma a donc pour objectifs :

- De simplifier et clarifier le paysage institutionnel de la prévention ;
- De permettre un pilotage des politiques publiques et notamment de garantir la maitrise des risques sanitaires en SST dont l'Etat est comptable ;
- De généraliser les approches et coopérations pluridisciplinaires ;
- De faciliter l'accessibilité au service pour les usagers (employeurs et salariés) ;
- D'optimiser l'allocation des ressources en prévention ;
- De réduire les coûts de coordination et de transaction inhérents au dispersement actuel des organismes et initiatives.

Missions de la structure nationale

Organisme public à caractère administratif placé sous la tutelle du ministère du travail, du ministère de la santé et des affaires sociales et s'appuyant sur une gouvernance tripartite, la Structure nationale, ci-après dénommée France Santé au travail (FST), constitue la clé de voute de la prévention du futur système de santé au travail. Il assure la répartition des fonds destinés au financement de la politique nationale de prévention des risques professionnels et des structures régionales.

FST se substitue à l'INRS, Eurogip, l'Anact, l'OPPBTP et reprend les missions de ces organismes. Il définit les programmes de travail permettant de décliner les orientations du Plan Santé Travail. Il assure en outre la fonction de tête de réseau des structures régionales de prévention et contractualise avec elles à partir de leur réponse à un cahier des charges national intégrant les orientations nationales. FST n'a en revanche pas vocation à devenir un lieu de réflexion ou de dialogue sur la SST, cette mission restant dévolue au CNOCT, y compris pour les missions de consultation sur les projets de loi, d'ordonnance et de dispositions réglementaires en matière de SST.

Organisé en départements ou pôles composés en fonction des compétences et des secteurs professionnels d'intervention des organismes regroupés, FST, tel que conçu dans le *schéma Lecocq*, exerce six grandes missions :

1. La mise en œuvre, le suivi et l'animation des politiques publiques de prévention en SST et plus particulièrement des objectifs du PST3 ;
2. Le pilotage des structures régionales ;
3. L'ingénierie de prévention nationale et la production d'outils et démarches de prévention ;
4. L'ingénierie de formation ;
5. Le recueil, l'exploitation et l'usage des données de santé au travail à des fins de prévention ;
6. Le benchmark et la participation aux travaux internationaux.

➢ Chacune de ces missions est développée ci-dessous :

1. Animation et pilotage opérationnel des politiques publiques de prévention en SST et plus particulièrement des objectifs du PST3

L'Etat est responsable de l'élaboration, du portage et de l'évaluation des politiques publiques en matière de santé et sécurité au travail. La DGT veille particulièrement au suivi de la mise en œuvre de la feuille de route du Gouvernement que constitue en la matière le PST3. Le travail d'animation et de pilotage opérationnel qui en découle a toujours été l'un des points faibles des différents PST. Cette difficulté a bien été identifiée par le PST3 qui prévoit une méthode de pilotage centrée sur l'évaluation de l'efficacité réelle des actions déployées. Cette évaluation doit s'appuyer sur « *un pilotage renforcé et en mode projet du plan* », en tenant compte de l'évolution des besoins des acteurs pour poursuivre ou réorienter au besoin les actions.

D'un point de vue opérationnel, l'animation d'un tel plan nécessite une organisation permanente et dédiée, garante de l'avancement des travaux des nombreux groupes de travail désignés pour chacun des objectifs et actions inscrits dans le plan. Cette organisation doit permettre une capitalisation et une évaluation au fil de l'eau.

La structure nationale, organisme central exclusivement en charge de la prévention, désormais unique, sera dotée à cet effet d'une direction, par exemple une *Direction de l'animation et du pilotage de la prévention*, garante du déploiement du PST. Elle sera en capacité d'outiller la tutelle et les partenaires sociaux au CNOCT pour la mise en œuvre et le suivi de leurs priorités. Ce travail sera en outre considérablement simplifié par le regroupement des trois organismes de prévention

historiques au sein même de la structure nationale, réduisant d'autant les coûts de coordination entre ces organismes ainsi qu'avec leurs réseaux locaux.

2. Le pilotage du réseau des structures régionales

En tant que tête de réseau, FST :

- Contractualise avec chaque structure régionale sur la base d'un cahier des charges dont le respect conditionne le financement de la structure régionale (accréditation, respect du socle de services, organisation et compétences…) ;
- Alloue en conséquence les ressources contractualisées avec chaque structure et entretient un dialogue de gestion tout au long de l'exercice ;
- Equipe les structures régionales en outils et démarches de prévention ;
- Coordonne les politiques de formation SST déployées en région (développement des compétences professionnelles des professionnels de santé, labélisation des formation et formateurs) et équipe les structures régionales en matériel pédagogique ;
- Apporte son concours et son appui à la demande des régions pour la construction et le déploiement d'initiatives territoriales ;
- Veille à la cohésion ou à la répartition harmonieuse des programmes de travail sur tout le territoire ;
- Assure la capitalisation, la valorisation et le redéploiement national des travaux régionaux ;
- Veille à l'harmonisation des systèmes d'information et assure la remontée des données de santé au niveau national.

3. L'ingénierie de prévention nationale et la production d'outils et démarches de prévention

Cette mission recouvre l'ensemble des activités de recherche appliquée, recherche action, expérimentations, modélisation actuellement assurées dans leurs différents départements par l'INRS, l'Anact et l'OPPTP. Ces missions, dans leur grande diversité, gardent toute leur pertinence et ne remettent pas en cause l'intérêt de conserver des pôles ou départements spécialisés, y compris sectorisés comme pour le BTP.

Toutefois, le rassemblement des compétences doit permettre d'optimiser l'allocation des ressources en mettant fin aux redondances, en renforçant la pluridisciplinarité dans les approches et la constitution des équipes, en facilitant les ponts entre problématiques et donc en renforçant les chances de bâtir des solutions de préventions complètes et décloisonnées, en favorisant l'acquisition d'une culture de prévention partagée.

4. L'ingénierie de formation

Il s'agit ici :

- De structurer un référentiel national de compétences partagées pour les professionnels de la santé au travail (préventeurs) et de veiller au déploiement de cette formation en région ;
- D'analyser en permanence les besoins de formation des entreprises et des acteurs de la santé au travail et de cartographier les formations existantes ;
- D'identifier les manques au plan national, lancer des appels d'offre pour développer des formations dans les domaines déficitaires ;

- D'animer une réflexion pédagogique prospective avec l'ensemble des parties prenantes ;
- D'identifier et mutualiser les bonnes pratiques pédagogiques en France et à l'étranger.
- De poursuivre et généraliser le dispositif d'habilitation des organismes de formation intervenant dans le champ des formations SST, notamment des formations obligatoires prévues par le code du travail, développé par l'INRS ;
- D'exercer une surveillance du marché ;
- D'accompagner les branches pour l'ingénierie de construction de leur référentiel et d'accompagner, voire labéliser, les parcours internes élaborés par de grandes entreprises[18] (Cf. fiche n°6 formations SST).

7. Le recueil, l'exploitation et l'usage des données de santé au travail à des fins de prévention

La nouvelle configuration des structures de santé au travail en région 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. France Santé au Travail pourra de ce point de vue devenir (aux côtés de la CNAM pour ce qui concerne le volet sinistralité), un fournisseur privilégié et fiable des établissements de recherche, en données de santé au travail recueillies auprès des structures régionales.

Seconde mission de ce pôle « données de santé », ce travail de recueil de données nécessitera de généraliser et harmoniser les systèmes d'information des structures régionales, notamment pour ce qui concerne les anciens SSTI.

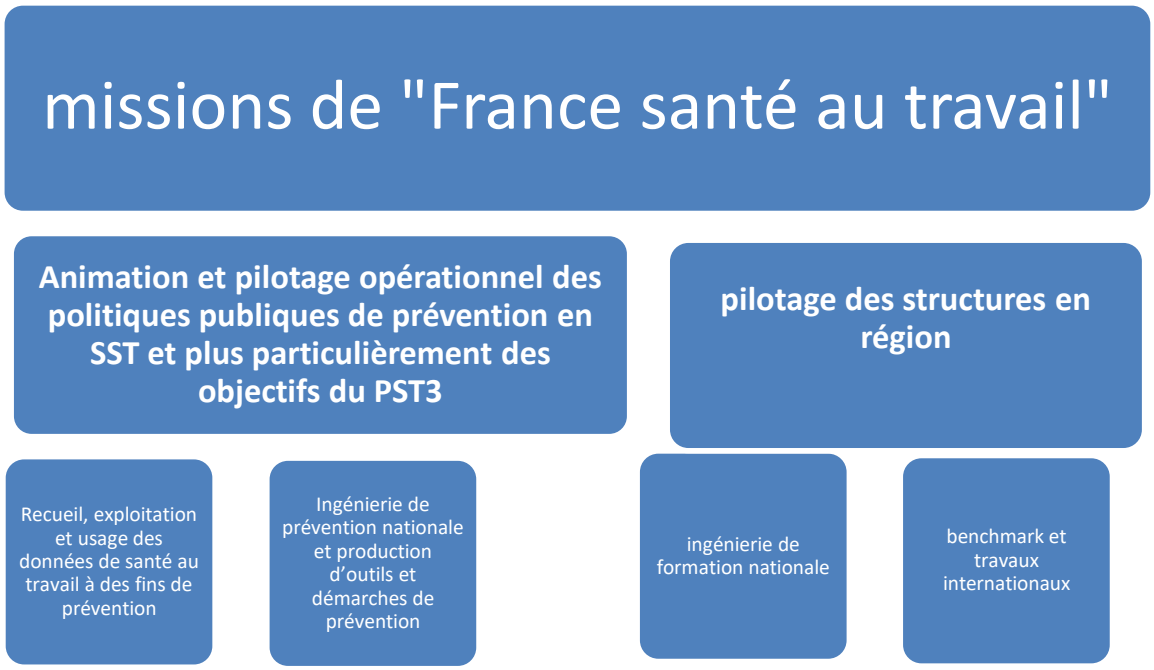
Enfin, ces données pourront être exploitées à des fins de prévention par FST pour son propre compte et celui des structures régionales en produisant des cartographies permettant d'outiller les pouvoirs publics et les partenaires sociaux pour la définition de leurs priorités et l'élaboration de leurs programmes de travail (PST, PRST).

8. Le benchmark et la participation aux travaux internationaux

Il s'agit de reprendre les missions assurées actuellement par Eurogip.

[18] L'Anact et Orange ont, par exemple, construit conjointement en 2016 un cursus de professionnalisation interne « Intervenir sur le
Travail » destiné aux responsables environnement du travail de l'opérateur. Ces responsables ont un rôle de conseil pour intégrer qualité sociale, amélioration des conditions de travail et performance économique. Ils garantissent notamment la prise en compte des impacts humains dans les projets. Le cursus de formation permet de maîtriser les compétences nécessaires à l'intervention : analyser une demande, conseiller les managers et les chefs de projets, évaluer une intervention. Elle leur donne également des points de repère sur les outils et méthodes d'analyse du travail : organisation et animation de discussions sur le travail, intervention en pluridisciplinarité, évaluation de la charge de travail …pour assurer une professionnalisation continue : ateliers d'échanges de pratique réguliers à partir de cas réels rencontrés par les responsables environnement du travail. Ces sessions permettent de consolider les niveaux d'expertise de chacun. Ce cursus a fait l'objet d'une labellisation par l'Anact.

Schéma 8 : Schématisation des missions de la structure nationale de prévention



Source : mission

Impact des mesures envisagées

En créant un service unifié de prévention, distinct des volets contrôle de l'action publique, le rapport Lecocq entend :

- Créer un écosystème vers lequel les entreprises se tourneront spontanément pour régler l'ensemble des questions liées à la santé, la sécurité et les conditions de travail ;
- Mettre fin à la dispersion des compétences et à l'illisibilité du paysage institutionnel actuel en créant une communauté décloisonnée des préventeurs et une mutualisation de ressources pluridisciplinaires ;
- Créer un lien étroit entre la structure nationale et les structures régionales de sorte à accroitre la capacité de relai et de transfert des solutions de prévention des actuels organismes nationaux ; Ce regroupement à l'échelon national mettra également fin au risque de saupoudrage de l'action d'organismes dont la taille ne leur confère pas une masse critique suffisante pour avoir un impact significatif sur le terrain (réseau Anact).

➤ Pourquoi ne pas intégrer les départements professionnels de l'Anses et de France Santé Publique au sein FST ?

Comme rappelé plus haut, l'ANSES et SFP obéissent à des logiques différentes de celles de FST. Les premières ont pour mission la production de connaissances scientifiques indépendantes à des fins de décisions publiques. Cette indépendance ne peut être garantie que dans un cadre de gouvernance institutionnelle et de financement ad hoc, qui n'est pas celui d'un organisme de prévention à destination des entreprises, conçu en partie dans une logique de services rendus aux usagers, tel que FST. Il y a lieu de préserver cette dichotomie

➢ Pourquoi intégrer l'OPPBTP ?

L'ensemble du système de prévention des risques professionnels français est historiquement construit sur une approche interprofessionnelle. Bien que le code du travail le prévoit depuis plusieurs décennies, aucune branche, à part celle du BTP, ne s'est structurée sur un modèle professionnel. Le rapport Lecocq encourage les initiatives de branche mais note que seule l'OPPBTP obéit aujourd'hui de manière aboutie à cette logique. La mission Lecocq a considéré, après examen, que le maintien de l'existence de l'OPPBTP aux côtés d'une structure interprofessionnelle unique présentait plus d'inconvénients que d'avantages. En effet :

- Le maintien de l'OPPBTP en dehors de FST entretient des redondances puisque l'INRS, et donc FST demain, travaille actuellement aussi sur le champ du BTP. Cette redondance existe également au niveau local puisque les Carsat et les antennes régionales de l'OPPBTP interviennent toutes deux dans le BTP. Il existe par ailleurs actuellement des SSTI spécialisés pour les métiers du BTP mais ceux-ci ne recouvrent que 50 % des besoins de suivi de la santé de cette population, les autres salariés étant pris en charge par les SSTI « de droit commun ». Le maintien de l'OPPBTP ne participerait donc pas à la clarification du paysage recherchée et constituerait une brèche importante à la logique de guichet unique. Il obligerait en outre à reconstituer des logiques de contractualisation multiples entre l'OPPBTP d'une part et les SSTI du BTP, la structure régionale, les Carsat, la structure nationale d'autre part, créant d'emblée de nouveau coûts de coordination.
- L'intégration de l'OPPBTP dans les structures nationales et régionales ne s'oppose en aucune manière à la reconnaissance des spécificités du métier et à la création en leur sein d'un département spécialisé continuant à répondre aux besoins du secteur. Elle n'empêche pas non plus le fléchage financier vers ce département de l'affectation des fonds de la « surcotisation » obligatoire des entreprises du BTP pour la prévention spécifique de leurs risques. Dans un autre domaine, la fusion de l'inspection du travail des transports et de l'agriculture avec le régime général d'inspection ont permis, tout en maintenant l'existence de sections spécialisées, de faire bénéficier ces services, jusqu'ici isolés, du cadre institutionnel et logistique d'appui du ministère du travail (renforts, campagnes de contrôle, etc.) ;
- Les expériences et pratiques du BTP peuvent utilement être transférées et mutualisées avec les particularités de secteurs et professions confrontés à des problématiques technique ou organisationnelles similaires (maintenance industrielle, propreté, services à la personne).

➢ Pourquoi ne pas intégrer la MSA ?

Le rapport Lecocq rappelle que la Mutualité Sociale Agricole (MSA) incarne déjà 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. La MSA constitue ainsi un système intégré regroupant dans une institution unique assurance maladie, médecine du travail et prévention des risques. Au-delà de la santé au travail, la MSA assure la couverture sociale de l'ensemble de la population agricole et des ayants droit pour la famille, la retraite et la santé. Dès lors, le démantèlement partiel de cette logique d'intégration au profit de la cohérence du futur système de santé au travail, parait présenter plus d'inconvénients que d'avantages pour la protection des salariés couverts par ce régime. Toutefois, le rapport Lecocq rappelle que « *des passerelles devront être envisagées entre les deux systèmes favorisant un enrichissement réciproque* ».

➤ Quid des services autonomes ?

Le rapport Lecocq a fait le choix de ne pas intégrer les services autonomes de santé au travail dans les structures régionales, autrement dit de ne pas rendre obligatoire l'adhésion des entreprises dotées de tels services aux structures régionales de santé au travail. Ce choix résulte sur le fond principalement de deux considérations. D'une part, l'un des objectifs majeurs de la prévention des risques professionnels est de rendre les entreprises autonomes c'est-à-dire en capacité de prendre en charge l'intégralité de leurs problématiques de santé au travail. Il n'apparait donc pas opportun de contraindre celles qui sont déjà dotées de services de prévention et de services de santé matures de s'en séparer pour externaliser des missions qui ont vocation à s'exercer au plus près des salariés. D'autre part, le rapport Lecocq privilégie l'instauration d'un système permettant de pourvoir prioritairement les besoins des entreprises de petite taille dépourvues de ressources internes en santé au travail. Le risque serait important que les grandes entreprises, si elles rejoignaient les structures régionales, préemptent leurs ressources au détriment des plus petites.

En revanche, il parait normal d'engager une réflexion sur les modalités selon lesquelles les entreprises ayant un service autonome peuvent contribuer sur leur territoire à la mutualisation de certaines de leurs ressources, par exemple au titre de leur recours aux salariés d'entreprises extérieures (sous-traitants, prestataires) ou d'intérimaires. Cette question est abordée plus en détail dans la fiche N°…

NOTE ARGUMENTAIRE N°3 : FORMATIONS A LA SANTE ET SECURITE AU TRAVAIL (SST)

Enjeux

Alors que tout le monde s'accorde pour dire que la formation est un levier clé pour la réduction de la sinistralité et l'acquisition d'une culture de la prévention de nature à modifier durablement les pratiques de management et les comportements sécures des opérateurs, l'environnement juridique et l'écosystème institutionnel ne paraissent pas adaptés aux enjeux de montée en compétences dont le PST3 fait cependant un de ses axes majeurs[19].

La philosophie et l'approche de la formation en SST doivent être repensées. Le dispositif juridique et l'accompagnement des entreprises doivent être modifiés en conséquence.

Diagnostic de la situation actuelle

Les actions de formation sont l'une des trois catégories de mesures que l'employeur doit prendre à l'égard des travailleurs pour assurer leur sécurité et protéger leur santé (2° de l'article L. 4121-1 du CT). La formation en SST constitue à ce titre un des piliers des principes généraux de prévention. Le défaut de formation appropriée est par ailleurs très souvent mis en cause parmi les facteurs explicatifs des accidents du travail et des maladies professionnelles. Il est par ailleurs régulièrement invoqué dans la jurisprudence relative aux contentieux qui en découlent.

Toutefois, les obligations légales en la matière, réparties dans la partie IV du code du travail, sont aujourd'hui peu lisibles et n'obéissent pas à une logique d'ensemble cohérente. Fruit d'une stratification historique, elles sont soumises à des régimes et des modalités très différentes d'un risque à l'autre, peu articulées et harmonisées entre elles, sans progressivité ni logique de parcours et, paradoxalement, lacunaires sur des volets essentiels. Ainsi peut-on s'étonner de l'absence d'obligation de formation des travailleurs à la démarche générale de prévention et à la portée pratique des principes généraux de prévention alors que le 3ème Plan santé au travail fait de l'appropriation de la culture de prévention par la formation une priorité. De même, il existe des dispositions législatives relativement précises pour couvrir des situations particulières, voire isolées[20], mais aucune disposition sur la formation à la prévention des RPS ou des TMS, les premiers requérant pourtant des besoins massifs de formation, les seconds constituant la première cause de maladie professionnelle en France.

L'effet d'empilement hétéroclite des obligations de formation d'un côté, la relative vétusté des dispositions en vigueur au regard des risques contemporains du travail de l'autre, avaient déjà été pointées lors de la recodification du code du travail, en 2008. Celle-ci n'avait pu y remédier en raison de son exercice à droit constant. Mais la nécessité de repenser l'ensemble du dispositif pour le rendre

[19] Objectif opérationnel 1 : Culture de prévention, Action I-2 : Agir par la formation/ objectif opérationnel 9 : Simplification », III : Mettre en place un environnement normatif plus simple et plus accessible, au bénéfice d'une plus grande effectivité de la prévention, Action 3-9 : Simplification de l'architecture des formations à la charge de l'employeur en matière de SST et traçabilité des formations.

[20] Formation à l'accueil et l'accompagnement des personnes handicapées dans les établissements recevant du public de plus de 200 personnes ou formation des travailleurs exécutant des travaux à la corde

plus lisible et intelligible, moins daté et surtout adapté aux spécificités de l'activité de l'entreprise avait alors été actée par la Commission de recodification.

➤ Des obligations non articulées et en partie datées

Les dispositions légales en matière de formation en SST se trouvent aujourd'hui :

- Dans les principes généraux de prévention et plus particulièrement à l'article L. 4121-1 précité (transposition de la directive cadre du 12 juin 1989)[21] ;
- Dans les obligations générales de formation prévues aux articles L. 4141-1 et R. 4121-1 et suivants (issues notamment de la loi du 6 décembre 1976 et du décret du 20 mars 1979) ;
- Dans les dispositions spécifiques de toute la partie IV régissant des risques particuliers (risques chimiques, bruit, vibrations, rayonnements…).

Il n'y a pas d'articulation organisée entre ces trois niveaux, ce qui réduit leur lisibilité et introduit de la complexité.

S'agissant des obligations générales de formation de l'employeur, le code du travail énumère :

- Les circonstances dans lesquelles ces formations doivent être dispensées (embauche, changement de technique, changement de poste, intérimaires, retour d'un arrêt de travail d'au moins 21 jours)[22] ;
- Les cas particuliers devant donner lieu à une formation spécifique (formation renforcée des salariés précaires exposés à des risques particuliers, certaines installations classées, certains établissements recevant du public, etc.)[23] ;
- L'objet de ces formations (conditions de circulation dans l'entreprise, conditions d'exécution du travail, conduite à tenir en cas d'accident ou de sinistre)[24].

Comme toute liste, cette énumération comporte en premier lieu l'inconvénient de créer des *a contrario* en excluant potentiellement de nombreuses situations dans lesquelles une formation serait justifiée mais non dispensée parce que non expressément prévue par les textes. En outre, l'objet même des formations listées ne parait pas en adéquation avec les réalités du travail contemporain.

---

[21] Art. 12 : « *Formation des travailleurs 1. L'employeur doit assurer que chaque travailleur reçoit une formation à la fois suffisante et adéquate à la sécurité et à la santé, notamment sous forme d'informations et d'instructions, à l'occasion:*
- de son engagement,
- d'une mutation ou d'un changement de fonction,
- de l'introduction ou d'un changement d'un équipement de travail,
- de l'introduction d'une nouvelle technologie,
et spécifiquement axée sur son poste de travail ou sa fonction.
Cette formation doit:
- être adaptée à l'évolution des risques et à l'apparition de risques nouveaux,
et
- être répétée périodiquement si nécessaire.
2. L'employeur doit s'assurer que les travailleurs des entreprises et/ou établissements extérieurs intervenant dans son entreprise ou son établissement ont bien reçu des instructions appropriées en ce qui concerne les risques pour la sécurité et la santé pendant leur activité dans son entreprise ou son établissement.
3. Les représentants des travailleurs, ayant une fonction spécifique dans la protection de la sécurité et de la santé des travailleurs, ont droit à une formation appropriée.
4. La formation prévue aux paragraphes 1 et 3 ne peut être mise à la charge des travailleurs ou de représentants des travailleurs.
La formation prévue au paragraphe 1 doit se passer durant le temps de travail.
La formation prévue au paragraphe 3 doit se passer durant le temps de travail ou conformément aux pratiques nationales, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur de l'entreprise et/ou de l'établissement. »
[22] Art. L. 4141-2
[23] Art L. 4142-1 et suivants
[24] Art R.4141-3.

Manifestement adressés à un modèle d'entreprise « mono-site » majoritairement industriel (conditions de circulation, conditions d'exécution, conduite à tenir en cas de sinistre), les thèmes sont datés et ne recouvrent que partiellement les situations méritant une formation.

Il serait préférable de renoncer à toute liste susceptible de laisser trompeusement penser qu'elle est exhaustive, au profit d'une obligation générale fixant des objectifs à atteindre et laissant à la branche puis à l'entreprise le soin de construire le référentiel et le parcours de formation adapté aux risques de l'activité (Cf. Infra).

- Des régimes réglementaires très divers, non proportionnés au risque ni gouvernés par une doctrine cohérente

Les obligations de formation propres à chaque catégorie de risque, réparties dans toute la partie IV du code du travail, sont rédigées dans des termes différents et renvoient à des exigences très diverses selon les cas. Elles vont de l'absence totale de cadre prescriptif sur les conditions dans lesquelles la formation doit être dispensée et sanctionnée, à la délivrance obligatoire d'une attestation ou habilitation par l'employeur, en passant par le recours à un organisme de formation extérieur certifié, etc. (Cf. tableau infra). Ainsi, coexistent actuellement dans le code du travail de nombreuses formations pour lesquelles rien n'est dit sur leur contenu, leurs modalités, leur traçabilité et *in fine* leur effectivité, tandis que d'autres sont encadrées plus strictement. Ce dernier cas renvoie toutefois lui aussi à une grande diversité dans la nature des textes de référence (décrets, arrêtés, normes ou encore outils non contraignants tels que recommandation CNAM, CQP…) et dans le formalisme administratif à respecter, sans harmonisation des hypothèses justifiant ou non le recours à des organismes de formation habilités.

Cette variété des régimes n'obéit pas à une logique ni à une doctrine particulière, notamment liée à l'importance des risques identifiés dans l'entreprise. Si bien que l'employeur, en particulier dans les petites entreprises, s'attache plus au respect du formalisme exigé, de manière à pouvoir justifier de son action « en cas de contrôle », qu'à la réponse à des besoins identifiés. Faute d'un accompagnement local durable pour organiser la formation, il se trouve conduit à réaliser les seules formations lui apparaissant strictement obligatoires c'est-à-dire celles qui sont réglementées (autorisations de conduite…), auxquelles il accède par un marché dont il est en grande partie captif, fût-il inadapté.

Tableau 1 : Diversité des régimes d'obligations en matière de formation SST

Objet de la formation	Modalités d'organisation	Conditions de renouvellement	Sanction de la formation	Intervention obligatoire d'un tiers
Atmosphère explosive dans les lieux de travail : formation des travailleurs en matière de protection contre les explosions (R. 4227-49)	Non réglementées	Non précisé = droit commun de L. 4121-2 et R. 4121-2 soit « périodiquement et chaque fois que nécessaire)	Non prévu	non

Utilisation d'EPI formation adéquate comportant au besoin un entraînement au port de l'EPI[25] (R. 4323-106)	Non réglementées	Renouvelée « *aussi souvent que nécessaire* »	Non prévu	non
Risque chimique Exposition aux ACD/CMR (description règlementaire succincte du contenu de la formation : R.4412-38 et -87)	Non réglementées sauf : organisée par l'employeur en liaison avec le CSE et le médecin du travail (donc redondant avec L. 4143-1 et R. 4141-6)	Non précisé = droit commun de L. 4121-2 et R. 4121-2 soit « périodiquement et chaque fois que nécessaire)	Non prévu	non
Amiante Formation à la sécurité des salariés susceptibles d'être exposés aisément compréhensible (R. 4412-117)	Contenu, modalités de formation, durée, conditions de validation précisés par arrêté du 23 février 2012 Formation assurée par un organisme certifié (R. 4412-141)	Fixées par arrêté du 23 février 2012	attestation de compétence individuelle délivrée par l'OF (R. 4412-141)	OF certifié par un organisme accrédité pour certaines opérations (retrait, encapsulage)
Risque biologique (description succincte du contenu de la formation : R. 4425-6)	Non réglementées sauf : dispensée avant d'exercer une activité impliquant un contact avec AB	répétée régulièrement, adaptée à l'évolution des risques ainsi que lors de la modification significative des procédés	Non prévu	non
Bruit (description détaillée du contenu de la formation : R. 4436-1)	Non réglementées	Non précisé= droit commun de L. 4121-2 et R. 4121-2 soit « périodiquement et chaque fois que nécessaire »)	Non prévu	non
Vibrations mécaniques (description détaillée du contenu de la formation : R. 4447-1)	Non réglementées	Non précisé= droit commun de L. 4121-2 et R. 4121-2 soit « périodiquement et chaque fois que nécessaire)	Non prévu	non

[25] Cf. Directive 89/656 CEE du 30 novembre 1989 sur l'utilisation des équipements de protection individuelle. Article 4 « 8. L'employeur assure une formation et organise, le cas échéant, un entraînement au port des équipements de protection individuelle »

Radioprotection Formation des travailleurs classés A ou B (description détaillée du contenu de la formation : R. 4451-58) Formation des travailleurs susceptibles d'être affectés au 1er groupe en situation d'urgence (« formation appropriée » : R. 4451-100) Travailleurs en zone en INB (R. 4451-38)	Non réglementées (sauf INB)	Non précisé = droit commun de L. 4121-2 et R. 4121-2 soit « périodiquement et chaque fois que nécessaire ») Tous les trois ans (R. 4451-100)	Non prévu Non prévu Intervention en zone INB= certificat de qualification	non non INB= certificat délivré par un organisme certificateur accrédité ou organisme mentionné à R. 4724-1
Camari **Certificat de préposé de tir** (R. 4451-61 et 63)	Conditions de formation régies par arrêté Camari = examen national IRSN Certificat de préposé de tir = examen national)			certificat délivré par un OF certifié
Accès aux fonctions de personne compétente en radioprotection certifié (R. 4451-125).	Contenu de la formation encadré par la réglementation avec différents niveaux (arrêté en cours de refonte)			Délivrance d'un certificat par un OF certifié

BTP Personnel compétent pour travaux de démolition (R. 4534-61) travaux de sablage (R. 4534-131) montage échafaudages (R. 4323-69) travail à la corde (6° de R. 4323-89)[26]	Non réglementées	Non précisé = droit commun de L. 4121-2 et R. 4121-2 soit « périodiquement et chaque fois que nécessaire)	Non prévu	non
Champs électromagnétiques travailleur susceptible d'être exposé (description du contenu de la formation : R. 4453-17) ; Formation renforcée sur les risques si dépassement VLE avec effet sensoriel (R. 4453-24)	Non réglementées	Non précisé = droit commun de L. 4121-2 et R. 4121-2 soit « périodiquement et chaque fois que nécessaire)	Non prévu	non
Rayonnements optiques artificiels (description du contenu de la formation : R. 4452-19)	Non réglementées	Non précisé = droit commun de L. 4121-2 et R. 4121-2 soit « périodiquement et chaque fois que nécessaire)	Non prévu	non
Coordonnateurs SPS (R. 4532-17)	Compétences requises= R. 4532-23 et suivants Formation du coordonnateur et organismes de formation = R. 4532-30 et suivants Arrêté du 26 décembre 2012	Actualisée tous les 5 ans	Contrôle de compétence et attestation de compétence	délivrés par OF certifié

[26] Directive 92/57/CEE du 24 juin 1992 sur les chantiers temporaires. « 6.3 Les échafaudages doivent être inspectés par une personne compétente », « 7.1. Tout appareil de levage et tout accessoire de levage, y compris leurs éléments constitutifs, leurs attaches, ancrages et appuis doivent être: (…) manœuvrés par des travailleurs qualifiés ayant reçu une formation appropriée », « 9.1. Les installations, machines et équipements, y compris les outils à main avec ou sans moteur, doivent être (…) d) manœuvres par des travailleurs ayant reçu une formation appropriée »

Équipements de travail utilisation et maintenance (R. 4323-3- et R. 4323-4)[27]	Non réglementées	Non précisé = droit commun de L. 4121-2 et R. 4121-2 soit « périodiquement et chaque fois que nécessaire »	Non prévu	non
Ecrans visualisation (R. 4542-16)[28]	Non réglementées	Chaque fois que l'organisation de poste est modifiée de manière substantielle	Non prévu	non
Formation secouriste (R. 4424-15)	Non réglementées Circulaire CNAMTS 32/2010du 3 décembre 2010 Formation interne ou par OF ; En pratique formation de formateur essentiellement dispensée par des OF habilités par le réseau AT/MPI(NRS).			Non Selon R. 4624-1 : l'organisation de la formation des secouristes entre dans les actions en milieu de travail des SST
Manutention manuelle R. 4541-8[29]	Non réglementées	Non précisé = droit commun de L. 4121-2 et R. 4121-2 soit « périodiquement et chaque fois que nécessaire)	Non prévu	non
Formation renforcée CDD/CTT (L. 4142-2 et L. 4154-2)	Non réglementées		Non prévu	non
Autorisation de conduite de certains équipements présentant des risques particuliers (grues, chariots de manutention,	Formation adéquate dans des conditions fixées par arrêté (arrêté	Formation complétée et réactualisée chaque fois que nécessaire	Autorisation délivrée par le chef d'établissement sur la base d'une	En pratique CACES délivré par des « testeurs » appartenant à

[27] Cf. article 7 de la directive CEE du 30 novembre 1989 sur l'utilisation des équipements de travail : « l'employeur prend les mesures nécessaires afin que : - les travailleurs chargés de l'utilisation des équipements de travail reçoivent une formation adéquate, y compris sur les risques que, le cas échéant, cette utilisation comporte, - les travailleurs visés à l'article 5 deuxième tiret reçoivent une formation adéquate spécifique »

[28] Cf. Directive 90/270/CEE du 29 mai 1990 sur le travail sur équipements comportant des écrans de visualisation. Article 6 « 2. (…) chaque travailleur doit en outre recevoir une formation en ce qui concerne les modalités d'utilisation, avant de commencer ce type de travail et chaque fois que l'organisation du poste de travail est modifiée de manière substantielle. »

[29] Directive 90/269/CEE du 29 mai 1990 sur la manutention manuelle des charges : article 6 « (…) les employeurs doivent veiller à ce que les travailleurs reçoivent, en outre, une formation adéquate et des informations précises concernant la manutention correcte de charges et les risques qu'ils encourent (…) ».

plate-forme élévatrice, etc. : R. 4323-56 et 57)	du 2 décembre 1998) Voir aussi recommandation R. 389 de la CNAM pour les caristes, R 377 pour les grues à tour…		évaluation qu'il effectue	des organismes testeurs certifiés (entreprise certifiée par des organismes certifieurs de qualification conventionnés par la CNAM et accrédités par le Cofrac
Risque pyrotechnique (déscription succincte du contenu de la formation initiale et continue: R. 4462-27)	Non réglementées. Formation interne (grandes entreprises) ou par des organismes de formation	Tous les 5 ans	Habilitation écrite	non
Dépollution pyrotechnique	Un arrêté précise les connaissances requises		Elaboration d'une procédure précisant notamment la méthode permettant de vérifier les acquis	
Opérations sur les installations électriques	Formation théorique et pratique ; la réglementation renvoie à la norme NF C 18-510 instaurant un dispositif d'habilitation à la carte selon les tâches réalisées	Selon les modalités prévues par la norme	Habilitation après s'être assuré de la formation	non
Travaux sous tension (R. 4544-11)	Le contenu de la formation n'est pas précisé par la réglementation mais il est défini par les professionnels concernés dans le cadre de la normalisation et d'une association paritaire ORG TST IE	Selon les modalités prévues par la norme	Habilitation après délivrance d'un document attestant connaissances et compétences	Délivrance du document par un organisme agréé
Intervention en milieu hyperbare (R. 4461-27)	Régies par articles R. 4461-27 et suivants et arrêté du 12 décembre 2016	Fixées par arrêté	Certificat d'aptitude à l'hyperbarie Certificat conseiller à la	Certificat délivré par un par un OF certifié selon un référentiel réglementaire (R. 4461-30).

			prévention hyperbare (R. 4461-4)	
Maintenances et réparation d'ascenseurs (description du contenu de la formation : R. 4543-22)	Non réglementées sauf : description de certaines modalités (tutorat) par R. 4453-22 et suivants	« aussi souvent que nécessaire »	Attestation nominative remise par l'employeur après évaluation	non
Signalisation de sécurité R. 4224-24 et nature de la formation « adéquate » : article 5 de l'arrêté du 4 novembre 2013[30]	Non réglementées			

Source : Mission

➤ Un contexte européen à prendre en compte

Les obligations de formation de la partie IV du code du travail, en particulier celles relatives à chaque risque particulier, sont souvent la transposition des directives européennes régissant lesdits risques. Ces dispositions se contentent le plus souvent d'indiquer ce sur quoi la formation doit porter, sans entrer dans le détail de l'organisation. Elles ne créent donc pas un cadre contraignant interdisant une refonte de l'architecture des textes nationaux. Mais toute réforme envisagée doit notamment garantir le respect du cadre communautaire et ce d'autant plus que la France a déjà été condamnée le 5 juin 2008 par la CJCE pour défaut de transposition de plusieurs dispositions de la directive cadre du 12 juin 1989, notamment s'agissant de l'information des salariés sur les risques, cette condamnation ayant donné lieu au décret 2008-1347 du 17 décembre 2008 pour mettre fin à la situation.

Nécessité de réformer et objectifs poursuivis

➤ Lever les obstacles au développement de la culture de prévention

Les formations dispensées doivent nécessairement être adaptées à la nature du risque, à la taille, à l'activité de l'entreprise et au niveau des travailleurs formés. Mais la diversité et l'absence de cohérence des régimes de formation sus-décrites sont problématiques car génératrices de rigidités. D'une part elles introduisent de la complexité et donc des incertitudes sur la portée des différentes obligations de formation et laissent accroitre l'existence d'une hiérarchisation de ces dernières. D'autre part elles obligent à raisonner de manière cloisonnée, formation par formation, et ne favorisent pas une approche transversale dans une logique de continuité du parcours de formation.

En pratique, la formation SST est vécue comme une contrainte dont les entreprises s'accommodent par une logique d'achat externalisé de « formations catalogue » (une formation pour chaque risque : ACD, bruit, manutention, écrans…) au risque de redondances et d'une forte déconnexion avec leurs

[30] Cf. directive n° 92-58 du Conseil des communautés européennes du 24 juin 1992 concernant les prescriptions minimales pour la signalisation de sécurité et/ou de santé au travail : art 7 : (…) « les travailleurs doivent recevoir une formation adéquate, notamment sous forme d'instructions précises, en ce qui concerne la signalisation de sécurité et/ou de santé utilisée au travail. La formation porte en particulier sur la signification de la signalisation, notamment lorsque celle-ci comporte l'usage de mots, et sur les comportements généraux et spécifiques à adopte ».

réalités[31]. Celles qui disposent d'un service formation (les plus grandes) recensent chaque année les besoins de formation de chaque service de l'entreprise pour l'année suivante, les formations en sécurité n'étant qu'un volet aux côtés des autres besoins identifiés par chacun (informatique, marketing, nouveaux logiciels, nouvelles machines, nouvelles réglementations, etc.), le tout dans un cadre budgétaire contraint. L'ensemble des besoins recensés étant toujours nettement supérieur au budget demandé, des arbitrages doivent être rendus. Pour ce faire, le budget des formations SST ne retiendra souvent que les formations perçues comme strictement obligatoires car réglementées (habilitation électriques, permis de caristes, renouvellement secouristes…).

Le développement d'une culture de prévention et une amélioration sensible de la formation en SST dans les entreprises passent donc par une évolution des pratiques induites par les imperfections du cadre légal actuel. Ce dernier doit être repensé et refondu de manière à inciter les entreprises à passer d'une formation à la sécurité *gérée* à une formation *maitrisée et pilotée*.

➤ Les orientations souhaitables d'une refonte de la formation

L'action 3.9 du PST 3 préconise de réduire les redondances et de simplifier l'architecture des formations à la charge de l'employeur. D'un point de vue strictement légistique, il est parfaitement possible de refondre, harmoniser et simplifier l'architecture des dispositions existantes, en partie redondantes, de manière à sensiblement améliorer leur lisibilité.

Plus fondamentalement, Il y aurait lieu, conformément à la philosophie de la loi du 5 septembre 2018 réformant la formation professionnelle continue, d'entrer dans une logique de parcours et de montée en compétence qualifiante des travailleurs en matière de SST. Alors que l'article R. 4141-5 du code du travail prévoit que la formation à la sécurité doit tenir compte de la formation, de la qualification et de l'expérience professionnelle du travailleur, il convient de redonner la main et donc des marges de manœuvre aux acteurs pour dessiner ce parcours au plus près des besoins du terrain. Dans ce cadre, des dispositions d'ordre public devraient fixer les obligations et les objectifs généraux auxquels doivent satisfaire les formations en SST (caractère adapté, progressif, périodique, sur le temps de travail, gratuit…), et renvoyer à la branche, puis à l'entreprise, la responsabilité de décliner ces objectifs dans des parcours progressifs et adaptés aux réalités du secteur puis du poste de travail

Les objectifs de la réforme seraient de :

- **Favoriser la prise en compte du parcours** de formation en SST des travailleurs (une demande consensuelle des OS et OP du GPO) et développer la culture de prévention en mettant fin à l'effet d'empilement des formations obligatoires, au profit d'un parcours pédagogique assurant la reconnaissance, la capitalisation et la portabilité des compétences acquises aux différents postes de travail et tenant compte des formations antérieures, de la qualification, de l'expérience professionnelle du travailleur (passeport formation SST) ;
- **Confier à la branche le soin de définir et organiser le socle des compétences clé** en SST à dispenser dès l'embauche puis les compétences complémentaires associées aux différents niveaux de la grille de classification à acquérir et accessibles sous forme de bloc ou briques au fur et à mesure de la progression du salarié (référentiel de compétences SST adapté à la branche) ;

[31] Une formation standard à l'élingage, même régulièrement renouvelée, s'avère ainsi bien souvent inefficace et sans effet sur l'évolution souhaitée des pratiques si elle est décontextualisée de l'activité et des contraintes spécifiques de l'entreprise (travail à la chaleur, configuration particulière des pièces à amarrer, caractéristiques des appareils et apparaux de levage de l'atelier, etc.).

- **Renforcer ce faisant le lien entre la culture métier et la culture de prévention** en invitant à conditionner les évolutions professionnelles (accès aux qualifications professionnelles ou avancement dans les grilles de classification) au suivi de formations en matières de prévention des risques professionnels et de promotion de la santé au travail (intégrer les briques du référentiel aux titres et CQP de la profession) ;
- **Mieux impliquer** et rendre employeurs, salariés, partenaires sociaux aux niveaux des branches et des entreprises acteurs de la formation en SST.

➤ Une place nouvelle pour la négociation, en particulier au niveau de la branche

Les branches apparaissent particulièrement légitimes pour construire des référentiels de formation adaptés à leurs spécificités. Elles ont par ailleurs une pratique éprouvée en matière de formation à travers les travaux effectués dans le cadre de la formation professionnelle continue et l'élaboration des titres et CQP auxquels elles sont associées. Elles pourront donc élaborer des parcours de formation qui décriront le parcours type de formation en SST dans le secteur (nature, contenu, volume des formations, modalités d'évaluation, de sanction des acquis, de reconnaissance, de renouvellement, etc.) en fonction des risques, de l'activité, du niveau hiérarchique et donc de l'évolution professionnelle du salarié[32]. La branche pourra faire des liens avec la grille de classification de la convention collective.

Ce renvoi à la négociation en matière de formation SST est déjà en partie prévu pour ce qui concerne les conditions dans lesquelles les formations doivent être renouvelées (L. 4141-2). Il a par ailleurs été mis en œuvre pour la création d'un référentiel de formation dans les entreprises de déménagement (accord étendu du 3 novembre 2010 relatif à la prévention et à la réduction de la pénibilité) :

Encadré 4 : Accord du 3 novembre 2010 sur la prévention de la pénibilité dans les entreprises de déménagement

Développement de la formation à la sécurité (Article 4)

« *Tout salarié embauché en tant que déménageur :*

– en CDI ;

– ou CDD de plus de 190 jours,

et non titulaire d'un titre professionnel, d'un diplôme ou d'une formation qualifiante et/ou diplômante adaptée (CAP déménageur notamment) reçoit une formation incluant la prévention des risques liés à l'effort physique et des données relatives à l'hygiène de vie (alcool, tabac, drogues, habitudes alimentaires…), à moins qu'il ne l'ait suivie dans le cadre d'une autre formation.

La commission de suivi définie à l'article 10 du présent accord est chargée de demander à la CPNE l'établissement d'un ***référentiel d'une formation de 7 heures*** *et de faciliter sa prise en charge financière (OPCA Transport, etc.), notamment afin d'aider les entreprises de moins de 10 salariés dans leur engagement en faveur de la prévention des risques.*

Cette formation est réalisée dès l'embauche en entreprise par le chef d'entreprise ou à défaut par le tuteur ou chef d'équipe, ou en centre extérieur. Lorsque, pour contraintes liées à l'organisation de la formation, cette dernière n'a pu avoir lieu dès l'embauche, elle doit être réalisée au plus tard dans le mois qui suit la fin de la période d'essai.

A défaut d'avoir suivi cette formation minimale, tout nouveau salarié ne peut manutentionner de charges lourdes ni utiliser de monte-meubles.

[32] Un salarié acquérant une nouvelle qualification impliquant pour la première fois un rôle d'encadrement, devra par exemple suivre une formation de premier niveau sur le management du travail et les RPS. Celle-ci sera complétée et de plus en plus développée au fur et à mesure que ses responsabilités managériales progresseront.

En cas de formation en entreprise, la formation doit comporter ***un module théorique (support vidéo notamment) et un module pratique.***

Cette formation ne peut être ***dispensée que par un formateur reconnu par un organisme habilité (organisme de formation, médecine du travail, CARSAT…).*** *Les déménageurs ayant suivi une formation spécifique de tuteurs sont considérés aptes à délivrer la formation.*

Les formateurs doivent suivre un ***stage de recyclage de leurs connaissances tous les 3 ans. Les salariés formés doivent suivre un stage de recyclage tous les 5 ans****.*

Lors de l'établissement du plan de formation, il doit être apporté une attention toute particulière aux demandes visant à réduire la pénibilité ou à mieux prendre en compte et appréhender les spécificités de l'exercice des métiers de transport de déménagement des salariés dont l'emploi comporte une fonction de manutention et/ou de conduite. »

De même, dans le secteur des transports routiers, dont les qualifications et les conditions de formation des conducteurs sont strictement régies par le code des transports, l'article R. 3314-18 prévoit que des accords collectifs de branche étendus peuvent prévoir des adaptations du contenu du programme des formations aux particularités de l'exercice du métier de conducteur dans la branche.

- Sur le plan législatif, la réforme consisterait en :
  - **Une refonte du titre IV du livre premier de la partie IV du code du travail** (Information et formation des travailleurs), qui permettrait, dans le respect du cadre européen, de clarifier l'architecture et le contenu de l'obligation générale de formation et de simplifier sa compréhension (rationalisation des dispositions). S'inspirant de la construction des ordonnances travail autour du triptyque « ordre public/champ de la négociation/supplétif », il s'agirait :
    - De rappeler l'obligation d'assurer une formation pratique au poste de travail, pendant le temps de travail, appropriée aux risques encourus, et de la nécessité de la renouveler chaque fois que nécessaire, en particulier lors de tout changement de circonstances modifiant les conditions habituelles d'exercice du travail **(ordre public)** ;
    - De renvoyer à l'accord collectif (ou à une instance paritaire de branche) la définition d'un parcours et d'un référentiel de formation approprié aux risques de l'activité, voire l'organisation des modalités de dispensation de ces formations au sein de la branche **(champ de la négociation)** ;
    - De définir, à défaut de référentiel de branche ou d'entreprise, les dispositions règlementaires minimales régissant les modalités d'organisation des différentes catégories de formation : bruit, vibrations, ACD, etc. **(supplétif)**. La définition préalable d'une doctrine générale permettrait à cette occasion d'adopter une architecture commune et d'homogénéiser les régimes actuellement applicables (habilitations, certifications externes, etc.)
  - **Un maintien de dispositions spécifiques pour certaines formations à réglementer** en raison de la nature de l'activité et des risques encourus (rayonnement ionisants, travaux hyperbares, amiante).
  - **Des compétences reconnues et portables pour le salarié .** Le salarié pourra valoriser et valider l'ensemble des compétences SST acquises à ses différents postes et dans les différentes entreprises, qui seront portables au sein de la branche, voire interbranches, et seront consignées dans un passeport formation permettant à l'entreprise de circonscrire les formations SST aux spécificités de son site.

- **Un accompagnement par le dispositif institutionnel de prévention national et en région**. La structure nationale « Santé Travail France », proposée par le rapport Lecocq, pourrait accompagner les branches pour l'ingénierie de construction de leur référentiel. Elles pourrait également accompagner, voire labéliser, les parcours internes élaborés par de grandes entreprises[33].
- Les structures régionales pourraient conseiller et outiller les entreprises désireuses de construire un programme de formation et animer, voire labéliser, un réseau de formateurs privés sur lequel elles pourraient renvoyer les entreprises désireuses d'être accompagnées dans la construction de leur parcours de formation et, le cas échéant, la réalisation d'actions *(CF. fiches n°1 et 2 « offre de service des structures nationales et régionales* »

Impact des mesures envisagées

➤ En pratique, dans l'entreprise :

Sauf cas particuliers liés à des risques sensibles (amiante, RI…), l'employeur organise librement la formation à la santé et sécurité au travail dans le respect des obligations d'ordre public (formation adaptée, pertinente, renouvelée en cas de changement de circonstances…)

Pour ce faire il a le choix :

- De le faire par lui-même s'il estime qu'il a les moyens internes suffisants ; le contrôle social sur son dispositif sera le cas échéant assuré par le CSE, consulté sur sa politique de formation et son organisation. Les grosses entreprises en particulier peuvent faire « mieux » ou au moins équivalent, surtout si elles ont une université, un centre de formation une école ou un service formation internes étoffés ;
- D'appliquer le référentiel de branche dont il relève.

Si l'employeur n'a pas d'organisation propre et pas de référentiel (ou ne veut pas l'appliquer), il devra *a minima* appliquer les décrets actuels (toilettés pour harmoniser les régimes) dans une logique supplétive.

Le passeport formation du salarié atteste des compétences acquises et à jour de ce dernier et permet à l'employeur, lors de l'embauche et dans la suite du parcours dans l'entreprise, de sortir d'une logique d'achat aveugle de formations standards au profit d'une formation au plus près des besoins et lacunes à combler de l'intéressé

Un des principaux impacts de la réforme devrait être de modifier durablement les pratiques de prévention en entreprise, en ancrant la démarche de prévention et les comportements sécures dans les gestes professionnels des salariés et en en faisant un élément de compétence requis pour évoluer

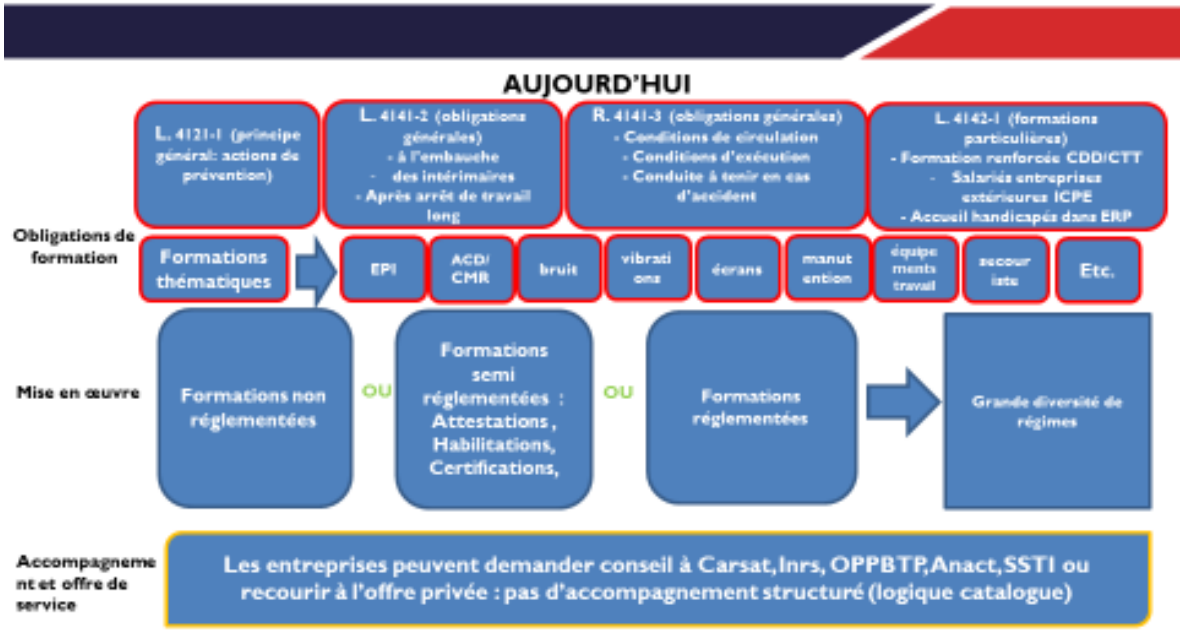
[33] L'Anact et Orange ont construit conjointement en 2016 un cursus de professionnalisation interne « Intervenir sur le Travail » destiné aux responsables environnement du travail de l'opérateur. Ces responsables ont un rôle de conseil pour intégrer qualité sociale, amélioration des conditions de travail et performance économique. Ils garantissent notamment la prise en compte des impacts humains dans les projets. Le cursus de formation permet de maîtriser les compétences nécessaires à l'intervention : analyser une demande, conseiller les managers et les chefs de projets, évaluer une intervention. Elle leur donne également des points de repère sur les outils et méthodes d'analyse du travail : organisation et animation de discussions sur le travail, intervention en pluridisciplinarité, évaluation de la charge de travail …pour assurer une professionnalisation continue : ateliers d'échanges de pratique réguliers à partir de cas réels rencontrés par les responsables environnement du travail. Ces sessions permettent de consolider les niveaux d'expertise de chacun. Ce cursus a fait l'objet d'une labellisation par l'Anact.

professionnellement. A terme, il est visé une baisse de la sinistralité et de l'absentéisme dans l'entreprise.

➢ Au plan national

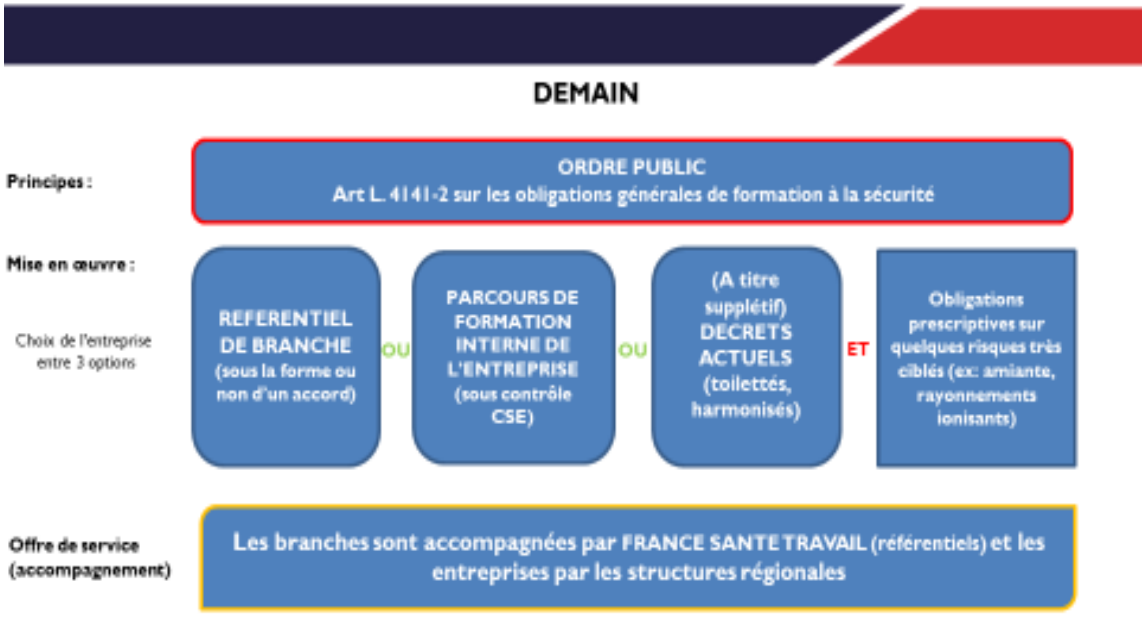
Baisse de la sinistralité.

Schéma 9 : Paysage actuel de la formation en SST



Source : DGT

Schéma 10 : Architecture de la formation en SST dans le schéma proposé par la mission



Source : DGT

NOTE ARGUMENTAIRE N°4 : PUBLICS VULNERABLES (LES SALARIES INTERIMAIRES)

Enjeux

La sinistralité des salariés intérimaires est nettement plus forte que celle des autres salariés. Les indicateurs mettent en évidence la fréquence et la gravité sensiblement plus élevées de leurs accidents dans de nombreux secteurs d'activité. Le taux de fréquence (TF) des accidents du travail (AT) y est parfois presque 2 fois plus élevé que celui des salariés des entreprises utilisatrices (EU) du même secteur.

Prism'emploi, organisation professionnelle du recrutement et de l'intérim, procède chaque année à une enquête par agrégation des données des entreprises comptant 75 % de l'emploi intérimaire et identifie par code NAF le nombre d'AT avec arrêt, le nombre d'heures travaillées et le nombre de jours d'arrêts lui permettant d'analyser le TF et le taux de gravité (TG)[34] des arrêts.

Certains secteurs paraissent particulièrement préoccupants. Le BTP, par exemple, qui représente 11,3 % du nombre d'heures travaillées dans le travail temporaire, représente plus de 15 % du nombre des arrêts et 17,6 % du nombre de jours d'arrêts. Son taux de fréquence est de 59,95 en 2018 et son taux de gravité de 2,04. Ces résultats se dégradent par ailleurs nettement entre 2017 et 2018 puisque le TF a augmenté de 6,67 % sur la période (en hausse depuis 2017) tandis que le TG a augmenté de 4,96 %.

A titre d'illustration, le tableau ci-dessous compare pour quelques codes NAF ces mêmes indicateurs en 2017 et 2018 avec ceux des entreprises utilisatrices en 2017, déjà traditionnellement élevés dans ce secteur d'activité en raison des risques qui le caractérisent:

Tableau 2 : Comparaison de TF et TG par codes NAF entre salariés des entreprises du secteur et ETT

	TF[35] (salariés des entreprises du secteur 2017)	**TF[36] (intérimaires 2017 puis 2018 mis à disposition dans le secteur)**	**TG[37] (salariés des entreprises du secteur 2017)**	**TG[38] (intérimaires 2017 puis 2018 mis à disposition dans le secteur)**
Travaux de maçonnerie générale (NAF 4399C)	51,6	95,28 94,64	4,2	3,66 3,26
Fabrications éléments béton pour la	38,3	74,95 88,58	2,6	2,29 2,59

[34] Le taux de fréquence des AT (TF) est le nombre d'accidents en 1er règlement par million d'heures de travail. Le taux de gravité (TG) est le nombre de journées d'incapacité temporaire pour 1 000 heures de travail.
[35] Source : CNAM
[36] Source : Prism'emploi
[37] Source : CNAM
[38] Source : Prism'emplo

construction (NAF 2361Z)				
Constructions autres bâtiments (4120B)	29,4	65,98 (2018)	2,5	2,32 (2018)
Travaux de menuiserie métallique (4332B)	52,7	80,28 93,34	3,3	1,68 3,01
Travaux de terrassement (4312A)	33,6	67,23 (2018)	2,3	2,42 (2018)
Travaux menuiserie bois et PVC (4332A)	51,1	83,74 83,13	2,8	2,48 2,61

Source : Mission à partir des données croisées de la CNAM et de Prism'emploi

Ainsi, parmi 20 sous-secteurs comptant plus de 1,5 million d'heures avec un TF supérieur à 65 et un taux de gravité supérieur à 1,75, 5 sont dans le BTP, 9 sont dans l'industrie et 6 dans le tertiaire.

D'autres secteurs ont une forte sinistralité tels que la construction de bateaux de plaisance ou l'entreposage et stockage frigorifique :

	TF (salariés du secteur)	**TF (intérimaires 2018)**	**TG (salariés du secteur)**	**TG (intérimaires 2018)**
Construction de bateaux de plaisance (3012Z)	42,7	100,69 123,77	1,9	2,74 3,44
Entreposage et stockage frigorifique (5210A)	55,3	105,76 101,70	3,6	2,74 2,84

Source : Mission à partir des données croisées de la CNAM et de Prism'emploi

Face à ces différences de situation entre salariés et intérimaires d'un même secteur, que le rapport Lecocq qualifie de « peu admissible », Prism'emploi rappelle que le coût des AT des salariés intérimaires est aujourd'hui, sauf pour les accidents les plus graves, supporté exclusivement par les entreprises de travail temporaire (ETT). L'organisation professionnelle considère que cela n'est pas incitatif à la mise en place de mesures de prévention dans les entreprises utilisatrices et propose une répartition du coût de l'ensemble des AT à hauteur de 50/50 entre l'ETT et l'EU (Cf. infra).

Si la reprise économique passe souvent par une hausse du recours à l'intérim, il n'est pas acceptable qu'elle se fasse au détriment de la santé et sécurité des salariés intérimaires, aggravant ce faisant la précarité inhérente à leur statut d'emploi. Si l'ETT, en tant qu'employeur, doit naturellement assumer ses responsabilités en matière de prévention, il y a lieu de de penser un système dont la répartition des charges avec l'entreprise utilisatrice (EU), directement responsable des conditions d'exécution du travail, soit rééquilibrée. Ce rééquilibrage passe par une implication substantiellement renforcée des EU, en particulier celles recourant à de gros volumes de tels salariés.

➤ Etat du droit

Le code du travail prévoit un certain nombre de dispositions propres à la protection de la santé et de la sécurité au travail (SST) des salariés temporaires. Le code du travail et le code de la sécurité sociale contiennent en outre des dispositions visant à répartir la charge des obligations respectives de l'ETT et de l'EU en matière de prévention.

- Prévention des risques

Pendant la durée de la mission, l'EU est en premier lieu responsable des conditions d'exécution du travail légales et conventionnelles relatives à la SST (4° de l'article L. 1251-21).

Certains travaux, dont la liste est fixée par voie réglementaire, sont par ailleurs interdits aux intérimaires (L. 4154-2 du CT et D. 4154-1).

L'EU doit en outre indiquer à l'ETT si le poste de travail occupé présente des risques particuliers et les médecins du travail de l'ETT comme de l'EU doivent également être informés (L. 1251-23).

Les équipements de protection individuelle (EPI) doivent être fournis par l'EU mais certains EPI personnalisés (casque, chaussures de sécurité), définis par convention ou accord, peuvent être fournis par l'ETT. Les intérimaires ne doivent pas supporter leur charge financière (L. 1251-23).

En matière de formation, lorsqu'ils sont affectés à des postes de travail présentant des risques particuliers les salariés temporaires bénéficient d'une formation renforcée à la sécurité. Le financement de ces actions de formation est alors à la charge de l'EU (L. 4142-2). Les salariés doivent également bénéficier d'un accueil et d'une information adaptés dans l'EU (L. 4154-2).

- Suivi de la santé

Les obligations relatives à la médecine du travail sont à la charge de l'ETT. Le suivi médical des salariés est assuré par des services de santé au travail interentreprises (SSTI) faisant l'objet d'un agrément spécifique. Toutefois, lorsque l'activité du salarié nécessite une surveillance médicale renforcée, les obligations correspondantes sont à la charge de l'EU (L. 1251-22).

La demande d'agrément du SSTI pour le suivi des intérimaires doit être accompagnée d'un dossier spécifique. Le service doit constituer un secteur à compétence géographique propre réservé aux intérimaires. Ce secteur n'est pas soumis à l'obligation de créer un centre médical fixe mais doit dans ce cas être rattaché au centre d'un autre secteur du même service. L'affectation d'un médecin du travail à ce secteur ne peut être faite à titre exclusif, sauf dérogation accordée par le Direccte lorsque les caractéristiques particulières du secteur l'exigent.

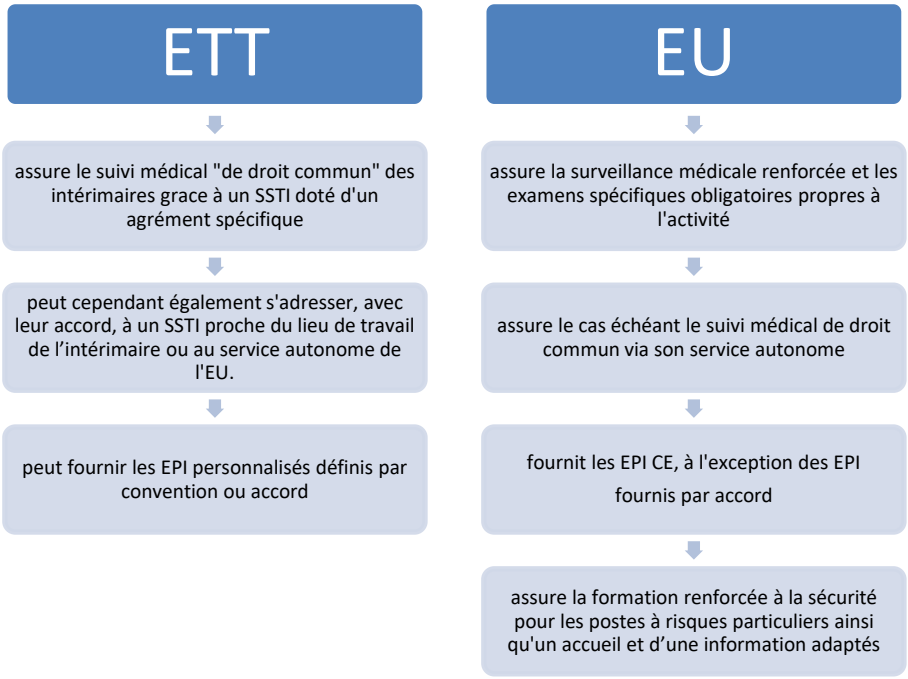
Les conditions dans lesquelles le médecin du travail et les professionnels de santé du SSTI de l'ETT ont accès aux postes de travail des intérimaires sont fixées entre l'EU et l'ETT après avis des médecins du travail intéressés. En pratique, ces dispositions sont exceptionnellement mises en œuvre sauf peut-être dans les grandes entreprises. D'autre part, si des entreprises extérieures intervenantes embauchent des intérimaires le dispositif d'intervention des médecins du travail des TT sur leur milieu de travail est d'une telle complexité et il existe un tel déficit d'informations que le blocage est total.

Les visites de suivi de la santé des intérimaires sont ainsi réalisées par le SSTI de l'ETT. Cette dernière peut cependant également s'adresser, sous réserve de leur accord, à un SSTI proche du lieu de travail de l'intérimaire ou au service autonome de l'entreprise utilisatrice. Dans ce cas, les ETT doivent communiquer au service de santé au travail concerné les coordonnées de leur SSTI habituel afin de

faciliter l'échange d'informations entre les deux services. **Là aussi, ces dispositions sont peu mises en œuvre et par ailleurs, le service de santé autonome de l'entreprise utilisatrice n'a pas accès au serveur utilisé par les SSTI pour intégrer toutes les visites médicales des TT.**

Si l'intérimaire est affecté à un poste à risque, le cas échéant en cours de mission, pour lequel il n'a pas bénéficié du suivi individuel renforcé, l'EU organise un examen médical d'aptitude pour ce poste. Le médecin du travail de l'EU se prononce sur l'aptitude et informe le médecin du travail de l'ETT du résultat de cet examen. Mais là **encore, hormis les grandes entreprises structurées ce dispositif fonctionne peu ou à la marge.**

Schéma 11 : Répartition des tâches entre ETT et EU selon le code du travail



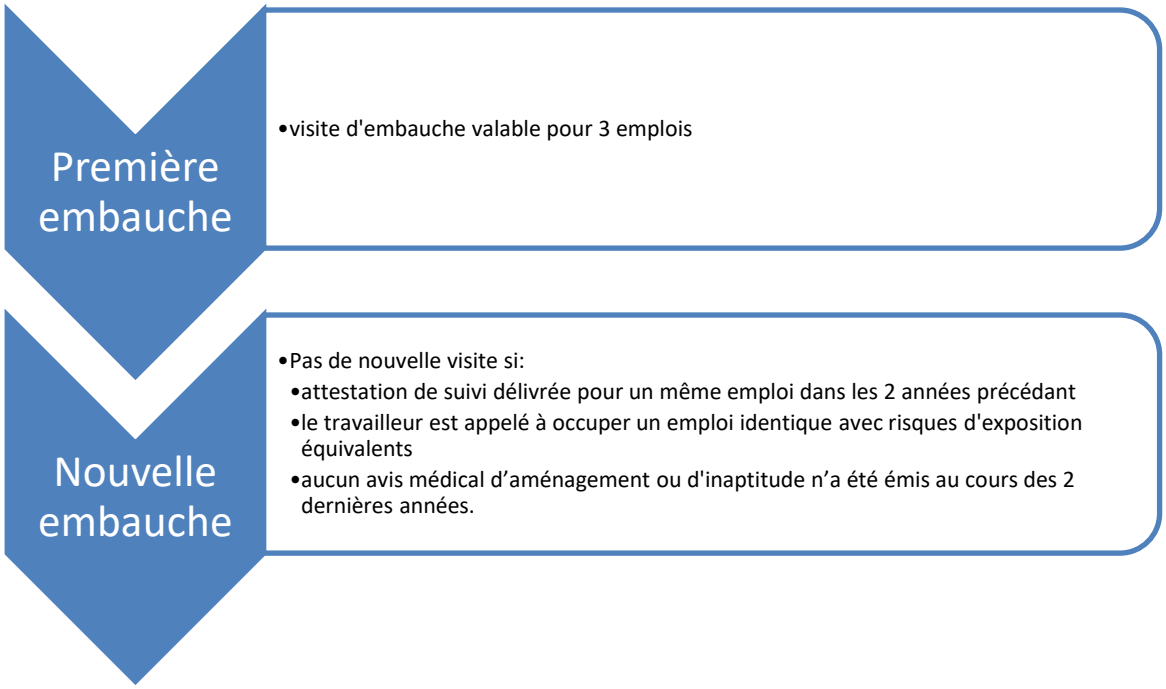
Source : mission

Pour tenir compte des spécificités du régime d'emploi des salariés intérimaires, une des principales originalités de leur suivi tient au fait que les visites de prévention réalisées par le SSTI peuvent être effectuées pour plusieurs ***emplois***, dans la limite de trois **et non pas pour un poste de travail**. En outre, il n'est pas nécessaire de réaliser de nouvelle visite avant une nouvelle mission si le SSTI de l'ETT a connaissance d'une attestation de suivi délivrée pour un même emploi dans les 2 années précédant l'embauche, si le travailleur est appelé à occuper un emploi identique présentant des risques d'exposition équivalents et si aucun avis médical d'aménagement ou d'inaptitude n'a été émis au cours des 2 dernières années. Les mêmes règles s'appliquent aux examens médicaux.

Lorsque le poste pourvu est régi par un décret prévoyant la réalisation d'examens obligatoires (pour certaines professions, certains modes de travail ou certains risques), ces examens sont réalisés par le médecin du travail de l'EU, qui se prononce sur l'aptitude ou l'inaptitude du travailleur

Enfin, le SSTI de l'ETT doit constituer et compléter le dossier médical en santé au travail du salarié intérimaire (articles R. 4625-3 et s).

Schéma 12 : Résumé du suivi de la santé des intérimaires selon le code du travail



Source : mission

➢ Tarification AT/MP

Lorsqu'un travailleur intérimaire est victime d'AT ou d'une MP entraînant une incapacité permanente supérieure ou égale à 10 % ou le décès de la victime, le coût financier est réparti entre l'EU (à hauteur de 1/3) et l'ETT (à hauteur de 2/3). Les autres coûts moyens liés à un AT ou une MP sont à la charge unique de l'ETT. Ce système apparait insuffisamment incitatif.

Tableau 3 : Répartition des coûts entre l'ETT et l'EU

Coûts moyens	Imputation à l'ETT	Imputation à l'EU
Coût moyen incapacité temporaire	100 %	/
Coût moyen incapacité permanente (rentes <à 10 %)	100 %	/
Coût moyen incapacité permanente (rentes > ou égale à 10 % et décès)	2/3	1/3

Source : Cnam

➢ Les dispositifs conventionnels propres à la branche du travail temporaire en matière de SST

○ L'ANI du 24 mars 1990

Les stipulations conventionnelles dont bénéficient les salariés intérimaires en matière de SST s'appuient sur un socle important, constitué par l'ANI du 24 mars 1990, en particulier ses articles 16 à 18. Nombre de ses dispositions ont été reprises par la loi et figurent désormais dans le code du travail.

C'est en particulier l'article 18 qui a prévu que « *pour améliorer la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles dont pourraient être victimes les salariés sous contrat de travail temporaire, la valeur du risque correspondant aux accidents du travail ayant entraîné une incapacité permanente égale ou supérieure à 10 %, ou un décès, est affectée, par les caisses régionales d'assurance maladie, à raison d'un tiers au compte de l'entreprise utilisatrice et de deux tiers au compte de l'entreprise de travail temporaire* ».

L'article 45 de cet accord prévoit en outre d'affecter 0,3 % de la masse salariale des ETT pour répondre à des préoccupations sociales exprimées par les salariés temporaires, à la charge des employeurs. L'utilisation de ces fonds est aujourd'hui portée par le FASS-TT, dont l'objet est de lever les freins périphériques à l'emploi temporaire en sécurisant les parcours de vie et d'emploi des intérimaires (historiquement l'accès au crédit et au logement). Le fonds a par exemple débloqué 298 millions d'euros de prêt en 2018, essentiellement pour l'achat de véhicules et l'accompagnement social des personnes les plus en difficulté. Il couvre également le champ de la protection sociale pour pallier les effets d'emplois fractionnés, discontinus et multi-employeurs. Des droits sont ainsi ouverts sur une base professionnelle (avoir travaillé 151 heures dans la profession) et non un métier ou une branche.

Dans le champ de la prévention le FAS a apporté des fonds complémentaires à hauteur de 30 millions d'euros auxquels s'ajoutent 6 millions d'euros issus des fonds des accords de prévoyance. Dans le champ de la prévention de la désinsertion professionnelle, le dispositif de prévoyance de la branche[39] permet de faire des acomptes sur les indemnités complémentaires dues au salarié. L'organisme de prévoyance alerte en outre le service social de tout arrêt de travail à partir de 30 jours, de sorte à pouvoir prendre contact avec l'intéressé. Un GIE constitué de services sociaux interentreprises permet de disposer d'une cinquantaine d'assistants sociaux ETP.

- La commission paritaire nationale de santé et sécurité au travail (CPNSST)

La branche est dotée 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 par exemple 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.

- La charte de bonnes pratiques du 28 novembre 2007

Le PRISME s'est engagé le 28 novembre 2007 dans une charte des bonnes pratiques des entreprises de travail temporaire pour la prévention des risques professionnels.

- L'accord du 3 mars 2017[40]

En dernier lieu, un accord du 3 mars 2017 relatif à la SST dans le travail temporaire, non étendu à ce jour, consacre son titre II à la prévention des risques professionnels des salariés intérimaires. Il comprend des stipulations sur les compétences des salariés permanents des ETT pour pouvoir gérer la sécurité des intérimaires (référentiel de compétences), sur une expérimentation de formations des salariés intérimaires à la prévention des risques professionnels d'un métier (au-delà de la sensibilisation et de l'information), sur les visites de poste dans l'EU par l'ETT, l'évaluation des risques et l'exposition aux facteurs dits de pénibilité, sur l'entretien professionnel post-exposition.

[39] Un nouvel accord de prévoyance des salariés intérimaires cadres et non cadres a été conclu le 16 novembre 2018

[40] Un premier accord relatif à la santé et à la sécurité au travail a été conclu le 26 septembre 2002, étendu par arrêté du 14 aout 2003. L'accord du 3 mars 2017 l'a abrogé et s'y substitue.

L'accord contient également des dispositions relatives au reclassement des intérimaires suite à un AT/MP d'au moins trente jours. Il expérimente la création d'une visite de reprise au-delà du contrat de travail, c'est-à-dire si l'arrêt de travail se poursuit au-delà de la mission (article 18.1).

Nécessité de réformer et objectifs poursuivis

➢ Sur la tarification AT/MP

Comme rappelé plus haut, le coût des AT est, sauf exception, supporté exclusivement par les ETT. Seuls les accidents graves et mortels des salariés intérimaires font l'objet d'une répartition du coût des AT à hauteur de 2/3 pour l'ETT et 1/3 pour l'EU. Cette répartition n'est pas incitative à la mise en place de mesures de prévention dans les EU.

Prism'emploi considère qu'une répartition du coût de l'ensemble des AT à hauteur de 50/50 entre l'ETT et l'EU serait 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. L'organisation professionnelle indique en outre qu'aujourd'hui certaines EU développeraient des programmes de formations à la sécurité à destination des intérimaires, financées par les ETT, sans mise en place de moyens permettant de s'assurer que les salariés intérimaires ainsi formés seront correctement accueillis et formés/informés au poste de travail. Or toute mesure de prévention des risques organisée en amont est insuffisante en l'absence de mesures de prévention en aval, au poste de travail.

Interpellée par la proposition d'un rééquilibrage qui apparait de bon sens, la mission Lecocq a interrogé la DRP de la CNAM, laquelle a procédé dès 2016 à des simulations sur la base d'une répartition 50-50 pour les sinistres les plus graves (incapacité permanente supérieure ou égale à 10 % ou décès de la victime). Il en ressortait 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. Le rapport Lecocq a donc conclu qu'il était 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* ».

Réinterrogée sur ce point en mai 2019 par la mission, Prism'emploi précise qu'une répartition 50/50 sur les AT graves et mortels un transfert de coûts vers les autres CTN de 56,7 millions d'euros, soit +0,01 % point de cotisation, et une baisse du coût pour l'intérim de 60 millions. Une répartition 50/50 sur tous les AT entrainerait un transfert de 173 millions vers les autres CTN (0,03 % point de cotisations) et une baisse du coût pour l'intérim d'environ 90 millions.

Face aux craintes exprimées par certains acteurs de voir ce transfert opéré au seul profit des ETT sans bénéfice pour la prévention, Prism'emploi s'engage à ce que **les économies résultant de ce nouveau régime soient intégralement « recyclées » au sein de la branche pour financer des actions de prévention, de formation et d'accompagnement de retour à l'emploi après un AT. Elles pourraient être déployées, dans le cadre d'un pilotage paritaire, par les opérateurs de la branche, FASTT et OPCO. Ces actions seraient conçues et mises en œuvre en lien étroit avec les branches utilisatrices**.

Une telle modification nécessiterait une révision de l'article R. 242-6-1 du code de la sécurité sociale, issu d'un décret du 25 juin 1992, pris en application de l'ANI du 24 mars 1994.

➢ Sur le suivi de l'état de santé

- Les blocages pratiques

Tous les acteurs interrogés évoquent les difficultés que pose en pratique le suivi des intérimaires par les services de santé au travail. Beaucoup les attribuent à l'insuffisance de l'effectif des professionnels de santé requis pour répondre aux sollicitations des ETT.

Ce suivi est en fait impacté par les caractéristiques du travail intérimaire. Il doit souvent être organisé dans un laps de temps court afin que la personne à qui est proposée une mission puisse être mis à disposition rapidement. Il est en outre spécifique puisque lié à un ou plusieurs emplois et non à un poste de travail[41].

L'aménagement prévu à l'article R. 4625-8 du code du travail, prévoyant que les ETT ont la possibilité de s'adresser au SSTI proche du lieu de travail du salarié intérimaire ou au service autonome de l'EU, semble en pratique assez peu mis en œuvre et de manière très inégale selon les entreprises et selon les services. Lorsque c'est le cas, la pratique n'est pas toujours formalisée. Dans les entreprises dotées d'un service autonome, outre qu'elle est facultative, le principal frein invoqué semble porter sur le caractère chronophage de cette activité pour le service, au détriment du personnel permanent de l'EU, ce qui emporte de surcroit la désapprobation des IRP de cette dernière. Pour la mission considérant le confort relatif constaté en matière d'effectifs suivis par les médecins du travail des services autonomes (1600 salariés pour jusqu'à 9000 pour les SIST cet argument ne saurait prévaloir. Cela rejoint la question de la ressource médicale que constituent ces médecins du travail et du choc démographique attendu (50 % des médecins du travail actuellement en exercice ont + de 60 ans).

Enfin les infirmier(ère)s des services autonomes ne sont toujours pas intégré (e)s totalement dans le suivi VIP et les visites intermédiaires, ce qui diminuent encore la supposée surcharge de ces médecins du travail des services autonomes.

D'autre part, le dispositif de liaisons médecins SIST, médecins EU ne fonctionne pas bien, la complexité des devoirs respectifs de chacun pour les risques particuliers et l'aptitude, les TT des Entreprises Extérieures font que l'ensemble est inopérant, sauf exceptions.

Encadré 5 : Le point de vue d'ETT interrogées sur les aménagements de l'article R. 4625-8

Sur 8 ETT[42] ayant répondu à un questionnaire adressé par Prism'emploi à la demande de la mission, 5 indiquent avoir recours à cette possibilité mais de manière ponctuelle. S'agissant de SSTI, toutes indiquent avoir essuyé des refus de la part de SSTI ou services professionnels sollicités en raison de la complexité du suivi (pluri-expositions), de l'indisponibilité ou du manque de médecins, du défaut d'adhésion de l'ETT et du manque de places pour les rendez-vous de leurs propres adhérents.

Dans 5 cas sur 8, l'adhésion au SSTI a été demandée[43]. Toutes indiquent en tout état de cause avoir rencontré des difficultés. Des échanges entre le médecin du travail des SSTI et celui de l'ETT ne semblent avoir eu lieu que lorsque le SSTI est commun à l'EU et l'ETT.

S'agissant de services autonomes, 4 ETT sur 8 ont eu un accord de ce dernier lorsqu'elles l'ont sollicité et 3 d'entre elles ont signé une convention à cet effet avec l'EU[44]. Les ETT signalent néanmoins avoir rencontré des difficultés liées au nombre insuffisant de médecins[45]. Dans 4 cas sur 8, les avis délivrés portaient sur un poste de travail et non sur un emploi, ce qui restreint pour elles la portée de la visite.

A la question de savoir si le recours à la médecine de ville pourrait apporter une solution à la pénurie de médecins du travail, certaines ETT répondent par l'affirmative dans les zones où existe une bonne couverture médicale et pour les intérimaires

[41] Selon les données de Prism'emploi, 1M de travailleurs temporaires réalisent moins de 150 heures par an (500 000 moins de 50 heures) ; la moyenne est à 450 heures.
[42] Adecco, Antalys, Axxis ressources, Bati pro, Manpower, Randstad, Select T, Start people
[43] Toutes les ETT indiquent avoir été facturées par le SSTI sur la base d'un forfait à la visite d'un montant variant entre 55 et 100 euros.
[44] Facturation moyenne à 80 euros par visite.
[45] Une des particularités des services autonomes est de délivrer des premiers soins, ce qui occupe une part importante de leur activité. Une grande entreprise (en dehors des 8 ayant répondu au questionnaire) nous a signalé que les intérimaires représentaient 40 % de leur activité de soins.

éloignés du SSTI de l'ETT. Celles qui répondent par la négative invoquent le manque d'information du généraliste sur les situations de travail, le manque de compétences pour se prononcer sur un emploi ou poste, la méconnaissance du régime d'inaptitude, le manque de disponibilité et les difficultés de suivi médical en cas d'exposition à des produits dangereux.

Enfin, parmi les suggestions formulées pour améliorer le suivi de la santé des intérimaires, les répondants citent la mise en place d'une carte « santé au travail » qui regrouperait tous les suivis (VIP/SIR) et les examens spécifiques Mission, à partir des réponses au questionnaire adressé par Prism'emploi à la demande de la mission

Prism'emploi souligne que pour un certain nombre de missions (non quantifié), l'absence de VIP ou de SIR est un obstacle à la mise à disposition, l'EU en faisant souvent un préalable, en particulier dans des secteurs à risques (industrie, bâtiment…). Toujours selon cette organisation, le décret du 27 décembre 2016 n'a pas amélioré le suivi des salariés intérimaires et l'aurait même complexifié en faisant peser sur les services de santé au travail des ETT le suivi des emplois à risques alors qu'auparavant ce qui relevait de l'exposition à des risques particuliers était de la responsabilité unique du médecin de l'EU**. La rédaction du décret comporterait en effet des ambiguïtés conduisant les EU à transférer au SST des ETT la totalité du suivi médical des intérimaires, se déresponsabilisant ainsi vis à vis des situations à risques.**

Toujours selon Prism'emploi, certaines EU dotées d'un service autonome ne veulent plus assurer le suivi de la santé des intérimaires au motif que l'article R. 4625-12 renvoie à la sous-section 2 et donc aussi au III de l'article R. 4624-23 qui autorise un suivi de postes à risques par le médecin du travail de l'ETT. Ces EU considèrent que le médecin du SSTI de l'ETT est désormais fondé à suivre les salariés intérimaires exposés à des risques propres à l'EU, donc en dehors de la liste des emplois à risques mentionnés à l'article R. 4624-23. Ces EU renverraient ainsi les ETT vers leurs SST interentreprises, lesquels sont déjà surchargés.

Ce désengagement des EU à l'égard de leurs intérimaires est fâcheux, la charge des effectifs des services autonomes étant (sauf retour contraire de la Direction Générale du Travail dont la mission attend les statistiques d'activité des services autonomes) très inférieure à celle des SSSTI. Les services de santé autonomes maitrisent la connaissance des risques des TT contrairement aux SSSTI.

Les Services de Santé autonomes doivent pouvoir avoir accès au serveur central national de suivi des travailleurs temporaires En effet, les intérimaires ne devant pas pourvoir des emplois liés à l'activité normale et permanente de l'EU, ils doivent pouvoir être affectés dans d'autres entreprises pour d'autres emplois et n'ont donc pas vocation à être suivis exclusivement par le service autonome d'un utilisateur dont le suivi ne sera valable que pour l'EU considérée.

Les salariés temporaires en arrêt de travail longue durée et/ou en risque de désinsertion professionnelle ne bénéficient pas du dispositif de visite de pré reprise du fait de l'absence de contrat de mission en cours le plus souvent.

En conséquence aucune mesure préalable au retour à l'activité ne peut être lancée. L'accord de branche du 03 mars 2017 prévoit cependant la prise en charge d'une visite de préparation de retour à l'emploi prise en charge par le FASTT mais seulement en cas d'AT/MP. La mesure peine à être déclinée faute de connaissance de la mesure par les services de santé au travail et de cadre réglementaire

- Les freins culturels

Enfin, les blocages pratiques rencontrés avec les EU semblent renforcés par des freins culturels encore très ancrés. Le premier d'entre eux est lié à la sécurité juridique attribuée par les employeurs à l'existence de la visite médicale préalable. Beaucoup d'entre eux redoutent les conséquences d'une absente de visite en termes de responsabilité. Dans le BTP par exemple, des employeurs demandent expressément un avis écrit mentionnant : « *peut travailler en hauteur* » ce à quoi les médecins du travail s'opposent à juste titre. **Cette exigence ne repose en réalité sur aucune obligation réglementaire** : le travail en hauteur n'est un qu'une situation de travail et un danger parmi d'autres.

Elle repose aussi sur une dérive : faire de la prévention médicale **plutôt que de la prévention technique collective** Cette recherche d'assurance juridique quant à la capacité de la personne à travailler dans un environnement à risques percute la croissance des demandes d'emploi dans le bâtiment. Elle conduit, soit l'ETT à attendre la visite et à renoncer à proposer l'emploi, soit l'EU elle-même à exiger d'avoir un salarié avec visite préalable. Cet écueil est semble-t-il aggravé lorsque l'EU, notamment dans le BTP et la logistique, sous-traite à des plateformes externes jouant un rôle de gendarme économique, la gestion juridique de l'intérim pour la récupération des documents administratifs requis par la réglementation : titres de séjour, attestations de formation Caces, attestation de VIP…).

La règlementation (articles D. 4625-19 et 20 du code du travail) entretient des confusions entre le concept **d'emploi** et celui **de poste** des travailleurs temporaires puisqu'elle oblige les entreprises utilisatrices à transmettre des informations sur les spécificités **du poste** objet du contrat de mission. Cela conduit à l'absence de délivrance d'attestations si la fiche de liaison résumant les informations exigées par les articles précités n'est pas transmise. Les ETT se refusent pour leur part à mentionner des expositions professionnelles qu'elles ne connaissent pas par avance puisqu'elles raisonnent à l'inverse par emplois et non par poste. Cette fiche de liaison est exigée pour la visite d'embauche à 3 emplois et non à un poste. Elle ne concerne d'ailleurs que la première mission et non les suivantes qui peuvent être nombreuses pendant les 2 années de validité de la Visite d'information et de prévention ou d'aptitude. Ces informations mentionnées aux articles D. 4625-19 et 20 sont requises pour chaque nouvelle mission et ne sont en réalité pratiquement jamais communiquées aux services de santé au travail entre deux avis (2 ans).

- Les solutions possibles

Les difficultés, voire dysfonctionnements précités peuvent avoir deux types d'effets indésirables :

- Une absence de suivi effectif du salarié intérimaire en raison d'obstacles pratiques ;
- Une redondance non pertinente de suivi en raison d'une accumulation de visites pour des missions successives similaires.

1° Une première mesure consisterait à clarifier les responsabilités incombant respectivement à l'ETT et l'EU. Il s'agirait de réaffirmer en premier lieu que l'ETT doit garantir la mise à disposition de professionnels suivis, formés et sensibilisés aux risques génériques des emplois pour lesquels ils recrutent, tandis que l'EU doit se centrer sur la prise en charge du suivi découlant des caractéristiques particulières du poste ou des postes auxquels sont affectés les intéressés. En cas d'existence d'un service de santé autonome ce dernier assure les visites d'embauche ou périodiques des TT et transmet les avis au serveur central commun.

- **Les dispositions légales en la matière doivent être exemptes de toute ambiguïté quant au partage des obligations respectives et modifiées au besoin en conséquence (articles R. 4625-8, R. 4625-12, R. 4624-23 du code du travail).**

2° Il appartiendra à la branche du travail temporaire de se structurer pour améliorer et fluidifier, pour la part qui lui incombe, les modalités de prise en charge du suivi général de la santé des intérimaires. Il s'agira en particulier d'imaginer **un dispositif centralisé permettant un suivi de la santé du travailleur, quels que soient l'agence, les services et les EU dans** lesquels il évolue. L'accord de branche sur la santé au travail du 3 mars 2017 prévoit l'engagement d'une réflexion pour

la mise en place d'un service de santé de branche, à l'instar de ce qui existe pour les intermittents du spectacle ou pour les employeurs particuliers[46].

3° Cette réflexion de la branche pourrait être initiatrice d'un serveur centralisé de collecte des VIP et SIR des salariés intérimaires au niveau de la branche. A l'instar de ce qui existe pour les intermittents du spectacle, un organisme porté par la branche pourrait être en contact avec tous les services de santé y compris les services de santé autonomes (la structure régionale dans l'hypothèse du *schéma Lecocq*) afin de compiler les suivis réalisés sur tout le territoire et les rendre accessibles à toutes les ETT. Ce serveur national ne contiendrait aucune information de nature médicale mais uniquement des données permettant de retracer le parcours des intéressés[47].

- **Pour la mise en place du serveur national, une intervention législative serait nécessaire pour pouvoir utiliser les NIR, contourner les problèmes d'homonymie et éviter les redondances de suivi.**

4° La validité de la Visite d'information et de prévention ou d'aptitude n'est en pratique que de 2 ans au plus du fait de l'encadrement dans la durée des contrats de mission (article R4625-11 du code du travail) alors que les expositions professionnelles inhérents aux emplois ne varient pas sauf exception (différentes sources – les fiches FAST du GNMST BTP, les fiches médico professionnelles de PRESANCE , les fiches du site BOSSONS FUTES , renseignent les expositions professionnelles types par emploi).

La logique de l'emploi et non de poste des travailleurs temporaires devrait permettre d'élargir la validité des VIP et SIR avec visites intermédiaires.

➢ Elargir à 5 ans la validité de la visite d'embauche ou périodique pour les emplois soumis à Visites d'information et de prévention et à 4 ans avec visites intermédiaires pour les emplois à risques particuliers.

5° Introduction de la visite de préparation de retour à l'emploi des travailleurs temporaires dans le code du travail (modification des articles R4624-29 et 30 du code du travail).

Impact des mesures envisagées

➢ **Sur la tarification AT/MP**

Une répartition 50/50 du coût de tous les AT/MP (et pas seulement les plus graves) aurait pour effet de faire apparaitre tous les AT sur le compte employeur de l'EU, permettrait leur visibilité au niveau de l'EU et un développement d'actions de prévention en direction des intérimaires, en particulier chez les plus gros utilisateurs. Elle constituerait 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.

Le transfert d'une partie de la charge des cotisations vers les EU serait certes de peu d'effet sur les charges de ces dernières. Il pourrait à ce titre être considéré comme trop peu incitatif. Toutefois l'engagement de Prism'emploi de sanctuariser les montants ainsi libérés pour les ETT afin de les

[46] Cf. accord 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 des salariés des employeurs particuliers
[47] Le projet de décret de 2016 sur la médecine du travail prévoyait la mise en place d'un serveur national de collecte des aptitudes médicales des intérimaires et des CDD. Pour des raisons apparemment liées à la protection des données, cette disposition n'a pas vu le jour. Pourtant, elle a déjà figuré pour les intérimaires dans les textes réglementaires antérieurs et les SSTI avaient alors le choix d'organiser cette centralisation des informations au niveau régional ou départemental.

flécher sur des actions de prévention pilotées dans un cadre paritaire (environ 90M d'euros), permet de dégager des ressources importantes pour la prévention et d'espérer enregistrer une amélioration sensible de la prise en charge des intérimaires (actions d'information, de sensibilisation, de formation, de prévention de la désinsertion professionnelle) et donc une baisse objectivable de la sinistralité.

➢ **Sur le suivi de la santé**

Plusieurs mesures sont envisagées :

- La clarification et la généralisation de l'obligation pour les EU de prendre en charge les obligations découlant de l'affectation des intérimaires sur des postes présentant des risques particuliers ;
- Créer un serveur central national collectant le suivi médical des travailleurs temporaires auquel tous les services de santé (interentreprises et autonomes) auront accès
- Renforcer l'implication des services autonomes dans le suivi des intérimaires et leur permettre d'alimenter les serveurs de visite (intégration dans les seuils pour créer ou maintenir un service de santé autonome) ;
- Aligner la périodicité des visites médicales des travailleurs temporaires sur celle du « régime général des travailleurs en CDI : jusqu'à 4 ans pour le suivi individuel renforcé avec visites intermédiaires et 5 ans pour le suivi individuel général ;
- Introduction de la visite de préparation de retour à l'emploi des travailleurs temporaires dans le code du travail (modification des articles R4624-29 et 30 du code du travail).

La conjonction de ces mesures doit permettre :

- D'instaurer un dispositif de suivi de la santé enfin en phase avec les spécificités de l'emploi temporaire (multi-emplois/multi-entreprises/multi agences/ multi-contrats) ;
- De sécuriser le suivi effectif des intérimaires tout en mettant fin aux redondances de visites inutiles ;
- De faire face au volume des besoins en fluidifiant les visites ;
- De renforcer le temps consacré aux actions de prévention spécifiquement dirigées vers les intérimaires par le dégagement de ressources fléchées ;
- D'améliorer la prévention de la désinsertion professionnelle des travailleurs temporaires.

NOTE ARGUMENTAIRE N°5 : (SIMPLIFICATION) DOCUMENT UNIQUE D'EVALUATION DES RISQUES (DUER)

Enjeux

Le principe de l'évaluation préalable des risques est un des apports majeurs de la directive cadre du 12 juin 1989 sur la santé et la sécurité des travailleurs, transposé dans le code du travail par une loi du 31 décembre 1991.

Restée toutefois sans suite dans les pratiques des entreprises durant la décennie qui a suivi, la France a entendu renforcer la portée pratique de cette obligation en introduisant par un décret du 5 novembre 2001 la formalisation des résultats de cette évaluation dans un document censé rassembler toutes les informations relatives aux risques encourus et identifiés dans l'entreprise, appelé document unique d'évaluation des risques (DUER) communément désigné sous l'appellation « DU ».

Au-delà de l'obligation administrative, le DU a vocation à servir d'outil de pilotage pour la définition de priorités et l'adoption d'un plan d'actions de nature à éliminer ou diminuer les risques. Son élaboration est en outre est moyen de créer un dialogue sur les risques et les conditions de travail dans l'entreprise. Il doit concourir au développement d'une culture de prévention conformément aux objectifs du 3ème plan santé au travail 2016-2020 (PST3).

A cet effet, la toute première action du premier objectif opérationnel du PST3 prévoit « *d'accompagner les démarches d'évaluation des risques et de planification de la prévention, notamment dans les PME-TPE* », notamment « *en assurant un meilleur maillage entre fiche d'entreprise, DUER et plan annuel de prévention* ».

En pratique, force est de constater que le DUER est majoritairement vécu comme une formalité administrative contraignante, en particulier dans les plus petites entreprises. Il est encore inexistant dans de nombreuses entreprises. Là où il existe, il n'est souvent pas mis à jour ou insuffisamment utilisé comme un support opérationnel pour conduire des actions de prévention.

Or, l'utilité de l'évaluation des risques n'est nullement remise en cause et constitue la pierre angulaire de toute démarche de prévention.

Il y a donc lieu d'explorer les pistes et les conditions dans lesquelles il est possible de conférer toute sa portée utile à l'évaluation des risques, en vue de réduire la sinistralité et de promouvoir la santé dans les organisations de travail, au profit de la performance globale dans l'entreprise.

Diagnostic de la situation actuelle

➢ Evaluer les risques : un concept issu du droit européen dont les conditions de mise en œuvre sont étroitement surveillées par la jurisprudence européenne

La **Directive 89/391/CEE** du Conseil, du 12 juin 1989, concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail prévoit notamment que **:**

- *L'employeur évalue les risques pour la santé et la sécurité des travailleurs (art. 6-2, art 6-3) ;*

- *A la suite de cette évaluation, il met en œuvre les activités de prévention ainsi que les méthodes de travail et de production garantissant le meilleur niveau de protection de la sécurité et de la santé des travailleurs (art 6-3)*
- ***L'employeur dispose des résultats de l'évaluation des risques**, accessibles aux travailleurs ayant des compétences spécifiques en matière de sécurité et santé au travail (art 9-1)*

Il s'ensuit que l'évaluation des risques doit être tracée et que l'absence de tout documentation est analysée par le juge européen comme un manquement aux obligations qui lui incombent. Ainsi, dans un arrêt CJCE Commission c. /RFA (7/02/2002), la Cour a jugé qu' *« en n'assurant pas que l'obligation de disposer d'une évaluation des risques pour la sécurité et la santé au travail sous la forme de documents, prévue par la directive, s'applique en toutes circonstances pour les employeurs de dix travailleurs ou moins, la RFA a manqué aux obligations qui lui incombent en vertu des articles 9-1 a) et 10-3 a) ».*

En l'espèce, la réglementation allemande prévoyait que - *« l'employeur doit, au moyen d'une évaluation des risques liés au travail auxquels sont exposés les employés, déterminer les mesures nécessaires pour assurer la protection de ceux-ci » ; l'employeur doit disposer des documents nécessaires […] indiquant le résultat de l'évaluation des risques […]. Sauf disposition contraire prévue par une autre réglementation, la première* phrase ne s'applique pas aux employeurs de dix travailleurs ou moins » ;

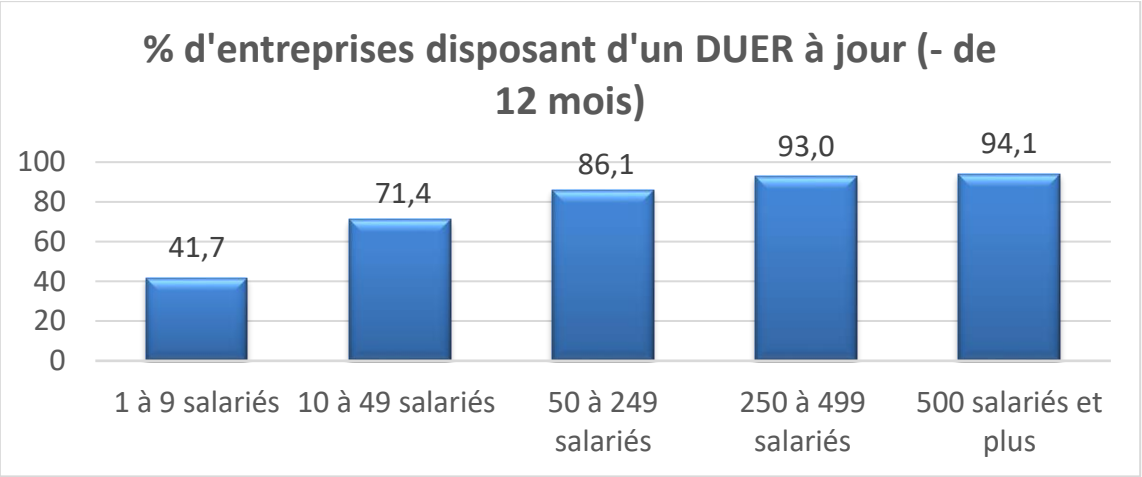
➢ **Une obligation transposée en droit français, très diversement appliquée, en particulier dans les TPE**

Le France a transposé le principe d'évaluation des risques dans le doit interne avec la loi n° 91-1414 du 31 décembre 1991, codifiée aux articles L. 4121-1 et suivants du code du travail. La formalisation des résultats de l'évaluation des risques dans le Document Unique d'Evaluation des Risques (DUER) a été introduite par le décret n° 2001-1016 du 5 novembre 2001, codifié aux articles R. 4121-1 et suivants. Cette obligation s'impose sans distinction dans toutes les entreprises, dès lors qu'elles emploient au moins un salarié.

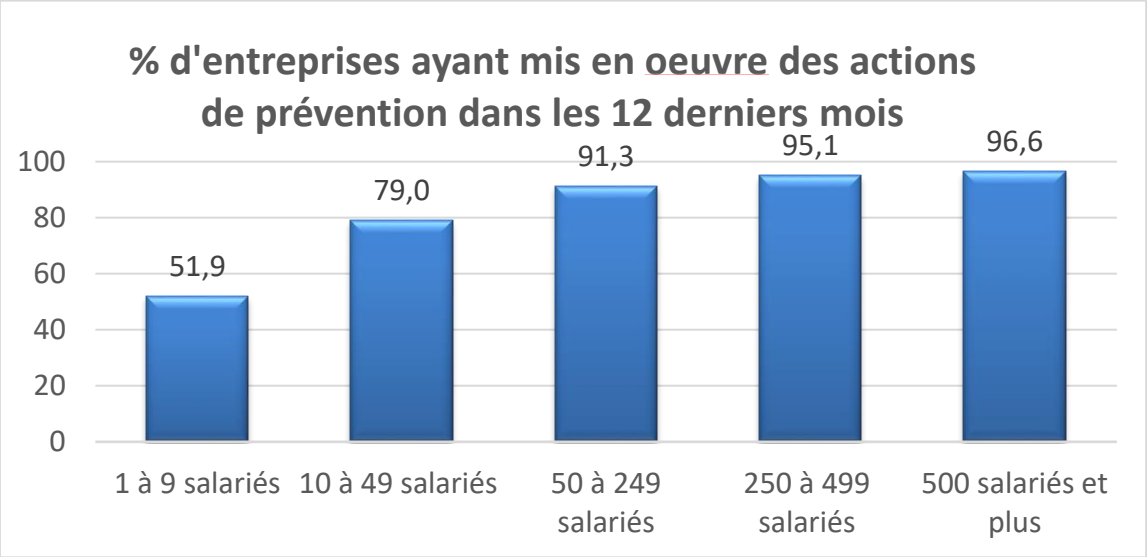
Selon les données issues de la DARES, seulement 46 % des employeurs ont élaboré ou mis à jour un DUER, pourtant obligatoire pour toutes les entreprises depuis 2001. L'obligation est respectée à plus de 94 % dans les entreprises de 500 salariés et plus mais tombe à 41,7 % dans les entreprises de 1 à 9 salariés. Les TPE[48] ont manifestement le plus de difficultés à répondre à l'obligation.

Par ailleurs, 57 % des employeurs ont mis en œuvre des mesures de prévention dans les 12 derniers mois, ces mesures n'ayant pas toujours fait suite à une démarche formalisée d'évaluation des risques pour la santé et la sécurité de leurs salariés.

[48] 96 % des entreprises ont – de 10 salariés Données INSEE 2017



Source : Analyse, enquête Conditions de travail 2013, volet employeurs



Source : Analyse, enquête Conditions de travail 2013, volet employeurs

➤ Une obligation peu encadrée sur le plan règlementaire

Si l'évaluation des risques est obligatoirement transcrite dans un DUER, il n'existe pas pour autant de format ni de méthode imposés par la réglementation. Il en résulte une grande liberté et une grande souplesse pour les entreprises, qui peuvent adapter leur réponse à leur effectif et à leurs risques.

En pratique, les supports présentent une très grande hétérogénéité selon les entreprises, pouvant aller de « 1 à 3000 pages », reposer sur l'utilisation de logiciels plus ou moins sophistiqués, des méthodes plus ou moins élaborées et ne comportant pas nécessairement d'actions en regard des différents risques identifiés, la règlementation n'exigeant pas que le DUER soit systématiquement assorti d'engagements formalisés d'actions de prévention à entreprendre.

Toutefois, cette liberté présente également des inconvénients. D'une part elle peut donner lieu à des documents reposant sur des méthodes peu rigoureuses et reflétant très partiellement la réalité des risques encourus. D'autre part, et à l'inverse, elle ne sécurise pas l'employeur dont la qualité du DUER peut toujours être mise en cause.

- **L'obligation de formaliser des plans d'actions découlant du DUER n'existe que pour les entreprises de + 50 salariés dans le cadre de la consultation du CSE**

Un des paradoxes et une limite évidente du DUER est qu'alors même que sa finalité est de déboucher sur un plan d'actions de prévention, il n'existe pas d'obligation de formaliser un tel plan pour les TPE et PME de - de 50 salariés.

Seul l'article L. 2312-27 du code du travail prévoit que, dans le cadre de la consultation sur la politique sociale, l'employeur présente au comité social et économique (CSE) : « *Un programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail. Ce programme fixe la liste détaillée des mesures devant être prises au cours de l'année à venir qui comprennent les mesures de prévention des effets de l'exposition aux facteurs de risques professionnels mentionnés à l'article L. 4161-1, ainsi que, pour chaque mesure, ses conditions d'exécution et l'estimation de son coût* ».

L'obligation ne porte donc que sur les entreprises de 50 salariés au moins et à conditions qu'elles soient dotées d'un CSE. Elle ne porte en outre que sur les actions de l'année à venir et ne s'inscrit pas dans une planification de long terme.

Il s'ensuit que dans la majorité des cas, le DUER ne débouche pas sur une démarche de prévention et d'amélioration des conditions de travail, ce qui illustre la perception qu'en ont les employeurs d'une simple obligation « administrative ».

- **Des marges de manœuvre autorisées par la directive cadre**

L'article 9 de la directive de 1989 précitée, tout en rendant l'existence de documents obligatoire, prévoit dans son paragraphe 2 que les Etats membres « *définissent, compte tenu de la nature des activités et de la taille des entreprises, les obligations auxquelles doivent satisfaire les différentes catégories d'entreprises, concernant l'établissement des documents prévus au paragraphe 1 (…)* ».

Il s'ensuit que si l'évaluation des risques doit toujours être documentée, elle peut l'être de manière différenciée selon la taille et l'activité de l'entreprise.

Nécessité de réformer et objectifs poursuivis

La première action du premier objectif opérationnel du PST3, rappelée ci-dessus, porte sur l'accompagnement des entreprises pour l'évaluation des risques. L'amélioration de cet accompagnement ne passe pas nécessairement par des modifications législatives. De très nombreuses initiatives ont déjà été prises en vue d'aider les entreprises à réaliser leur DUER, en provenance des branches professionnelles ou des organismes de prévention (INRS, Anact, OPPBTP, Direccte, Carsat, services de santé...).

Toutefois, les difficultés récurrentes pour généraliser une démarche instaurée depuis bientôt trente ans, le niveau relativement faible de satisfaction de l'obligation et le faible usage du DUER lorsqu'il existe, doivent interroger sur la pertinence des outils utilisés jusqu'à présent et sur les moyens qui permettraient d'en faire un véritable outil de pilotage de la prévention.

Cet objectif doit donc être mis en regard de l'objectif opérationnel 9 : « *mettre en place un environnement normatif plus simple et plus accessible, au bénéfice d'une plus grande effectivité de la prévention* » et de l'action 3.9 visant à « *renforcer la performance de la réglementation, notamment en termes d'appropriation effective des PME-TPE* ».

A cet effet, le rapport Lecocq a formulé dans sa 13ème recommandation plusieurs préconisations :

- *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 (PPR), qui intégrera les éléments d'évaluation des risques se substituant ainsi au 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*

Ces préconisations sont développées ci-après.

➤ Limiter la formalisation de l'évaluation aux risques majeurs dans les plus petites entreprises et mettre en place des plans pluriannuels de prévention (ppp)

- Accepter une logique de priorisation en contrepartie d'un engagement à produire un plan d'action :

  La première préconisation du rapport Lecocq porte sur la limitation de la formalisation des risques aux risques majeurs dans les plus petites entreprises. Il convient de préciser d'emblée qu'il ne s'agit pas de dispenser l'employeur d'évaluer tous les risques qu'il identifie dans le cadre de son activité. Dès lors qu'un risque existe, il doit être évalué, puisque c'est le seul moyen de conclure le cas échéant à l'existence d'un risque faible ou maitrisé. Ceci est clairement affirmé par l'arrêt CJCE Commission c. /Italie (15/11/2001), aux termes duquel : « *en n'ayant pas prescrit que l'employeur doit évaluer tous les risques pour la santé et la sécurité sur le lieu de travail (…), la République italienne a manqué aux obligations qui lui incombent en vertu des articles 6-3 a)…* ». En l'espèce, la réglementation italienne prévoyait que : « *l'employeur évalue, dans le choix des équipements de travail, des substances ou préparations chimiques, ainsi que dans l'aménagement des lieux de travail, les risques pour la sécurité et la santé des travailleurs […]* », tandis que la directive prévoit que « *l'employeur doit […] évaluer les risques pour la sécurité et la santé des travailleurs,* ***y compris*** *dans le choix des équipements de travail, des substances ou préparations chimiques, et dans l'aménagement des lieux de travail.* » (art. 6-3 a)). La suppression des mots : « *y compris* » avait pour effet de restreindre le champ de l'évaluation des risques. Il faut donc comprendre cet arrêt comme n'autorisant pas l'employeur à écarter *a priori* certains risques, ce qui n'interdit pas en revanche, une fois l'exercice réalisé, de n'obliger à retranscrire dans le DUER que les principaux risques identifiés (les plus importants en fréquence et en gravité). Cet allègement pourrait être réservé aux entreprises de faible effectif ou présentant habituellement moins de risques que certains autres secteurs d'activité. Elles pourraient être accompagnées par leur branche et être tenues en contrepartie de s'engager :

  - A suivre une formation à la démarche générale de prévention permettant aux dirigeants de s'approprier les principes généraux de prévention et de savoir identifier et traiter les situations à risques lorsqu'elles se présentent, sans autre obligation de formalisation (1 jour maxi)[49] ;

[49] Exemple : Un salarié d'un salon de coiffure se rend une fois par mois au bureau de poste situé à 3km en empruntant la voiture de société, uniquement conduite par le chef d'entreprise le reste du temps. Le risque routier peut être considéré comme faible compte tenu de la faible fréquence d'exposition au risque (1 fois par mois) et de la faible distance à parcourir (3 Km), comparativement à d'autres risques plus importants spécifiques à la coiffure (TMS, allergies aux produits…). L'employeur doit évaluer tous les risques et prévoir des mesures en conséquence (il serait formé pour : culture de prévention) mais ne serait tenu de déposer ou adhérer à un plan d'action que pour les « risques du métier ».

- A déposer un plan d'action ou adhérer à un plan pluriannuel (quinquennal) de branche, intégrant l'évaluation des facteurs de risque les plus importants dans le secteur, assorti d'objectifs concrets et vérifiables.

Cette solution permet d'adapter l'obligation d'évaluation des risques à la taille et à l'activité des entreprises, en limitant l'obligation de transcription formelle du résultat de l'évaluation aux seuls risques les plus importants, tout en outillant l'employeur pour faire face à l'évaluation de tous les autres risques et en l'obligeant à s'engager sur des réalisations concrètes inscrites au plan de branche. A défaut, l'employeur serait tenu d'appliquer à titre supplétif le régime de droit commun (conciliation des paragraphes 1 et 2 de l'article 9 de la directive de 1989 précitée).

Sur le plan législatif et réglementaire ceci reviendrait à :

Inscrire dans la loi l'obligation d'élaborer ou adhérer à un plan d'action pluriannuel de prévention (3P), issu de l'évaluation des risques, assorti d'objectifs concrets de réalisation et d'indicateurs vérifiables :

- Un plan individuel pour les entreprises de plus de cinquante salariés ou présentant des risques particuliers (DUER et PA fondus en un seul document/ suppression du programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail)
- Une adhésion volontaire à un plan d'action de branche pour les entreprises de moins de 50 avec un DUER collectif portant sur les principaux risques du métier (exemple : les cinq principaux risques des garages automobiles) et la réalisation d'actions concrètes inscrites dans le plan d'action de branche (captage des fumées d'échappement, etc.) **+** engagement de l'employeur, en contrepartie, de suivi d'une formation à la démarche générale de prévention pour l'évaluation au fil de l'eau des autres risques, sans obligation de formalisation dans le DUER (formalisation allégée, engagement plus fort). L'employeur qui n'adhère pas au plan de branche reste soumis à titre supplétif au régime de droit commun. Les plans de branche sont une opportunité de dialogue social dans la branche. Ils peuvent donner lieu à des accords (type entreprises de déménagement) ou à des documents unilatéraux concertés dans des instances de branche paritaire et validés par France Santé Travail.

Voir l'opportunité de créer une incitation juridique par l'instauration d'une présomption de bonne foi à la réalisation de l'obligation d'évaluation des risques (mais pas d'appréciation sur la pertinence de son contenu, qui, lui, devrait toujours faire l'objet d'un contrôle) pour les employeurs ayant adhéré à un plan d'action de branche et ayant participé à une action de sensibilisation à la démarche de prévention. (Exclusion de la faute inexcusable ?).

➢ Faire accompagner les entreprises pour l'élaboration de leur plan de prévention par les structures régionales et supprimer en conséquence la fiche d'entreprise

- Rôle renforcé des branches et appui des préventeurs pour l'élaboration de référentiels

Au plan national, les plans d'action de branche seraient soit négociés, soit concertés au sein d'instances de branche paritaires. En cas de plan d'action concerté ne donnant pas lieu à accord, le plan de branche pourrait être validé par France Santé Travail. FST serait en tout état de cause en appui aux branches. Celles-ci pourraient en particulier développer des logiciels par secteur d'activité, autoportants, guidant l'employeur sur les risques principaux qu'il va invariablement rencontrer et ceux qu'il pourrait être amené à rencontrer selon les conditions de son entreprise (possibilité d'établir un DUER de façon automatisée ; L'employeur évalue lui-même l'ensemble des risques mais la tâche lui est facilitée grâce à un accompagnement pas-à-pas dématérialisé)

Au plan local, la structure régionale (volet « ingénierie de prévention » dans l'hypothèse du scénario Lecocq) ou le SSTI (socle de service minimal des SSTI dans l'hypothèse de leur maintien), serait en appui des initiatives sectorielles territoriales ou en accompagnement de démarches individuelles pour l'élaboration de plans d'action. Dans les deux cas, se pose la question du sort à réserver aux fiches d'entreprise réalisées par le médecin du travail (Cf. infra).

Le référentiel développé par la branche obéit à une logique désormais connue et développée pour les groupements d'employeurs et les grands groupes (ex : LIDL) consistant à produire une analyse générique des risques communs à un secteur d'activité. L'employeur serait déchargé d'une partie de la formalisation de l'évaluation des risques. Il faudrait toutefois prévoir dans la loi qu'il reste responsable de sa déclinaison dans son entreprise, afin de réduire le risque juridique de non-conformité à la directive.

- Accompagnement sur la durée

  La volonté d'accompagner les entreprises sur la durée pourrait passer par la création d'un espace dématérialisé (guichet unique dédié et dématérialisé) comprenant :

  - Des liens vers l'ensemble des acteurs de la prévention ;
  - Un accès à l'ensemble des informations de prévention ;
  - Un accès direct aux outils d'aide à l'EvR ;
  - Une plateforme d'échanges avec les préventeurs et les autres entreprises du secteur (messagerie, forum…) ;
  - Une plateforme d'échange pour le suivi de l'état de santé (déclaration des salariés, vision de l'effectif et des suivis) ;
  - Un dépôt et archivage de documents (DUER et plans d'actions, Rapports de vérifications, contrôles…).

➢ Passer de la fiche d'entreprise au diagnostic « santé/travail »

Aux termes des articles R. 4624-46 et suivants du code du travail, le médecin du travail ou, dans les services de santé au travail interentreprises, l'équipe pluridisciplinaire, doit établir et mettre à jour pour chaque entreprise, une fiche d'entreprise (FE) sur laquelle figurent, notamment, les risques professionnels et les effectifs de salariés qui y sont exposés. La FE doit être établie dans l'année qui suit l'adhésion de l'entreprise au SSTI, transmise à l'employeur et présentée au CHSCT. Le modèle de cette fiche est fixé par un arrêté du 29 mai 1989, jamais révisé et très largement obsolète[50].

Il est aujourd'hui très difficile d'avoir une vision objective du taux de réalisation des FE, de leur qualité et de leur utilisation effective. Les systèmes d'informations des SSTI diffèrent d'un service à l'autre et les plus anciens ne permettent pas la saisie de cet indicateur. On note au passage qu'alors même que l'obligation faite au médecin de réaliser la FE est du même ordre que celle de réaliser le suivi de l'état de santé des salariés, cette obligation n'est pas du tout sanctionnée de la même façon : aucun employeur ni aucun SSTI ne s'est jamais vu condamner pour n'avoir pas réalisé (ou fait réaliser) la FE. Par conséquent, la pression est très faible sur ce sujet, les directions de SSTI n'ayant jusqu'à une époque récente pas cherché à s'intéresser à cet indicateur, pourtant représentatif de l'investissement du SSTI en matière d'actions en milieu de travail et de conseil à l'entreprise. Un regain d'intérêt pour la FE s'est toutefois fait jour depuis 2016 et a conduit à un meilleur rendement

[50] Il est fondé par exemple sur une approche par les risques dans chaque atelier, sans prise en compte du cumul des expositions dans l'espace et dans le temps et amène le SSTI à se prononcer sur l'efficacité des protections mises en œuvre alors qu'il n'a pas les éléments pour en juger (port des EPI, efficacité des captages…)

des FE avec l'obligation introduite à l'article R. 4624-42 du code du travail de mentionner dans l'avis d'inaptitude la date à laquelle la FE a été actualisée.

De leur côté, les pouvoirs publics n'ont pas non plus été très moteurs : les chiffres des FE dans le modèle de rapport annuel du médecin du travail apparaissent tardivement (§ 8.2.1 de l'arrêté du 13 décembre 1990) et le modèle de rapport de synthèse fait par le directeur du SSTI, dans lequel le suivi du taux de réalisation des FE aurait toute sa place, dépend d'un arrêt dont la parution est attendu depuis2014.

Malgré ces difficultés, la mission a tenté une approche par sondage auprès de plusieurs régions françaises en interrogeant les médecins inspecteurs du travail.

En Nouvelle-Aquitaine, par exemple, les données issues des rapports d'activité 2018 pour deux petits services interentreprises, dont un spécialisé dans le BTP, sont les suivantes (A noter qu'il n'existe pas d'action spécifique dans les projets de service ou CPOM sur ce thème dans cette région).

- Un service interprofessionnel à compétence fermée BTP intervenant sur 3 départements
  - 7 médecins du Travail (6,17 ETP)/2IPRP/ 1 IDEST
  - Nombre d'entreprises suivies par le SSTI : 2518
  - Nombre de FE créées : 167
  - Nb de FE mises à jour : 48
- Un service interprofessionnel compétent sur un département
  - 5 médecins du Travail (3,49 ETP) /2 IPRP/1 IDEST
  - Nombre d'entreprises suivies par le SSTI : 1745
  - Nombre de FE créées : 117
  - Nb de FE mises à jour : 100

Au total 6,6 % (entreprises du BTP) et 6,7 % des entreprises ont bénéficié d'une évaluation des risques professionnels en 2018. Ces chiffres sont identiques à ceux des Hauts de France où l'on retrouve un taux de 6,7 %.

Un autre tableau, réalisé pour l'Ex Aquitaine et les 2 Charentes à partir des données récoltées auprès des services en réponse à une demande de la Direccte de RAF 2018 « amélioré », donne un taux de couverture des entreprises par une FE de 56 %.

En Centre-Val de Loire, il n'existe pas non plus de chiffres précis ou exhaustifs mais une enquête d'agrément récente pour un service qui suit **8930** entreprises a montré que le pourcentage d'entreprises disposant de FE a été **évalué par le service de santé à 40 %**. Pour les plus gros services interentreprises de la région, 27 % des entreprises ont une FE soit 3500 entreprises sur 13.000. En additionnant les résultats de ces gros services, 32 % d'entreprises bénéficient d'une FE.

En Haut de France, il n'existe pas de chiffres exhaustifs. Les services interentreprises saisissent le nombre de FE réalisées dans l'année et celui des FE mises à jour et ne peuvent donc fournir qu'un nombre approximatif ou un taux de couverture estimé. Les chiffres issus des rapports de synthèse des STTI sont dès lors les suivants:

- 2016 :
  - Nombre d'entreprises suivies par les SSTI : 101 629
  - Nombre de FE créées : 6 846
  - Nb de FE mises à jour : 2 615

- 2017 :
  - Nb d'entreprises suivies par les SSTI : 103 565
  - Nb de FE créées : 9 831
  - Nb de FE mises à jour : 2 515

En Normandie, l'inspection médicale a Co-construit un tableur avec les SSTI afin d'harmoniser en partie leur bilan annuel d'activité depuis 2017. Sur les FE, les chiffres remontés sont les suivants :

SSTI	Nombre de FE réalisées ou mises à jour en 2017	% de FE /nombre d'adhérents concernés pour 2017	Nombre de salariés couverts par FE en 2017
16 SSTI	6749	42 % réponses de 14/16 SSTI	303906 réponses de 12/16 SSTI

En Occitanie, un SSTI présente un taux de réalisation de 48 % avec de fortes variations selon la taille de l'entreprise

Taille de l'entreprise	Taux de réalisation des FE
0-9 salariés	39 %
10-49	73 %
50-300	80 %
>300	76 %
Au total	**48 %**

Un autre service affiche un taux de 62,7 % au 31 décembre 2018.

Il ressort de ces données qu'en pratique, malgré un regain récent, les FE se heurtent aux mêmes obstacles que les DUER. Par ailleurs, les témoignages convergent pour indiquer que si beaucoup ne sont pas réalisées, celles qui le sont ne sont pas nécessairement à jour ou présentent un intérêt limité ne serait-ce qu'en raison de l'obsolescence du modèle fixé par l'arrêté de 1989. Or, le regard du médecin du travail et plus généralement du SSTI est nécessairement très utile pour la réalisation du DUER par l'employeur.

Au vu de ces éléments, la question se pose de :

- Soit redynamiser la FE moyennant une rénovation de sa place, de son format et surtout de sa finalité (utilisation dans l'entreprise, capitalisation en région et au niveau national des données à des fins de connaissance et de prévention (Anses, Coct, Croct…). Il y aurait lieu dans cet esprit de soutenir les médecins du travail et les personnes en charge de cette tâche (infirmier(ère)s, assistants en santé au travail) en refondant substantiellement le support de la FE, le modèle sur lequel il est aujourd'hui réalisé étant totalement obsolète et inadapté ;

- Soit, si l'on considère que la FE est une formalité inutile, de lui substituer un diagnostic santé au travail des salariés à partir des données de santé recueillies par le SSTI, issues du suivi médical des salariés pour construire des indicateurs qui vont permettre d'évaluer l'impact des actions de prévention dans l'entreprise (exemple : questionnaire Evrest ou tout autre outil de nature à enrichir le travail d'évaluation des risques qui incombe à l'employeur et le plan d'action qu'il devra construire).

LETTRE DE MISSION

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTERE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE

MINISTERE DU TRAVAIL

SECRETARIAT D'ETAT AUPRES DE LA MINISTRE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE

Les Ministres

PARIS, LE 04 AVR. 2019

La Ministre des Solidarités et de la santé
La Ministre du Travail
La Secrétaire d'Etat auprès de la Ministre des Solidarités et de la Santé

à

Madame la Cheffe de service de l'Inspection Générale des Affaires Sociales

Objet : Réforme de la santé au travail

Dans le programme de travail qu'il a adressé aux partenaires sociaux le 5 septembre 2018, le Premier ministre a rappelé que le travail doit demeurer un facteur d'émancipation sociale, de réalisation individuelle et non de malaise ou de mal-être. Au service de ces objectifs, la question de la santé au travail et de l'organisation de la prévention des risques professionnels occupe une place essentielle.

Deux rapports ont été rendus au Premier ministre en 2018 et 2019 pour documenter cette question. Le rapport Lecocq-Dupuis-Forest « Santé au travail, vers un système simplifié pour une prévention renforcée » établit un diagnostic et propose des évolutions ambitieuses pour notre système de prévention des risques professionnels.

De même, le rapport Bérard-Seiller-Oustric intitulé « Plus de prévention, d'efficacité, d'équité et de maîtrise des arrêts de travail » propose des évolutions intéressantes pour améliorer la coordination entre le médecin traitant, le médecin du travail et le médecin conseil et plus généralement pour améliorer l'accompagnement des arrêts de travail.

Certains thèmes sont connexes à la problématique traitée par ces deux rapports et leur examen doit aussi être pris en compte pour favoriser une approche globale et coordonnée, condition essentielle pour obtenir des progrès effectifs et durables dans le domaine des conditions de travail.

.../...

127, rue de Grenelle – 75007 PARIS 07 SP
Téléphone : 01 44 38 38 38

Ces rapports, qui fournissent une base de réflexion, viennent compléter utilement d'autres travaux récents, notamment sur la prévention et l'exposition des travailleurs aux agents chimiques dangereux, ou encore les rapports de l'Igas sur la prévention de la désinsertion professionnelle des salariés malades ou handicapés (décembre 2017) et sur l'attractivité et la formation des professionnels de santé au travail (août 2017).

En outre, une réflexion va s'engager, via une mission confiée à la députée Charlotte Lecocq, à Jean-François Verdier et Pascale Coton, sur la prévention des risques professionnels dans la fonction publique.

Les partenaires sociaux ont montré un intérêt certain pour ces questions par leur implication dans les Plans santé travail et leur signature d'accords collectifs, parmi lesquels l'accord sur la qualité de vie au travail de 2013.

C'est pourquoi, nous avons invité les organisations syndicales de salariés et les organisations professionnelles d'employeurs représentatives au niveau national à se saisir de ce sujet dans le cadre du Conseil d'orientation des conditions de travail (COCT), et à conduire une réflexion partagée et structurée autour de deux axes principaux :

- **accompagner efficacement l'ensemble des entreprises, dans la durée, pour que se développe une véritable culture de prévention ;**

- **mieux protéger la santé de tous les travailleurs et favoriser leur maintien en emploi.**

Cette phase de réflexion et d'approfondissement a vocation à s'achever au milieu du mois de juin.

Cette première étape permettra d'identifier les sujets sur lesquels les partenaires sociaux ont vocation à négocier et ceux sur lesquels une concertation est préférable.

En articulation avec cette phase de concertation, nous souhaitons demander à Stéphane Seiller et Christian Expert de venir en appui à ces réflexions, et d'approfondir l'ensemble de ces sujets. Nous souhaiterions qu'ils soient rejoints par un membre de l'inspection des affaires sociales. Plus spécifiquement, ils seraient chargés de réfléchir aux questions suivantes :

- comment revoir l'organisation du système de prévention et de santé au travail, afin de favoriser durablement une offre de services en matière de prévention, aisément identifiable et accessible à toutes les entreprises et notamment aux plus petites ?

- comment simplifier et adapter certains aspects de la réglementation applicable aux entreprises en matière de santé et de sécurité au travail, dans un objectif de souplesse pour les entreprises et de haut niveau de protection pour les salariés ?

- comment mieux protéger la santé des travailleurs en amont ?

- comment prévenir la désinsertion professionnelle et favoriser le maintien en emploi, notamment des travailleurs malades ou handicapés, via notamment une meilleure articulation du rôle des divers acteurs et des mécanismes le facilitant ?

... / ...

- comment mieux accompagner les publics vulnérables qui sont actuellement, pour une part plus ou moins importante, hors du champ de la prévention des risques professionnels ?

- comment limiter la durée des arrêts de travail, via notamment des règles d'indemnisation et de suivi plus propices au retour à l'emploi et plus équitables ?

- comment mieux articuler vie familiale et vie professionnelle, via l'adaptation des règles applicables aux entreprises ?

- comment mieux prendre en charge la question de la qualité de vie au travail ?

L'objectif est de faire part au Gouvernement, ainsi qu'aux membres du COCT, d'une analyse technique et de propositions avant la fin du mois de juin 2019, afin de pouvoir enclencher, à l'issue de la phase de concertation, la construction d'une réforme ambitieuse et d'ampleur de la Santé au travail, tout au long de laquelle l'appui de cette mission sera précieux.

Agnès BUZYN Muriel PENICAUD Christelle DUBOS

FICHE RELATIVE A LA MISSION DES EXPERTS DESIGNES DANS LE CADRE DE LA REFORME DE LA SANTE AU TRAVAIL

MM. Christian Expert, Hervé Lanouzière et Stéphane Seiller ont été sollicités par les ministres Muriel Pénicaud et Agnès Buzyn, ainsi que par la secrétaire d'Etat Christelle Dubos pour préparer une réforme ambitieuse de la santé au travail.

Les organisations syndicales de salariés et les organisations professionnelles d'employeurs représentatives au niveau national ont été invitées à se saisir de ce sujet dans le cadre du groupe permanent d'orientation (GPO) du Conseil d'orientation des conditions de travail (COCT).

Cette phase de réflexion et d'approfondissement s'achèvera au milieu du mois de juin. Elle permettra d'identifier les sujets sur lesquels les partenaires sociaux ont vocation à négocier et ceux sur lesquels une concertation est préférable.

En articulation avec cette phase de dialogue social, les ministres ont demandé de venir approfondir techniquement certains sujets, afin d'engager au plus vite les travaux nécessaires à la mise en œuvre de la réforme selon les orientations qui seront retenues à l'issue des débats du Conseil d'orientation des conditions de travail.

Ce travail est donc complémentaire de celui du Conseil d'orientation des conditions de travail et ne préjugera en rien de l'issue des débats du GPO.

La mission étudiera prioritairement les points suivants :

- **Sur la réforme de l'organisation du système de prévention et de santé au travail, afin de favoriser durablement une offre de services en matière de prévention, aisément identifiable et accessible à toutes les entreprises et notamment aux plus petites**
  - **Définir le contenu et les modalités de l'offre de service en matière de prévention et de santé au travail**, en particulier la nature des services proposés, l'articulation de cette offre avec les missions des Direccte et des Carsat et avec l'offre relevant du champ concurrentiel, ainsi que le maillage territorial pertinent des implantations des SST.
  - **Définir les possibilités techniques d'organisation de la transition entre le système actuel et un système cible :** les étapes, les difficultés juridiques et organisationnelles et les voies et moyens de les prendre en compte.
  - **Etudier la place des services de santé au travail autonomes,** pour garantir la meilleure allocation de la ressource médicale sur le territoire et un meilleur suivi de l'ensemble des travailleurs.
- **Sur la place de la branche accidents du travail et maladies professionnelles dans la nouvelle gouvernance et la nouvelle organisation de la santé au travail**

Cette branche joue un rôle très important dans la prévention des risques professionnels en sa qualité de gestionnaire du risque**.** La complémentarité de ses missions (prévention/réparation/tarification) a démontré son efficacité : le nombre d'accidents du travail a ainsi atteint un niveau historiquement bas et on peut relever la baisse importante des AT-MP pour les entreprises sinistrogènes ciblées par les visites des préventeurs de CARSAT.

Les points suivants seront donc approfondis :

  - Etudier l'impact d'une nouvelle organisation de la santé au travail sur l'organisation de la branche AT-MP et son rôle de gestion du risque.

- Examiner les liens de cette nouvelle organisation avec la branche AT-MP, notamment en termes de gouvernance.

➢ **Sur la simplification et l'adaptation de certains aspects de la réglementation en matière de santé et de sécurité au travail, dans un objectif de souplesse pour les entreprises et de haut niveau de protection pour les salariés**

- **Instruire les champs et marges de manœuvre juridiques en terme de simplification de la réglementation,** ainsi que la possibilité d'ouvrir de nouveaux champs au dialogue social d'entreprise et/ou de branche.
- **Identifier et approfondir les champs possibles du dialogue social,** dans le respect du cadre juridique communautaire, et des dispositifs d'ordre public.
- Identifier les voies et moyens ouvrant la possibilité de développer par la négociation de branche le **contenu de modules de formation à la sécurité transférables.**

➢ **Sur l'amélioration de la prévention primaire :**

- **Etudier la possibilité de développer des mesures incitatives à la prévention,** dans le cadre préexistant des cotisations AT- MP et des aides financières attribuées en cas d'investissement en prévention, ou en complément de ces outils (critères, conditions d'attribution, financement, régulation, etc.).

➢ **Sur la prévention de la désinsertion professionnelle et le maintien en emploi, notamment des travailleurs atteints de maladies chroniques ou handicapés**

Le renforcement des politiques de prévention de la désinsertion professionnelles constitue une priorité de la réforme : il est donc essentiel de pouvoir identifier tous les leviers qui permettront un changement d'échelle dans les actions de maintien en emploi, que ce soit en matière de ciblage des salariés en risque de désinsertion professionnelle ou en matière d'actions permettant le maintien en emploi.

Les points suivants seront donc approfondis :

- **Préfigurer le cadre juridique d'un parcours de soin du salarié en risque de désinsertion professionnelle**. Notamment par une meilleure coordination entre le médecin traitant, le médecin du travail et le médecin conseil, afin de mieux détecter les cas problématiques, d'améliorer l'efficacité des actions menées, et de faciliter le passage de relais avec les acteurs de la formation en vue d'une reconversion professionnelle éventuelle. Diverses pistes pourront être étudiées en ce sens, telles que l'intervention d'un tiers médiateur ou d'un tiers disposant de prérogatives en cas de contradiction apparente entre les situations résultant des interventions de ces divers médecins (inaptitude, invalidité, maladie…)
- **Indiquer des moyens de cibler les cas de risques accrus de désinsertion professionnelle en situation d'arrêt de travail.**
- **Analyser l'action du médecin du travail dans le champ du maintien en emploi**, notamment s'agissant de l'efficacité des préconisations d'adaptation de poste de travail.

➢ **Sur le suivi de l'état de santé des travailleurs vulnérables qui, pour une part plus ou moins importante, sont hors du champ de la prévention des risques professionnels, ou mal couverts par les services de santé au travail :**

- Faire un état des lieux de la couverture actuelle des **travailleurs indépendants.**

- **Procéder à un examen spécifique de la situation des travailleurs des plateformes**, et étudier les options pour la prise en charge de leur suivi médical.
- Etudier spécifiquement la question du suivi de l'état de **santé des demandeurs d'emploi.**
- S'agissant du suivi **des intérimaires et des salariés des entreprises sous-traitantes,** étudier les modalités d'une meilleure articulation avec les entreprises de travail temporaire et les entreprises utilisatrices.
- Examiner la **situation des apprentis** et les besoins spécifiques en terme de suivi.

➢ **S'agissant de l'amélioration de la formation initiale des professionnels de santé en matière de médecine du travail et de sa plus grande visibilité, facteur d'attractivité pour la profession :**

- Instruire les modalités de création d'une **« Ecole de la santé au travail ».**
- Réfléchir aux modalités d'amélioration de la **formation des infirmiers** en santé au travail.

Au fur et mesure de l'avancée des travaux, **des points d'étapes pourront être faits, sous forme de fiches juridiques et techniques,** afin de permettre au Gouvernement et aux membres du COCT d'en prendre connaissance, pour préparer les sujets qui seront traités par la suite.