

## Santé au travail – Analyse du rapport LECOCQ

La santé au travail est un thème qui revient régulièrement ces dernières années, notamment depuis la vague de suicide connue chez France Télécom.

En 2010, le rapport LACHMANN<sup>1</sup> sur le Bien être et l'efficacité au travail avait évoqué 10 propositions pour améliorer la santé psychologique au travail<sup>2</sup>.

En 2016, les partenaires sociaux ont élaboré avec la direction générale du travail (DGT) le Plan Santé Travail (PST 3) avec comme axes principaux :

- la prévention des risques psychosociaux et des troubles musculosquelettiques,
- la prévention de la désinsertion professionnelle,
- la promotion de la qualité de vie au travail.

Le 29 décembre 2016, un décret pris en application de la loi Travail est venu organiser le nouveau suivi médical dont doivent bénéficier tous les salariés<sup>3</sup>. Pour certains, c'était l'aboutissement de la réforme de la médecine du travail, pour d'autres, c'était un coup porté à la santé au travail des salariés et au rôle préventif qu'elle pouvait revêtir pour de nombreux salariés confrontés au renoncement aux soins et pour qui la visite médicale constituait souvent la seule rencontre avec un médecin.

Finalement, ladite réforme n'aura pas le temps de faire l'objet d'un bilan : le 22 janvier 2018, le Premier ministre a confié à la députée du Nord, Madame Charlotte LECOCQ, une mission sur la santé au travail. En pointant dans sa lettre de mission, la complexité du système ainsi qu'un mille feuilles d'acteurs « *pas ou peu coordonnés entre eux dans l'exercice de leurs missions respectives et souvent éloignés de l'entreprise et ses salariés* », Monsieur Edouard PHILIPPE indiquait clairement que le système en place ne le satisfait pas.

Le 28 août 2018, Madame Charlotte LECOCQ a ainsi remis son rapport, attendu depuis le printemps.

Officiellement, il doit nourrir la concertation prévue avec les partenaires sociaux à la rentrée. Toutefois, la chronologie peut interroger dès lors que le Premier ministre va recevoir, en compagnie de Muriel PENICAUD et d'Agnès BUZYN, chaque organisation syndicale dans le cadre d'entretiens « en tête à tête » pour lancer ce qui est qualifié de « *nouveau cycle de réformes sociales* ». Ce faisant, peu de temps est offert aux OS pour s'approprier le rapport, ses préconisations et y répondre, alors même que :

- le titre du rapport annonce les ambitions de ses auteurs : « *vers un système simplifié pour une prévention renforcée* »
- les auteurs du rapport posent l'association des partenaires sociaux « *notamment dans une phase de concertation préalable* » comme une condition nécessaire à la réussite de la réforme.

A cet égard, suite à l'entretien que la délégation FO a eu avec le Premier Ministre, Pascal PAVAGEAU a indiqué qu'une « *négociation interprofessionnelle devrait s'ouvrir en octobre sur des points à bâtir en septembre, soit issus du rapport Lecocq (voir communiqué confédéral du 28 août 2018<sup>4</sup>) soit proposés par les interlocuteurs sociaux* ».

---

<sup>1</sup> [www.dgdr.cnrs.fr/drh/protect-soc/documents/fiches\\_rps/rapport\\_lachmann.pdf](http://www.dgdr.cnrs.fr/drh/protect-soc/documents/fiches_rps/rapport_lachmann.pdf)

<sup>2</sup> Parmi les auteurs du rapport LACHMANN, il faut citer Madame PENICAUD, alors DGRH Danone, qui ne manquera sûrement pas de faire le parallèle entre les 2 rapports.

<sup>3</sup> Pour rappel depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017, la visite médicale d'embauche est remplacée par une visite dite d'information et de prévention qui peut être faite aussi bien par le médecin du travail que par l'infirmier. L'employeur a 3 mois à compter de la prise effective de poste de travail pour planifier cette visite sauf pour 4 types de salariés dont les travailleurs de nuit, pour qui la visite doit intervenir avant l'affectation au poste.

<sup>4</sup> Dans ce communiqué, Serge LEGAGNOA indiquait notamment que FO refuse que la prévention des risques professionnels soit abordée uniquement comme un coût, que la qualité des conditions de travail est un facteur déterminant en matière de prévention et que la prévention doit rester de la responsabilité de l'employeur.

Partant, pour « simplifier le système », les auteurs du rapport LECOCQ ont-ils avancés 16 recommandations dont il est possible de tirer les axes majeurs suivants :

- *simplifier certaines obligations des entreprises liées à l'évaluation des risques professionnels*
- *créer une cotisation unique dédiée à la santé au travail*
- *unifier l'ensemble des acteurs de la prévention en matière de santé au travail.*

## I – Simplifier les obligations patronales

La mission affiche parmi les objectifs qu'il faudrait assigner à la réforme de la santé au travail celui d'adapter les contraintes réglementaires pour passer d'une gestion de la prévention subie sous la contrainte d'intervenants externes à une culture de la prévention proactive et pilotée.

Pareille vision paraît lacunaire, pour ne pas dire partielle. Il suffit pour s'en convaincre de voir que :

- le nombre d'accidents au travail reste important,
- les cas de reconnaissance du lien entre le travail et les affections psychologiques augmentent,
- les recours des employeurs pour faire reconnaître l'inopposabilité des décisions des organismes de l'assurance maladie (CPAM et CARSAT) restent significatifs et aboutissent à une diminution de leur taux de cotisation ATMP et donc à une forme de déresponsabilisation des employeurs.

Il ne faut pas avoir une vision manichéenne : il n'y a pas les bons et les mauvais, les gentils et les méchants.

Et il ne faut pas dire qu'il n'existe pas d'approche valorisante : les employeurs sont sanctionnés certes, mais ils peuvent également bénéficier de mesures incitatives dans le schéma actuel. Il suffit de penser au bonus appliqué sur le taux de cotisation lorsque l'entreprise est vertueuse en matière de prévention, ou aux aides à l'équipement. Les aides financières constituées par les Aides financières simplifiées (à destination des petites entreprises) et les Contrats de prévention ont mobilisé près de 50 millions d'euros en 2016<sup>5</sup>.

Dans un entretien paru dans L'Express<sup>6</sup>, le propos est plus nuancé : il est reconnu que le système de bonus-malus de cotisations ATMP n'est pas optimal vis-à-vis des TPE et PME dont le taux de cotisations est défini par rapport à la sinistralité de leur secteur. La mission souhaite que la corrélation entre les cotisations versées et la sinistralité soit beaucoup plus évidente mais au lieu d'apporter des propositions visant les entreprises défaillantes au niveau de la prévention, elle se limite à proposer un rapport complémentaire « *qui creuserait l'efficacité de notre arsenal d'intervention, notamment sur la période qui précède la sanction* ».

Pour autant, EUROGIP a consacré un rapport pour présenter les systèmes d'incitations à la prévention des risques professionnels chez nos voisins européens<sup>7</sup>. Les auteurs expliquent que des incitations économiques sont mises en place, en marge des systèmes de tarification, pour valoriser l'effort en prévention et mettre l'accent sur l'accompagnement des entreprises et de leurs salariés, et plus largement sur la promotion d'une culture de prévention durable. Il est indiqué que ces instruments visent à motiver les entreprises à investir dans la SST.

Si la mission LECOCQ vante le modèle allemand, c'est plus du côté de l'Autriche qu'il faudrait regarder. En effet, c'est dès 1999 qu'y a été mis en place un programme d'assistance en matière de SST gratuit pour les entreprises de moins de 50 salariés et, contrairement à la doctrine historiquement centralisatrice française que la mission LECOCQ perpétue, l'Autriche a choisi un système de prise en charge décentralisé.

<sup>5</sup> Rapport de Gestion 2016 de l'Assurance Maladie Risques Professionnels

<sup>6</sup> [https://lentreprise.lexpress.fr/rh-management/droit-travail/sante-au-travail-la-prevention-au-coeur-du-rapport-lecocq\\_2032558.html](https://lentreprise.lexpress.fr/rh-management/droit-travail/sante-au-travail-la-prevention-au-coeur-du-rapport-lecocq_2032558.html)

<sup>7</sup> [https://www.eurogip.fr/images/pdf/Eurogip133F-Incitations\\_Prev\\_Europe.pdf](https://www.eurogip.fr/images/pdf/Eurogip133F-Incitations_Prev_Europe.pdf) - Aout 2018

Quant à l'Italie, EUROGIP parle d'un « *soutien massif à l'investissement en SST* » : 1,2Mds d'euros alloués sur la période 2010-2015, 249ME sur la seule année 2017. Les subventions ont des montants qui varient de 5000<sup>E</sup> à 130000<sup>E</sup>. Les PME sont les cibles prioritaires de la politique italienne.

En fait, il faudrait plutôt dire que les employeurs français sont partiellement responsabilisés. La logique qui sous tend la réglementation française a longtemps été inspiré du concept civiliste du « *bon père de famille* », ce qui a justifié la reconnaissance jurisprudentielle d'une obligation générale de sécurité à la charge du chef d'entreprise<sup>8</sup>. Cette obligation générale n'a pas pour but d'inciter à la prévention sur la seule menace de sanction mais de sanctionner le chef d'entreprise négligeant qui n'aurait pas pris les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs placés sous sa subordination.

A cet égard, la sinistralité des intérimaires, mise en exergue dans le rapport, devrait être un indicateur fort du manque de culture de la prévention chez les employeurs français. La raison en est sûrement dans le fait que le cout des AT des intérimaires est supporté par les employeurs et non par les entreprises utilisatrices, ces dernières voyant comme une mesure de prévention le fait d'exposer un intérimaire aux risques plutôt qu'un salarié.

Autre illustration symptomatique : lire que les représentants employeurs considèrent que l'obligation de sécurité de résultat construite par la jurisprudence a « *instauré un droit à la santé inaccessible plutôt qu'un droit à la protection de la santé* ». Dire, comme le fait la mission, que cette « *obligation de sécurité décourage la prévention* » est inquiétant en ce que cela sous tend que les employeurs se sont déresponsabilisés et ne se sentent plus concernés par la santé de leurs salariés. In extenso, cela voudrait dire que le système actuel de tarification ne responsabilise pas suffisamment les employeurs. Le principe de mutualisation sur lequel il repose fait peut-être oublier ou ne pas fait suffisamment apparaître aux employeurs le cout de la sinistralité, notamment les TPE et PME qui sont au taux collectif et qui ne se rendent ainsi pas compte des coûts réels d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.

Alors que personne ne soutiendrait l'idée de déresponsabiliser les employeurs commettant une faute de gestion<sup>9</sup>, la question de la responsabilisation des employeurs à travers les mécanismes de tarification devrait être débattue. Déresponsabiliser davantage les employeurs en matière de santé au travail enverrait un message contraire aux objectifs affichés par la mission LECOCQ visant à faire de la santé au travail une cause nationale. Responsabiliser davantage les employeurs, en leur appliquant par exemple un taux réel dès le premier salarié, pourrait conduire à la fermeture de plusieurs entreprises dès le premier sinistre professionnel, et/ou favoriser la généralisation des assurances privées au titre des risques professionnels parmi les entreprises, et/ou accroître les fraudes (non déclaration des accidents du travail par l'employeur).

La mission LECOCQ pense peut-être ici s'approprier les mots du CESE qui souhaitait que soit initié et diffusé une culture collective de la prévention<sup>10</sup>. Mais quelle illusion que de croire comme les membres de la mission LECOCQ que « *l'appropriation d'une culture de prévention nécessitera des pratiques managériales renouvelées mais que ce renouvellement passera par un volet de formation conséquent* » en pensant qu'il suffira de dire que « *le changement c'est maintenant* » pour que ça marche. Une culture ne s'improvise pas, elle se crée sur le long terme<sup>11</sup>, et les initiatives existantes ne peuvent pas suffire à rattraper des décennies de retard en la matière. En matière de santé, la France souffre des clivages qu'elle a institué : Médecine de ville Vs Hôpitaux, Médecine du travail Vs Médecine de ville...et désormais, elle cherche à résoudre les problèmes que ces dichotomies ont créées : renoncement aux soins, déserts médicaux, manque d'attractivité de la médecine du travail, absence de culture de la santé au travail et de la prévention...

---

<sup>8</sup> Cass. Crim., 11 juin 1987

<sup>9</sup> La notion de faute de gestion d'un dirigeant vise tout acte ou omission qui ne s'inscrit pas dans l'intérêt social de l'entreprise, elle peut aussi viser une fraude, un abus caractérisé, une imprudence dans la conduite de l'entreprise. La responsabilité civile, fiscale ou pénale du dirigeant sera recherchée.

<sup>10</sup> <https://www.lecese.fr/travaux-publies/les-enjeux-de-la-prevention-en-matiere-de-sante>

<sup>11</sup> Rappelons qu'en sociologie, la culture est définie comme ce qui est commun à un groupe d'individus et le soude.

S'agissant de la simplification de l'évaluation des risques dans les entreprises, l'idée d'un document unique n'est pas nouvelle. Toutefois, il ne faut pas que le nouveau « *plan de prévention des risques* » aboutisse à limiter l'étendue des informations accessibles aux IRP et/ou à limiter la réflexion et la remise en question que l'élaboration et l'analyse des documents actuels pouvaient générer chez les employeurs. Les limites du système actuel ne tiennent pas tant à la multiplicité des supports qu'à la redondance des informations qu'ils peuvent contenir. Avec un document unique reprenant toutes les rubriques des documents actuels (de la fiche entreprise au document unique d'évaluation des risques en passant par le programme annuel de prévention des risques), l'employeur, les IRP et les salariés pourront avoir une vision globale.

Plus avant, c'est peut-être dans l'esprit du bilan social mis à jour régulièrement par l'employeur et mis à disposition des IRP, que ce plan de prévention des risques devrait être pensé si l'exécutif veut effectivement en faire un outil opérationnel du quotidien.

En tout état de cause, il faut garder à l'esprit que selon les articles 9 et 10 de la directive cadre 89/391/CEE 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, l'employeur doit

- « *disposer d'une évaluation des risques pour la sécurité et la santé au travail* »
- « *prendre les mesures appropriées pour que les travailleurs [...] aient accès [...] à l'évaluation des risques* ».

La directive n'apporte pas de précision quant au support de formalisation de l'évaluation des risques :

- Au Royaume-Uni, la réglementation britannique précise que les entreprises de moins de cinq salariés n'ont pas l'obligation de rédiger un rapport écrit. Cependant, elles doivent, en cas de contrôle, être en mesure de prouver qu'elles ont bien entrepris la démarche d'évaluation des risques.
- La réglementation allemande, prise en exemple par la mission LECOCQ, avait aussi tenté de limiter cette obligation de formalisation en prévoyant que les entreprises de moins de dix salariés pouvaient se soustraire de cette obligation, sauf si l'activité de l'entreprise avait un caractère particulièrement dangereux. Seulement, l'Allemagne a été condamnée par la CJCE<sup>12</sup> à cause de cette exception de formalisation. Désormais, l'employeur allemand doit disposer des documents sur l'identification et l'évaluation des risques et dangers sur le lieu de travail, ainsi que sur la mise en place d'actions contre ces derniers.
- Ce n'est que depuis 2001 (alors que la directive a été transposée dès 1991) qu'un décret est venu instituer un « document unique » d'évaluation des risques comportant un inventaire des risques identifiés dans chaque unité de travail dans l'entreprise ou l'établissement.<sup>13</sup> Selon la mission, ce document est perçu comme une obligation administrative et non comme un outil de pilotage de la prévention. Cette vision confirme le fait que les employeurs français ne s'approprient pas la prévention et plus largement la santé des travailleurs comme étant une priorité, et que les déresponsabiliser serait une erreur. A cet égard, il n'est pas surprenant que la CARSAT et l'INRS aient « peu » fourni de conseils sur la sécurité et la santé, ils souffrent d'un manque de moyens humains, notamment en raison des COG qui imposent des restrictions budgétaires et des non renouvellements parmi les personnels, alors même que les missions dévolues au personnel des CARSAT augmentent.

Quant à proportionner les obligations et les moyens à déployer dans les entreprises en fonction de leur spécificité et des risques effectivement rencontrés par les salariés, c'est in fine remettre en cause le dispositif de la faute inexcusable. En effet, comment un salarié ou ses ayants droits pourraient invoquer la responsabilité de l'employeur lorsque ce dernier sera autorisé à « *adopter des dispositions de prévention qui répondent au même objectif que la réglementation sans en suivre les modalités d'application concrètes* » ? L'exemple du travail en hauteur en la matière serait poignant : que faut-il entendre par « *sans rien céder à l'exigence de sécurité* » ? Ce n'est qu'a posteriori, au

---

<sup>12</sup> CJCE, 7 février 2002, Affaire C-5/00

<sup>13</sup> Source : Rapport EUROGIP sur l'obligation d'évaluer les risques professionnels – Octobre 2007.  
<https://www.inforisque.info/fiches-pratiques/documents/Eurogip-Evaluation-risques-2007-29F.pdf>

contentieux, qu'il serait retenu que l'employeur avait ou non adopté des dispositions de prévention qui répondaient, sans rien céder à l'exigence de sécurité, au même objectif que la réglementation...

\* \* \*

## II – Etatiser la politique de santé au travail

La mission le rappelle : l'article L. 1411-1-1 du code de la santé publique donne une portée législative à la stratégie nationale de santé (SNS) définie par le Gouvernement. Mais cette stratégie n'englobe pas la santé au travail. Or, en cas de crise sanitaire, comme ce fut le cas avec l'amiante, c'est l'Etat qui est mis en cause.

Mais, et le rapport le souligne, c'est bien l'assurance maladie qui a une place centrale : « *interface entre la santé publique et le monde du travail* ».

Emblématique de cette aspiration, la mission préconise d'instituer une cotisation unique « *santé au travail* » qui regrouperait :

- les contributions financières des entreprises pour les structures régionales de prévention
- les cotisations ATMP
- le cas échéant, la contribution concernant l'OPPBT. Or, sur ce point, il semble déjà que le Premier Ministre et les ministres du Travail et de la Santé aient indiqué qu'ils ne toucheraient pas à l'OPPBT<sup>14</sup>

A l'instar de ce qui existe pour les cotisations ATMP, la cotisation unique verrait son montant modulé selon le risque spécifique de l'entreprise ou selon son engagement en matière de prévention.

Au-delà de cette cotisation, la mission envisage une refonte des ressources destinées à la prévention à travers la mutualisation de l'ensemble des ressources destinées à la prévention au sein d'un fonds unique regroupant :

- les fonds de l'Etat affectés à la prévention
- les fonds de la branche ATMP affectés à la prévention. A cet égard, il convient de souligner que les excédents de la branche ATMP proviennent d'une gestion équilibrée du risque et ne sont pas un droit ni une constante. Ils ne sauraient donc être instrumentalisés de manière pérenne pour financer des actions en faveur de la prévention des entreprises. Si l'idée est de flécher une enveloppe fixe sur plusieurs exercices, tirée des excédents, cela reviendrait à créer une charge fixe au financement non garanti, et le cas échéant cela supposerait d'instituer un mécanisme de compensation (interbranche ?) ou d'appeler d'autres ressources, ou d'accepter que l'effort financier sur la prévention ne peut pas être pérenne.
- les fonds issus de la cotisation unique susmentionnée
- une quote-part des fonds provenant des organismes de complémentaire santé recommandés, au titre de la contribution de 2% sur les cotisations consacrées à un degré élevé de solidarité
- une part provenant du fonds de développement pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées
- une part volontaire de cotisation des travailleurs indépendants et chefs d'entreprises.

Cette mutualisation aurait l'avantage de simplifier la lecture des bilans relatifs à l'effort financier en faveur de la santé au travail : au lieu d'avoir diverses sources de financement et diverses dépenses affectées à des actions pouvant se recouper, un « financeur unique » de la politique de prévention se chargerait de gérer le fonds (la mission chiffre à 2mds d'euros, hors régime agricole, le budget affecté à la prévention des risques professionnels).

La répartition des fonds telle qu'elle est envisagée par la mission est en revanche plus sujette à débat :

- une part dédiée aux structures régionales de prévention dans le cadre d'une contractualisation. C'est le corollaire nécessaire de l'objectif affiché d'homogénéité mais

---

<sup>14</sup> Patrick LIEBUS, président de la CAPEB, dans un article paru le 04/09/2018 : <https://www.batiactu.com/edito/rapport-qui-menace-existence-oppbtp-53877.php>

c'est aussi une déclinaison des COG et donc à terme le risque de voir la santé au travail soumise à des objectifs de non recrutement. Plus avant, c'est faire entrer la santé au travail dans une logique de politique publique. Qui dit politique publique dit soumission aux principes généraux d'évaluation des politiques publiques. Or, si évaluer une politique publique c'est « *apprécier, dans un cadre interministériel, l'efficacité de cette politique en comparant ses résultats aux objectifs assignés et aux moyens mis en œuvre* »<sup>15</sup>, comment faire une évaluation de la politique de prévention ?

Il convient de préciser en tout état de cause que les services des CARSAT sont déjà sous CPG<sup>16</sup>. A cet égard, depuis le dernier CPG, les CARSAT sont astreintes à des efforts liés à la nécessité d'évaluer les actions notamment en regardant la diminution de la sinistralité. Les SST sont également soumis à des CPOM<sup>17</sup> avec objectifs chiffrés.

La problématique ne réside pas dans une contractualisation qui malheureusement est maintenant bien répandue mais plutôt au réalisme des objectifs qui sont fixés et aux moyens qui sont donnés. Et s'agissant des moyens, la question des moyens financiers dévolus à la médecine du travail n'est pas tranchée : comment seront calculées et/ou réparties les dotations ?

- une part dédiée à la structure nationale de la prévention
- une part dédiée au financement d'actions innovantes ou exemplaires dans les branches, les territoires ou les entreprises. C'est l'équivalent du « Budget d'intervention » dont dispose toutes des DRP des CARSAT et qui permet de financer des actions de préventions.

Pour autant, le mission LECOCQ reconnaît que la performance du système de prévention est difficile à évaluer en France, faute de recherches sur le sujet. Dès lors, pourquoi vouloir réformer le système et comment motiver les employeurs s'il n'existe pas de travaux majeurs et documentés permettant de leur « *démontrer le bénéfice microéconomique d'une politique de prévention* » ? Il existe des travaux en la matière au niveau de la CNAM et une capitalisation des évaluations faites dans les CARSAT doit exister également.

\* \* \*

### III – Constituer un guichet unique

En 2012, le CESE<sup>18</sup> évoquait la nécessité de réformer le système français en matière de prévention. Jugeant qu'une stratégie globale faisait défaut, le CESE pointait 2 maux :

- une politique de prévention aux contours mal définis
- une politique mal coordonnée.

Ce faisant, c'est la dispersion des acteurs qui était mise en avant.

Derrière le guichet unique proposé par la mission, c'est une refonte profonde qui est préconisée<sup>19</sup>. Partant du constat que les petites entreprises constituent l'essentiel du tissu économique et qu'elles ont du mal à s'y retrouver face à la multiplicité des intervenants, dont certains ont des compétences

---

<sup>15</sup><http://www.modernisation.gouv.fr/laction-publique-se-transforme/en-évaluant-ses-politiques-publiques/evaluer-les-politiques-publiques>

<sup>16</sup> CPG : contrat pluriannuel de gestion. Les CPG sont les déclinaisons des Conventions d'Objectifs et de Gestion, formalisées entre la caisse nationale et les « caisses locales ».

<sup>17</sup> CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu entre SSTI, DIRECCTE et CARSAT, notamment pour mettre en œuvre les priorités d'action et inscrire l'action de prévention dans un cadre organisé, concerté et coordonné.

<sup>18</sup> <https://www.lecese.fr/travaux-publies/les-enjeux-de-la-prevention-en-matiere-de-sante>

<sup>19</sup> L'avocat Michel LEDOUX est moins affirmatif. Selon lui, « *il n'est pas question de supprimer les organismes concernés, mais d'instaurer un guichet unique qui jouera le rôle de gare de triage. L'idée serait d'orienter chaque professionnel vers les experts les plus compétents* ». (Source : <https://www.batiactu.com/edito/rapport-qui-menace-existence-oppbtp-53877.php>)

qui se rejoignent, la mission LECOCQ propose de regrouper l'ensemble des acteurs de la prévention en matière de santé au travail « *sous le même toit et sous une même bannière* ».

En effet, en l'état, les acteurs de la prévention externes à l'entreprise ne manquent pas : le médecin du travail, l'assurance maladie (via l'INRS, les CTN, les CARSAT et les médecins conseils), l'ANACT et les ARACT, l'OPPBT, les groupes mutualistes comme AG2R, sans parler des consultants en QVT ou QHSE...

Concrètement, le guichet unique régional permettrait à chaque entreprise d'accéder à une offre de service homogène comprenant :

- le suivi individuel obligatoire de l'état de santé des travailleurs. La visite d'information et de prévention et l'espacement de 5 ans entre les visites peuvent *a minima* laisser perplexe quant à la qualité de ce suivi obligatoire. Globalement, la mission ne dit pas d'ailleurs si le guichet unique (a fortiori dans le contexte post loi travail) résoudra le problème de difficulté d'accès à la médecine du travail, ou celui du ressenti des employeurs vis-à-vis de l'offre de service de la médecine du travail
- un accompagnement pluridisciplinaire en prévention des risques et de promotion de la santé au travail. Sur ce point, il faut garder à l'esprit les termes et les conclusions du rapport commun IGAS-IGAENR de 2017<sup>20</sup> la médecine du travail souffre d'un manque d'attractivité qui pourrait être pallié notamment en faisant évoluer la spécialité vers une médecine du travail et environnementale, en étendant la possibilité de prescription (délivrance d'un primo arrêt de travail) et en intégrant le médecin du travail au parcours de santé (via l'accès au DMP<sup>21</sup>).
- l'aide au maintien dans l'emploi par l'intervention précoce dans le parcours de soins, l'adaptation du poste de travail, l'accompagnement dans le parcours social d'insertion.
- l'accès à un centre de ressources diffusant les outils et guides utiles (ce que font déjà l'INRS et les CARSAT pour ne citer qu'eux.)
- la formation des acteurs dans l'entreprise en matière de prévention (qui est également une mission des CARSAT)
- le conseil d'orientation des entreprises vers le recours à un intervenant externe habilité.

La mission souhaite que ce socle de base fasse l'objet d'une contribution de la part de l'ensemble des entreprises, ce qui ne répond à la problématique des salariés employés en CESU ou à celle des auto entrepreneurs, autant de personnes qui échappent à ce jour aux programmes de santé au travail et de prévention des risques. Pour autant, et le rapport le souligne, le système actuel est conçu pour des configurations de travail qui sont qualifiées de « droit commun », mais ni le système actuel ni le système proposé ne couvre les chefs d'entreprises, les artisans, les auto entrepreneurs...

En outre, le rapport propose in fine un système du type « panier » : un socle de base auquel chaque employeur peut ajouter des options. Toute proportion gardée, c'est la déclinaison du panier de soins que Force Ouvrière avait fortement combattu en son temps.

Au niveau des moyens, cette structure régionale de prévention regrouperait :

- les services de santé au travail interentreprises. Constituent-ils les antennes locales (plateaux techniques) permettant de maintenir la proximité géographique avec les entreprises ? Quid des biens des SSTI ?

La mission propose d'étendre la possibilité pour les étudiants des métiers de la santé d'effectuer le nouveau service sanitaire de 3 mois dans les structures régionales<sup>22</sup>. Ceux-ci ne

---

<sup>20</sup> <http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2017-023R.pdf>

<sup>21</sup> Sur ce point, si c'est l'intérêt de la personne qui prime, il faut admettre que la santé ne se cloisonne pas et le Médecin du Travail et le Médecin traitant devraient avoir accès aux informations pour faciliter le suivi médico professionnel. D'aucuns évoquent le risque de fuite de données au profit de l'employeur, ce qui reviendrait à dire que le Médecin du travail violerait le secret médical, ce qui est répréhensible.

<sup>22</sup> Pour rappel le plan d'Agnes BUZYN indique que :

« A partir de la rentrée universitaire 2018 : déploiement du dispositif à l'ensemble du territoire, pour les formations en médecine, odontologie, maïeutique, pharmacie, kinésithérapie et soins infirmiers, soit 47 000 étudiants par an.

sauraient pallier le manque de médecins du travail mais pourraient participer de la constitution de groupes pluridisciplinaires. Pour autant, quel sera l'accompagnement dont ils bénéficieront ? Quelles missions leur accorder sur une période de 3 mois ?

S'ils sont mis à contribution pour mener à bien l'accompagnement des populations à risques et/ou en situation de handicap, cela soulève d'autres problèmes : comment assurer un maillage territorial uniforme de cette main d'œuvre ? Quelle articulation entre ces missions dévolues à la médecine du travail et celles dévolues par exemple aux Centres d'Examens de Santé ? Comment et par qui seront financés ces étudiants ? Quel serait leur statut ?

- Les compétences des ARACT
- Les agents des CARSAT. Lesquels ? Ceux qui font du conseil et de l'appui ou ceux qui interviennent sur la tarification et la réparation ? A priori, uniquement ceux en charge de la prévention (la tarification/réparation resterait du domaine de la CNAM et des CARSAT). Quel serait le statut des agents ? Mise à disposition ? Transfert du contrat de travail ? A la lecture du rapport une partie des missions des préventeurs reste en suspens. En dehors de l'activité d'accompagnement des entreprises, le rôle de « contrôle » suite à injonctions, signature d'un contrat de préventions, enquête sur les accidents du travail (dont AT Mortels) n'est pas abordé ou éludé. En outre, si les effectifs dédiés à la prévention basculent vers la structure régionale, cela pose question quant aux objectifs qui seront poursuivis : seront-ils fixés dans le cadre de la COG ATMP ou d'une COG Prévention signée entre l'Etat et l'Agence nationale et déclinée en CPG entre l'agence nationale et les agences régionales ?
- Les compétences des agences régionales de l'OPPBTB.

La question des moyens mérite d'être posée et appréciée à travers un prisme supplémentaire : le CAP22. Alors même que la mission LECOCQ a été instituée par le Premier Ministre, comme le Comité CAP22, ni les lettres de mission ni les auteurs n'ont pris le soin de faire un travail commun. A tort. Sans entrer dans le détail, il faut envisager un croisement et à cet égard, il a l'esprit que :

- La santé au travail est un service public qui s'inscrit dans un ensemble plus large, la politique publique de prévention
- Les membres de la mission LECOCQ, comme ceux du rapport CAP22, préconisent de recourir à des transformations radicales pour améliorer le service public et pour cela, expliquent qu'il faut construire le service public autour de l'utilisateur final (ce qui pose la question de savoir si l'utilisateur final est l'entreprise ou le salarié, ce que la lecture du rapport ne tranche pas de manière claire) et de ses besoins
- Ils s'accordent à voir l'Etat comme un régulateur
- CAP22 souhaite que soient utilisés « *tous les volets qu'offrira la transformation numérique pour créer un service public augmenté* » qui utiliserait les données pour offrir un service simplifié et personnalisé, traiterait de manière automatique les tâches qui pourront l'être et ainsi libérer du temps pour que les agents se recentrent sur l'accompagnement, l'écoute et le conseil...

Chaque structure régionale disposerait d'un Conseil d'Administration paritaire où siègerait le représentant de l'Etat en région. Ce CA regrouperait les compétences des CA des SSTI, de l'OPPBTB, de la CRAT-MP, de l'ARACT et des instances des organismes qui rejoignent la structure régionale.

Ce guichet unique régional serait la déclinaison d'une agence nationale dédiée à la prévention. Placée sous la double tutelle du ministère du travail et du ministère de la santé et des affaires sociales, c'est elle qui définirait les programmes de travail permettant de décliner les orientations du Plan Santé Travail que les structures régionales se chargeraient de déployer de manière homogène. Cette vision descendante ne prend ainsi pas en compte les spécificités locales : un bassin d'emploi fortement tertiairisé, un autre dépendant d'un ou deux gros employeurs, un autre portant un ou plusieurs chantiers importants marqués par la présence de travailleurs étrangers... Quelle place ce schéma accorde-t-il aux spécificités locales, même ponctuelles ?



Ladite structure nationale serait « gouvernée » par un conseil d'administration où siègeraient l'Etat et les partenaires sociaux.

Plus avant, la constitution de ce guichet unique interroge quant à son articulation avec la réforme des IRP : quelle place, quelles missions et quels rôles jouera la structure dans la commission HSCT du CSE ?

Surtout, le guichet unique apparaît comme un nouveau prétexte pour constituer une nouvelle entité sur le modèle des ARS, alors même qu'il existe déjà un organisme jouissant d'un maillage correspondant à celui recherché et que la mission qualifie d'interface entre la santé publique et le monde du travail : la CNAM et son réseau. La mission aurait dû s'appuyer sur la CNAM et prôner un étoffement de ses moyens. Si la CNAM est bien « un acteur décisif à la jonction des environnements de la santé et du travail » et que « l'action conjuguée des deux branches concourt en tout état de cause à améliorer l'état de santé d'une grande part de la population et place l'institution à l'interface des problématiques de santé population générale/ population au travail » alors il faudrait prendre ses responsabilités et exploiter cette situation. La CNAM est déjà soumise à la contractualisation au demeurant. Ce scénario aurait l'avantage de satisfaire les organisations syndicales attachées au paritarisme, et donc cela confirmerait que le gouvernement ne veut pas écarter ces dernières du paysage de la protection sociale, laquelle s'en trouverait renforcée. Il resterait toutefois à accepter de donner des moyens humains au secteur prévention, contrairement à ce qui est fait actuellement dans les CARSAT et à l'INRS.

Le scénario pourrait même aller plus loin : fusionner Médecine du Travail et Service Médical de l'Assurance Maladie. Cela aurait pour avantage de :

- Résoudre le problème de manque d'effectifs ont souffrent les SSTI et les ELSM
- Mettre fin aux incompréhensions légitimes des salariés et des employeurs rencontrées lorsque le Médecin Conseil rend un avis favorable à la reprise d'une activité professionnelle (sa décision ne prend pas en compte l'activité de l'assuré) et que le Médecin du Travail estime quant à lui que le salarié est inapte à exercer son poste et/ou tout poste dans l'entreprise.
- Réduire les contentieux nés de ces approches différentes et des incompréhensions qu'elles causent
- Favoriserait l'attractivité d'un poste de médecin intervenant sur la santé de la population générale et de la population au travail, participant à la veille sanitaire et pouvant conseiller les employeurs en s'appuyant sur une équipe pluridisciplinaire
- Faciliterait la mise en œuvre des actions de prévention de la désinsertion professionnelle
- Offrirait un pilotage national à l'aspect médical, ce qui manque actuellement au SSTI, et garantirait une homogénéité dans les pratiques
- Etc.

\* \* \*

Ce rapport est le fruit de nombreuses consultations au cours desquelles ont été recueillies des attentes, ou du moins des déclarations selon lesquelles :

- Les services de santé n'ont pas le temps de tout faire
- Le rapport cout/efficacité de la médecine du travail pose débat
- Une forêt d'acteurs rend illisible le système et ne favorise pas l'établissement de relations de confiance entre les employeurs et les intervenants en charge de la prévention
- Les salariés et les employeurs se sentent démunis face au handicap et aux pathologies chroniques
- Cloisonnement entre la médecine de ville et la médecine du travail
- Désir pour un interlocuteur unique

Ce système de recueil est posé comme un parti pris méthodologique : on pourrait s'attendre à ce que les propositions du rapport y répondent. Au final on voit mal comment ce rapport répond à la demande :

- On répond à la demande de simplification et de baisse des charges par la création d'une cotisation prélevée en même temps que celle des AT/MP, rendant ainsi plus difficile à identifier au niveau de l'entreprise la plus value de ladite consultation.
- Derrière le terme de guichet unique, on crée une superstructure dont on a du mal à savoir si elle sera dans l'opérationnel – en aurait elle les moyens ?- ou dans l'orientation, auquel cas , elle est surdimensionnée.
- Le rapport ne répond pas à la question des moyens de la médecine du travail – uniquement regonflés par la suppression de la fiche entreprise, donc avec une perte de services pour ces dernières.
- Le rapport ne répond pas, alors qu'il préconise une attention des pouvoirs publics plus poussée sur la santé au travail aux questions du financement de la santé au travail et de la pérennisation de ses moyens, encore moins de leur sanctuarisation, question d'autant plus cruciale que le maintien des financements de l'Etat n'est abordé nulle part.
- Enfin, il est à craindre que les salariés se retrouvent seuls face à une protection normative adaptable ( système de moyens de substitution aux obligations réglementaires), et la phase de diagnostic ainsi que l'avis du médecin du travail étant supprimée dans les entreprises, certains risques et certains plans d'action disparaissent . Le salarié sera alors responsable de son état de santé au travail.

Finalement, c'est un rapport de plus qui, même s'il va plus loin que d'autres, ne répond pas à l'ambition qu'il promettait, à savoir offrir un système simplifié, et encore moins une prévention renforcée !

Comme l'a indiqué Pascal PAVAGEAU à l'issue de l'entretien avec le Premier Ministre : « *Comme sur la question de l'assurance chômage, la Confédération fera part de ses revendications et positions afin que cette négociation réponde à nos demandes et aux attentes des travailleurs, notamment en matière de prévention* »