

Synthèse mission du GPO du COCT

Réforme de la santé au travail et du système de prévention des risques professionnels

Pour les employeurs, l'amélioration des conditions de travail et de la prévention des risques professionnels est un facteur important de cohésion sociale et de performance des entreprises.

PREAMBULE : MEDEF, CPME, U2P, FNSEA, UNAPL

- Refus d'une étatisation des SSTI et de la disparition de la présidence employeur. Les employeurs demandent une réforme profonde des services par une certification par tierce partie et une reprise en main par les partenaires sociaux afin de coordonner réellement l'action des SSTI et ainsi assurer des prestations homogènes et efficaces sur l'ensemble du territoire
- Refus d'une cotisation santé unique et identique prélevée par les URSSAF
- Refus que la qualité de vie au travail soit assimilée à la seule santé au travail
- Refus de créer une structure régionale dédiée aux risques psychosociaux

AXES MAJEURS : MEDEF

- Porter une réforme profonde du système institutionnel de santé au travail,
- En rationalisant le niveau national,
- Et en accroissant la performance et la taille des SSTI par le biais d'un système de certification national qui respecte leur autonomie tout en permettant un pilotage par indicateur,
- Sur le long terme, créer un nouveau statut d'infirmières de pratiques avancées en santé au travail type « nurse » anglo-saxonne.

AXES MAJEURS : CPME

- Obtenir des SSTI des prestations de qualité et de proximité pour les PME,
- Obtenir dans ce cadre une transparence et une maîtrise du montant de la cotisation,
- Mise en œuvre d'un « passeport sécurité »,
- Dans la mesure où l'Etat entend imposer un délai de carence d'ordre public d'un jour, on pourrait convenir d'un délai de deux jours qui pourrait être réduit (à 1 ou 0 jour) dans les situations médico-chirurgicales d'urgence sanctionnée par une hospitalisation. Cette mesure serait un moyen équitable pour lutter contre les arrêts dits « de confort ».

AXES MAJEURS : U2P, UNAPL

- Recentrer les prestations des SSTI sur l'appui et le service aux TPE *via* une harmonisation de leurs prestations et un pilotage régional et national par les partenaires sociaux,
- Ouverture à la médecine de ville du suivi médical des salariés et choix laissé à l'employeur sur le mode de suivi : médecine de ville (médecin exerçant au sein de son propre cabinet autre que le médecin traitant, en centre de santé ou en maison de santé pluridisciplinaire) ou SSTI,
- Paiement à l'acte pour le suivi médical initial et périodique ; cotisation mutualisée pour le restant du suivi individuel et les actions en milieu de travail,
- Incitation au suivi médical, sans obligation, pour les travailleurs indépendants
- Instauration d'un jour de carence d'ordre public

AXE MAJEUR : FNSEA

- Conservation de l'organisation et du mode de financement du dispositif actuel de santé au travail de la MSA

AVERTISSEMENT : Les intitulés des titres (en italiques et en gras) des chapitres de cette synthèse sont ceux des thématiques qui ont ordonné la réflexion du GPO du COCT et ne constituent aucunement une adhésion au schéma d'organisation proposé par les rapports Lecocq, Frimat et Sellier.

1- « *ORGANISATION NATIONALE* »

Création d'une agence nationale de droit privé couvrant les activités prévention des risques professionnels du service prévention (DRP) de la branche AT-MP de la CNAM, des CTN, de l'INRS, de l'ANACT mais hors OPPBTP, pour qui l'autonomie doit être préservée. **Gouvernance** : conseil strictement paritaire. **Financement** : agrégation des budgets de chacune de ces institutions et de tout ou partie de l'excédent de la branche AT-MP, et pour partie du transfert de la branche AT-MP à la branche maladie au titre de la présumée sous-déclaration **Mission** : Opérateur national de prévention des risques professionnels, coordination voire programmation de la recherche et organisation des partenariats avec d'autres acteurs privés ou publics. **Orientations politiques** : le GPO reste l'instance politique nationale qui définit des orientations dans le cadre du Plan santé au travail qui s'impose au système institutionnel dont l'agence.

2- « *ORGANISATION REGIONALE* »

« **Agences régionales** » : Refus de la création des **13 agences du rapport Lecocq** et de toute mise en place d'une économie dirigée de la prévention (labels). Mise en place d'une **structure régionale de « coordination en santé au travail »** des services prévention des CARSAT (Séparation missions contrôle et conseil des CARSAT), des ARACT et des prestations fournies par les SSTI. Cette structure ne remettrait pas en cause l'autonomie de fonctionnement des SSTI et des agences de l'OPPBTP. **Gouvernance de la coordination régionale** : GPRO des CROCT. **Financement** : Allocations budgétaires relevant de la prévention des RP des CARSAT, des ARACT et de l'Etat. **Mission** : Coordination des opérateurs, mise en place d'un portail régional et d'un service de réponse aux employeurs et aux salariés sur les ressources d'information en prévention ainsi que les acteurs et les dispositifs d'aides à la prévention mobilisables. Aide à l'élaboration du PRST et des orientations des GPRO en appui aux acteurs locaux et en cohérence avec les orientations régionales. Aide au suivi des indicateurs de performance des services de santé au travail issus du système de certification. Agrégation et évaluation des données régionales de sinistralité et de fonctionnement du système institutionnel de prévention.

3- « *SSTI* », AUTONOMIE DE GESTION ET DE FINANCEMENT, PROXIMITE TERRITORIALE

Missions : accompagnement réel et de proximité des entreprises, et tout particulièrement des TPE/PME, dans la mise en œuvre de leurs obligations en santé-sécurité et l'évaluation des risques complexes (dont risque chimique). **Gouvernance** : Présidence patronale. Nomination des administrateurs employeurs des CA des SSTI par les seules organisations d'employeurs représentatives au plan national interprofessionnel. **Pilotage** : Les partenaires sociaux interprofessionnels, au niveau national et régional, devront piloter les modalités d'action et d'accompagnement des SSTI vis-à-vis des entreprises et de leurs salariés. **Financement** : Cotisation finançant une prestation médicale (obligatoire) et une prestation de prévention (facultative). **Contrôle** : Certification par tierce partie accréditée sur la base d'une grille nationale construite par les partenaires sociaux. **Suppression** des monopoles départementaux des SSTI¹. **Regroupement** des SSTI (maille inférieure à celle de la région mais supérieure à celle d'aujourd'hui).

¹ Pour le MEDEF et la CPME : « sauf disposition différente au niveau des branches professionnelles ».

4- « **PREVENTION ACTIVE** », RESTER DANS LA LOGIQUE DU PST 3

Rétablir l'esprit de la directive européenne de 1989 qui introduit une responsabilité équitable entre employeur et salarié au regard de la prévention des risques professionnels. Faire la part de la santé du salarié de celle du citoyen dans la prévention et la réparation des maladies ubiquitaires. Soutenir par des actions spécifiques les TPE/PME dans la prévention des risques professionnels autrement que par des dispositifs de bonus-malus (crédit d'impôt « prévention »). Développer des outils collectifs pratiques et gratuits (type Seirich pour le risque chimique). Disposer de critères d'exposition et de seuils d'alerte accessibles aux préventeurs de terrains (VLEP). Rendre supplétive la réglementation. Rénover les outils de prévention de la branche ATMP. Acter l'évolution jurisprudentielle qui passe de l'obligation de résultat par des obligations de moyens. Les aides financières à destination des entreprises (Aides Financières Simplifiées et Conventions Nationales d'Objectifs) devront continuer à s'adresser respectivement à un public de TPE et de TPE/PME.

5- « **PUBLICS VULNERABLES** », A L'ETAT DE PRENDRE ET D'ASSUMER SES RESPONSABILITES »

La question d'un suivi médical des travailleurs des plateformes demeure liée à celle de l'appréciation de leur statut juridique par loi ou le juge.

Il appartient à l'Etat de satisfaire à ses obligations au regard des chômeurs et de leur réinsertion dans le monde du travail, en matière de médecine de main-d'œuvre. C'est l'Etat qui a choisi de rompre le suivi en santé au travail des salariés en fixant leur suivi périodique à 2 ou 5 ans alors que la durée moyenne des contrats de travail, toutes catégories confondues : CDD, intérimaires ou CDI, est bien souvent largement inférieure à ces termes.

6- « **SANTE AU TRAVAIL ET SANTE PUBLIQUE** »

La médecine du travail a une mission spécifique qui ne saurait être affaiblie par d'autres. La part prise par la santé au travail dans la santé publique est déjà considérable bien qu'amoindrie avec l'espacement et la dénaturation du suivi médical périodique des salariés consécutifs aux dispositions de la réforme de 2016. Pour autant, il n'appartient pas au médecin du travail qui n'est pas qualifié à cet effet, de prescrire un traitement (ordonnance, arrêt de travail). En revanche, il doit pouvoir alimenter et accéder, sans limite aucune, au DMP du salarié afin d'améliorer le partage d'information entre professionnels. Comme les autres spécialités médicales, la médecine du travail manque de médecins qualifiés. Les infirmiers SST ne sauraient apporter une solution durable au déficit démographique des médecins du travail. Il convient de faciliter plus encore la formation des collaborateurs médecins,

7- « **PDP** », UNE CHAINE DE SOLIDARITE qu'il convient d'organiser

La prévention de la désinsertion professionnelle est une démarche avantageuse pour le salarié comme pour l'employeur qui doit être engagée le plus en amont possible. Elle requiert l'intervention et l'énergie de nombreux opérateurs. Ses mesures dès lors qu'elles assurent un maintien dans l'entreprise ou l'employabilité, et résultent d'une procédure rigoureuse et loyale, doivent lier toutes les parties engagées. La structure de coordination régionale doit participer à la mise en réseau de l'ensemble des opérateurs intervenants de cette PDP. Distinguer la nature et les montants des compensations financières résultant d'une inaptitude non professionnelle de celle d'un licenciement. Evaluer les effets d'une mutualisation des coûts d'indemnisation de ces inaptitudes non professionnelles.

8- « **QVT** », UNE QUESTION SOCIETALE qui est l'affaire de tous

Les partenaires sociaux ont négocié dans le cadre d'un ANI des orientations fondamentales en matière de QVT. Les entreprises attendent désormais que les acteurs publics s'engagent à leur tour sur le traitement des facteurs de QVT qui relèvent de leur seule responsabilité : les transports en commun, le logement, le soutien à la petite enfance, ... Les actions QVT réalisées par les entreprises en suppléance d'une carence des pouvoirs publics devraient pouvoir prétendre à un crédit d'impôt.

La notion de QVT est par sa nature même transversale et recoupe plusieurs autres thématiques (égalité professionnelle, discrimination, diversité, GPEC, équilibre des temps de vie, organisation du travail, ...).

Au sein d'un secteur donné, des négociations successives sur des thèmes distincts (égalité professionnelle, prévention des risques, ...) peuvent donc déjà contribuer à créer un ensemble cohérent de règles destinées à améliorer la QVT.

9- « **REGLES** », CELLES QUI S'IMPOSENT ET CELLES QUE NOUS NOUS IMPOSONS ...

L'universalité de leur application doit pouvoir être proportionnée aux réalités des structures économiques et être utilement déployée par les bonnes pratiques professionnelles. Ces règles relatives à la santé-sécurité au travail, lorsqu'elles sont édictées doivent prendre en compte les spécificités des entreprises auxquelles elles s'appliquent. L'intégration des directives européennes ne doit plus donner lieu à des surtranspositions nationales pénalisantes. Les recommandations issues des travaux des CTR et CTN, sont à privilégier. Le principe des circulaires d'application de chaque réglementation nouvelle doit redevenir systématique.

10- « **INDEMNITES JOURNALIERES** », ANALYSER L'ABSENTEISME, MAITRISER LA PRESCRIPTION, DISSUADER LES ABUS

Les premières victimes de l'absentéisme sont les entreprises elles-même. Celles-ci, tout particulièrement les plus petites doivent être aidées et accompagnées et non stigmatisées.

La cause principale des IJ tient à l'augmentation de la masse salariale et au fait que les salariés travaillent plus longtemps. Les entreprises ayant une atypie avérée en relation avec les conditions de travail doivent faire l'objet d'un accompagnement dédié. Cela étant, les autres entreprises auraient avantage à la conduite d'un audit indépendant (hors CARSAT) de leur absentéisme, pris en charge par l'assureur (CNAM). Tout système de bonus-malus ne saurait être que contre-productif. La subrogation doit rester au seul choix des entreprises et des branches professionnelles. En effet, la subrogation peut se heurter fortement à la complexification du bulletin de paie (PAS, contrats courts, employeurs multiples, ...).

L'instauration d'un forfait en matière de calcul des indemnités journalières ne saurait être une parade aux difficultés des services de la CNAM. Le télétravail ne saurait rentrer dans le champ de la prescription médicale, cet aménagement du contrat de travail ne relève que de l'accord des parties cocontractantes (employeur et salarié) notamment dans le cadre de l'aménagement de poste demandé par le médecin du travail. Un encadrement de la prescription des arrêts de travail s'impose afin d'éviter le « nomadisme de prescription ». Il faut développer l'information en amont des entreprises pour favoriser le retour du salarié.
