

La Santé au Travail

Une « nouvelle frontière » à conquérir au service d'une politique de santé publique effective

Esquisse d'une organisation nationale et territoriale revisitée

Sommaire

1^{ère} Partie – Le Schéma d’ensemble

1. Ballotée entre archaïsmes, bureaucratie et corporatismes, la santé au travail occupe une place encore marginale et peu lisible, alors qu’elle véhicule des enjeux croissants et recèle un ensemble de potentialités largement sous-exploitées
2. Les principes de base d’une nouvelle architecture
3. Une organisation actuelle stratifiée, cloisonnée, difficilement lisible...et globalement peu efficace
4. Cartographie des acteurs pour l’esquisse d’un schéma d’organisation cible

2^{ème} Partie - Focus sur les Services Interentreprises de Santé au Travail

1. Le réseau des SPSTI est susceptible de contribuer efficacement aux politiques publiques en matière de prévention, de dépistage, d’accompagnement et de veille sanitaire
2. Les Axes prioritaires d’une réforme en profondeur des SPSTI

En guise de Conclusion provisoire

1^{ère} Partie : Le Schéma d'ensemble

1. Ballotée entre archaïsmes, bureaucratie et corporatismes, la santé au travail occupe une place encore marginale et peu lisible, alors qu'elle véhicule des enjeux croissants et recèle un ensemble de potentialités largement sous-exploitées

La Santé au Travail, la prévention des risques professionnels et le « bien-être au travail » ont progressivement pris place parmi les débats de société majeurs, alors qu'ils étaient longtemps restés cantonnés au rang de « boîtes à outils » techniques et opérationnelles.

La **notion de Santé au Travail** regroupe en effet un ensemble de problématiques de plus en plus prégnantes qui occupent régulièrement le devant de la scène, font à intervalle régulier l'actualité des médias, prennent une part croissante dans les priorités managériales, voire même stratégiques des entreprises.

Au-delà, elles interpellent en profondeur nos sociétés sur la cohérence de certains de leurs choix fondamentaux et l'impact de ceux-ci sur la santé des individus.

Parmi les principales thématiques qui s'y rattachent figurent :

- *L'allongement de la durée de vie au travail et les questions liées à la pénibilité, ainsi qu'au maintien du salarié en bonne santé jusqu'à un âge plus avancé*
- *Le développement des « troubles musculo-squelettiques » (TMS)*
- *L'apparition d'une nouvelle catégorie de risques et de pathologies liées au travail, les « risques psychosociaux », difficiles à cerner, à mesurer, parfois même à admettre dans leur principe*
- *Les risques émergents liés aux nouvelles technologies : nanotechnologies, risques chimiques de toute nature, ...*
- *L'évolution des modes d'organisation du travail : autoentrepreneuriat, « ubérisation », télétravail, ...*
- ...

Dans un système de santé reconçu et réorganisé autour des problématiques de santé publique et de prévention sur le long terme, tel que le prône « l'Institut Santé » :

La santé au travail est en mesure de jouer un rôle d'acteur opérationnel central déterminant

Elle dispose pour ce faire d'un ensemble d'atouts uniques parmi l'ensemble des acteurs du système de santé :

- Elle est susceptible d'accompagner l'ensemble de la population active du pays sur le très long terme, plus de 40 ans, de son entrée dans le monde du travail à son départ en retraite
- Elle dispose d'ores-et-déjà d'un réseau extrêmement dense, qui quadrille avec une forte granularité l'ensemble du territoire, au point de constituer, dans certains déserts médicaux, le premier point d'accès au système de santé
- Elle ne nécessite pas ou peu de financements complémentaires, sinon de façon marginale, dans la mesure où les entreprises en assurent déjà la quasi-totalité, pour un montant annuel qui peut être considéré comme faible (1,5 milliard d'euros de cotisations annuelles versées aux services de santé au travail)

Ces immenses atouts sont systématiquement gâchés, au-delà des corporatismes qui s'exercent sans retenue dans un secteur dépourvu de réel pilotage, par une absence récurrente de vision stratégique conjuguée à un enchevêtrement complexe d'acteurs redondants.

Ils méritent d'être enfin mobilisés au service d'une politique de prévention effective de terrain.

Cette évolution tant retardée repose sur la **volonté politique** de surmonter les corporatismes et les rigidités administratives, afin de désenclaver, de « déghettoiser » la santé au travail pour l'intégrer pleinement au sein du système de santé global, comme acteur de premier plan mis au service des **priorités définies par les pouvoirs publics** en matière :

De prévention, de dépistage, de maintien en emploi et de veille sanitaire

La santé au travail recèle de très fortes potentialités qui peuvent être résumée en une équation simple, mais ambitieuse :

**Santé des salariés = santé des citoyens = performance des entreprises =
performance collective du pays**

2. Les principes de base d'une nouvelle architecture

Faire de la Santé au Travail un acteur à part entière du système de santé...la voie vers une prévention effective au plus près du terrain

1^{er} principe : Substituer un Etat stratège à une bureaucratie tatillonne

L'attitude de l'Etat en matière de santé au travail se caractérise le plus souvent par une approche tatillonne, parfois intrusive, focalisée sur le contrôle des moyens et du fonctionnement quotidien des structures, tout particulièrement à l'égard des services de santé au travail.

Elle nécessite d'être remplacée par un **rôle de stratège**, caractérisé :

- Par une plus grande exigence sur les objectifs et l'atteinte de résultats
- Par la responsabilisation des acteurs
- Par un soutien déterminé à l'innovation et à la recherche en santé au travail et en prévention, actuellement traitées comme parents pauvres
- Par le souci de contribuer à l'émergence d'opérateurs industriels et de service de dimension nationale, mieux encore internationale, afin de développer en France un tissu d'entreprises créatrices de valeur dans le domaine de la prévention

2^{ème} principe : Installer un pilotage effectif de la santé au travail, commun à l'ensemble des acteurs de la santé publique

Aujourd'hui rattachée au ministère du travail dont la compétence et l'intérêt en matière de santé peuvent être considérés comme insuffisante et marginal, la santé au travail doit impérativement **changer d'autorité de tutelle** pour acquérir enfin sa pleine dimension et libérer ses potentialités, asphyxiées par l'organisation actuelle.

Il convient ainsi de l'intégrer à part entière à la gouvernance et à l'organisation proposées par l'Institut de Santé pour la Santé Publique, aux différents niveaux prévus : national, régional et territorial.

3^{ème} Principe : Simplifier le « mille feuilles » des organismes nationaux

L'une des tâches prioritaires de la future entité de pilotage de la santé publique sera d'analyser les rôles respectifs des multiples structures intervenant à un titre ou un autre sur le champ de la santé au travail, de clarifier leur mission et, le cas échéant d'initier les regroupements, clarifications et restructurations nécessaires afin de supprimer les doublons et améliorer tant la lisibilité que l'efficacité du dispositif : CNAM AT/MP ; INRS ; ANACT ; CNOCT... (cf. schéma page suivante)

4^{ème} Principe : Libérer le potentiel du réseau des Services de Santé au Travail pour lui permettre d'atteindre sa pleine efficacité et de faire émerger à terme des acteurs de dimension nationale...voire plus

Les atouts de ce réseau sont aujourd'hui encore très largement combattus :

- *Par son émiettement*
- *Par le manque d'innovation et la quasi-sclérose qui l'ont caractérisé pendant de nombreuses années*
- *Par le fait qu'il a été abandonné à lui-même par les parties prenantes concernées, sans vision stratégique ni réel pilotage*

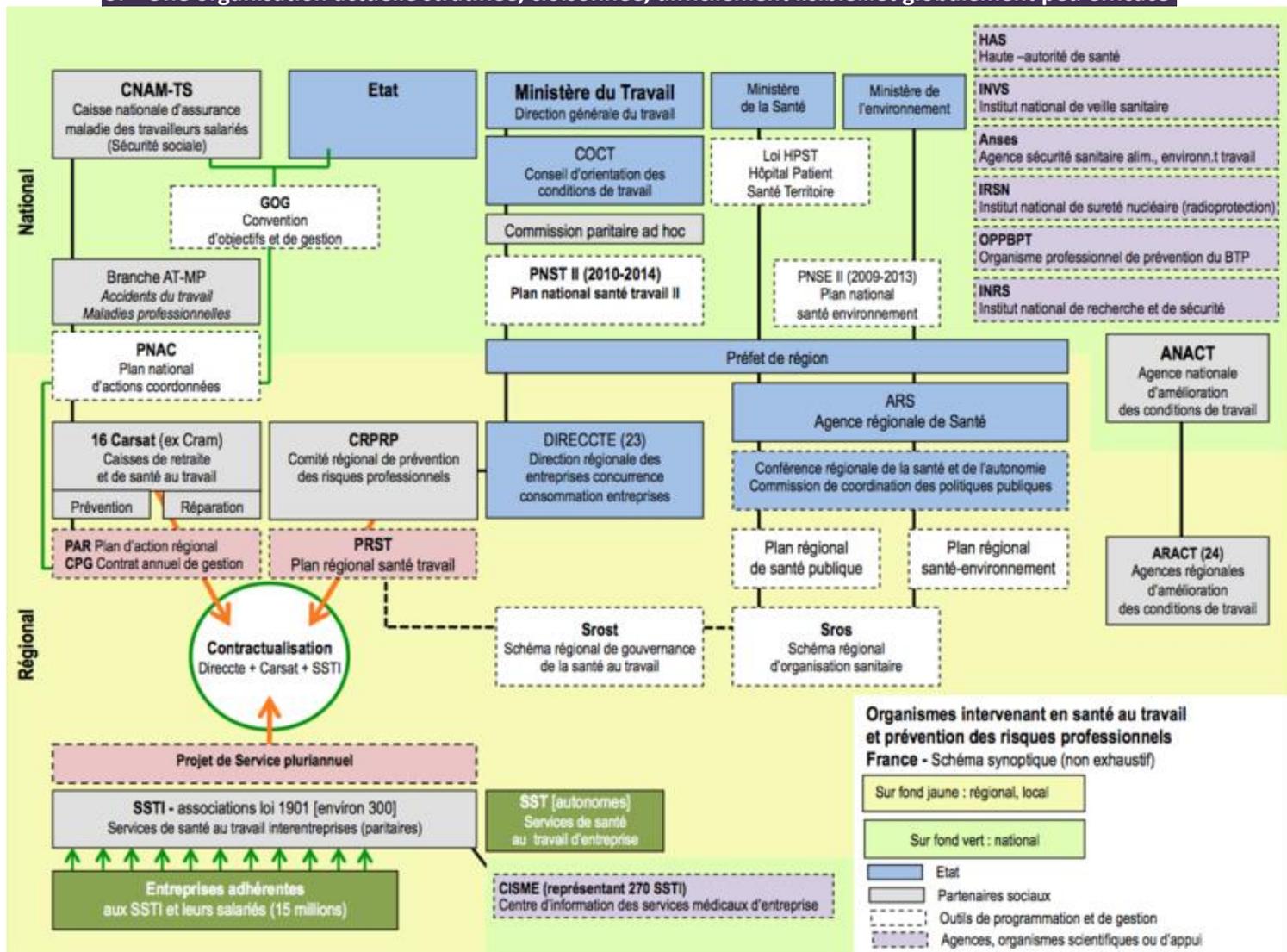
Les SPSTI sont ainsi devenus au fil du temps une proie facile pour le corporatisme des médecins du travail, encouragé sans le dire par une tutelle administrative déléguée de fait par les directions régionales du travail, faute d'autres compétences, aux « Médecins Inspecteurs du Travail et de la Main d'œuvre », efficaces relais du dit corporatisme, étant eux-mêmes le plus souvent issus des services de santé au travail. Leur seconde priorité semble être par ailleurs – avoir été ? – l'application tatillonne de la réglementation, au détriment de l'innovation.

Or, ce réseau dispose de très fortes potentialités relativement simples à mettre en œuvre, si l'on veut bien se donner la peine de traverser les silos administratifs, de faire fi des corporatismes et des intérêts à courte vue, pour s'inscrire dans une vision stratégique à moyen et long terme.

La nouvelle organisation devra **inverser complètement l'approche de la tutelle**, aujourd'hui fondée sur le contrôle tatillon des moyens par l'intermédiaire d'une politique d'agrément bureaucratique, au profit d'une **vision stratégique** entièrement repensée, fondée :

- Sur une **certification nationale des services** par un organisme tiers (HAS, AFNOR, ...), à partir d'un cahier des charges favorisant l'innovation et l'expérimentation
- Sur la **contractualisation au niveau territorial** autour d'objectifs de santé précis et le contrôle de leur atteinte
- Sur la souplesse d'organisation de la profession, afin de permettre à terme **l'émergence d'acteurs de dimension nationale** et, pourquoi-pas, **européenne ou internationale**, car ces thématiques n'ont pas de frontière
- **Ouverte aux partenariats** avec les nombreux acteurs intervenant sur le champ de la santé et du bien-être au travail : sociétés et cabinets spécialisés ; assureurs, mutuelles et institutions de prévoyance, ...

3. Une organisation actuelle stratifiée, cloisonnée, difficilement lisible...et globalement peu efficace



3.1 Un « Mille feuilles » administratif peu compréhensible...

Le schéma ci-dessus illustre la complexité d'un système articulé autour de deux piliers :

- L'Etat, incarné par le ministère du travail, autorité de tutelle d'une majorité des acteurs de cette galaxie
- Les partenaires sociaux, via les instances de concertation et d'orientations paritaires et la branche AT-MP (Accidents du Travail et Maladies Professionnelles) de la CNAM

Leurs missions se chevauchent en partie, au détriment de leur lisibilité respective et collective, donnant l'image d'un de ces « mille feuilles » institutionnels dont la France semble s'être fait une spécialité.

La logique de leur intervention semble plus animée par une forme de **rivalité et de compétition récurrente** entre les structures mises en place par les partenaires sociaux – via la CNAMTS – et les structures d'Etat, que par un réel souci d'efficacité.

Dans un passé récent, les initiatives des partenaires sociaux ont été systématiquement doublonnées par des initiatives de même nature lancées par le ministère du travail, sans recherche de complémentarité, ni valeur ajoutée.

On peut ainsi, à titre d'exemple, légitimement s'interroger sur l'apport réel de l'ANACT (Agence Nationale pour les Conditions de Travail) créée en 1973 par le ministère du travail, dont nombre de missions se chevauchent avec celles de l'INRS (Institut National de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles), créée en 1947 sous l'égide de la Sécurité Sociale (branche AT-MP).

3.2 ...Qui étouffe le réseau opérationnel de proximité sous utilisé des services de santé au travail

Ce récent schéma, dont les détails peu lisibles sont secondaires, est principalement pertinent pour la symbolique qu'il véhicule. Il suffit à lui seul à expliquer par lui seul la **pensateur** qui caractérise le système :

Dans le petit rectangle gris, en bas à gauche du schéma. sont représentés les Services de Santé au Travail, **seul réseau opérationnel de terrain en contact avec toutes les entreprises** :

- Les « **Services Autonomes** », intégrés à l'entreprise : autorisés pour les établissements dont l'effectif dépasse 500 salariés, obligatoires au-dessus d'un effectif de 2200 salariés. Ils prennent en charge 1,5 millions de salariés des grandes entreprises (8% des salariés du secteur privé)
- **Le réseau des « Services Interentreprises de Santé au Travail »**, qui couvre l'intégralité du territoire, et s'adresse à l'ensemble du reste des entreprises de droit privé (hors secteur agricole), tout particulièrement les TPE/PME, parents pauvres de la prévention :

- 15 millions de salariés suivis
- 7,4 millions de visites médicales annuelles
- 1,4 million d'entretiens infirmiers annuels
- Près de 300 000 visites d'établissements par an
- 16 000 collaborateurs
- 20 000 lieux de consultation sur le territoire
- 95% des entreprises adhérentes comptent moins de 50 salariés
- 56,2 % des effectifs suivis travaillent dans des entreprises de plus de 50 salariés

Tous les autres organismes figurant dans le schéma sont des structures étatiques, publiques ou para-publiques, constituant une forme de « couvercle » qui surplombe – asphyxie ? – les vrais acteurs de terrain, infiniment plus nombreux et proches des réalités territoriales.

Une articulation encore perfectible et aléatoire avec les SPSTI

Force est de constater que l'articulation de cette « technostructure » avec les SPSTI, seules structures opérationnelle de terrain, cherche encore ses marques :

- Elle est au mieux **fortuite ou circonstancielle au plan du pilotage et de la stratégie**. En atteste le fait que la présence « es-qualité » des SPSTI dans les commissions régionales et autres instances de gouvernance de la santé au travail n'est pas prévue par les textes...séquelle d'une méfiance historique à l'égard des SPSTI, soupçonnés de représenter les « employeurs », eux-mêmes parés par principe de mauvaises intentions.
- Elle tend à être plus organisée en théorie au plan opérationnel, les lois de 2011 et 2016 portant réforme de la santé au travail ayant institué et consacré le « **CPOM** », **contrat pluriannuels d'objectifs et de moyens**, outil tripartite cosigné par les DIRECTE, les CARSAT et les SPSTI.

Cet outil a le mérite d'exister, mais son caractère réellement opérationnel est très largement perfectible, dans la mesure où il est proposé par des structures de niveau régional, les CARSAT et les DIRECTE, parfois éloignées des réalités du terrain, la dimension des nouvelles régions n'arrangeant rien à l'affaire. **Les objectifs qu'il contient sont en outre très généraux, non chiffrés et non sanctionnés ni de façon positive, ni de façon négative..**

Les CPOM sont pourtant des instruments qui ont montré leur efficacité depuis une vingtaine d'années dans de nombreux domaines. Fondés sur les théories classiques du contrat, ils permettent à d'orienter des acteurs a priori autonomes et indépendants vers des objectifs d'harmonisation de l'offre, d'investissements et de qualité de service.

Les CPOM de première génération DIRECTE-CARAST-SPSTI n'en ont en fait que le nom car **aucun « moyen » n'est mobilisé à la clef**. On comprend dès lors leur inefficacité. Il suffirait simplement **de les rendre incitatifs** sur un mode qui s'apparenterait à « l'appel à projets », pour en faire des **outils efficaces d'orientation des politiques territoriales de santé au travail**.

Ex :

- ✓ Le nombre d'AT-MP doit baisser de x% en 5 ans sur le territoire Y. Les acteurs en présence bénéficient d'une enveloppe de x€ pour atteindre l'objectif. L'évaluation déterminera un retour de fonds prénégocié en cas de non-atteinte, atteinte partielle ou reconduction
- ✓ « 100% des professionnels de santé codent correctement leurs actes avec **le thésaurus professionnel**, enjeu PRIMORDIAL. **Un paiement à la qualité du codage** », Idée inspirée de la T2A et surtout de la ROSP.
- ✓ Un **impact social bond** préservé sur les excédents de la CAT-MP, à la discrétion de l'Etat et des partenaires sociaux dans le cadre du COCT pourrait mobiliser les acteurs à budget constant.

Un enjeu : Faire évoluer des CPO incantatoires en vrais CPOM

4. Cartographie des acteurs pour l'esquisse d'un schéma d'organisation cible

La refonte des structures appelées à piloter la santé au travail, d'une part, à conduire les actions opérationnelles qui découlent des politiques ainsi définies, d'autre part, doit par nature **s'inscrire dans le schéma d'ensemble proposé par « l'Institut Santé » pour la refonte globale du système de santé.**

Le présent chapitre a donc plus pour objectif d'aider à cartographier les forces en présence, à identifier les chantiers à mener, à rappeler les principes structurants d'une réforme en profondeur, que de proposer le détail de solutions « clés en main ».

Il ne faut en effet pas sous-estimer **l'ampleur d'une tâche**, qui se mesure à l'aune des résistances récemment rencontrées lorsqu'il s'est agi de mettre en musique les recommandations du « rapport Lecocq ».

Un peu d'histoire contemporaine...

Le long processus de réforme de la santé au travail initié par le gouvernement en janvier 2018 a été conclu par la loi du 2 août 2021...qui n'aborde finalement qu'une partie du sujet

Dans une lettre de cadrage datée du 22 janvier 2018, le Premier Ministre de l'époque, M. Edouard Philippe, a initié une « réforme profonde du système de santé au travail ».

Il a, pour ce faire, confié à la députée Charlotte Lecocq, accompagnée de deux experts, MM. Bruno Dupuis (Consultant) et Henri Forest (CFDT) et d'un IGAS, M. Hervé Lanouzière, ancien DG de l'ANACT, la mission de présenter des propositions en ce sens à l'échéance du 30 avril 2018. Un décret a ensuite nommé Mme Lecocq à cet effet auprès des ministres du travail et de la santé.

A l'issue d'un long processus d'étude, de rencontres et d'échanges avec l'ensemble des parties prenantes, notamment dans le cadre de « ateliers collectifs », qui s'est déroulé durant le premier semestre 2018, la mission « Lecocq » a rendu ses conclusions le 28 août 2018 dans un rapport intitulé : « Santé au Travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée », plus communément dénommé « Rapport Lecocq ».

Autant les constats du rapport Lecocq sont-ils assez largement partagés, à quelques nuances près, par l'ensemble des parties prenantes, autant les solutions qu'il propose ont-elles été vigoureusement contestées par les organisations patronales, au premier rang desquelles le MEDEF, et par les principaux organismes visés dans le rapport par des propositions de redéfinition des compétences et/ou de regroupement :

- Le regroupement au niveau national, au sein d'une structure de droit public, « France Santé au Travail », des compétences de l'INRS, de l'ANACT, de l'OPPBT, et de la CNAM (pour la seule partie prévention, concernant cette dernière)
- La séparation des missions d'assurance et de prévention actuellement conduites par la CNAM AT-MP
- La création au niveau régional d'un « Guichet Unique », structure de droit privé, regroupant les SPSTI de la région, ainsi que les services prévention des CARSAT, les équipes des ARACT et de l'OPPBT
- Le financement du dispositif par une cotisation prélevée par l'URSSAF, aux lieux et place des cotisations directement perçues par les SPSTI auprès de leurs adhérents

Les trois principaux protagonistes de la réforme ont : les partenaires sociaux, premiers concernés - organisations patronales et syndicats de salariés ; le gouvernement qui a nommé en juillet dernier un secrétaire d'Etat aux retraites et à la santé au travail, M. Laurent Pietrazewski ; un groupe de 150 députés LREM, très actif sur le sujet, conduit par Mme Charlotte Lecocq, qui avait piloté la rédaction du rapport remis en septembre 2018 au Premier ministre.

Cette « émulation », qui n'obéit pas forcément à des objectifs convergents, a abouti :

- Le 9 décembre 2020, à la signature d'un « **Accord National Interprofessionnel sur la Santé au Travail** », conclu un peu à surprise générale entre les partenaires sociaux
- Le vote, le **2 août 2021**, de la « **loi portant réforme de la santé au travail** » sur la base d'une proposition de texte déposée par les députés LREM, et qui reprend – c'est une obligation – le texte de l'ANI, en le complétant par des dispositions plutôt générales et sans portée réellement concrète sur le rôle des SPSTI en matière de santé publique

Ces deux documents traitent quasi-exclusivement des Services de Santé au Travail, sans aborder de front les chapitres pourtant cruciaux du « mille feuilles administratif » et du pilotage de la santé au travail, laissé entre les mains des mêmes acteurs qu'auparavant, au lieu de profiter de cette opportunité unique pour la positionner en élément clé de la santé publique

Rien ou presque de l'ambition initiale ne subsiste dans la loi qui s'est contentée en de traiter – une fois de plus pourrait-on dire – le cas des SPSTI, dans une perspective malheureusement dépourvue de souffle, d'ambition et d'esprit d'innovation.

4.1. Simplifier et dynamiser un pilotage éparpillé et peu efficace

4.1.1 Deux acteurs majeurs : l'Etat et les partenaires sociaux

Le pilotage de la politique nationale et régionale de santé au travail est historiquement conjointement assuré par l'Etat, aujourd'hui le ministère du travail, et les partenaires sociaux, dans le cadre de multiples structures qui se chevauchent et ne se caractérisent ni par leur réactivité, ni par leur appétence à l'innovation, ni par leur efficacité, les postures et jeux de rôle l'emportant souvent sur le souci d'avancer :

- Au niveau national : le COCT (Conseil d'Orientation des Conditions de Travail)
- Au niveau régional : le CRPRP (Comité Régional de Prévention des Risques Professionnels)

Dans le cadre de la refonte systémique proposée par « l'Institut Santé », il conviendra :

- D'intégrer le pilotage et ses acteurs dans le schéma prévu par « L'Institut Santé » pour l'ensemble du système de santé
- En veillant à conserver entière une **implication effective des partenaires sociaux**, à la fois principaux bénéficiaires et principaux déterminants, par leur comportement, des résultats en matière de prévention des risques professionnels

4.1.2 Des outils de pilotage stratégique rigides et peu opérationnels

- **Le Plan Santé au Travail (PST) et ses déclinaisons régionales (PRST)** : mis en place en 2005, cet outil, négocié par les partenaires sociaux au niveau du COCT, sous le pilotage du Ministère du Travail (DGT), fixe les orientations générales de la politique publique en matière de santé au travail.
Le Plan Santé au Travail en est à sa troisième édition : PST1(2005/2009) ; PST2 (2010 :2014) ; PST3 (2016/2020). Le PST4, qui aurait dû prendre le relais en 2021, est toujours en discussion entre l'Etat maître d'ouvrage (ministère du travail -DGT) et les partenaires sociaux

La lourdeur d'élaboration de ces plans (cf. la rupture de continuité, souvent longue entre deux plans qui devraient se succéder) et leur caractère général, rarement assortis d'objectifs chiffrés, en font plus des déclarations d'intention que des outils opérationnels

- **La Convention d'Objectifs et de Gestion de la CNAMTS – branche AT-MP** : elle détermine la politique de la branche AT-MP de la CNAM, en matière de prévention des risques professionnels et d'organisation interne de la branche (COG 2018 :2022 en cours). Ce document, qui ne concerne sur le principe que la seule CNAM a, par son contenu, une portée plus large, dans une perspective plus immédiatement opérationnelle

4.2 Un financement qui repose quasi-exclusivement sur les entreprises

Fait assez rare dans le domaine de la santé pour être signalé, le financement de la santé au travail et de la prévention des risques professionnels repose quasi uniquement sur les entreprises (cotisations « employeur »).

4.2.1 La réparation

La prise en charge de la réparation – accidents du travail et maladies professionnelles - occupe une part considérable des dépenses engagées :

- Par la **CNAM -branche AT-MP : 8,743 milliards d'€ en 2019**, au titre de l'indemnisation des maladies professionnelles et des accidents du travail (source : rapport annuel « Assurance Maladie – Risques professionnels »)
- **Par les Mutuelles, institutions de Prévoyance et assureurs complémentaires**, au titre des garanties collectives « Santé et Prévoyance », au titre des garanties invalidité, décès, prévoyance et, partiellement santé

4.2.1 La prévention

- **Le financement par la branche AT-MP de la CNAM : 59,2 millions d'€** (à mettre en rapport avec les dépenses engagées pour la réparation), au titre du financement des actions de prévention engagées par les entreprises
- **Les cotisations des entreprises aux SPSTI** : ce sont des associations loi de 1901, auxquels chaque entreprise est tenue d'adhérer et de cotiser à ce titre au prorata de ses effectifs (cotisation moyenne comprise entre 90 et 120€ HT / an / salarié). Le total des cotisations annuelles versées aux SPSTI est évalué à un peu plus **d'1,5 milliards d'euros**
- **Les assureurs complémentaires** : motivés pour différentes raisons - maîtrise de la sinistralité, enrichissement de leur offre de service, marketing -, ils proposent de plus en plus souvent à leurs clients des programmes plus ou moins complets, portant à la fois sur la santé individuelle et l'hygiène de vie et sur les risques professionnels et qui présentent l'intérêt d'abolir la frontière « santé publique / santé au travail

Le degré élevé de solidarité dans les accords de branche

La réforme de la généralisation de la complémentaire santé en entreprise prévoit l'instauration d'un dispositif spécifique : « le degré élevé de solidarité ».

Son objectif : permettre aux salariés de bénéficier de prestations solidaires qu'ils n'ont pas à financer.

Une opportunité et des bonnes pratiques

Lorsque les partenaires sociaux recommandent un ou plusieurs organismes assureurs pour mettre en place la mutualisation et la gestion des régimes de protection sociale complémentaire, les accords de branche doivent obligatoirement inclure des prestations présentant un « degré élevé de solidarité » ou DES.

Pour mettre en œuvre ce mécanisme, les organismes assureurs doivent affecter au moins **2 % du montant des primes ou cotisations au financement de prestations « à caractère non directement contributif », telles que des prestations de prévention et des services d'action sociale.**

Pour les branches professionnelles, le DES constitue donc une réelle opportunité de développer des bonnes pratiques au profit des salariés et des entreprises, notamment en matière de prévention des risques spécifiques à chaque métier.

Des marges de financement significatives au bénéfice de la prévention

Si l'on part de l'hypothèse d'une cotisation minimale mensuelle de 60€ par salarié, soit 720 € par an et par salarié, cela représente un montant de $720 \text{ €} \times 2\% = 14,40 \text{ €}$ par salarié, arrondi à 15 €.

Pour 15 millions de salariés assurés, cela représente ainsi une somme globale de **225 Millions d'euros/ an**. En doublant par hypothèse cette somme, dans le cas d'une moyenne de cotisation de 120€, la somme allouée à la prévention s'élèverait à **450 Millions d'euros / an**

Le **marché des prestations de santé au travail** financées par les entreprises, par recours direct à des prestataires spécialisés hors SPSTI, est évalué à environ **1,5 Milliard d'€** par le cabinet PMP Conseil

Une Innovation, le Crédit impôt prévention

(Proposé par M. Joseph Puzo – Président d'Axon' Cable)

« Nous proposons d'inclure dans la prochaine loi portant réforme de la santé au travail un Crédit d'Impôt Prévention Santé et Sécurité au Travail, qui s'intégrerait dans les 30 articles de la proposition en respectant sa cohérence.

Ce CIP est calqué sur le modèle du CIR (Crédit d'Impôt Recherche). Le CIR français a été créé en 1983. C'est un modèle déclaratif qui a fait l'objet de perfectionnements en 2000, 2004 et 2008.

Le taux du CIR actuel est de 30% des dépenses de recherche et développement. Il se calcule par année civile. Les subventions publiques, reçues pour les projets de recherche ouvrant droit au CIR, doivent être déduites des bases de calcul du crédit. Ce CIR français a fait preuve de son efficacité en augmentant la R&D dans les PME et les ETI. Son principe a été copié par plusieurs pays étrangers, notamment par l'Allemagne en 2019 et par la Grande-Bretagne depuis 2000.

Nous proposons ainsi que le **taux du CIP pour les entreprises représente 30% des dépenses de prévention** et que le modèle du CIP soit déclaratif.

Le CIP va non seulement fortement motiver l'entreprise, mais aussi diminuer les dépenses de santé de l'Etat. Associé au Bilan Préventif de Santé décrit ci-dessous, s'il est réalisé par l'intermédiaire des Services de Santé au Travail, il présente un retour sur investissement de prévention (RoP) largement supérieur à 9 pour l'entreprise.

Le crédit d'impôt de 30% sera :

- Inférieur aux dépenses de santé économisées par la Sécurité Sociale et ne n'engendrera aucune dépense publique supplémentaire.
- Supérieur à la différence entre le « rendement de prévention » et les dépenses de prévention engagées par l'entreprise. Et cela même si le SST facture le bilan de prévention sous forme d'examen complémentaires »

4.3 La recherche et l'expertise

- 4.3.1 Les facultés de médecine :** les services de pathologie professionnelle (CHU) forment les internes en médecine du travail et sont consultés en tant qu'experts par les Services de Santé au Travail
- 4.3.2 L'INRS :** Association loi 1901, sans but lucratif, l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS) est soumis au contrôle financier de l'État. Son budget d'environ 80 millions d'euros provient du fonds national de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles. Il est alimenté par les cotisations AT/MP des entreprises qui cotisent au régime général de la Sécurité sociale.
- 4.3.3 L'ANACT :** L'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail est un établissement public administratif créé en 1973 régi par le code du travail. Installée à Lyon, elle est placée sous la tutelle du ministère en charge du Travail.

L'ANACT a pour vocation d'améliorer les conditions de travail en agissant notamment sur l'organisation du travail et les relations professionnelles. Pour cela, elle conçoit et diffuse, à destination des salariés, de leurs représentants et des directions — mais aussi de tous les acteurs qui interviennent auprès des entreprises — des méthodes et outils éprouvés dans un objectif partagé : **concilier durablement qualité de vie au travail et performance économique.**

Remarques

- Les « Plans Santé au Travail » successifs et les nombreux rapports sur la santé au travail s'accordent à reconnaître la relative faiblesse de la recherche scientifique dans les domaines de la santé au travail et de la prévention des risques professionnels

Le fait que la santé au travail soit placée sous la tutelle du ministère du travail, peu concerné par les questions de recherche, ne facilite certainement pas la recherche dans ce domaine, tant sur le plan médical et scientifique que sur le plan des méthodologies d'analyse des risques en entreprise. (ex : l'AMDEC prône 3 critères – fréquence, gravité et détectabilité-, auxquels pourrait se rajouter la vulnérabilité ; contre deux généralement utilisés en santé au travail : fréquence et gravité)

- Même si l'INRS et l'ANACT sont investies, dans les textes, de missions de nature différente, cette complémentarité s'avère moins évidente sur le terrain, les deux organismes se situant souvent sur les mêmes problématiques (Troubles musculosquelettiques ; Risques Psychosociaux,) dans des démarches qui peuvent être facilement perçues comme concurrentes par les entreprises

4.4 L'organisation opérationnelle

4.4.1 L'échelon national

4.4.1.1 La CNAM AT-MP : une triple mission

- L'Assurance : prise en charge des accidents du travail et des maladies professionnelles
- L'inspection et le contrôle des entreprises
- La Prévention : financement d'équipements et d'actions de prévention, conseil aux entreprises

Le rapport « Lecocq » de septembre 2018 proposait de dissocier ces trois missions, jugées peu compatibles entre-elles pour les organiser différemment autour de l'agence « France-Santé au Travail » à créer.

Vigoureusement combattu par les institutions concernées, ce schéma n'a pas été retenu dans la proposition de loi actuellement en cours d'examen au Parlement.

4.4.1.2 Le réseau des 240 SPSTI n'est pas doté d'une structure de pilotage opérationnel (cf. 2^{ème} partie)

PRESANSE, l'organisme professionnel qui représente la profession est un syndicat professionnel à adhésion libre.

Tout l'enjeu pour la profession est de parvenir construire cette tête du réseau, à partir de PRESANSE, l'hypothèse la plus simple en pratique. Dans le cas contraire, elle court le risque de se voir imposer – comme le rapport Lecocq le préconisait- une structure étatique ou paraétatique de pilotage et de contrôle.

4.4.1.3 Les assureurs complémentaires

Leur stratégie de prévention est par nature définie au niveau national, souvent en partenariat étroit avec le niveau national des branches professionnelles (patronat et syndicat), à l'exemple d'AG2R -La Mondiale pour les branches de la coiffure ou de la boulangerie.

Ces politiques sont ensuite déclinées à l'échelon régional et territorial par les structures correspondantes des branches professionnelles et des assureurs.

4.4.2 Les échelons territoriaux

4.4.2.1 La Région

- **Les CARSAT** : structures régionales de la CNAM AT-MP, déploient auprès des entreprises les missions de contrôle, de conseil et d'assurance de la branche
- **Les DIRECTE**: A partir du 1^{er} avril 2021, les DIRECCTE (directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi) et les services déconcentrés chargés de la cohésion sociale vont fusionner et devenir les DREETS (directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités) ;

Dans le domaine de la santé au travail, elles assurent la tutelle des SPSTI, notamment via :

- La procédure d'agrément quinquennale des services
 - La signature des CPOM avec les SPSTI : contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens tripartites, cosignés avec la CARSAT
- **Les structures régionales de PRESANSE** : 12 associations régionales regroupent les SPSTI des 13 régions de France métropolitaine, assurant des missions de communication, de mise en commun de moyens et d'échanges de bonnes pratiques
 - **Le réseau ARACT**

Piloté par l'ANATC, le réseau ANACT-ARACT exerce une mission de service public au profit de l'amélioration des conditions de travail. Son action bénéficie prioritairement aux petites et moyennes entreprises.

Les ARACT sont des associations de droit privé administrées de manière paritaire et financées par l'État, les régions et des ressources propres. Par leur ancrage local et leur organisation paritaire, elles appréhendent les besoins spécifiques des entreprises et des territoires, tout en développant leurs compétences par leurs échanges d'expériences au sein du réseau national.

4.4.2.2 Le territoire ou le département

Les SPSTI sont les seuls intervenants en santé au travail implantés au niveau départemental.

Selon la dimension des régions, leur nombre varie par département (de 1 à 3 ou 5 par département) et la tendance, unanimement soutenue, est à leur regroupement pour parvenir à terme à une petite centaine de services au maximum.

Remarque

Pour évoquer avec un minimum de réalisme le rôle de ces différents acteurs au plan strictement opérationnel, il faut garder à l'esprit des ordres de grandeur parlants...en l'espèce, une **disproportion considérable de moyens entre les SPSTI et les autres intervenants**.

A titre d'exemple, en Ile-de-France, les SPSTI emploient a minima 5000 collaborateurs, contre 8 pour l'ARACT Ile-de-France et environ 20 inspecteurs pour la CRAMIF (la Caisse Régionale d'Assurance Maladie de l'Ile-de-France) ...

Proches du terrain, des réalités tant du bassin d'emploi que de la situation sanitaire des populations, les SPSTI sont à même de **contractualiser avec les départements**, dans le cadre du schéma proposé par « l'Institut Santé », sous réserve de leur **laisser la liberté et la possibilité** de :

- Déployer des **partenariats et politiques de prévention sur une échelle nationale** :
 - *En direction des Entreprises multisites, dont la logique d'implantation sur l'ensemble du territoire national ne correspond pas aux découpages administratifs*
 - *Avec les Branches professionnelles, regroupant des entreprises de même métier sur tout le territoire*
 - *Avec d'autres acteurs, tels les assureurs complémentaires*
- Constituer un **réseau piloté et coordonné**, susceptible :
 - *De déployer des politiques homogènes sur l'ensemble du territoire et*
 - *D'exploiter, se synthétiser et de diffuser la mine de données qu'ils enregistrent au quotidien*
- Favoriser la recherche, l'innovation et le déploiement rapide des nouvelles technologies (objets connectés, télésanté, intelligence artificielle, ...)
- Faire émerger des **acteurs de dimension nationale**, voire internationale, en accompagnement des grandes entreprises, tant dans le domaine des services que des technologies industrielles

Il ne faut pas oublier que les destinataires premiers de l'action des SPSTI sont les entreprises adhérentes et leurs salariés.

80% de leurs entreprises adhérentes sont des TPE/PME employant moins de 10 personnes, pour lesquelles la **recherche d'une grande proximité est un plus**, surtout si l'on tient compte de la taille des actuelles régions.

Par contre, figurent également parmi leurs adhérents des entreprises de dimension nationale ou internationale, qui représentent une part significative des salariés pris en charge et sont soucieuses de disposer de retours d'information synthétiques, d'une vision globale de la situation de leurs salariés, pour pouvoir déployer les stratégies de prévention qui en découlent sur l'ensemble de leur périmètre...ce que ne permet pas l'organisation actuelle.

En résumé, il ne faut pas que l'organisation territoriale de la santé au travail constitue un frein, comme c'est aujourd'hui le cas :

- A la prise en compte globale et coordonnée des problématiques « santé et bien-être au travail » des entreprises, au-delà de la dimension territoriale du SPSTI
- A la constitution d'opérateurs nationaux susceptibles de contribuer pour leur part au développement économique de notre pays, dans un domaine où la concurrence internationale s'avère moins prégnante.

2^{ème} Partie

Focus sur les Services Interentreprises de Santé au Travail

Un enjeu majeur, sous forme de défi : permettre l'émergence progressive d'acteurs de dimension nationale, voire internationale

En fait, toute la difficulté de l'équation pour les SPSTI tient dans le fait que ce sont des acteurs économiques de droit privé qui pourraient disposer d'un grand potentiel de création de valeur sur un plan national, voire plus...mais qu'ils doivent leur financement à une cotisation obligatoire des entreprises. Cela justifie en contrepartie un contrôle étatique tatillon, ainsi qu'une gouvernance paritaire, caractérisée par la pesanteur et le défaut l'intelligence collective qu'on lui connaît.

Il ne faut pas "rigidifier" ni étatiser une organisation qui repose essentiellement sur des **opérateurs privés**, dont l'enjeu est également d'acquiescer une **dimension nationale, voire internationale** (à l'image de SOCOTEC, de l'APAVE, par exemple).

Les Services de Santé au Travail peuvent en effet faire valoir des **atouts uniques** parmi les nombreux acteurs de la santé au travail, voire plus généralement de la prévention, en France :

- **Un réseau opérationnel de terrain qui apporte une réponse de santé sur l'ensemble du territoire** : « le maillage du territoire par les SPSTI en fait, aujourd'hui, l'acteur le plus proche des entreprises pour la protection de la santé au travail en France » (rapport Lecocq- « Vers un Système Simplifié pour une Prévention Renforcée » - septembre 2018)

Dans certains « déserts médicaux », le SPSTI est souvent devenu le seul acteur de santé de proximité pour la population.

- **Une expertise médicale et pluridisciplinaire** conjuguée à la connaissance du tissu économique :

L'apport spécifique des SSTI : conjuguer la connaissance des postes et de l'état de santé des travailleurs pour conseiller en prévention



1. Le réseau des SPSTI est susceptible de contribuer efficacement aux politiques publiques en matière de prévention, de dépistage, d'accompagnement et de veille sanitaire

La fongibilité des espaces de vie tend à rendre caduques les barrières institutionnelles historiquement établies entre les différents « espaces de santé » et leur pendant dans l'organisation administrative : santé scolaire, santé publique, santé au travail, santé environnementale, ...

L'accent mis sur la prévention ne peut que renforcer cette dynamique. Alors qu'il était aisé de distinguer structures de soin curatif et services de santé au travail, dont les missions se situaient sur des terrains clairement distincts, comment le faire de façon aussi claire lorsqu'il est question de prévention, sujet transverse à toutes les activités de l'individu tout au long de sa vie ?

L'intervention des mutuelles, assureurs et IP, facilitée par l'Accord National Interprofessionnel de 2013 sur la couverture complémentaire santé, favorise en outre ce décloisonnement, car ces acteurs se positionnent structurellement sur les deux champs.

Le milieu de travail est ainsi appelé à devenir un « **territoire de santé** » au sein duquel toutes les dimensions de la prévention pourront être prises en compte.

1.1 Dans le domaine de la prévention et du dépistage

La prévention est historiquement et de façon chronique le parent pauvre du système de santé français, culturellement très orienté vers le soin et la réparation.

La santé au travail en général et le réseau des SPSTI en particulier recèlent le potentiel requis pour devenir les **acteurs efficaces d'une politique de prévention globale** intégrant tant les composantes professionnelles que les paramètres individuels du risque.

La « **stratégie nationale de santé 2018-2022** » prévoit de mettre en place une politique de promotion de la santé, **incluant la prévention**, dans tous les milieux et tout au long de la vie.

Parmi les recommandations qui s'y rattachent, certaines visent spécifiquement les Services de Santé au Travail :

- « *Mettre en place une politique globale de santé et de qualité de vie au travail dans l'ensemble des milieux professionnels publics et privés et renforcer le **rôle de coordination** des services de santé au travail.* »
- « *Développer la prévention en milieu professionnel dans une **approche globale de la santé**, en améliorant la coordination des acteurs, en développant le **volet professionnel du dossier médical partagé**, en intégrant mieux les services de santé au travail dans le parcours de santé ...* »

Les services de santé au travail disposent d'ores-et-déjà, de par la réglementation en vigueur, de moments de rencontre périodiques :

- Avec l'entreprise et le milieu de travail, afin d'y analyser les risques et de déployer des actions de prévention collectives
- Avec ses collaborateurs, dans le cadre des différents types de visites définies par les textes au titre du « suivi individuel » des salariés, en particulier, la « VIP » (« Visite d'Information et de Prévention »)

En complément de ce socle réglementaire de base, le suivi individuel des salariés pourrait être complété par un **système de bilans périodiques de santé** proposés de façon optionnelle – ou non - aux entreprises pour leurs salariés :

- *Selon les catégories de salariés et/ou de métiers*
- *Sur la base de critères liés à l'âge, au sexe, au parcours de vie*
- *A une périodicité corrélée aux différents âges de la vie et/ou à des situations spécifiques (maternité, accidents...)*

C'est la Lettonie qui a mis en place le système le plus accompli en ce domaine. Il prévoit un bilan de santé complet : à l'embauche, à chaque changement de poste, au retour d'une longue maladie, avant le départ en retraite.

En France, des expérimentations concrètes sont déjà en cours sur le terrain.

Le **projet CardioNum'**, initié par la société « Axon' Cable » et le SPSTI d'Épernay (l'AMTER), désormais piloté par Reims Santé au Travail, en cours d'extension à la région Grand-Est, est exemplaire à cet égard.

S'appuyant sur les technologies de la télémédecine, de la téléconsultation et des objets connectés, il porte sur la **prévention et le dépistage des pathologies cardiovasculaires**.

Son impact bénéfique sur l'entreprise et, plus largement pour la collectivité, est potentiellement considérable. Il peut en outre, à partir des enseignements issus de son déploiement, évoluer dans deux directions :

- S'étendre à d'autres pathologies : ophtalmologie, dermatologie, oncologie, handicap, ...
- Se voir complété et relayé par **des bilans de santé** plus approfondis, situés à des étapes-clés du parcours professionnel, conférant ainsi à la santé au travail une réelle dimension en matière de prévention et consacrant sa valeur ajoutée médicale

Dans le prolongement de cette logique, certains **établissements de soin** s'orientent d'ores-et-déjà, afin de compléter leur activité première ou de compenser les suppressions d'activités liés à la restructuration hospitalière, vers la mise au point d'une « **gamme** » de **bilans de santé** proposés aux entreprises et à leurs salariés, faisant de cette nouvelle prestation un axe stratégique de leur développement futur.

Sur un autre registre, des projets sont lancés à l'initiative du ministère des sports afin de susciter des initiatives **sport/santé/travail** pour lutter contre la sédentarité et faire de l'entreprise un espace de promotion de l'hygiène de vie.

1.2 Dans le domaine de la lutte contre la désinsertion professionnelle et de l'accompagnement en entreprise des pathologies chroniques

Le maintien en emploi est devenu l'une des grandes priorités fixées par les pouvoirs publics aux SPSTI, les problématiques qui s'y rattachent étant le plus souvent liées à l'usure causée par l'allongement de la durée de vie au travail, au handicap ou aux pathologies chroniques en constant développement.

Déjà fortement mobilisés autour de ces questions, les SPSTI gagneraient en efficacité :

- En complétant les prestations prévues par les dispositifs existants -visites de reprise ; visite de pré-reprise – par de réels **bilans de santé**, organisés en partenariat avec les opérateurs du système de soins (cf. supra)
- En améliorant les liens et la coordination avec l'ensemble des parties prenantes concernées, pour se positionner de la sorte en **interlocuteur pivot**.

*« Davantage structurer le réseau des services de santé au travail, ainsi que leurs relations avec les Caisses d'Assurance Maladie, pour **gagner en efficacité dans les politiques de maintien dans emploi** » (Stratégie Nationale de Santé).*

Dans cet esprit, les SPSTI de Dordogne, répondant à un appel d'offres de l'ANACT, ont créé une « plate-forme partenariale d'information/sensibilisation sur le maintien en emploi, « **Sémaphore** ».

1.3 Dans le domaine de la pénibilité, en proposant une approche combinée fondée sur :

- La **prévention effective et continue** des risques professionnels auprès des salariés et des entreprises
- Le **suivi des salariés tout au long de leur carrière**, ainsi que de la traçabilité de leurs risques et expositions au moyen d'outils performants, déjà existants
- Un **bilan de santé de fin de carrière**, innovation à concevoir et proposer, qui permettrait d'apprécier de façon objective, sur des bases médicales scientifiquement validées et remises à jour par le traitement cumulatif des données dans le temps, l'impact effectif de la pénibilité sur chaque individu

1.4 Dans le domaine de la traçabilité, du suivi des parcours et de la veille sanitaire subséquente

Les SPSTI sont équipés de logiciels « métier » construits autour du « DMST » (Dossier Médical en Santé au Travail), qui permet en théorie de suivre et de tracer le parcours et les expositions professionnelles de chaque salarié (l'HAS a « normalisé » il y a plus de dix ans l'architecture du DMST).

De nouveaux outils très performants et puissamment interactifs ont été récemment mis sur le marché, prenant en compte, notamment via des objets et dispositifs médicaux connectés, les principaux paramètres individuels de santé, permettant ainsi :

- Au plan individuel, un suivi et un accompagnement pertinents et ciblés, interactifs, potentiellement sans rupture de continuité durant toute la carrière professionnelle de la personne
- Au plan collectif, de constituer des bases de données épidémiologiques pertinentes pour connaître l'état de santé de la population des bassins d'emploi concernés et déployer sur cette base, des stratégies de prévention adaptées

Ces outils utilisent en outre un langage commun, le « **thesaurus** », développé par la profession (PRESANSE), qui permet des transferts et des comparaisons de données, encore notoirement sous-exploités à ce jour, auquel pourrait se rajouter un thesaurus des pathologies sans symptôme ressenti.

Un peu à l'image du « médecin traitant » pour le particulier, les SPSTI pourraient être positionnés en **véritables interfaces** entre les entreprises, au sens large du terme, leurs collaborateurs et l'ensemble des acteurs du système de santé.

Les services de santé au travail seraient ainsi investis d'une mission globale de **pilotage de la prévention au travail** incluant les prestations amont-aval de la chaîne : analyse des risques sur le lieu de travail, conseils de prévention, suivi de santé des salariés, suivi des expositions professionnelles et veille sanitaire, orientation vers les acteurs du système de santé, maintien en emploi...

2. Les Axes prioritaires d'une réforme en profondeur des SPSTI

1^{er} Axe : Proposer une offre élargie et modernisée qui s'appuie très largement sur les outils numériques

Le cahier des charges de l'offre des SPSTI, a été élaboré à l'initiative de PRESANSE, l'organisme professionnel qui regroupe les SPSTI, avec l'appui du **cabinet PMP Conseil**, sur la base d'une démarche participative qui a impliqué l'ensemble des corps de métiers de la profession sur une période de plus d'un an, de fin 2018 à début 2020, lors de 30 ateliers régionaux et interrégionaux : les 12 associations régionales membres du réseau PRESANSE, plus de 80 SPSTI et près de 200 professionnels représentant toutes les compétences œuvrant à la mission des SPSTI.

Ce document, transmis aux partenaires sociaux dans le cadre des négociations en cours sur la réforme de la santé au travail, a vocation à constituer l'un des supports à la future certification des SPSTI, souhaitée par l'ensemble des parties-prenantes.

2^{ème} Axe : Elargir la zone de compétence des SPSTI

- **Leur champ d'intervention** : prise en charge des chefs d'entreprise, des autoentrepreneurs, des travailleurs indépendants, d'une partie des salariés de la fonction publique (éventuellement des demandeurs d'emploi - population fragilisée et mal suivie au plan sanitaire-, dans une étape ultérieure)
- **Le périmètre de leur mission** :
 - *Prise en compte des thématiques liées à la prévention en santé publique, en positionnant les SPSTI comme un maillon à part entière du système de santé*
 - *Prise en compte du bien-être et de la qualité de vie au travail, dont les effets bénéfiques sur la productivité des entreprises ne sont plus à démontrer*

3^{ème} Axe : Optimiser le fonctionnement interne des SPSTI

Le fonctionnement interne des SPSTI est alourdi par un ensemble de règles que l'on ne retrouve dans aucune structure de taille comparable et qui semblent avoir été inspirées par un esprit de contrôle tatillon et de défiance vis-à-vis des entreprises, plutôt que par le souci de l'efficacité, de l'effectivité et de la qualité du service.

- **Simplifier les critères d'affectation des entreprises au sein du service**
 - Objectif : moderniser la gestion des SPSTI, l'adapter aux besoins des entreprises, aux spécificités des branches professionnelles, permettre une plus grande souplesse d'intégration des nouvelles technologies, au moment où celles-ci arrivent en force, faciliter les remplacements en cas d'absence, ...
 - Solution : affecter les entreprises adhérentes au SPSTI lui-même- qui désignera l'équipe pluridisciplinaire appropriée, notamment en fonction du secteur d'activité de l'adhérent- et non plus à un médecin en particulier, en laissant une souplesse à l'organisation interne
- **Faciliter et étendre la délégation de tâches auprès des infirmiers et, d'une façon générale, auprès des autres membres de l'équipe pluridisciplinaire**
 - Objectif : garantir un service effectif aux entreprises, en particulier les TPE/PME, et répondre aux problèmes de démographie médicale
 - Solution : revoir les compétences infirmières, sur l'exemple du « protocole de coopération de la loi HPST. Ex : visites de reprise des intérimaires, visites de reprise après accouchement
- **Favoriser la définition de pratiques homogènes, entre les services, entre les professionnels de santé**
 - Objectif : mettre fin aux importantes divergences de pratiques, constatées sur le terrain entre les services d'une part, entre les professionnels - notamment les médecins- du même service, d'autre part
 - Solution : initier auprès de l'HAS, avec le concours des sociétés savantes et des autorités de tutelle, l'élaboration de **recommandations de bonne pratique** sur le champ de la santé au travail
- **Alléger une gouvernance peu agile au profit d'un pilotage plus efficace**
 - Objectif : alléger la gouvernance et le pilotage des SPSTI, entités de dimension moyenne, qui nécessitent réactivité et capacité d'adaptation rapide, aujourd'hui engluées dans une gouvernance plus formelle qu'efficace

- Solution :
 - Réunir en une seule instance le Conseil d'Administration et la Commission de Contrôle, qui font double emploi, réunissent quasiment les mêmes personnes, souvent le même jour. La plupart des structures privées ou publique, même de très grande taille fonctionnent selon le modèle de gouvernance du CA
 - En contrepartie, obliger tous les SPSTI à se doter d'un expert-comptable et d'un commissaire aux comptes distincts
 - Revoir le rôle et le statut du Président : limitation du nombre de mandats à 2 ; rémunération ?

- **Rééquilibrer les ressources médicales entre SPSTI et Services Autonomes (cf. infra Annexe 2)**

Le recrutement des médecins du travail est un problème de plus en plus épineux pour les SPSTI, d'autant plus qu'ils sont très durement concurrencés sur ce terrain par les Services Autonomes. Ceux-ci disposent la plupart du temps d'une latitude salariale plus importante, qui autorise des surenchères parfois surprenantes, dans tous les cas malsaines, à la plus grande satisfaction des médecins du travail, dont certains ne se privent pas de faire monter les enchères.

Or, les disparités entre les deux situations sont très importantes : un médecin en Service autonome suit en moyenne entre 1000 et 1500 salariés, un médecin en SPSTI 4000, voire 6000 pour certains. Un rééquilibrage paraît indispensable.

L'Annexe 2 (infra) analyse la situation et recense les voies de solution possible afin de traverser au mieux la situation de pénurie actuelle, dans l'attente d'une politique d'augmentation des postes offerts à la santé au travail fondée sur une réelle analyse prospective des besoins et une redéfinition du rôle du médecin du travail

4^{ème} Axe : Revisiter la tutelle des pouvoirs publics à partir d'une vision ouverte, dans une dynamique d'innovation

Le changement de regard et d'attitude de la tutelle est une condition essentielle au succès d'une réelle réforme de la santé au travail. Celle-ci implique certes une réforme des SPSTI, mais aussi et dans une même proportion, une **réforme en profondeur de la tutelle** :

- Passer d'une approche tatillonne, souvent intrusive, focalisée sur le contrôle des moyens et du fonctionnement quotidien du service à une attitude de plus **grande exigence sur les objectifs et l'atteinte de résultats**
- Favoriser **l'homogénéité des pratiques** :
 - De bonnes pratiques professionnelles sous l'égide de l'HAS (cf. supra)
 - De pratiques homogènes et cohérentes entre les organismes de tutelle : DIRECCTE aujourd'hui...autre structure demain ??
- Renforcer la **dimension et la compétence « santé publique » de la tutelle**, dans le cadre du schéma proposé par « l'Institut Santé ».
- **Fonder la procédure d'agrément sur la certification des services**

L'actuelle procédure d'agrément des SPSTI, de philosophie très administrative, repose très largement sur une approche centrée sur les moyens, peu soucieuse in fine des résultats obtenus et la qualité de la prestation.

Elle gagnerait à être rapidement remplacée par une **procédure de certification des SPSTI** sur la base de la proposition de cahier des charges de l'offre des SPSTI, conçu dans cette perspective. Ex : **une double certification ISO 9001 et 14001** par les auditeurs de l'AFNOR.

Il s'agit d'un mécanisme existant, immédiatement opérationnel, culturellement proche des entreprises :

- Garant pour l'entreprise adhérente d'une qualité de service plus homogène et certifiée
 - Laissant au SPSTI une plus grande latitude sur son organisation et son fonctionnement internes
- **Faciliter l'expérimentation et le déploiement des nouvelles technologies**

Le déploiement des nouvelles technologies, comme des nouveaux modes d'organisation, se heurtent de façon récurrente à divers points de blocage, ou à des divergences d'orientation souvent inexplicables. Pour ce qui concerne la télémédecine et la télésanté, un certain nombre de disparités ont été observées par les SPSTI candidats à l'expérimentation :

- Un blocage des initiatives par certaines DIRECCTE, tenantes d'une interprétation restrictive de la réglementation
- A l'inverse, par un soutien volontariste et explicite de la part de certaines d'entre-elles

D'une façon générale, aucune ligne directrice ne se dégage de façon claire (cf. supra), ce qui pénalise et paralyse les initiatives, en rendant aléatoire leur mise en place et leur pérennité en fonction des interlocuteurs.

- **Considérer les SPSTI et leur réseau comme des partenaires à part entière**

Le plein succès d'une réforme durable et effective des SPSTI repose également sur un certain nombre de facteurs exogènes à la profession, qui supposent tous un **changement de regard et d'attitude** des parties prenantes et des pouvoirs publics vis-à-vis des SPSTI :

- Les tutelles doivent se mettre en capacité de **fixer des objectifs clairs et d'en mesurer l'atteinte**, en laissant une plus grande liberté d'action à la profession sur ses modalités d'organisation
- Les SPSTI doivent être considérés comme des **partenaires à part entière** et, à ce titre, associés et impliqués en tant que tels aux différents niveaux de l'élaboration des politiques de santé au travail, en se voyant accorder une **place appropriée dans les instances de délibération et d'évaluation** compétentes

Dans cet esprit, le facteur de blocage le plus déterminant à court terme – séquelle symbolique d'une certaine forme de défiance à l'égard des SPSTI –, susceptible d'être facilement levé pour garantir la bonne délivrance des prestations décrites dans le présent cahier des charges, relève du **partage des données** :

- Autorisation d'utiliser le NIR, afin d'être en capacité d'échanger avec l'ensemble des acteurs du système de santé
- Accès réciproque des médecins du travail aux données contenues dans le DMP du salarié, après accord de ce dernier
- Mise en place de portails avec les CARSAT, les CPAM et l'ensemble des acteurs du maintien en emploi

5^{ème} Axe : Structurer et organiser le réseau des SPSTI pour l'installer parmi les grands acteurs du système de santé sur le terrain de la prévention

- **Au niveau local : installer le SPSTI comme « guichet unique » de proximité**, en réponse opérationnelle concrète au rapport Lecocq. Celui-ci proposait en effet d'instaurer au niveau régional un « guichet unique » censé faciliter l'accès des entreprises aux différents intervenants en santé au travail.

En fait, le véritable interlocuteur naturel des entreprises est le SPSTI

Situé en réelle proximité, c'est à lui que revient de jouer ce rôle de « guichet unique ». Un peu à l'image du « médecin traitant » pour le particulier, les SPSTI pourraient être positionnés en **véritables interfaces** entre les entreprises et l'ensemble des intervenants du champ de la santé au travail et, plus largement de la prévention.

Les services de santé au travail seraient ainsi investis d'une **mission globale de pilotage de la prévention en santé au travail** :

- Fondée sur le nouveau « **cahier des charges de l'offre des SPSTI** »
- Appuyée sur le déploiement de **systèmes d'information innovants et interopérables** permettant le recueil et l'exploitation de données, ainsi que la traçabilité des parcours professionnels
- **Certifiés par un organisme tiers** garant de la qualité de leurs prestations
- Dans le cadre de cette mission, ils seraient chargés de **contractualiser avec les partenaires concernés**, dans le cadre du schéma proposé par « L'Institut Santé » : *les Départements ; les CARSAT ; les ARS ; les Institutions de Prévoyance, Mutuelles et Assurances ; les Branches Professionnelles...*

Le SPSTI = le guichet unique de proximité

- **Au niveau régional : installer les associations régionales dans un rôle de pilotage effectif du réseau des SPSTI**

Comme le reconnaît le rapport Lecocq, les SPSTI sont – et de loin – les principales ressources quantitativement disponibles au niveau régional sur le champ de la santé au travail.

Les structures régionales actuelles, créées sous l'égide de leur organisme professionnel, PRESANSE, et qui couvrent l'ensemble des régions, peuvent être la **cheville ouvrière de la mise en place du nouveau dispositif régional**,

- **Au niveau national : installer une structure de pilotage de la profession à partir du socle de départ que constitue actuellement PRESANSE**

Le rapport Lecocq peut certes en critiquer les limites assez largement reconnues, mais à ce jour, faute d'alternative, PRESANSE est le seul organisme concrètement en mesure de constituer, pour le réseau des SPSTI, **le socle de départ d'une future structure nationale de pilotage intégrée** dans le dispositif envisagé par l'Institut de Santé.

Le challenge consiste à édifier cette indispensable **structure de d'animation, de coordination et de pilotage d'une profession** aujourd'hui encore très atomisée, sans engendrer un monstre bureaucratique, ni contrarier l'émergence et le développement d'acteurs nationaux, voire internationaux dans le domaine de la santé au travail.

En guise de conclusion...provisoire

La réforme en cours de la santé au travail se prépare, semble-t-il, à accomplir une – petite- partie du chemin en direction des voies indiquées.

Elle ne remet toutefois pas réellement en cause le pilotage de la santé au travail, ni le « mille feuilles » administratif, laissant le dispositif aux mains des mêmes acteurs, sans le connecter réellement au système de santé, au-delà des intentions et déclarations de principe, ni sur le plan stratégique, ni sur le plan opérationnel.

En intégrant harmonieusement, au-delà des barrières institutionnelles, santé au travail et santé publique, il serait pourtant possible et à portée de main :

De **développer de façon concrète et opérationnelle la prévention**, dans un système de santé très largement dominé par le soin et...

...rêvons un peu, de faire progressivement émerger une **offre de service de qualité** dans le domaine de la santé au travail, susceptible d'acquérir progressivement une dimension nationale, puis européenne et internationale

Le réseau des SPSTI peut y prendre une part prépondérante :

Sous réserve d'une mue fondatrice, qui demeure à sa portée s'il fait preuve du courage et de l'énergie nécessaires pour y parvenir

A la condition que l'administration et nombre de parties prenantes adoptent à son égard une attitude de confiance fondée sur l'accompagnement de l'innovation et l'appréciation des résultats

Jean-Paul THONIER