



Retour de l'AFISST sur

Proposition de loi pour renforcer la prévention en santé au travail (n° 3718)

Audition du 26 janvier 2021

A la demande de Mme Charlotte Parmentier-Lecocq, députée du Nord, et Mme Carole Grandjean, députée de la Meurthe-et-Moselle, dans le cadre de leurs travaux sur la proposition de loi relative à la santé au travail (n° 3718), la commission des Affaires sociales a convié l'AFISST pour une table ronde qui s'est déroulée le 26 janvier 2021 par **visioconférence**.

Etaient également conviés à cette table ronde :

- L'Union professionnelle des préveteurs privés (U3P)
- La Fédération des acteurs de la prévention (FAP)
- Le Syndicat national des professionnels de la santé au travail (SNPST)

Cette table ronde n'est pas la première occasion que l'AFISST a saisie pour porter la voix des IPRP de services de santé au travail auprès des institutions. Nous avons notamment été auditionnés et avons publié un avis dans le cadre du [rapport Lecocq](#) et du [rapport de l'IGAS](#). Enfin, plus récemment nous avons publié [notre avis sur l'ANI](#).

L'objectif était de donner à chacun un temps de parole (1h30 au total) pour lui permettre d'exprimer le point de vue de l'organisation qu'il représentait.

Cette audition ne faisant l'objet d'aucun compte rendu, l'AFISST vous propose une synthèse des éléments que nous avons apportés. Nous avons choisi de mettre les députées face aux contradictions entre les ambitions affichées, les objectifs fixés et les éléments constitutifs de la proposition de loi.

Ainsi, pour débuter notre propos nous voulons rappeler les mots de Laurent Pietraszewski, secrétaire d'État auprès de la ministre du Travail et chargé des Retraites et de la Santé au travail :

*« C'est ça qu'on attend d'une médecine du travail : **qu'elle soit sur le terrain, aux côtés des employeurs et des salariés pour les accompagner et prévenir.** »*

*« On est dans une logique, un peu historique dans notre pays de réparation. (...) Il faut que l'on rentre dans une logique de prévention : **on identifie les risques, on les réduit, on les supprime et on suit les choses de manière à ce que le salarié soit le moins exposé possible.** (...) On passe d'une médecine de l'aptitude à une médecine de la prévention ».*

En effet, ces citations reflètent les ambitions annoncées de cette proposition de loi et traduisent bien le point de vue que nous souhaitions exposer.

Les objectifs annoncés

L'ambition de cette proposition de loi est claire : « **le moment est venu de faire de la France l'un des pays les plus performants et innovants en Europe en matière de prévention dans le domaine de la santé au travail** ». (P2)

Face à cette ambition et pour répondre aux enjeux actuels et futurs de la santé au travail, allongement de la durée de vie au travail, émergence de nouveaux risques ..., les auteurs de cette proposition de loi fixent un certain nombre d'objectifs et notamment :

- Faire prévaloir la culture de la prévention sur des mécanismes de réparation des atteintes à la santé des travailleurs. (P1)
- Lutter contre l'hétérogénéité territoriale dans les réponses apportées et améliorer la coordination entre les différents services en charge de la santé au travail (P1)
- Réorienter les priorités et les moyens des dispositifs de suivi de la santé au travail et de prévention des risques professionnels pour les intégrer à la politique de santé publique. (P2)
- S'orienter vers une logique de prévention en renforçant, coordonnant et en intégrant les ressources déjà existantes au système des acteurs de santé. (P2)
- Faire de la prévention en milieu professionnel une préoccupation constante des dirigeants et des partenaires sociaux dans la vie de l'entreprise. (P2)

Notre point de vue sur certaines des propositions

- **L'article 2 prévoit dans la loi et renforce les dispositions du document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP)**

Il nous apparaît pertinent que les branches professionnelles, en collaboration avec les SSTI locaux, proposent une grille d'analyse des risques spécifiques à un secteur d'activité. Certaines branches ont initié la démarche. Cela permettrait de faciliter le repérage et l'analyse des risques, même dans les plus petites entreprises. Ce serait également une opportunité d'améliorer l'**analyse des risques en favorisant les retours d'expériences et le partage de bonnes pratiques** entre les entreprises d'un même secteur d'activité. De plus, cela permettrait une meilleure traçabilité des expositions professionnelles des salariés.

L'évaluation et la mise en place du programme annuel de prévention sont inscrites dans cette proposition de loi. Ainsi, de notre point de vue l'offre socle des SPST devra intégrer l'accompagnement des entreprises sur ces sujets, sans pour autant réaliser l'évaluation des risques à leur place.

En effet, il faut **dépasser l'obligation légale**. La réalisation du DUER doit rester à la charge de l'employeur. Si un employeur ne s'engage pas dans l'évaluation des risques il ne le fera pas dans la mise en place de mesures de prévention.

- **L'article 3 prévoit la création du passeport prévention à destination des salariés**

La formation / information des salariés en matière de prévention des risques professionnels a son importance. Ainsi, **ces formations ne pourraient-elle pas être incluses dans les obligations de formation de l'employeur envers son salarié ?**

Toutefois, il convient de faire attention car la mise en application de la prévention passe avant tout par la **formation de l'employeur**, des managers, des salariés compétents et des IRP. Encore une fois ici, il conviendrait d'aller au-delà de la présentation des obligations légales auprès des employeurs et de l'encadrement si nous voulons favoriser le développement de la culture de prévention dans les entreprises.

Nous pourrions envisager la mise en place d'un « **parcours employeur** » pour lui permettre d'être informé sur l'offre du SPST, les principes de prévention (primaire/secondaire/tertiaire) et les leviers d'actions (techniques/organisationnels/humains) et lui proposer un suivi médico-professionnel. En effet, la santé économique et sociale de l'entreprise passe par la santé physique et mentale de tous les travailleurs y compris celle du chef d'entreprise.

Par ailleurs, le texte rappelle que les IPRP des SPST peuvent endosser le rôle de salariés compétents en prévention. Toutefois, cette proposition **semble peu opérante au vu des ressources disponibles**. De ce fait, notre **proposition de former des relais de prévention en entreprise**, et que cela soit inscrit dans le contrat de prévention passé entre l'entreprise et le SPST, semble plus réaliste.

- **L'article 4 : « les SPST participent à des actions de promotion de la santé sur le lieu de travail, dont des campagnes de vaccination et de dépistage »**

En mobilisant les ressources sur le champ de la santé publique, les ressources pour la santé au travail sont démunies. Nous percevons un écart entre la volonté de « décloisonner santé publique et santé au travail » et cette proposition qui vise à utiliser les ressources santé au travail pour faire de la santé publique. En effet, l'objectif affiché est d'intégrer la santé au travail à la politique de santé publique mais dans les faits c'est l'inverse qui est proposé. Intégrer la santé publique à la santé au travail.

Prenons l'exemple de la grippe, une campagne vaccinale pourrait permettre de réduire l'absentéisme dans le milieu de travail. Mais nous, professionnels de la santé au travail, constatons que l'absentéisme est pluri factoriel et que nous devons agir sur les causes en lien avec le travail : organisation, formation, management, collectif de travail, sens et charge de travail... où nous sommes légitimes et pertinents.

Ainsi, décloisonner santé au travail et santé publique ne doit pas se faire par **une substitution des missions**. Demander aux SPST de faire des campagnes vaccinales (en dehors des crises sanitaires majeures comme celle de la COVID 19) et dans le même temps confier des visites médicales en santé au travail à des médecins généralistes pour faire face à la pénurie de médecins du travail ... c'est incohérent.

La contribution des SPST à la politique de santé publique se trouve plus au niveau de la prévention des expositions aux risques professionnels, nous pouvons notamment parler des actions de terrain des IPRP. Il faudrait également être plus incitatif et comme évoqué plus haut, demander **un engagement de l'employeur** (contrat de prévention par exemple) **pour que le DUER soit une première étape à la prévention et pas une finalité**. C'est à partir de la priorisation des **risques nets** issus des DUER réalisés par les employeurs (risques restants après prise en compte des mesures de prévention propres à chaque entreprise), que les experts des SPST pourront **relever les axes d'amélioration**, puis "creuser" pour apporter les solutions adaptées aux entreprises et ainsi favoriser la prévention des risques professionnels.

- **L'article 5 : « Les SPST concourant à la réalisation des objectifs du projet régional de santé »**

La spécificité du SPST doit être la santé au travail. La santé publique est une autre affaire (approche de prévention centrée sur l'organisation vs centrée sur l'individu). Les actuels SSTI ont parfois du mal à participer au PRST, faut-il ajouter la participation au Plan régional de santé (publique) dans un contexte où la pénurie de médecins du travail est sans cesse rappelée ?

Comme évoqué précédemment, c'est en faisant de la santé au travail que les SPST seront les plus à même de participer à la santé publique. S'il y a moins d'expositions aux risques professionnels, le risque d'AT/MP est réduit et donc il y a moins de personnes qui voient leur état de santé dégradé du fait de leur travail.

- **L'article 7 favorise la prévention primaire des risques professionnels en renforçant les pouvoirs de surveillance du marché des équipements de protection individuelle et des machines non conformes.**

La prévention primaire vise à intervenir dès la conception d'une situation de travail (conception de locaux, de process industriel, d'organisation de travail...) au plan collectif. **La prévention secondaire vise à apporter des corrections sur la situation de travail après analyse au plan collectif.** Enfin, **la prévention tertiaire se situe au plan individuel, lorsque les indicateurs de dégradation de l'état de santé sont déjà marqués** : maintien en emploi, suivi psychologique, aménagement de poste...

Ces trois plans sont complémentaires, toutefois l'action en **prévention primaire est plus performante que ce soit au plan économique** (modifier un bâti coûte plus cher que de le prévoir à la construction) **que social** (santé des travailleurs, image de l'entreprise, qualité de vie au travail...).

Ainsi, avoir comme ambition « de faire de la France l'un des pays les plus performants et innovants en Europe en matière de prévention dans le domaine de la santé au travail », se fixer comme objectif de développer la prévention primaire et pour cela proposer de renforcer les « pouvoirs de surveillance du marché des équipements de protection individuelle et des machines non conformes »... Cela paraît largement insuffisant. Les équipements de protection individuelle ne rentrent pas dans la définition de la prévention primaire.

Si l'on se réfère aux neuf principes généraux de prévention (Art. L.4121-2 du Code du travail), les EPI n'arrivent qu'en 8^{ème} position. De plus, le marché des EPI est déjà réglementé. Les EPI n'agissent pas sur les causes et ils sont un dernier recours lorsque les autres moyens de prévention ne sont pas possibles, ou pas suffisamment efficaces. Par ailleurs, la surveillance des machines non conformes ne couvre qu'une partie de la prévention.

De ce fait, nous ne pouvons pas réduire la prévention primaire à **ces seuls aspects réglementaires**. Sinon, que faire des RPS ? Que faire des TMS qui représentent chaque année plus de 80 % des MP reconnues en France ? Aucune de ces deux problématiques n'est évoquée dans cette proposition de loi ! Est-ce par manque d'EPI disponibles ? Non, cela n'a rien à voir.

Pour réellement être à la hauteur des objectifs fixés, il faudrait, a minima, reprendre les axes de prévention primaire indiqués dans le **troisième plan national santé travail**.

- **L'article 8 : un ensemble socle de services obligatoires en matière de prévention des risques professionnels**

L'harmonisation de l'offre est essentielle, sous réserve de montée en qualité de service. L'exemple de la cellule maintien en emploi est intéressant dans le sens où elle existe déjà dans bon nombre de services. **Pour aller plus loin sur la prévention de la désinsertion professionnelle, l'identification des secteurs pourvoyeurs d'inaptitude permettrait d'agir en amont des situations individuelles d'usure professionnelle. Nous rejoignons ici la proposition de travailler avec les branches pour mutualiser les analyses et actions de prévention.**

Par ailleurs, le contenu de l'offre socle, faisant l'objet de l'agrément et de la certification, est le point crucial et concret de cette proposition de loi. Toutefois, il y a dans ce texte une incohérence entre les objectifs fixés et les propositions de l'article 8 qui vise à rendre payant (en supplément) un service actuellement rendu par de nombreux SSTI (qui devrait l'être par tous les SPST). Cela représente un recul pour la santé au travail. Ainsi, le fait de créer une offre complémentaire ne peut qu'entrainer une hétérogénéité entre les SPST et dans l'accès à la prévention pour les entreprises et les salariés.

En effet, si l'offre socle de base est trop restreinte, les entreprises qui ne pourront/voudront pas payer en plus de la cotisation de base, n'auront pas accès à toutes les compétences/prestations des SPST, notamment les IPRP spécialisés (ergonomes, psychologues du travail...). Ce sont les TPE qui seront les plus défavorisées alors qu'elles représentent entre 80% et 90% des entreprises adhérentes aux actuels SSTI. Cela favoriserait également la prévention à plusieurs vitesses entre ceux qui ont les moyens de payer le supplément et ceux qui ne les ont pas et une différence de traitement entre les salariés des entreprises qui voient un intérêt à mettre en place une démarche de prévention et les autres.

D'autre part, la prescription médicale d'intervention pourra ne pas être suivie d'effets. De plus, l'action ne sera plus guidée par le besoin, défini en collaboration entre le SSTI et l'entreprise, mais par la seule demande de l'employeur.

Un autre problème se pose, celui de la concurrence déloyale entre l'offre complémentaire des SPSTI et les cabinets de conseil en prévention des risques. Les IPRP des SSTI ne sont pas et ne doivent pas entrer en concurrence avec des cabinets conseil. Leur rôle et d'accompagner les entreprises n'ayant pas les moyens de faire appel à des consultants et n'ayant pas les compétences en interne. Mais c'est aussi faire prendre conscience de l'intérêt de l'intervention d'un consultant aux entreprises qui n'auraient pas spontanément fait appel à leurs services.

Ainsi, on peut se demander si cette offre complémentaire est une manière déguisée de chercher à sortir la compétence des IPRP spécialisés des SPST, en favorisant au passage l'externalisation de l'offre et en rompant le lien avec l'équipe médicale ?

Les propositions de l'AFISST pour amender cette proposition de loi

En guise de conclusion nous vous proposons quelques pistes pour amender cette proposition de loi. Sans pour autant prétendre détenir « la solution », nous pensons que ces quelques modifications permettraient d'apporter un peu plus de cohérence entre ce texte et les réalités du terrain, entre les objectifs fixés et les éléments constitutifs de cette proposition de loi.

1. Dépasser réellement la logique de réparation et les approches centrées sur l'individu pour aller vers une logique de prévention primaire et une approche collective.
2. Normaliser l'organisation des futurs SPST en trois pôles : médical / prévention / maintien en emploi pour qu'ils travaillent en collaboration.
3. Identifier et préciser les missions des SPST. L'existence de 3 pôles ne signifie pas de facto seulement 3 missions.
4. Proposer une offre minimale plus large que celle proposée dans l'ANI. Une offre qui intégrerait les missions des IPRP spécialisés (Ergonome, Psychologue du travail, Technicien et Ingénieur HSE, Métrologue, Toxicologue, etc.) car leurs missions sont complémentaires.
5. Introduire la notion de contrat de prévention entre le SPST et l'entreprise. Un engagement réciproque qui définirait les modalités d'accompagnement de chaque entreprise par le SPST, en fonction des besoins. Le SPST doit accompagner, conseiller l'entreprise (employeur et salariés) dans la mise en place de mesures de prévention mais pas faire à sa place.
6. Préciser une obligation de ressources minimales associées selon l'effectif suivi, notamment à partir du référentiel de certification. Par exemple estimer les ressources nécessaires en équivalent temps plein, pour chaque métier et par tranche de 10000 salariés suivis par le SPST.
7. Intégrer la notion de formation de relais de prévention, par les SPST, au sein des entreprises adhérentes (facilitateur de collaboration entre le SPST et l'entreprise), en lieu et place de la possibilité d'externalisation du rôle de salarié compétent en prévention des risques à un IPRP du SPST.
8. Intégrer l'obligation de formation en matière de santé au travail pour les employeurs, les encadrants, les IRP, les salariés désignés compétents mais aussi auprès des futurs salariés et managers opérationnels dès la formation initiale (par exemple par l'intervention dans les CFA).
9. Proposer une action permettant d'orienter les actions des SPST sur les risques présents en entreprises notamment en favorisant les collaborations entre les SPST, la CNAMTS et les branches professionnelles. (Par exemple les taux AT MP)

L'AFISST

