

COMPTES RENDUS DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES

- [mercredi 3 octobre 2018](#)
- [Santé au travail - Audition de Mme Charlotte Lecocq, députée, MM. Bruno Dupuis, consultant senior en management, Henri Forest, ancien secrétaire confédéral de la CFDT et Hervé Lanouzière, inspecteur général des affaires sociales](#)

mercredi 3 octobre 2018

- Présidence de M. Alain Milon, président -

La réunion est ouverte à 9 h 30.

Santé au travail - Audition de Mme Charlotte Lecocq, députée, MM. Bruno Dupuis, consultant senior en management, Henri Forest, ancien secrétaire confédéral de la CFDT et Hervé Lanouzière, inspecteur général des affaires sociales

M. Alain Milon, président. - Nous accueillons ce matin Mme Charlotte Lecocq, députée, MM. Bruno Dupuis, consultant senior en management, Henri Forest, ancien secrétaire confédéral de la CFDT et Hervé Lanouzière, inspecteur général des affaires sociales, afin qu'ils nous présentent les conclusions du rapport « Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée » qu'ils ont remis au Premier ministre cet été.

Le constat est connu : notre système de prévention des risques professionnels est très complet mais il se heurte en pratique à de grandes difficultés, liées notamment à la démographie des médecins du travail. Les solutions ont jusqu'à présent plutôt consisté à gérer la pénurie par des dispositifs palliatifs. Votre rapport formule seize recommandations, parmi lesquelles une refonte en profondeur de l'organisation et de la gouvernance du système.

La ministre du travail, Muriel Pénicaud, a annoncé qu'un projet de loi serait soumis au Parlement sur la santé au travail. Le contenu de ce texte et son calendrier d'examen parlementaire ne sont pas encore connus précisément mais il m'a semblé d'ores et déjà utile de nous pencher sur cette question.

Mme Charlotte Lecocq, députée. - Merci de nous avoir conviés à présenter les éléments clés de notre rapport et le scénario que nous proposons. La santé au travail fera l'objet de négociations entre les partenaires sociaux, la lettre de cadrage interviendra dans le courant du mois d'octobre, et un projet de loi de réforme sera présenté en 2019 au Parlement.

La commande du Premier ministre portait sur les acteurs de la santé au travail : nous devons nous pencher sur le fonctionnement du système, ses résultats, et sur les améliorations possibles. Notre parti pris méthodologique nous a conduits à étudier le système *via* la perception qu'en ont les acteurs du terrain. Nous avons voulu écouter tous ceux qui sont engagés dans une démarche de prévention, et réunir, dans des ateliers participatifs,

responsables des ressources humaines, patrons d'entreprises de tailles diverses, représentants du personnel, salariés... Nous avons entendu les responsables de l'agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact), de l'institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS), les partenaires sociaux,... Et nous avons consulté tous les rapports produits sur le sujet.

Il apparaît que la santé au travail est regardée, en particulier dans les petites et moyennes entreprises (PME), plus comme une obligation que comme une action bénéfique à l'entreprise, l'engagement d'un employeur dans ce domaine étant insuffisamment reconnu. Et si elle est une préoccupation quotidienne du chef d'entreprise, les outils et les moyens de la prévention manquent ; il est difficile de concilier cette exigence et celles de l'activité quotidienne. Les relations sont de qualité très variable avec l'interlocuteur naturel, le service de santé au travail, qui devrait être un allié : le partenariat est parfois très satisfaisant, mais nous avons aussi entendu des critiques. Certains employeurs se sentent peu aidés, mal accompagnés. Dès lors, ils se soucient seulement de cocher les cases, sans être véritablement engagés dans une démarche de prévention...

Il y a pourtant, sur le terrain, les associations régionales pour l'amélioration des conditions de travail (Aract), les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat), et un foisonnement d'acteurs et d'outils. Mais on ne sait qui contacter, ni comment exploiter les outils. D'où la demande d'un guichet unique, clairement identifié.

De même les salariés entretiennent des relations diverses avec les médecins du travail. Peut-on tout leur dire ? Ne risque-t-on pas d'être déclaré inapte, de ne plus avoir de travail ? Autre problème, le cloisonnement entre médecine de ville et médecine du travail, car il n'y a pas de partage d'informations.

En matière de prévention, la frontière entre contrôle et conseil n'est pas nette, du moins dans l'esprit des intéressés. Comment, si l'on craint une sanction, être en confiance avec le praticien ? Les deux fonctions doivent être distinctes.

Au plan macroéconomique, on observe des avancées. Le nombre des accidents du travail a beaucoup diminué ces dernières années. Le nombre de maladies professionnelles reconnues a augmenté. On atteint aujourd'hui un palier : il faut encore avancer. En France, nous bénéficions, en cas de maladie professionnelle ou d'accident du travail, d'une indemnisation en durée et en montant plus élevée que dans les autres pays. En revanche, la part des cotisations AT-MP affectée à la prévention ne dépasse pas 3 ou 4 %, niveau très inférieur à ce qui se fait chez nos voisins, en Allemagne par exemple.

La politique de santé au travail, la réglementation sur le sujet, ont toujours été élaborées en réaction à des crises : amiante, vague de suicides à France Telecom, par exemple. Il convient de gagner en efficacité.

Quant à la gouvernance du système, les trois plans santé au travail sont un remarquable outil, qui pose parfaitement les axes prioritaires. Ils sont le résultat d'une co-élaboration avec l'ensemble des parties prenantes. Le plan rend possible un vrai pilotage de la politique de santé au travail. Hélas, il n'est pas correctement mis en oeuvre. Chaque acteur s'en empare, mais faute de coordination, les doublons sont nombreux, les expérimentations intéressantes restent confidentielles. Le nombre d'acteurs complique le fonctionnement : comment conclure des conventions avec tant de monde ? Il faut donc se poser la question du pilotage.

Nous proposons un portage politique fort de la santé au travail, et un vrai engagement dans la prévention. Une gouvernance très renforcée rassemblerait au niveau régional tous les acteurs de la prévention, services de santé au travail, Aract, organisme professionnel de prévention du

bâtiment et des travaux publics (OPPBTP), préventeurs des Carsat, etc. La constitution d'équipes pluridisciplinaires et étoffées conduirait à mieux accompagner les PME et très petites entreprises (TPE), à mieux intégrer la prévention dans la stratégie des entreprises. À cette gouvernance paritaire au niveau régional répondrait une structure tripartite de pilotage du plan santé au travail, au niveau national, comprenant les partenaires sociaux et l'État, capable de conventionner avec les acteurs régionaux mobilisés sur la prévention. Enfin, j'y insiste, la distinction claire entre prévention, contrôle et réparation serait un principe fort du dispositif. C'est ainsi que nous pouvons espérer progresser en prévention.

M. Bruno Dupuis, consultant senior en management. - L'exercice auquel nous nous sommes livrés n'avait jamais été effectué, du moins avec la focale que nous avons adoptée. La santé au travail s'est construite par strates, avec la loi fondatrice de 1898, racine du droit du travail, puis la création de la médecine du travail en 1946 et la création des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) ; et par briques successives, des aménagements sont intervenus, instauration des services de santé au travail en particulier, mais sans réflexion d'ensemble sur le fonctionnement du système, ni sur les relations entre les acteurs. Nous proposons un schéma disruptif, un plan de transformation important, qui pourtant préserve toutes les compétences, toutes les parties prenantes. Aujourd'hui il existe beaucoup de doublons, de chevauchements, la gouvernance très complexe consomme un temps infini, des conventionnements interviennent en tous sens... Nous simplifions : le saut de modernisation est considérable.

M. Henri Forest, ancien secrétaire confédéral de la CFDT. - Nous avons voulu replacer l'intérêt général au centre de la conduite de la politique de santé au travail, et rappeler la responsabilité de l'employeur en matière de prévention. Il importe de distinguer la mission de chacun, y compris celle des pouvoirs publics, dans une gouvernance tripartite équilibrée, car l'équilibre n'existe plus aujourd'hui : au sein de la sécurité sociale, dans la branche AT-MP, les pouvoirs publics sont en première ligne, en raison des problèmes financiers...

Pour que le système fonctionne avec l'adhésion de tous les acteurs, il faut que ceux-ci puissent s'exprimer et tenir leur place dans le dispositif.

J'ai été frappé, lorsque je m'occupais de ces questions à la CFDT, des auditions parlementaires multiples qui étaient menées sur le financement de la prévention. Nous étions sollicités dans le cadre du budget général de la nation, pour la partie prévention relevant du ministère du travail ; nous venions également parler - pas forcément aux mêmes interlocuteurs - du budget de la sécurité sociale, qui comporte une part affectée aux actions de prévention. Les élus de la nation n'avaient pas de vision d'ensemble des moyens de la santé au travail. Les dépenses se montent pourtant à 2 milliards d'euros et méritent attention. Nous essayons dans le rapport de faire la vérité des prix !

M. Hervé Lanouzière, inspecteur général des affaires sociales. - Je suis intervenu en appui à la mission, en raison de mon expérience dans le pilotage d'organisme de prévention du système français de santé au travail, et parce que j'ai assuré également des fonctions de la coordination de la santé dans un groupe industriel. L'éclatement, la dispersion des organismes de prévention, la confusion des rôles qui s'est installée, ont des conséquences : un guide à destination des boulangeries sera peut-être élaboré, mais il a peu de chance d'être lu par les boulangers ; une dizaine de guides concernant les boulangeries seront peut-être élaborés par dix organismes, tandis qu'aucun ne traitera des éoliennes. Du côté des entreprises, la confusion entre prévention, contrôle et réparation cause des difficultés insurmontables. En cas de suicide sur le lieu de travail, aucun chef d'entreprise ne songera à appeler l'inspection du travail ou les services de la sécurité sociale. L'accompagnement durable fait défaut.

Le troisième plan santé au travail est un modèle, il résulte pour la première fois d'un consensus entre partenaires. Or il pose la nécessité de changer ce paradigme, alors qu'aujourd'hui, c'est la logique de réparation qui prime. Mais ce changement est-il possible dans le système actuel ? Le contrôleur Carsat visite l'entreprise tous les deux ou quatre ans ; la prévention doit être au centre du système, avec un vrai pilotage et des responsabilités claires.

M. Alain Milon, président. - Nous accueillons ce matin notre collègue Sonia de la Provôté, qui n'est pas membre de notre commission, mais qui a souhaité assister à notre réunion car elle est médecin du travail.

M. Gérard Dériot, rapporteur pour la branche AT-MP. - Je remercie nos interlocuteurs de m'avoir auditionné lors de la préparation de leur rapport. Je les félicite de cet important travail. Oui, il est grand temps de trouver des solutions efficaces pour promouvoir la prévention. Les grandes entreprises ont leur propre système de santé au travail, en interne ; mais les plus petites sont rattachées au service de santé au travail dans chaque département.

Tout n'est pas à condamner dans le système actuel, beaucoup a été accompli. Le vrai problème reste la pénurie de médecins ! Et ce qui est rare étant cher, le coût de la médecine du travail augmente. Les prétentions des praticiens sont de plus en plus élevées, parfois inversement proportionnelles à leurs capacités réelles. Le travail proposé n'est pas le plus valorisant, donc pas le plus recherché par les médecins. La pénurie est donc amplifiée. Des infirmiers ayant obtenu un certificat particulier interviennent, mais ce n'est pas la même chose...

Sur ce que vous avez dit des PME et TPE, je veux préciser que l'employeur paie des cotisations au service de santé au travail, il doit donc bien connaître son existence ! Même remarque pour les salariés. Quoi qu'il en soit, les visites médicales sont rares et rapides. Si on demande plus d'actes aux médecins du travail, cela aura un coût supplémentaire...

Si vous organisez le système dans les nouvelles grandes régions, l'éloignement aggravera la mauvaise identification de la médecine du travail.

Si le médecin du travail se déplace dans l'entreprise, il n'y a pas de problème ; mais si ce sont d'autres personnes qui se présentent, le chef d'entreprise, le représentant du personnel auront tendance à penser qu'ils viennent pour pénaliser leur entreprise.

Les services actuels subsisteront-ils, au niveau du département, dans le système que vous proposez ? Vous rassemblez le personnel de diverses structures. Les agents des Carsat s'inquiètent, ils ont l'impression qu'ils seront « noyautés ».

C'est par les accidents du travail que l'on connaît la sinistralité dans les entreprises. La diminution du nombre d'accidents témoigne néanmoins d'une prise de conscience au sein des entreprises. Je rappelle du reste que beaucoup d'accidents ont lieu durant les trajets domicile-entreprise, ils n'ont rien à voir avec la prévention.

J'ai le sentiment qu'on a voulu surtout replacer l'État au centre du système, alors que son fonctionnement reposait jusqu'à présent paritairement sur le chef d'entreprise et les salariés : n'est-ce pas une mainmise de l'État, bien loin de la décentralisation que nous avons connue ?

Le rapport propose un guichet unique de la prévention qui regrouperait les services de santé au travail interentreprises (SSTI) et les Carsat. Or ces dernières, parce qu'elles sont un assureur social, peuvent mener des actions de prévention pertinentes. Dans le transfert que vous envisagez, ne perdra-t-on pas le bénéfice de cette approche complémentaire ?

Les entreprises ont tendance à envisager la santé au travail sous le prisme de la sanction, du coût : oui, mais cela pousse aussi à faire de la prévention !

Avez-vous étudié le développement possible des labels qualité de vie au travail ?

La région Auvergne-Rhône-Alpes a lancé un projet innovant, « Elence », proposant un accompagnement sur-mesure à une trentaine d'entreprises pilotes qui s'engagent à revoir leur organisation pour « replacer l'humain au centre de leur fonctionnement », un peu comme le plan santé qui remet « le patient au milieu du chantier »... Cette expérience pourrait-elle être généralisée ? Car le problème de management est majeur, et face aux *burn out*, au stress, ce sont les habitudes de management qu'il faut changer.

Mme Charlotte Lecocq. - Les structures régionales que nous proposons de créer auraient une gouvernance paritaire, une structure de droit privé telle qu'une association, comme c'est déjà le cas pour les services de santé au travail, les Carsat ou les Aract. La mise en oeuvre au niveau régional du plan santé au travail passerait par un conventionnement bien sûr, avec l'intervention de l'État qui aurait également un rôle de coordonnateur dans le pilotage de la structure.

La régionalisation n'implique pas de réunir tous les préventeurs dans la capitale régionale. Nous voulons bien entendu conserver le maillage territorial et la proximité géographique ! Par gouvernance régionale, il faut entendre coordination entre les acteurs existants, déjà implantés dans les territoires. Des marges existent, des gains de temps et d'efficacité sont possibles, nous voulons nous y employer - mais la proximité dans l'entreprise est essentielle, et aujourd'hui insuffisante.

Au sein des Carsat, aujourd'hui, des agents sont chargés du contrôle. La prévention, plus réduite dans ces structures, ne se déploie pas complètement. J'ai exercé des fonctions de conseil en ressources humaines et qualité de vie au travail. Dans ce cadre, j'ai organisé des réunions avec des chefs d'entreprise, des directeurs des ressources humaines (DRH), sur la santé et la sécurité au travail. J'ai invité un contrôleur de Carsat pour les sensibiliser sur le sujet : les participants ont approuvé ses recommandations, mais se sont plaints de ne pas avoir les outils pour les mettre en oeuvre. Il a alors proposé la création d'un groupe de travail et ensemble, ils ont produit des outils très pertinents, prenant en compte la réalité de terrain et le savoir-faire du préventeur. Hélas, les résultats n'ont pas été utilisés au-delà des entreprises participantes.

La pénurie touche toutes les spécialités médicales. Mme Buzyn présente un projet de transformation précisément destiné à résoudre ce problème. Nous avons, en France, un nombre de médecins du travail bien supérieur à ce qu'il est dans les pays voisins. Les moyens existent pour revaloriser cette discipline, peu reconnue, dans le cursus universitaire : nous proposons par exemple que le service sanitaire envisagé par la ministre puisse avoir lieu également dans les services de santé au travail. Une vraie structure centrée sur la prévention renforcera aussi l'attrait de la profession. Le développement de la télémédecine est une autre piste pour résorber la pénurie et dégager des marges pour la santé au travail.

Nous avons rencontré les promoteurs du projet évoqué par M. Dériot. Il s'agit de très bonnes pratiques, sous une étiquette unique ! La coordination, la gouvernance renforcée permettront en complément des gains de temps et une réduction des doublons. Cette logique de performance globale rejoint notre conviction : il faut une menace et des sanctions contre les employeurs récalcitrants, et des encouragements pour convaincre tous les employeurs que la prévention des risques sert la performance de l'entreprise. Ces points ne sont peut-être pas suffisamment détaillés dans le rapport : merci de les mettre ainsi en relief.

Mme Catherine Deroche. - *Quid* des entreprises publiques, de la fonction publique ? Dans les collectivités locales ou la fonction publique hospitalière, les agents rencontrent les mêmes difficultés que les salariés du privé...

M. Stéphane Artano. - Je vous félicite de ce travail très intéressant. Quelques questions cependant.

Le guichet unique régional intègre les SSTI, les Carsat, les Aract, mais les services de santé au travail autonomes (SSTA) sont maintenus. Ne va-t-on pas vers une prévention à deux vitesses ?

Votre recommandation n° 16 concerne une réflexion à mener pour améliorer la qualité de la santé au travail dans la fonction publique. La création d'un service territorial de santé qui intégrerait les compétences des SSTI, des SSTA, des services de santé y compris de la fonction publique, ne serait-elle pas une bonne solution ? Je crois que l'innovation sociale doit provenir de nos territoires !

L'après-rapport, ce sera le projet de loi. À Saint-Pierre-et-Miquelon, depuis un an, un syndicaliste travaille sur un projet de service territorial de prévention et de santé au travail qui intègre les salariés du privé, les travailleurs indépendants, les trois fonctions publiques... Ce projet n'a pas été retenu comme innovation sociale lors des Assises de l'outre-mer, c'est dommage. Pensez-vous que nous pourrions, sur un tel projet, être territoire d'expérimentation à petite échelle ?

M. Michel Amiel. - Je suis médecin, ancien maire employeur, et ancien président d'un centre de gestion - or les centres de gestion participent activement à la médecine du travail.

Je doute que le nombre de médecins du travail puisse augmenter, en raison des problèmes de démographie médicale. La spécialité est sinistrée, comme d'autres, il faudrait donc repenser l'organisation de la médecine du travail : quel est le positionnement exact du médecin du travail dans le système que vous proposez ?

Les attentes des salariés et celles des employeurs me semblent très différentes. Quant aux relations entre les médecins du travail et les généralistes, elles sont quasiment inexistantes.

Une dernière question : le *burn out* doit-il ou non relever de la liste des maladies professionnelles ? La commission s'était prononcée sur ce point, mais je pose tout de même la question !

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. - Il serait bon d'élargir vos propositions aux collectivités territoriales : 5 millions de personnes sont concernées. Je n'ai pas de statistiques sur les accidents, mais je sais que des efforts de prévention sont indispensables !

J'ai noté votre réponse sur les Carsat et la nécessité de mieux cerner la position de conseil ; il demeure qu'une bonne communication est à faire auprès des agents pour leur expliquer votre projet...

Mme Florence Lassarade. - Je salue un travail exhaustif. Cependant, vos préconisations vont dans le sens de la centralisation, alors que les employés attendent du concret, sur leur lieu de travail. Pourquoi ne mentionnez-vous pas l'intérêt du sport et des techniques de relaxation au sein de l'entreprise ? On parle beaucoup de prévention, mais peu des outils !

M. Bruno Dupuis. - Le secteur public, la fonction publique, n'étaient pas dans le champ de notre mission. Nous recommandons, précisément, de traiter le sujet de la même façon que dans le privé. Le directeur de cabinet de Mme Buzyn nous a d'ailleurs dit : « à l'hôpital, il faudrait faire la même chose ». Oui !

La démographie médicale suscitait déjà les débats au temps où j'étais conseiller au cabinet de M. Xavier Bertrand, ministre du travail et de la santé. Et la préoccupation ne concerne pas seulement la médecine du travail ! Le système créé en 1946 a été marqué par un très fort recours aux médecins du travail, qui personnifient la santé et la sécurité sur le lieu de travail. L'Europe du Nord, par exemple, a fait des choix différents. La pénurie est indiscutable, mais nous avons la plus forte population de médecins du travail au monde.

Le rapport Leclerc-Dellacherie a, de même qu'un rapport de l'inspection générale des affaires sociales (Igas), traité de l'attractivité de la profession. Lorsque Xavier Bertrand avait augmenté le nombre de places à l'internat, sur 120, 30 étaient restées vacantes. Le problème de l'attractivité est réel, malgré un niveau de rémunération correct, une convention collective favorable, un temps de travail inférieur à celui d'un généraliste. Les solutions sont à combiner.

Labels, sport : des pistes viennent d'être évoquées, ce sont des évolutions à intégrer. La nouvelle étape visera à développer au sein des entreprises l'approche promotionnelle en faveur de la santé. Dans les grands groupes, elle existe déjà, on relaie des messages de santé publique.

Vous craignez une « nationalisation » : pas du tout ! La structure de droit privé qui sera créée sera gérée paritairement. Mais l'État stratège doit intervenir, dans ce domaine régalien qu'est la santé ; il donne les orientations aux partenaires sociaux.

M. Henri Forest. - Vous évoquez une discordance entre service de santé au travail interentreprises pour les petites entreprises et les services de santé au travail autonomes intégrés dans les grandes entreprises. Il n'y a pas d'impossibilité juridique, tout employeur peut suivre en interne l'état de santé des salariés, mais les PME sont contraintes de recourir à la mutualisation. Nous proposons, nous, une porosité entre les deux systèmes, et que les grandes entreprises qui ont des sous-traitants internes ou externes participent au financement du dispositif mutualisé de la structure régionale. Cinq services ont été identifiés dans le rapport, dont le suivi médical, qui peuvent être pris en charge par les entreprises elles-mêmes - lorsqu'elles en ont les moyens.

Je fus médecin du travail. C'est un métier aujourd'hui mal considéré. Dans la formation universitaire, les futurs praticiens n'abordent les spécificités de cette profession que dans les six derniers mois de leur internat !

Le problème est surtout la densité géographique, très variable selon les territoires. Or la structure régionale aura un rôle de stratège, pour définir un schéma d'implantation, pour mieux répartir les médecins du travail. Je précise qu'il existe aujourd'hui 20 000 antennes de services de santé au travail, il n'est pas question de les démanteler ! En revanche, la gouvernance est resserrée au niveau régional.

Nous formulons des propositions sur le lien entre santé publique et santé au travail, entre médecine de ville et médecine du travail. Nous avons perçu des attentes pour un parcours de santé homogène : c'est le patient qui fait la synthèse entre sa vie privée et l'entreprise. Son dossier médical partagé (DMP) pourrait comprendre un volet « exposition professionnelle », et être accessible à tous les praticiens, y compris le médecin du travail, mais cela ne se fera pas immédiatement, compte tenu des blocages à la mise en place du DMP. Nous avons cherché à établir un calendrier réaliste.

Un mot des données recueillies : l'organisation que nous proposons permet de valoriser le métier dans sa dimension de veille et d'alerte. L'informatisation ne s'est pas diffusée encore dans tous les services de santé au travail, et dans les petits services ruraux, le faible nombre de médecins n'autorise pas la constitution de plateaux techniques importants : la mutualisation

des moyens au niveau régional prend tout son sens. La valorisation du métier de médecin du travail passe par un cadre rénové, uniforme, homogène, avec des échanges de pratiques plus fluides qu'actuellement.

Mme Laurence Cohen. - Dans ce très riche rapport, vous proposez un guichet unique, c'est intéressant mais des exemples négatifs de fusions d'organismes à moyens constants existent. Le service rendu est moins performant que dans le passé. Or des moyens de financement supplémentaires sont-ils prévus pour l'améliorer ? Il ne me semble pas. Nous sommes tous attachés à la prévention, mais vous ne dites rien du CHSCT, supprimé au profit d'une instance plus large. Les salariés nous alertent, car c'est dans ce comité que l'on discutait de santé et de prévention.

La branche AT-MP est excédentaire : au lieu d'envisager des exonérations de cotisations, pourquoi ne pas proposer d'actualiser le tableau des maladies professionnelles, par exemple, pour intégrer la reconnaissance de l'épuisement professionnel ?

Enfin, la régionalisation ne risque-t-elle pas de s'accompagner d'une disparition des acteurs de proximité ?

Mme Pascale Gruny. - La gouvernance régionale, dans les grands ensembles régionaux qui ont été créés, induira des heures de transport supplémentaires pour se rendre à des réunions, un temps que les praticiens et les agents ne passeront pas dans les entreprises. Il y a eu des avancées depuis le document unique d'évaluation des risques, mais les moyens humains et financiers manquent. Pourquoi les contrôleurs font-ils une visite tous les quatre ans ? Parce qu'ils n'ont pas le temps de faire plus ! Comme DRH, je veux préciser que j'ai pour ma part très bien travaillé avec les médecins du travail.

Concrètement, le guichet unique serait-il un lieu physique, ou se matérialiserait-il par des visites à l'entreprise ? Les médecins du travail font un travail exceptionnel mais, récemment, la visite médicale a été réduite à une visite d'information et de prévention au moment de l'embauche ; et les apprentis peuvent effectuer leur visite auprès d'un médecin en ville, ce qui n'améliore pas la prévention car ce dernier ne connaît pas l'entreprise.

Mme Jocelyne Guidez. - Sur les onze millions de proches aidants, la moitié exerce aussi un emploi. Stress, fatigue : ne conviendrait-il pas de mieux les écouter au sein de leur entreprise, peut-être d'adapter leur temps de travail ?

Mme Élisabeth Doineau. - Un euro dépensé doit être un euro utile. Vous indiquez que les sommes consacrées à la santé au travail sont importantes, mais pas employées toujours à bon escient. J'ai eu l'occasion de me rendre compte, pour avoir travaillé dans une grande entreprise et dans une petite entreprise, que les réponses ne sont pas du tout les mêmes dans une PME et dans un grand groupe.

Il faudra aussi pousser la réflexion sur le lien entre le plan de santé annoncé il y a quelques jours et les territoires, entre la médecine de ville et la médecine du travail. Les maisons de santé pluridisciplinaires fonctionnent sur la base d'un contrat local de santé où la prévention occupe une place significative. Quelle que soit leur taille, les entreprises n'existent pas *ex abstracto*, elles sont ancrées dans un territoire : il faut faire le lien entre l'entreprise, le territoire, le citoyen.

M. Jean-Marie Morisset. - Ne craignez-vous pas que le système simplifié que vous prônez soit surtout un système étatisé ? Je vise ici le guichet unique au niveau régional. Les grandes régions comptent jusqu'à douze départements, s'étendent sur 600 kilomètres - je parle de la Nouvelle Aquitaine... Les services de santé au travail doivent demeurer dans nos territoires,

ils se sont déjà restructurés, ils sont imaginatifs, ils seraient perdus à Bordeaux ! Entre France Santé Travail et les structures régionales, quelles seront les relations financières, contractuelles, juridiques ? Comment fonctionnera l'articulation ? Il faut nous rassurer !

M. Daniel Chasseing. - Si l'on veut améliorer la santé au travail et la prévention et mettre en place le guichet unique, il est indispensable de progresser sur le dossier médical partagé et sur les contacts entre praticiens.

Dans la réforme des études médicales, ne faudrait-il pas réduire le temps de spécialisation de la médecine du travail ?

Mme Sonia de la Provôté. - Merci de m'accueillir dans votre commission. J'ai été moi aussi auditionnée par les auteurs du rapport. Distinguer le contrôle, la prévention et la réparation me semble important.

Les moyens de la prévention ne sont pas rationalisés. En santé publique, nous ne sommes pas aussi efficaces que certains de nos voisins européens qui n'ont pas plus de moyens que nous.

Le maintien dans l'emploi est une dimension importante. Dans l'adaptation des postes de travail pour les travailleurs handicapés, la médecine du travail a un rôle important. Une politique nationale, échelon régional pour organiser et gérer les fonds, fort bien. Mais il faut aussi savoir territorialiser les actions à une échelle plus fine, car les types d'entreprise, les conditions sanitaires locales, ne sont pas identiques partout.

Or je m'inquiète de la traçabilité des fonds recueillis par les unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (Urssaf), qui vont remonter au niveau national, pour redescendre ensuite - du moins faut-il l'espérer. Une complète transparence sera nécessaire afin que la manne récoltée ne soit pas utilisée à d'autres objectifs...

M. Alain Milon, président. - Le plan santé est bien fait quant au diagnostic - encore faut-il éviter, ensuite, de prescrire une ordonnance de 53 médicaments, sinon on risque de tuer le patient !

L'argent est le nerf de la guerre. Il serait important que les excédents de la branche AT-MP ne servent pas chaque année à combler les déficits de la branche santé !

Mme Charlotte Lecocq. - Un euro engagé doit profiter également à la prévention ! Sur la régionalisation, il faut distinguer la partie gouvernance-pilotage, qui doit être en cohérence avec le portage régional du plan santé au travail, et sa mise en oeuvre opérationnelle qui doit être mieux coordonnée. Des doublons existent et les entreprises, notamment les TPE et les PME, connaissent des problèmes d'accompagnement et ne bénéficient pas, de manière identique, des outils de prévention qui leur sont destinés. J'ai la conviction que la fusion des instances représentatives du personnel et du CHSCT permet l'intégration de la santé au travail dans l'ensemble des problématiques de la vie des entreprises. Cette démarche n'empêche pas la création de commissions spécifiquement consacrées à la santé et à la sécurité ; les chefs d'entreprise y voyant une avancée, à la condition toutefois de ne pas dissoudre le lien avec les salariés et de porter ces sujets dans le cadre de la stratégie globale de l'entreprise.

Je souscris à la proposition de notre collègue de Saint-Pierre-et-Miquelon d'intégrer l'ensemble des acteurs d'un même territoire ; cette collectivité ultramarine pourrait être la base d'une expérimentation en ce sens. Bien que cette perspective ne figure pas dans le périmètre de notre mission, je l'ai évoquée avec M. Olivier Dussopt qui réfléchit actuellement à la transformation de la fonction publique.

Nous n'avons pas abordé, dans notre rapport, la reconnaissance de l'épuisement professionnel dans le tableau des maladies professionnelles. À titre personnel, il me semble que cette démarche n'est pas mûre et incombe aux partenaires sociaux plutôt qu'au législateur. La montée en puissance des maladies psychiques dans le monde du travail est manifeste et nous préconisons le développement de la prévention, notamment grâce à l'activation de cellules spécifiquement dédiées aux risques psycho-sociaux, soit par les chefs d'entreprise ou les salariés eux-mêmes.

M. Bruno Dupuis. - Sur l'augmentation des temps de réunion induite par cette nouvelle gouvernance, nous avons identifié actuellement 8 274 sièges, 650 structures de gouvernance et en moyenne 2 200 réunions sur une année. Le système va être simplifié et la gouvernance renforcée. Les partenaires sociaux, tant du côté patronal que syndical, concèdent la difficulté de trouver des personnes compétentes et motivées pour siéger dans ces nombreuses instances de gouvernance. Simplifier ce système permettrait ainsi de résoudre cette difficulté.

Cependant, fusionner des structures n'est pas sans risques : au-delà des moyens à mobiliser sur une période transitoire, l'ensemble des acteurs de la prévention doit être motivé. À la différence des opérations de fusion et d'acquisition où une structure hégémonique absorbe les autres, cette toute nouvelle configuration permet d'amorcer une dynamique culturelle de fusion moins anxiogène.

M. Henri Forest. - Nous comptons remettre les 20 000 implantations territoriales en ordre de marche. Dans le cadre de l'articulation des différents plans de santé publique et de santé au travail, il faut assurer la visibilité des risques professionnels et dresser l'état des lieux de la santé au travail par territoire ou groupe d'entreprises. Or les agences régionales de santé (ARS) conduisent surtout des diagnostics territoriaux sur l'état de santé des populations en référence à certains déterminants de santé comme le logement ou les transports. Une telle démarche n'existe donc pas en matière de santé au travail pour des bassins d'emplois, faute de la capacité des services à agréger leurs données, lorsqu'elles existent. Notre projet permettrait de faire remonter les données relatives à la santé au travail et d'assurer une meilleure visibilité des territoires, des entreprises, des salariés et des individus. La sécurité sociale considère que la visibilité de la situation de la santé au travail au niveau de la branche AT-MP et de la branche maladie est un leurre, en raison du cloisonnement des services informatiques. Il est impossible d'assurer le croisement des données de santé générale, qui relèvent de la branche maladie, avec le code NAF (nomenclature des activités françaises) des entreprises, sauf à le faire de manière ponctuelle ! Ce croisement va bien au-delà de la simple synthèse des données. Notre rapport préconise de sensibiliser le grand public aux déterminants du travail susceptibles d'altérer la santé. Aucune campagne n'est conduite sur le harcèlement au travail, le *burn-out* ou la prévention par les entreprises des problèmes psychiques. La prévention doit être l'affaire de tous.

M. Alain Milon, président. - Merci pour ces informations que nous aurons l'occasion d'approfondir durant notre examen du prochain projet de loi.