



Les services de santé au travail interentreprises : une réforme en devenir

Rapport public thématique

SOMMAIRE

DELIBERE	7
INTRODUCTION.....	9
CHAPITRE I UN SERVICE RENDU ELOIGNE DES MISSIONS FIXEES ..	17
I - L'évolution des objectifs.....	18
A - Logique assurancielle et droit de l'aptitude	18
B - La dimension de prévention primaire	20
C - La réforme du 20 juillet 2011 : une loi consensuelle	23
II - Les entreprises et les services de santé au travail : une relation inégale	24
A - Une adhésion obligatoire.....	24
B - Une relation mal définie	25
C - L'évolution attendue : un contrat explicité mais variable	27
III - Le conseil aux entreprises et aux salariés : une mission déjà ancienne mais peu développée	28
A - Une action en milieu de travail encore en-deça de ses objectifs quantitatifs	29
B - Les limites de l'action des autres intervenants	33
C - Les difficultés du fonctionnement programmé de l'équipe pluridisciplinaire de conseil.....	37
IV - L'avenir incertain de la surveillance médicale	44
A - La visite médicale périodique : un examen de moins en moins pratiqué	45
B - Les différents examens, les contraintes et les suites	47
C - Des évolutions réglementaires limitées.....	49
V - Vers des projets de service à géométrie variable.....	51
A - Les nouveautés de la loi du 20 juillet 2011	51
B - Une différenciation déjà en cours.....	53
C - Les recrutements nécessaires en médecine du travail	55
CHAPITRE II LES POUVOIRS LIMITES DE L'ETAT.....	61
I - Des moyens spécifiques limités	61
A - La politique publique de santé au travail.....	61

B - L'organisation de l'Etat	67
C - Un réseau spécifique affaibli.....	71
II - L'agrément des services : une compétence régalienn	75
de son sens.....	75
A - Le poids du non-agrément.....	75
B - Un assouplissement risqué	77
C - A droit constant, un refus inopérant.....	78
III - Les difficultés du pilotage par l'Etat	80
A - Un système d'information obsolète	80
B - Une offre non pilotée.....	83
C - Un contrôle de l'obligation d'adhésion reposant d'abord sur les services eux-mêmes	84
D - Les possibilités ouvertes par la loi du 20 juillet 2011	86
CHAPITRE III UN FONCTIONNEMENT A LA RECHERCHE D'UN NOUVEL EQUILIBRE	93
I - Un nouveau régime de gouvernance	93
A - Un héritage complexe.....	93
B - La réforme du 20 juillet 2011.....	97
II - Les enjeux de gestion	102
A - Des efforts à poursuivre.....	102
B - Les difficultés : le service interentreprises, une personne morale singulière.....	105
C - Des résultats financiers en baisse	111
D - La question du financement	113
CONCLUSION GENERALE.....	121
RECAPITULATIF DES RECOMMANDATIONS.....	123
ANNEXE	125
REPONSES DES ADMINISTRATIONS ET DES ORGANISMES CONCERNES	131

Les rapports publics de la Cour des comptes

- élaboration et publication -

La Cour publie un rapport public annuel et des rapports publics thématiques.

Le présent rapport est un rapport public thématique.

Les rapports publics de la Cour s'appuient sur les contrôles et les enquêtes conduits par la Cour des comptes ou les chambres régionales des comptes et, pour certains, conjointement entre la Cour et les chambres régionales ou entre les chambres. En tant que de besoin, il est fait appel au concours d'experts extérieurs, et des consultations et des auditions sont organisées pour bénéficier d'éclairages larges et variés.

Au sein de la Cour, ces travaux et leurs suites, notamment la préparation des projets de texte destinés à un rapport public, sont réalisés par l'une des sept chambres que comprend la Cour ou par une formation associant plusieurs chambres.

Trois principes fondamentaux gouvernent l'organisation et l'activité de la Cour des comptes, ainsi que des chambres régionales des comptes, et donc aussi bien l'exécution de leurs contrôles et enquêtes que l'élaboration des rapports publics : l'indépendance, la contradiction et la collégialité.

L'*indépendance* institutionnelle des juridictions financières et statutaire de leurs membres garantit que les contrôles effectués et les conclusions tirées le sont en toute liberté d'appréciation.

La *contradiction* implique que toutes les constatations et appréciations ressortant d'un contrôle ou d'une enquête, de même que toutes les observations et recommandations formulées ensuite, sont systématiquement soumises aux responsables des administrations ou organismes concernés ; elles ne peuvent être rendues définitives qu'après prise en compte des réponses reçues et, s'il y a lieu, après audition des responsables concernés.

La publication dans un rapport public est nécessairement précédée par la communication du projet de texte que la Cour se propose de publier aux ministres et aux responsables des organismes concernés, ainsi qu'aux autres personnes morales ou physiques directement intéressées. Dans le rapport publié, leurs réponses accompagnent toujours le texte de la Cour.

La *collégialité* intervient pour conclure les principales étapes des procédures de contrôle et de publication.

Tout contrôle ou enquête est confié à un ou plusieurs rapporteurs. Leur rapport d'instruction, comme leurs projets ultérieurs d'observations et de recommandations, provisoires et définitives, sont examinés et délibérés de façon collégiale, par une chambre ou une autre formation comprenant au moins trois magistrats, dont l'un assure le rôle de contre-rapporteur, chargé notamment de veiller à la qualité des contrôles. Il en va de même pour les projets de rapport public.

Le contenu des projets de rapport public est défini, et leur élaboration est suivie, par le comité du rapport public et des programmes, constitué du premier président, du procureur général et des présidents de chambre de la Cour, dont l'un exerce la fonction de rapporteur général.

Enfin, les projets de rapport public sont soumis, pour adoption, à la chambre du conseil où siègent en formation plénière ou ordinaire, sous la présidence du premier président et en présence du procureur général, les présidents de chambre de la Cour, les conseillers maîtres et les conseillers maîtres en service extraordinaire.

Ne prennent pas part aux délibérations des formations collégiales, quelles qu'elles soient, les magistrats tenus de s'abstenir en raison des fonctions qu'ils exercent ou ont exercées, ou pour tout autre motif déontologique.

*

Les rapports publics de la Cour des comptes sont accessibles en ligne sur le site Internet de la Cour des comptes et des chambres régionales et territoriales des comptes : www.ccomptes.fr. Ils sont diffusés par *La documentation Française*.

Délibéré

La Cour des comptes, délibérant en chambre du conseil réunie en formation ordinaire, a adopté le présent rapport sur « Les services de santé au travail interentreprises : une réforme en devenir ».

Le rapport a été arrêté au vu du projet communiqué au préalable aux administrations et organismes concernés et des réponses adressées en retour à la Cour.

Les réponses sont publiées à la suite du rapport. Elles engagent la seule responsabilité de leurs auteurs.

Ont participé au délibéré : M. Migaud, Premier président, MM. Descheemaeker, Bayle, Mme Froment-Meurice, MM. Durrelman, Lévy, Lefas, Briet, présidents de chambre, M. Picq, président de chambre maintenu en activité, MM. Richard, Rémond, Théron, Mme Levy-Rosenwald, MM. Duchadeuil, Paul, Lebuy, Frangialli, Andréani, Mmes Fradin, Dayries, Ratte, MM. Gautier (Jean), Vermeulen, Diricq, Mme Malécat-Mély, MM. de Gaulle, Guédon, Bourlanges, Baccou, Chouvet, Le Mer, Guillot, Ortiz, Cotis, conseillers maîtres.

Ont été entendus :

- en sa présentation, Mme Froment-Meurice, présidente de la chambre chargée des travaux sur lesquels le rapport est fondé et de la préparation du projet de rapport ;
- en son rapport, Mme Malécat-Mély, rapporteure du projet devant la chambre du conseil, assistée de Mme Froment-Védrine, conseillère maître, contre-rapporteure du projet de rapport devant la chambre chargée de le préparer ;
- en ses conclusions, sans avoir pris part au délibéré, M. Johanet, Procureur général.

M. Gérard Terrien, secrétaire général, assurait le secrétariat de la chambre du conseil.

Fait à la Cour, le 27 novembre 2012.

Le projet de rapport soumis à la chambre du conseil a été préparé, puis délibéré le 10 septembre 2012, par la cinquième chambre de la Cour des comptes, présidée par Mme Froment-Meurice, présidence de chambre, et composée de M. Richard, Mmes Dayries, Ratte, MM. Bacou, Antoine, Guérout, Mme Esparre, conseillers maîtres, M. Cazenave, conseiller maître en service extraordinaire, ainsi que, en tant que rapporteure, Mme Malegat-Mély, conseillère maître, et, en tant que contre rapporteure, Mme Froment-Védrine, conseillère maître.

Le projet de rapport a été examiné et approuvé, le 18 septembre 2012, par le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes, composé de MM. Migaud, Premier président, Johanet, Procureur général, Descheemaeker, Bayle, Mme Froment-Meurice, MM Durrleman, Levy, Lefas et Briet, présidents de chambre.

Introduction

La prolifération des cancers dont l'origine professionnelle a été reconnue, l'émotion suscitée par le drame de l'amiante ou les suicides intervenus en milieu professionnel ont suscité, depuis plus de dix ans, l'intervention récurrente du législateur et l'attention croissante des partenaires sociaux. Les initiatives prises ont concerné tout le champ de la santé au travail, avec, notamment les plans « santé au travail », mais aussi, plus spécifiquement, la question de l'organisation du système français de médecine du travail.

C'est cet aspect particulier que la Cour s'est attachée à éclairer. Le présent rapport intervient au moment de la mise en œuvre de la récente loi du 20 juillet 2011 qui réforme le système, notamment en tirant les leçons d'expérimentations que la Cour a pu observer.

Les enjeux

L'enjeu de la santé au travail concerne, d'abord, des millions de salariés ; mais il est aussi économique et financier.

Les dépenses engendrées par les accidents du travail¹ et les maladies professionnelles ont atteint, en 2010, près de 13 Md €. A ce poids non négligeable pour les finances de l'Etat, et surtout de la sécurité sociale (branche AT/MP), s'ajoute une pénalisation de l'activité des entreprises par les conséquences de conditions de travail inadaptées : ainsi, selon l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), les personnes soumises à pénibilité physique se cumulant avec des risques psychosociaux sont susceptibles de connaître des arrêts de travail pour un rythme supérieur de 46,3 % à 56,1 % à celui des autres salariés³.

¹ Bien que leur fréquence se réduise, près de 10 % des 16 millions de travailleurs du secteur privé ont un accident du travail, dont environ 700 000 donnent lieu à un arrêt de travail et 50 000 sont graves (entraînant une incapacité permanente au moins partielle).

² Auxquels s'ajoute 1,3 Md € lié aux accidents du travail et maladies professionnelles non déclarés ou reconnus en tant que tels, selon l'estimation établie par la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles en juin 2011.

³ Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), mars 2011.

A l'inverse, les entreprises qui ont mis en place des démarches de prévention des risques professionnels bénéficient d'un retour sur investissement. L'étude internationale lancée en 2010 par l'Association internationale de la sécurité sociale, l'assurance sociale allemande des accidents de travail et maladies professionnelles et la caisse d'assurance contre les accidents professionnels, dans les secteurs de l'énergie, du textile, de l'électricité, conclut que *« les investissements dans la sécurité et la santé procurent des avantages directs en termes microéconomiques, avec un ratio de 2,2. Cela signifie concrètement que les entreprises peuvent espérer un retour potentiel de 2,20 euros (ou toute autre monnaie) pour chaque euro (ou toute autre monnaie) investi dans la prévention, par année et par salarié »*.

Dans le système français, la démarche de prévention relève de la responsabilité de l'employeur mais, aussi, d'une politique publique qui s'appuie sur l'obligation de recours à des services de santé au travail.

La spécificité du système français de santé au travail s'inscrit dans des règles internationales que l'Organisation internationale du travail (OIT) a été la première à porter. Dès sa création, elle a cherché, par la réglementation du travail de nuit, la protection des femmes et des mineurs et l'indemnisation des accidents du travail à préserver la sécurité et la santé des travailleurs. Depuis, plusieurs conventions spécifiques⁴, en cours de ratification par la France, ont demandé à chaque membre de mettre en place une politique visant à *« prévenir les accidents et les atteintes à la santé qui résultent du travail, sont liées au travail ou surviennent au cours du travail en réduisant les causes des risques inhérents au milieu de travail dans la mesure où cela est raisonnable et pratiquement réalisable »*.

Au sein de l'Union européenne, la directive 89/391/CE du 12 juin 1989 concernant la mise en œuvre des mesures destinées à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail a, dans un esprit comparable, renforcé la responsabilité des employeurs en disposant notamment que *« l'employeur est obligé d'assurer la sécurité et la santé des travailleurs dans tous les aspects liés au travail »*. Elle a surtout précisé le contenu de cette obligation en déclinant les différents objectifs d'une politique de prévention.

A cet égard, la France a su construire, depuis les premières lois protectrices du dix-neuvième siècle, un ensemble de normes juridiques relatives à la prévention tant par risque que par secteur ou par acteur. En outre, dans le même temps, elle a aussi développé un système original qui

⁴ N° 155, 161 et 187.

impose à chaque employeur de disposer d'un service de médecine du travail, aujourd'hui dénommé service de santé au travail. Suivant la taille de l'entreprise, ce service est interne ou bien externalisé dans une association, l'adhésion étant alors obligatoire. Le financement de ces services est à la charge des employeurs. Son coût est estimé à plus de 1,5 Md€ annuels⁵.

Dans le cadre de la transposition en droit interne de la directive 89/391/CE, les Etats de l'Union européenne, à l'exception du Royaume-Uni, ont mis en place des services de santé de travail exerçant des missions de prévention des risques professionnels. Dans les pays scandinaves ou en Belgique, ces services sont internes à l'entreprise, alors que l'Espagne et l'Allemagne ont retenu le principe de services externes, le Luxembourg étant un cas original.

L'organisation de la santé au travail en Europe

Au **Royaume Uni**, la législation définit, depuis 1992, l'obligation de sécurité pesant sur l'employeur, mais en laissant celui-ci libre du choix des moyens de mise en œuvre. Ainsi, aucun texte n'impose la présence d'un médecin du travail dans l'entreprise ou des visites médicales obligatoires. L'employeur a pour seule obligation de faire en sorte que les conditions de travail ne nuisent pas à la santé de l'employé⁶ : pour ce faire, il peut désigner en interne des responsables de la sécurité et de la santé ou faire appel à des médecins généralistes, comme à des médecins du travail relevant de l'agence publique en santé (HSE) ou encore à des infirmières spécialisées en santé au travail (salarisées ou libérales).

Au **Danemark**, où la transposition de la directive-cadre n'a posé aucune difficulté tant le système existant était précurseur, la mise en place d'un service interne aux entreprises est une obligation très forte, qui pèse sur toutes les entreprises de plus de 5 salariés. Parallèlement, depuis 2005, l'obligation d'adhérer à un service de santé au travail préventif et multidisciplinaire (*Bedriftssundhedstjeneste*, BTS), initialement limitée à certaines entreprises à risque, a été étendue progressivement. Le corollaire en est le renforcement des inspections effectuées : un contrôle systématique de toutes les entreprises danoises a ainsi été entrepris sur 7 ans, l'inspection du travail⁷ ayant un pouvoir d'injonction ainsi que de classement public des entreprises selon leur degré de respect des obligations en matière de sécurité et de santé (système dit de « *smileys* » vert, jaune, rouge).

⁵ L'estimation ne concerne pas le coût des services internes à l'entreprise.

⁶ Il doit « *assurer dans la mesure du possible la santé, la sécurité et le bien-être au travail de tous ses employés* ».

⁷ L'inspecteur peut imposer le recours à un cabinet conseil agréé pour résoudre les problèmes constatés.

En **Finlande**, où la prévention relève d'une agence spécialisée (*l'Institut finlandais de santé au travail*) distincte de l'organisme chargé de la réparation (*la Fédération des institutions d'assurance accidents*), la sécurité et la santé sur les lieux de travail sont scindées : les aspects de sécurité sont pris en charge à l'intérieur de l'entreprise par l'employeur et les représentants des travailleurs tandis que les aspects plus techniques de la santé relèvent des services de santé, pour la plupart municipaux. Les services internes se rencontrent principalement dans les grandes entreprises, tandis que les services municipaux couvrent essentiellement les petites et les moyennes entreprises.

En **Espagne**, un rôle important est confié aux mutuelles, l'obligation de service interne étant réservée aux entreprises à risque. Ce sont donc les « *mutuas* », associations privées d'employeurs sans but lucratif, qui, depuis 1995, sont certifiées par le ministère du travail et des affaires sociales afin d'assurer le rôle de service de prévention auprès de leurs entreprises sociétaires, en parallèle de leur mission d'indemnisation.

En **Allemagne**, il est également fait appel essentiellement à des services externes. Le système repose sur des associations professionnelles (*Berufgenossenschaften*), qui sont des sociétés d'assurance-accidents de droit public regroupées par branche et organisées sur la base des secteurs industriels, le tout étant géré par une administration autonome fondée sur une représentation équitable des intérêts des membres (employeurs) et des assurés (salariés), élus tous les 6 ans lors des élections professionnelles. Ces associations exercent des missions d'indemnisation en matière d'accidents du travail et maladies professionnelles, mais aussi de prévention en santé et sécurité. Elles disposent d'un pouvoir d'inspection des entreprises du secteur, parallèle à celui de l'inspection du travail relevant de l'Etat. Légalement chaque employeur en est membre.

Au **Luxembourg**, le système est dual avec, d'un côté une obligation d'affiliation à un service externe pour la prévention et, de l'autre, celle de disposer de compétences internes pour la surveillance de la santé des salariés⁸. Le service de santé au travail multisectoriel (STM) constitue de loin le plus grand des services interentreprises de santé au travail, tant en ce qui concerne le nombre de ses affiliés que le nombre de ses médecins. Ce service, qui couvre les petites et moyennes entreprises, a le caractère d'un établissement public.

⁸ Obligatoire pour toute entreprise de plus de 5 000 salariés et de plus de 3 000 avec au moins 100 postes à risque de maladie professionnelle ou de sécurité.

Le drame de l'amiante est venu bousculer le dispositif. Le rapport de la mission commune d'information du Sénat soulignait, en 2005, « *les carences de notre système de santé au travail et de prévention des risques professionnels* »⁹ ; celui de la mission parlementaire d'information de l'Assemblée nationale estimait, en février 2006, que « *le drame de l'amiante n'est pas tant le fruit de malversations que le résultat de la faillite du système de prévention des risques professionnels* »¹⁰. La mission considérait notamment que « *l'organisation de la médecine du travail est une question majeure* »¹¹.

Le législateur s'est attaché à répondre à l'enjeu. Aux termes d'un long travail de concertation et d'expertise, le Parlement a adopté la loi du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail. Elle instaure notamment la mise en place de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens entre l'Etat, les caisses accidents du travail et maladies professionnelles et les services de santé au travail interentreprises, à laquelle les partenaires sociaux et les Agences régionales de santé (ARS) seront associés. A partir du 1^{er} juillet 2012, date d'effet des décrets d'application de la loi¹², une campagne de contractualisation progressive s'est ainsi ouverte.

C'est dans ce contexte que la Cour souhaite appeler l'attention sur les points clés, les marges de progrès et les obstacles qu'elle a pu identifier, lors de ses contrôles réalisés au plus près du terrain.

L'enquête de la Cour

La Cour, qui est déjà intervenue dans plusieurs de ses publications sur la santé et la sécurité au travail¹³ a souhaité donner un éclairage, par le

⁹ Sous la présidence de M. Jean-Marie Vanlerenberghe, MM. Gérard Dériot et Jean Pierre Godefroy, rapporteurs, *Le drame de l'amiante en France : comprendre, mieux réparer, en tirer les leçons pour l'avenir*, rapport du Sénat n° 37, 20 octobre 2005, p. 13.

¹⁰ Rapport de l'Assemblée nationale, n° 2884 (février 2006) fait au nom de la mission d'information sur *les risques et les conséquences de l'exposition à l'amiante*, M. Jean Le Garrec, président, M. Jean Lemièrre, rapporteur p. 389.

¹¹ Même rapport p. 410.

¹² Décrets du 30 janvier 2012.

¹³ Rapport public thématique de février 2002 sur *La Gestion du risque des accidents du travail et maladies professionnelles* ; rapport public annuel de janvier 2002, deuxième partie, observations des juridictions financières, relatif à : *l'amélioration des conditions de travail*, p.191 ; communication à la commission des affaires sociales du Sénat relative à *l'Indemnisation des conséquences de l'utilisation de l'amiante* (in Rapport Sénat n° 301 mars 2005) ; rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour l'année 2010, chapitre XV : *Invalidité et inaptitude dans le régime général*.

présent rapport, sur le fonctionnement effectif des services de santé au travail. L'organisation de la santé au travail lui donne en effet compétence sur la quasi-totalité des services concernés.

En raison de leur mode d'organisation, la Cour a choisi de se focaliser sur les services dits « interentreprises » du secteur privé non agricole.

Santé au travail, salariat et population active

Au 1^{er} janvier 2010, selon l'INSEE, la population active comprenait 28,3 millions de personnes. Ce chiffre englobe :

- les chômeurs dont le suivi est assuré par Pôle emploi ;
- les travailleurs indépendants, les agriculteurs et les autres entrepreneurs qui ne bénéficient pas des dispositions de santé et sécurité au travail ;
- les agents titulaires des fonctions publiques d'Etat et territoriale qui relèvent des dispositions dérogatoires du décret du 28 mai 1982 modifié et du décret du 10 juin 1985 : l'article L. 4111-1 du code du travail exclut en effet du champ d'application la fonction publique d'Etat et la fonction publique territoriale ;
- les salariés de l'agriculture dont le régime de santé au travail est défini aux articles L. 717-1 et suivants du code rural, la Mutualité sociale agricole assurant le service ;
- les salariés des particuliers employeurs et les salariés multi-employeurs qui, jusqu'à la loi du 20 juillet 2011, ne faisaient pas l'objet d'une obligation de suivi ;
- les autres salariés, c'est-à-dire ceux du secteur privé non agricole (industrie, commerces, services) et, secondairement des agents non titulaires des fonctions publiques d'Etat et territoriale et des agents de la fonction publique hospitalière.

Pour assurer le suivi des salariés qu'ils emploient, les employeurs du secteur privé non agricole ont la possibilité, s'ils comptent plus de 500 salariés, d'organiser par eux-mêmes un service de santé. A défaut, ou en dessous du seuil, ils ont l'obligation d'adhérer à un service de santé au travail interentreprises (SSTI).

Les SSTI assuraient, en 2010, le suivi de 15,1 millions de salariés du secteur privé non agricole¹⁴ sur 16,1 millions, soit 94,5 % de ces salariés. Organisés sous forme d'associations de la loi de 1901, les services interentreprises perçoivent des entreprises adhérentes une cotisation qui s'analyse comme un « *versement libératoire d'une obligation légale de faire* » au sens de l'article L. 111-7 du code des juridictions financières. La Cour est donc compétente pour en assurer le contrôle.

Elle a examiné la gestion, l'activité et le service rendu aux entreprises adhérentes par ces services interentreprises (SSTI) par des enquêtes régionales (Centre, Ile-de-France, Midi-Pyrénées et Nord-Pas-de-Calais). Les vérifications sur pièces, conduites au sein des directions régionales de la consommation, de la concurrence, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) ont intéressé 64 SSTI généralistes (sur 292 existants). La Cour a plus précisément contrôlé six associations¹⁵ chargées du suivi d'environ 1,2 million de salariés ainsi que la direction générale du travail.

Sans prétendre à l'exhaustivité non plus qu'à une représentativité statistique, l'échantillon a mis en évidence :

- l'écart entre le service rendu et les objectifs ;
- la faiblesse des pouvoirs de l'Etat ;
- un fonctionnement à la recherche d'un nouvel équilibre.

Ces constats conduisent la Cour à proposer plusieurs pistes d'évolution qui pourraient être utiles dans le cadre des contractualisations en cours.

¹⁴ Source : conseil d'orientation sur les conditions de travail – Bilan 2010 ; les données sont calculées pour la réglementation alors en vigueur : adhésion possible en dessous de 2 200 salariés, obligatoire en dessous de 412 salariés.

¹⁵ Association de prévention et de santé au travail (APSMT) en Loir-et-Cher ; centre médical interentreprises Europe (CMIE) à Paris et dans le département des Hauts-de-Seine notamment ; Association de santé au travail interentreprises (ASTI), centre de médecine du travail de l'artisanat et interentreprises (CMTA) et Association de médecine et de santé au travail (AMST) à Toulouse ; Pôle santé travail dans le Nord.

Chapitre I

Un service rendu éloigné des missions fixées

Depuis 1946¹⁶, les médecins du travail ont pour rôle exclusif « *d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail* ». La loi du 20 juillet 2011 a repris la lettre de ces dispositions mais en introduisant deux modifications d'importance : la mission n'incombe plus, désormais, au seul médecin du travail mais aux services de santé au travail ; à cette fin, les services, en premier lieu, « *conseillent les employeurs, les travailleurs et leurs représentants sur les dispositions et mesures nécessaires...* », en second lieu seulement, « *assurent la surveillance de l'état de santé des travailleurs...* » et enfin « *participent au suivi et contribuent à la traçabilité des expositions professionnelles et à la veille sanitaire* ». ¹⁷

Il s'agit là d'un bouleversement du fonctionnement et de la hiérarchie des attentes, au regard de l'organisation ancienne. Il a été préparé par une lente évolution des textes.

Sans renoncer à la spécificité du système français, les pouvoirs publics cherchent, depuis plus de vingt ans, à développer une action du médecin en milieu de travail, une approche pluridisciplinaire et un

¹⁶ Loi du 11 octobre 1946, article 1^{er}.

¹⁷ Loi du 20 juillet 2011, article 1, codifié à l'article L. 4622-2 du code du travail.

aménagement de la pratique des examens médicaux. Les contrôles ont mis en évidence plusieurs obstacles qui devront être levés pour que la loi du 20 juillet 2011 atteigne ses objectifs.

I - L'évolution des objectifs

De son histoire industrielle, la France a hérité d'une « médecine d'usine » qui visait d'abord à prémunir l'employeur du risque présenté par un travailleur qui serait inadapté à son poste. Dans le même temps, des lois protectrices ont cherché à prévenir l'apparition de pathologies professionnelles en adaptant le poste de travail au travailleur. Cette double tradition conduit à une construction complexe que la loi du 20 juillet 2011, respectant en cela les directives européennes, a souhaité simplifier.

A - Logique assurancielle et droit de l'aptitude

La notion d'aptitude ou d'inaptitude du travailleur est apparue avec le décret de janvier 1813 qui prévoyait, pour les enfants de moins de dix ans travaillant dans les mines, la vérification préalable de l'aptitude physique. La mise en place du régime de responsabilité des employeurs avec la loi du 9 avril 1898, la création d'assurances spécifiques privées, puis la reconnaissance de la responsabilité en matière de maladies professionnelles (1919) ont accentué le poids du concept : face au médecin d'assurance, issu de la médecine légale, qui tranche, l'employeur a cherché à se prémunir en vérifiant préalablement à l'embauche l'aptitude physique du travailleur à supporter les risques.

La vérification de cette aptitude supposait un corps médical spécialisé dans l'appréciation des risques encourus. L'employeur a souvent financé des dispensaires ou la présence de « médecins d'usine ». Leur expérience a été décisive pour la naissance de la médecine du travail, reconnue avec la création, en 1933, à Lyon d'un « *diplôme d'hygiène industrielle et de médecine du travail* ». Il s'est alors établi une surveillance médicale des ouvriers exposés à des risques particuliers, les constatations du médecin ayant un effet direct sur l'admission ou le maintien dans l'emploi du salarié, mais agissant peu sur les causes mêmes des éventuels risques professionnels.

C'est ainsi que le décret du 17 septembre 1977 prévoyait, s'agissant de l'amiante : « *aucun salarié ne doit être affecté aux travaux définis à l'article 1er ni occupé de façon habituelle dans des locaux ou chantiers où s'effectuent ces travaux sans une attestation du médecin du*

travail constatant qu'il ne présente pas de contre-indication particulière aux travaux l'exposant à l'inhalation de poussières d'amiante »¹⁸. Le décret s'accompagnait de la fixation de limites d'exposition au matériau.

Pour autant, et en dépit des voix critiques qui se sont élevées, à cette occasion¹⁹, la logique de l'aptitude a perduré. Face aux nouvelles substances dangereuses, cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction (dits CMR), le décret du 1^{er} février 2001, dispose que : « *Un travailleur ne peut être affecté à des travaux l'exposant à des agents chimiques dangereux pour la santé que s'il a fait l'objet d'un examen médical préalable par le médecin du travail et si la fiche médicale d'aptitude établie à cette occasion atteste qu'il ne présente pas de contre-indication médicale à ces travaux.* »²⁰.

Saisi d'un recours qui contestait la pertinence de la notion de contre-indication médicale particulière, le Conseil d'Etat a considéré que « *les médecins du travail disposent de plusieurs éléments d'ordre génétique, comportemental ou historique pour apprécier les risques particuliers que courent individuellement les salariés à être exposés à des agents cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction* »²¹. A l'opposé, le comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé a souligné²² « *l'insuffisance des connaissances scientifiques et médicales du moment* », et rappelé le « *problème de l'amiante* ».

¹⁸ Cité dans le rapport de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et de l'inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche (IGAENR) « *Bilan de la réforme de la médecine du travail* », octobre 2007, p. 8.

¹⁹ Hervé Gosselin, conseiller à la Cour de cassation, *Rapport pour le ministre délégué à « l'emploi, au travail et à l'insertion professionnelle des jeunes : Aptitude et inaptitude médicale au travail*, janvier 2007. Voir aussi : Philippe Davezies « *L'aptitude médicale dans le système français de santé au travail* », in *Médecine du travail et ergonomie*, volume XLIV, 2007.

²⁰ Codifié à l'article R. 4412-44 du code du travail.

²¹ Conseil d'Etat n° 231869 – lecture du 9 octobre 2002.

²² Compagnie nationale des commissaires-enquêteurs (CNCE), avis n° 80.

Au-delà du cas de la prévention de ces risques spécifiques, le mécanisme de l'aptitude affecte durablement les missions des services et du médecin. En effet, il place au premier rang des obligations la visite médicale d'embauche qui constitue une formalité indispensable à la validité du contrat de travail²³. Elle « a pour finalité : 1° De s'assurer que le salarié est médicalement apte au poste de travail auquel l'employeur envisage de l'affecter » (article R. 4624-11 code du travail).

Dans le même temps, toutefois, le système français a su mettre en place les éléments d'une autre politique.

B - La dimension de prévention primaire

A côté des services de médecine puis de santé au travail, les organismes de sécurité sociale – branche accidents du travail et maladies professionnelles – et les partenaires sociaux ont développé une politique propre.

Dès 1947, a été créé l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS), association de la loi de 1901, gérée par un conseil d'administration paritaire, qui compte plus de 600 agents, ingénieurs, médecins et chercheurs. Certaines branches professionnelles, comme celle du bâtiment et des travaux publics (BTP), ont, en outre, fondé des organismes professionnels spécialisés, au cas d'espèce l'organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics (OPPBTB), né également en 1947. Ces initiatives ont permis de relayer l'important travail normatif conduit par les pouvoirs publics pour fixer, par risques par secteur ou par acteur, les facteurs de prévention dite « primaire », au sens de l'organisation mondiale de la santé, c'est-à-dire les actions qui visent à éviter l'apparition de la maladie ou du traumatisme en agissant sur les facteurs de risque.

Dès les années 1970, les pouvoirs publics ont souhaité impulser cette orientation, au sein des services alors dénommés de médecine du travail. Le décret du 20 mars 1979 modifiant le code du travail et relatif à l'organisation et au fonctionnement des services médicaux du travail a, pour la première fois, introduit une section « action en milieu de travail » qui précise les missions du médecin du travail en spécifiant que ce

²³ Aux termes de l'article R. 4624-10 du code du travail, cette visite doit avoir lieu au plus tard avant la fin de la période d'essai mais préalablement à l'embauche pour les salariés accomplissant certaines fonctions ou relevant de postes ou conditions justifiant une surveillance médicale renforcée.

dernier est « *le conseiller du chef d'entreprise ou de son représentant, des salariés, des représentants du personnel, des services sociaux* ».

Cette novation d'importance a été complétée presque dix ans plus tard par le décret du 28 décembre 1988 modifiant à nouveau le code du travail et relatif à l'organisation et au fonctionnement des services médicaux du travail. Ce décret impose l'établissement d'un « *plan d'activité en milieu de travail qui porte sur les risques, les postes et les conditions de travail. Ce plan prévoit notamment les études à entreprendre ainsi que le nombre et la fréquence minimaux des visites des lieux de travail* ». Il introduit de surcroît « *à titre expérimental et en vue de développer les actions que le médecin du travail conduit sur le milieu de travail* » la possibilité de recourir par convention et « *sous le contrôle du médecin du travail à des personnes ou des organismes publics ou privés, spécialement qualifiés en matière de prévention des risques professionnels, de sécurité ou de conditions de travail* ». Afin de dégager le temps nécessaire à ces actions nouvelles, le décret ouvre la possibilité de ne pas procéder, dans des cas bien identifiés, à la visite d'embauche et, à titre expérimental, autorise à moduler la périodicité de l'examen médical.

Ces évolutions sont intervenues dans le contexte de la quatrième loi Auroux²⁴ relative aux comités d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail. La mise en place de ces comités, dans les entreprises de plus de 50 salariés ou les droits reconnus en la matière aux délégués du personnel, dans les autres entreprises, ont fait entrer la sécurité et, par conséquent, la prévention, au cœur de la vie des entreprises.

Cette seconde tradition, communément dénommée « *santé au travail* », par opposition à une action centrée sur la seule médecine du travail, se rapproche des modèles plus fréquemment observés dans les pays européens (voir annexe). Elle a été renforcée par l'adoption de la directive 89/391/CE, centrée sur la définition des obligations de l'employeur, lequel notamment (article 6 de la directive) : « *prend les mesures nécessaires pour la protection de la sécurité et de la santé des travailleurs, y compris les activités de prévention des risques professionnels, d'information et de formation ainsi que la mise en place d'une organisation et de moyens nécessaires sur la base des principes généraux de prévention suivants: ...D) adapter le travail à l'homme, en particulier en ce qui concerne la conception des postes de travail ainsi que le choix des équipements de travail et des méthodes de travail et de production....* »

²⁴ Loi dite Auroux du 23 décembre 1986.

La conversion de la médecine du travail en une approche pluridisciplinaire de la santé au travail, amorcée dans les années 1970, a été accélérée par l'intervention du droit européen.

Les initiatives ont quitté le terrain réglementaire et ont reçu la consécration du législateur. La loi du 31 décembre 1991 « *modifiant le code du travail et le code de la santé publique en vue de favoriser la prévention des risques professionnels et portant transposition de directives européennes relatives à la santé et à la sécurité du travail* » a renforcé les obligations des employeurs en matière de prévention des risques professionnels et, conformément à la directive 89/391/CE qui instaure un droit d'information et de contrôle du salarié, les compétences des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) ont été accrues.

Dix ans plus tard, le législateur a voulu réaffirmer ces orientations et en élargir la portée.

Précédée de la recherche d'un accord des partenaires sociaux, acté le 19 décembre 2000 et relatif à la santé au travail et à la prévention des risques professionnels, la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 a, symboliquement, modifié la dénomination de la médecine du travail, devenue la santé au travail. Dans ce cadre, les services se sont vus contraints de mettre en œuvre une approche pluridisciplinaire, garante de l'effectivité d'une prévention de type primaire.

Le décret du 24 juin 2003, puis l'arrêté du 24 décembre 2003, enfin les circulaires du ministre du travail du 13 janvier 2004 et du 20 juin 2005 ont précisé et commenté ces dispositions, y compris le principe, accepté par les partenaires sociaux dans l'accord du 19 décembre 2000, de la modulation de la périodicité des visites annuelles, afin de dégager, pour les médecins du travail, le temps utile à l'accomplissement de l'action en milieu de travail, pour le tiers de leur temps (décret du 28 juillet 2004 et circulaire de la direction des relations du travail du 7 avril 2005). Ces modifications avaient été précédées de l'adoption du décret du 5 novembre 2001 qui imposait aux entreprises d'au moins un salarié la création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, appelé « document unique ».

C - La réforme du 20 juillet 2011 : une loi consensuelle

La loi du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail et ses décrets d'application du 30 janvier 2012 relatifs à l'organisation de la médecine du travail et à l'organisation et au fonctionnement des services de santé au travail résultent de la double tradition du système français. Dans une visée consensuelle, les textes ont maintenu les éléments qui relèvent du droit de l'aptitude et, notamment, le premier d'entre eux, la visite d'embauche, « *les organisations patronales [ayant] unanimement demandé le maintien de la vérification de l'aptitude au poste, cela pour une raison de sécurisation juridique de l'employeur* », comme l'a indiqué le directeur général du travail à la Cour.

Parallèlement, les textes ont consacré la mission de conseil et le rôle de l'« *équipe pluridisciplinaire de santé au travail* », que les médecins du travail « *animent et coordonnent* » et qui compte « *des intervenants en prévention des risques professionnels et des infirmiers* » ainsi que « *des assistants de services de santé au travail et des professionnels recrutés après avis des médecins du travail* »²⁵. La prévention primaire entre ainsi explicitement dans le champ des missions législatives confiées aux services.

En outre, la loi a renforcé le rapprochement entre l'action de l'Etat – (le ministère du travail) et celle de la branche accidents du travail et maladies professionnelles. Par la réforme de la gouvernance, elle vise également à une plus grande implication des partenaires sociaux. Les nouvelles modalités du pilotage régional des services qui associent tous les acteurs locaux devraient ainsi, selon le directeur général du travail, « *assurer la cohérence des actions menées par les différents acteurs institutionnels et dynamiser les services de santé au travail autour d'objectifs quantitatifs et qualitatifs partagés* ».

Le législateur a donc réaffirmé fortement sa volonté de voir évoluer le service rendu aux entreprises. L'état des lieux montre l'étendue du chemin qu'il faudra parcourir et désigne les principaux obstacles. Le premier réside dans la nature de la relation entre le service de santé au travail et l'entreprise adhérente.

²⁵ En outre, « *Les services de santé au travail comprennent un service social du travail ou coordonnent leurs actions avec celles des services sociaux du travail* ».

II - Les entreprises et les services de santé au travail : une relation inégale

Contrainte d'adhérer à un service que, dans la majorité des cas, elle ne choisit pas, l'entreprise, jusqu'à une date récente, pouvait ne pas recevoir une information claire quant aux droits acquis en contrepartie de la cotisation réglée. Les décrets du 30 janvier 2012 éclairent désormais la nature de la relation contractuelle, sans pour autant résoudre toutes les difficultés.

A - Une adhésion obligatoire

Les employeurs, dans leur très grande majorité, accomplissent les obligations qui leur incombent, en matière de santé au travail, en adhérant à un service interentreprises de santé au travail (SSTI). Depuis les récents décrets du 30 janvier 2012, les grandes entreprises comptant plus de 500 salariés qui ne souhaitent pas créer leur propre service ont la possibilité de faire de même. Les services interentreprises ayant la forme d'associations de la loi de 1901, le service rendu découle de la relation prévue entre l'entreprise adhérente et l'association.

Quelques données relatives aux services interentreprises (SSTI)

En 2010, selon le rapport annuel du conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT), les services de santé étaient au nombre de 904, dont 292 services interentreprises²⁶, assurant le suivi de 94,5 % de la population salariée du secteur privé non agricole. Les services interentreprises (SSTI) constituent donc des entités d'une taille beaucoup plus importante que les services autonomes : ils assurent, en moyenne, le suivi de 52 211 salariés (contre 1 450 pour les services autonomes) et comptent 17,5 équivalents temps plein (ETP) (contre 0,9 pour les services autonomes). Le mouvement de concentration en cours accentue les différences.

²⁶ Ces chiffres résultent des seuils d'adhésion réglementaires en vigueur en 2010 ; la simplification du dispositif, avec les décrets du 30 janvier 2011, devrait réduire la part des services autonomes.

Le nombre moyen de salariés suivis par ETP médecin, s'établit, dans les services interentreprises, à 2 978 salariés en moyenne (pour un maximum réglementaire de 3 200 salariés)²⁷ ; la charge est plus lourde que dans les services autonomes (1 658 salariés par ETP médecin). Toutefois, la population suivie, et donc les règles qui s'y appliquent sont différentes : le tiers seulement des salariés suivis dans les services interentreprises relève de la surveillance médicale renforcée ; dans les services autonomes, la proportion est inverse : le tiers seulement des salariés se trouve en surveillance médicale simple.

Selon d'autres sources²⁸, les entreprises adhérentes des services interentreprises sont, très majoritairement, les très petites entreprises : les entreprises de moins de 10 salariés représentent en effet 80 % des effectifs de salariés suivis, celles de 10 à 49 salariés, 16 %, les entreprises de 50 à 199 salariés 3 % et les entreprises de plus de 200 salariés 1 %. En raison de la pénurie de médecins du travail, les trois fonctions publiques, d'Etat, territoriale et hospitalière, sont conduites à passer convention avec des services interentreprises lorsqu'elles souhaitent assurer le suivi propre à leurs agents. L'effectif concerné, qui compte également les salariés non fonctionnaires des établissements publics, est estimé à environ 470 000 personnes, pour l'ensemble des services interentreprises. L'effectif suivi par les services interentreprises serait donc de 15,1 millions de salariés dont 0,47 million de salariés du secteur des fonctions publiques.

B - Une relation mal définie

Dans la mesure où l'adhésion relève d'une obligation légale, le contenu du contrat associatif est entouré de garanties réglementaires. Le nouvel article D. 4622-22 du code du travail précise ainsi que le service a l'obligation de déterminer, dans ses statuts ou son règlement intérieur, les

²⁷ Selon le rapport du conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT), le nombre de services en 2010 est de 612 services autonomes et 292 services interentreprises (SSTI) ; la population suivie en 2010 étant de 16 133 000 salariés dont 94,5% par les SSTI, on en déduit la part de la population suivie par les SSTI : respectivement 15 246 000 salariés et 887 000. Ces chiffres divisés par le nombre de services procurent le nombre moyen de salariés suivis par les services. Par ailleurs, le rapport du COCT fournit le ratio moyen de salariés suivis par 1 ETP médecin, soit 2 978 salariés pour les services interentreprises et 1 658 pour les services autonomes. On en déduit le nombre moyen d'ETP médecin par service.

²⁸ Centre interservices de santé et de médecine du travail en entreprise (CISME), Rapport de branche 2009, enquête à laquelle 156 services interentreprises ont répondu (soit 62 % de l'effectif total de 2009).

droits et obligations réciproques du service et de l'adhérent, de communiquer ces documents à l'entreprise, lors de la demande d'adhésion, avec la grille des cotisations du service de santé au travail interentreprises et un document détaillant les contreparties individualisées de l'adhésion. L'employeur, de son côté, doit préciser le nombre et la catégorie des salariés à suivre et les risques professionnels auxquels ils sont exposés.

Le contrat associatif repose ainsi essentiellement sur un état déclaratif des effectifs et des risques, au regard desquels l'administration, lors de la procédure d'agrément, vérifiera que le service dispose des moyens adéquats. La loi et le décret n'ont cependant défini la nature de l'offre proposée aux entreprises par le service qu'en matière médicale. Pour celle-ci, les modalités du suivi à opérer sont très précises. Il en est de même les vérifications opérées par l'administration. En matière de conseil aux adhérents, en dépit de l'accent mis par le législateur sur l'importance de cette mission, aucun texte ne formule explicitement le contenu des prestations auxquelles l'adhésion donne droit.

A défaut, l'association représentative des services, le centre interservices de santé et de médecine de travail en entreprise (CISME), a proposé à ses adhérents un contrat modèle qui vise à mieux encadrer la relation contractuelle découlant de l'adhésion.

Le Centre interservices de santé et de médecine de travail en entreprise (CISME)

Créé en 1942, le Centre interservices de santé et de médecine de travail en entreprise (CISME) s'est d'abord voulu un centre de ressources, mettant à disposition information, documentation et si, nécessaire, appui et conseil pour la création de services de médecine du travail. Dans les années 1970, puis au début des années 2000, ses missions et son positionnement ont évolué.

Pour répondre à l'absence de tout cadre conventionnel, le CNPF (Conseil national du patronat français) avait signé, le 11 juillet 1958, avec la Confédération des syndicats médicaux français et quatre syndicats de médecins du travail un protocole d'accord recommandant un modèle de contrat de travail entre médecin du travail et services interentreprises. En 1971, l'assemblée générale du CISME a décidé de prendre en charge le dossier et d'engager les négociations en vue d'une convention collective, d'abord destinée aux seuls médecins du travail puis étendue à l'ensemble des métiers des services. Cette démarche l'a peu à peu érigé en représentant collectif des employeurs de la branche.

En outre, à dater des années 2000, le centre s'est trouvé engagé dans un mouvement d'autonomisation progressive à l'égard du CNPF devenu le mouvement des entreprises de France (MEDEF). Dans le cadre des négociations qui ont débouché sur l'accord des partenaires sociaux de décembre 2000, la délégation du MEDEF, dont faisait partie le président du CISME de l'époque, avait proposé que les visites médicales du travail puissent être réalisées par le médecin généraliste. Le président du CISME a fait part de son désaccord, soutenu par une motion de l'assemblée générale du centre du 14 mai 2000. Le président du CISME a alors démissionné de ses mandats au MEDEF.

Aujourd'hui, le CISME se considère comme « *la représentation, la ressource et la référence des SSTI* » qu'il fédère dans leur quasi-totalité.

C - L'évolution attendue : un contrat explicité mais variable

Le nouvel article D. 4622-22 du code du travail dispose que « *les droits et obligations réciproques du service de santé au travail interentreprises et de ses adhérents sont déterminés dans les statuts ou le règlement intérieur de celui-ci. Ces statuts et ce règlement sont communiqués à l'entreprise, lors de la demande d'adhésion, avec la grille des cotisations du service de santé au travail interentreprises et un document détaillant les contreparties individualisées de l'adhésion* ».

Si plusieurs des services contrôlés par la Cour ont mis en place, d'eux-mêmes, une gestion fine de la relation avec l'adhérent, l'obligation de transparence posée par le décret montre que le premier progrès attendu repose sur une clarification du lien. Pour autant, et bien que l'adhésion constitue une contrainte réglementaire, le contenu des prestations à venir n'est pas encadré par les textes. Il revient à chaque service d'élaborer sa doctrine.

Plusieurs s'y sont déjà essayés. *Pôle Santé Travail*, service de santé au travail interentreprises (SSTI) de la métropole lilloise et de sa région, qui suit 430 000 salariés pour le compte de près de 31 000 entreprises, travaille ainsi à la définition d'un « pack santé » qui constituerait le socle des prestations de base que l'association garantirait à chacun de ses adhérents. *L'association patronale de santé en milieu de travail (APSMT)*, unique service interentreprises interprofessionnel pour

60 000 salariés et environ 6 000 entreprises du Loir-et-Cher²⁹, a arrêté, dans son règlement intérieur, consultable sur son site, la liste des prestations offertes en contrepartie de l'adhésion. Le *centre médical interentreprises Europe (CMIE)*, deuxième service interentreprises d'Ile-de-France avec 12 000 entreprises adhérentes et 234 000 salariés suivis a, quant à lui, distingué ouvertement dans ses statuts plusieurs niveaux de prestations, correspondant à des cotisations d'adhésion différenciées.

La loi du 20 juillet 2011 impose une généralisation du processus. Son article 5, codifié à l'article L. 4622-14 du code du travail, dispose en effet que « *Le service de santé au travail interentreprises élabore un projet de service pluriannuel qui définit les priorités d'action du service* ». C'est au vu de ce projet de service que l'administration accordera désormais les agréments qui permettent au service de fonctionner et donnera son accord aux propositions de moyens et d'effectifs. Le projet de service, qui devra être « *inscrit dans le cadre du contrat d'objectifs et de moyens* », devient ainsi un document pivot, faisant le lien entre la liberté associative, l'autorisation administrative et la prise en compte, au contrat pluriannuel, « *des orientations de la politique nationale en matière de protection et de promotion de la santé et de la sécurité au travail, d'amélioration des conditions de travail, ainsi que de son volet régional, et en fonction des réalités locales* ».

Sans se prononcer sur l'efficacité de ce dispositif à trois étages, qui entre seulement en vigueur, la Cour constate qu'avec la reconnaissance du poids des « réalités locales », la loi du 20 juillet 2011 admet le principe de la variabilité de l'offre faite aux entreprises, adhérentes obligatoires du service. Or les données objectives du secteur peuvent faire craindre que les contraintes, notamment démographiques, grèvent la mise en œuvre des objectifs que le législateur a retenus, qu'il s'agisse du conseil aux entreprises ou de la surveillance médicale des salariés.

III - Le conseil aux entreprises et aux salariés : une mission déjà ancienne mais peu développée

La loi du 20 juillet 2011 a placé en tête des missions des services de santé au travail le rôle de conseil des employeurs et des salariés. Ce

²⁹ Les entreprises du BTP et le secteur nucléaire disposent de services interentreprises spécialisés.

faisant, elle a érigé au niveau législatif une obligation réglementaire déjà ancienne qui s'imposait aux médecins du travail, sous la dénomination d'action en milieu de travail ou tiers temps et qui s'appuyait sur les prémices de l'équipe pluridisciplinaire aujourd'hui reconnue. L'examen des résultats atteints explique les difficultés rencontrées.

A - Une action en milieu de travail encore en-deça de ses objectifs quantitatifs

1 - Une obligation ancienne, un objectif non atteint

L'action en milieu de travail, conçue comme l'expression du rôle du médecin du travail en tant que « *conseiller du chef d'entreprise ou de son représentant, des salariés, des représentants du personnel, des services sociaux* », constitue une obligation ancienne, puisqu'elle a été mise en place par le décret du 28 décembre 1988. Avec la loi du 20 juillet 2011 et ses décrets d'application, elle est devenue majeure, mais s'exerce collectivement : l'article R. 4623-1 du code du travail dispose désormais « *Afin d'exercer ces missions, le médecin du travail conduit des actions sur le milieu de travail, avec les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire dans les services de santé au travail interentreprises, et procède à des examens médicaux* ».

Les éléments d'évaluation disponibles sur les résultats obtenus confortent le rôle décisif reconnu à cette mission. Selon les études conduites par le conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT), le tiers temps est employé à l'étude de postes de travail (métrologie et ergonomie), à la participation aux comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), qui constitue la principale occasion de rencontre entre le médecin du travail et l'inspecteur du travail. Il est également utilisé pour des visites d'entreprises qui, dans deux cas sur trois, débouchent sur des propositions du médecin du travail au chef d'entreprise³⁰.

Dans ces conditions, afin de s'assurer de l'effectivité de la mission, des dispositions réglementaires en ont défini, depuis plusieurs années, la proportion dans la charge de travail du médecin du travail, et les décrets du 30 janvier 2012 en ont maintenu l'obligation. Aux termes de l'article R. 4624-4 du code du travail, l'action en milieu de travail doit représenter cent cinquante demi-journées de travail effectif chaque année pour un

³⁰ COCT rapport conditions de travail 2010, page 120.

équivalent temps plein, soit 32,7% du temps³¹. L'affectation de moyens constitue donc la première mesure de l'effectivité du conseil.

Selon les statistiques nationales élaborées par le conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT), le taux atteint en 2010 est de 21 %, soit plus de dix points en dessous de l'objectif. Le pourcentage reste stable depuis plusieurs années³² et s'explique en partie par la démographie médicale.

2 - Le poids des contraintes de la démographie médicale

Au 1^{er} janvier 2010, le nombre de médecins du travail s'élevait à 7 030, selon le bilan annuel établi par le conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT). Toutefois, la part élevée du temps partiel réduit à 6 445 les équivalents temps plein correspondants, dont environ 5 600 dans les services de santé au travail interentreprises (SSTI).

Si ces chiffres permettent d'afficher une moyenne nationale de salariés suivis par médecin inférieure au plafond réglementaire (2 978 pour un plafond de 3 300), de forts contrastes régionaux placent certaines régions -le Nord-Pas-de-Calais, les Pays de la Loire et Midi-Pyrénées- en situation globalement déficitaire. Au sein d'autres régions, les territoires les moins attractifs connaissent également une pénurie. Ces écarts se retrouvent entre les services : selon la profession, 35 % des médecins du travail y suivraient plus de 3 300 salariés et 12 % plus de 4 000.

³¹ Pour une durée légale de 35 heures hebdomadaires et 1607 heures annuelles, 150 demi-journées représentent 525 heures soit 32,7 %.

³² COCT rapport conditions de travail 2010, page 120.

Le défaut de temps médical disponible conduit à une réduction du tiers temps. Ainsi, deux des services que la Cour a contrôlés, le *CMTA et l'AMST* (région toulousaine) disposent d'effectifs globaux de médecins du travail légèrement inférieurs au total des besoins, tels que les textes antérieurs aux décrets du 30 janvier 2011 les définissaient, soit un médecin du travail à temps plein pour 450 entreprises, 3 300 salariés à suivre et 3 200 visites à effectuer³³. Les vacations d'action en milieu de travail atteignent au *CMTA* 13,5 % du temps médical et 22 % à *AMST* avec, pour les trois dernières années, une tendance à la dégradation.

Toutefois, le déficit de médecins ne suffit pas à rendre compte des difficultés à faire vivre l'action en milieu de travail. La politique suivie par les services joue un rôle majeur. L'Association de prévention et de santé au travail (*APSMT*) de Loir-et-Cher dispose à peine des effectifs exigibles dans l'ancienne réglementation ; néanmoins, elle a quasiment atteint un taux de vacations respectant le tiers temps. Le centre médical interentreprises Europe (*CMIE*), qui se trouve dans une situation analogue, dépasse l'objectif réglementaire. *Pôle Santé Travail*, qui ne dispose d'aucune marge particulière en matière de temps médical, affiche un taux de 40 % du temps de travail médical consacré à l'action en milieu de travail. Pour ces services, ce n'est pas l'excédent de temps médical qui rend possible le respect du tiers temps mais la conviction de l'intérêt de l'action en milieu de travail et la volonté d'y consacrer le temps nécessaire, fût-ce au détriment des examens médicaux individuels.

Toutefois, sauf exception, le temps consacré à la veille sanitaire, devenue depuis la loi du 21 juillet 2011 la troisième des missions expressément dévolues aux services, s'impute généralement sur le temps de l'action médicale en milieu de travail. La distinction entre les deux activités, pas toujours réalisée par les services, tend à montrer qu'une fois

³³ L'appréciation des besoins réels des services est un exercice délicat. En effet, la réglementation définit bien des seuils plafonds mais ces derniers ne s'apprécient pas pour l'ensemble d'un service mais pour chaque secteur. La définition des secteurs, jusqu'aux décrets du 30 janvier 2012, se trouvait très sévèrement encadrée puisqu'un secteur, unité géographique ou professionnelle (intérim, par exemple) ne pouvait compter plus de huit médecins. En zone densément urbanisée, à Paris par exemple, ce principe pouvait conduire à devoir scinder le suivi de salariés d'entreprises d'un même quartier en plusieurs unités. Désormais, la délimitation des secteurs relève de l'initiative du service et de ses instances internes, sous le contrôle de l'administration. La souplesse apportée ne peut cependant éviter que des excédents de temps médical soient localement disponibles, sans pouvoir être utilisés ailleurs, sauf à définir un ressort géographique incompatible avec l'exercice médical et, notamment, l'action en milieu de travail.

défaqué le temps de la veille sanitaire, l'action en milieu de travail serait plus réduite encore qu'elle ne le paraît.

Ainsi, conformément à l'article D. 4624-50 code du travail, « *le médecin du travail participe, notamment en liaison avec le médecin inspecteur du travail, à toutes recherches, études et enquêtes, en particulier à caractère épidémiologique, entrant dans le cadre de ses missions.* ». C'est le cas à l'Association de prévention et de santé au travail (APSMT), qui a participé aux premières conventions des plans régionaux de santé au travail, notamment expérimentées en région Centre la situation est identique à *Pôle Santé Travail*- et qui apporte un concours important au volet santé au travail du plan régional santé publique et au plan régional santé environnement, notamment en matière de lutte contre l'amiante. Le *CMIE*, qui distingue cette activité de l'action en direction des entreprises, évalue à 11 % du temps médical total le poids de la fonction veille, décompté, en sus du tiers temps.

Sans méconnaître la nécessité de la participation des médecins du travail à ces travaux, ni le rôle essentiel de la traçabilité des expositions professionnelles, la Cour appelle l'attention sur le risque qui s'attache, dans un contexte de rareté de la ressource médicale, à prélever le temps nécessaire au préjudice de la fonction de conseil aux entreprises. La mise en place d'une équipe ne réduit pas, en effet, la nécessité d'un temps médical dédié au conseil.

3 - L'équipe et le nouveau rôle du médecin

La loi du 20 juillet 2011 conforte le caractère prioritaire de l'action en milieu de travail tout en consacrant la notion d'équipe pluridisciplinaire, chargée de l'ensemble des missions des services. L'action en milieu de travail est donc désormais réalisée « *par l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail, sous la conduite du médecin du travail* » (article R. 4624-2 du code du travail), qui peut « *confier certaines activités, sous sa responsabilité, dans le cadre de protocoles écrits ..., aux assistants de service de santé au travail ou, lorsqu'elle est mise en place, aux membres de l'équipe pluridisciplinaire.* » (article R. 4623-14 du code du travail).

Toutefois, les décrets d'application du 30 janvier 2012 ont supprimé les seuils réglementaires précités qui encadraient la charge de travail par médecin, en application de l'article R. 4623-10 du code du travail. Désormais, cette charge n'est pas définie par les pouvoirs publics mais par le projet de service de l'association, l'administration l'examinant et le validant au moment de l'agrément. Dans sa nouvelle rédaction, l'article R. 4623-10 du code du travail dispose donc seulement que

« Dans les services de travail interentreprises, une liste d'entreprises et d'établissements indiquant les effectifs de travailleurs correspondants et les risques professionnels auxquels ils sont exposés est attribuée à chaque médecin ».

Sans se prononcer sur le seuil qui reste raisonnable et permet au médecin d'assurer effectivement la conduite de l'action en milieu de travail, la Cour appelle l'attention sur le risque qu'il y aurait à démedicaliser la mission. Une démedicalisation ne serait pas dans l'esprit de la loi. Au regard des employeurs comme des salariés, c'est l'expertise et l'indépendance du médecin du travail qui garantissent la qualité du service. Le recours à l'équipe pluridisciplinaire ne peut donc être conçu comme une source conséquente d'économie de temps médical. Bien au contraire, les nouvelles fonctions des médecins chargés de l'animation d'une équipe renforcent la nécessité de préserver le tiers temps, au bénéfice d'un déploiement de la mission vers l'ensemble des adhérents.

B - Les limites de l'action des autres intervenants

1 - Un nombre réduit d'intervenants en prévention des risques professionnels dans les services interentreprises

En substituant à la dénomination usuelle de « services de médecine du travail » le terme de « services de santé au travail », la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 a voulu marquer symboliquement que les objectifs poursuivis excédaient le seul champ médical. Son article 193 rappelait la nécessité d'œuvrer à « la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail » et imposait, pour ce motif, aux services de faire appel aux intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP) reconnus, à titre expérimental, plus de dix ans auparavant, par le décret du 28 décembre 1988. La loi du 20 juillet 2011, en validant la notion d'équipe pluridisciplinaire, a confirmé cette orientation.

Pour autant, la présence d'intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP) au sein des services de santé au travail interentreprises (SSTI) demeure marginale et l'offre subséquente de leurs services aux entreprises adhérentes fort réduite.

Selon une étude rendue en 2007 à la direction générale du travail³⁴, on compte en moyenne, au sein des services, un intervenant pour douze

³⁴ Bilan de la mise en œuvre de la pluridisciplinarité en matière de santé et de prévention des risques professionnels, direction générale du travail, décembre 2007.

médecins. Comme le note le rapport : « *ces ratios amènent au questionnement suivant : peut-on parler de pluridisciplinarité effective dans les SST lorsqu'un seul IPRP devrait assister les médecins du travail dans 3 592 entreprises totalisant en moyenne 34 279 salariés ?* ».

En l'absence de centralisation et de suivi des données, il n'est possible d'actualiser les taux, au plan national, qu'en faisant appel aux sources professionnelles. Une extrapolation réalisée en 2009 par le centre interservices de santé et de médecine du travail en entreprise (CISME) laisse présumer une évolution favorable³⁵ : 900 intervenants en santé au travail, dont 74 % habilités, interviendraient dans les services interentreprises pour 5 600 médecins du travail (ETP), 14,2 millions de salariés et 1,42 million d'entreprises,³⁶ soit un ratio d'un intervenant habilité pour 8,4 médecins (ou un IPRP habilité ou non pour 6,2) ou d'un intervenant habilité pour 2 132 entreprises et 21 320 salariés (ou un intervenant en prévention des risques professionnels habilité ou non pour 1 578 entreprises et 15 780 salariés).

La distinction opérée par le centre interservices de santé et de médecine du travail en entreprise (CISME) entre intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP) habilités et autres intervenants indique, toutefois, une tendance de fond que les dispositions réglementaires nouvelles ont légitimée : la substitution à l'intervenant d'une équipe aux qualifications diverses et la mise en place d'une pluridisciplinarité à deux étages.

2 - De l'intervenant en prévention à l'équipe pluridisciplinaire : la pluridisciplinarité à deux étages

Les décrets du 30 janvier 2012 font de l'action en milieu de travail une responsabilité de l'équipe pluridisciplinaire. Le nouvel article R. 4624-2 du code du travail prévoit ainsi que « *Les actions sur le milieu de travail sont menées :2° Dans les entreprises adhérant à un service de santé au travail interentreprises, par l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail, sous la conduite du médecin du travail et dans le cadre des objectifs fixés par le projet pluriannuel prévu à l'article L. 4622-14 du code du travail* ». L'équipe pluridisciplinaire est formée, outre les

³⁵ En 2011, le CISME indiquait que, pour 10 médecins du travail ETP, les services de santé au travail interentreprises salariaient en moyenne 3,8 intervenants en santé au travail (IPRP, AST), 1,1 infirmier et 10,5 secrétaires ou assistants médicaux.

³⁶ L'extrapolation nationale du rapport de branche du centre interservices de santé et de médecine du travail en entreprise (CISME) ne comprend pas les services de santé au travail interentreprises (SSTI) du bâtiment et travaux publics (BTP).

intervenants en prévention, d'assistants de service en santé au travail (ASST) qui ont notamment pour mission de « repérer les dangers et identifier les besoins en santé au travail, notamment dans les entreprises de moins de vingt salariés » ainsi que celle de participer « à l'organisation, à l'administration des projets de prévention et à la promotion de la santé au travail et des actions du service dans ces mêmes entreprises » (article R. 4623-40 du code du travail).

Ces textes régularisent une pratique déjà mise en place et qui institue une pluridisciplinarité à deux niveaux.

Ce mode de fonctionnement a été expérimenté au sein de *Pôle Santé Travail*, en accord avec l'administration déconcentrée. Le premier niveau de pluridisciplinarité repose sur des assistants de service en santé au travail (ASST), présents dans les différents secteurs et dont l'activité est coordonnée par les directeurs d'antennes, supervisée par plusieurs médecins, dont un médecin coordonnateur général et deux médecins référents du métier d'assistant. Les assistants apportent leur appui aux techniciens intervenants en prévention pour certains examens (ergonomie, bruit, toxicologie), aident à la rédaction des fiches d'entreprise et sont également sollicités dans le cadre de la « visite de premier contact » aux nouvelles entreprises, notamment les très petites entreprises.

Le second niveau est formé d'un pôle d'expertise, externalisé dans un groupement d'intérêt économique (GIE). Sans commenter ici les raisons et les modalités du montage juridique qui sera examiné plus loin, il convient de relever que ce pôle se subdivise lui-même en deux. D'une part, le groupement offre un plateau de spécialités médicales (cardiologie, pneumologie, dermatologie etc.), ainsi qu'un laboratoire d'analyses médicales à disposition des médecins du travail et des salariés qu'ils suivent. D'autre part, il constitue la plateforme de travail des intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP).

D'autres services fonctionnent, de fait, de manière comparable. Il en va ainsi en Midi-Pyrénées où douze services interentreprises ont créé, pour répondre à leurs obligations, une association spécialisée, l'*ASTI* (Association de santé au travail interentreprises). Celle-ci a pour objet de fournir à ses adhérents une « prestation santé au travail comprenant notamment une activité de prévention des risques dans le cadre d'équipes pluridisciplinaires ainsi que des actions redéployées sur le milieu de travail ». Avec onze agents, l'*ASTI* intervient en matière de toxicologie, d'ergonomie, de risques psychosociaux et, subsidiairement de métrologie pour les services qui ne disposent pas, en interne, de compétences suffisantes. En effet, deux des services adhérents, contrôlés par la Cour, ont conservé des ressources propres : le *centre de médecine du travail de l'artisanat et interentreprises (CMTA)*, qui dispose d'une compétence

interprofessionnelle pour tout l'arrondissement de Toulouse et rassemble plus de 7 000 entreprises employant 44 000 salariés, et l'*Association de médecine et de santé au travail (AMST)* qui intervenait dans le même ressort pour plus de 9 000 entreprises et 180 000 salariés³⁷. Les trois intervenants en prévention de l'*AMST* et ses trois assistants, comme les quatre intervenants et les deux assistants ou assimilés du *CMTA* se consacrent aux visites d'entreprises, notamment des nouveaux adhérents. Ils les aident à élaborer le document unique d'évaluation des risques

L'organisation, toutefois, ne permet qu'en partie de déployer le service en direction de l'ensemble des adhérents et, notamment, des petites et moyennes entreprises.

3 - Un service encore limité

Dans l'arrondissement de Toulouse, bien que les services de santé au travail interentreprises (SSTI) adhérents soient essentiellement au service de petites entreprises (96 % de leurs entreprises comptent moins de 50 salariés), les interventions effectuées par la structure de coopération sont majoritairement (57 %) réalisées au sein des entreprises de plus de 50 salariés. La pluridisciplinarité interne aux services corrige peu le résultat : plus de la moitié des actions de l'*Association de médecine et de santé au travail (AMST)* intéressent les entreprises de plus de 50 salariés.

La même observation vaut en Loir-et-Cher où l'*APSMT (Association patronale de santé en milieu de travail)* a développé un service internalisé de pluridisciplinarité avec un ratio de un intervenant en prévention pour sept médecins du travail, renforcé par le recours ponctuel aux prestations disponibles via l'association régionale des services. La prestation est rendue dans le cadre d'un protocole d'intervention et participe d'une politique volontariste à l'égard des petites entreprises qui, comme en Midi-Pyrénées, représentent 96 % des adhérents. Constatant que le nombre insuffisant des médecins du travail ne lui permet pas d'assurer l'intégralité des visites légales dues à ses adhérents, l'association a voulu offrir, par compensation, un service pluridisciplinaire de qualité, notamment aux très petites entreprises. Elle leur propose ainsi un appui pour l'élaboration du document unique d'évaluation des risques. Les interventions sont nombreuses (plus de 500

³⁷ Les deux services ont fusionné en 2010 pour créer l'*Association de santé au travail interentreprises et de l'artisanat (ASTIA)*.

jours pour une moyenne nationale connue de 113³⁸) mais leur examen détaillé montre qu'en dépit des objectifs retenus, les entreprises de moins de 50 salariés n'en bénéficient qu'à hauteur de 42 %.

Ces résultats s'expliquent sans doute par l'investissement encore limité des services dans la mise en place d'équipes en nombre suffisant. Au centre médical interentreprises Europe (CMIE), le nombre d'interventions annuelles atteint presque le millier, pour 12 000 entreprises adhérentes dont, en 2011, 41 % en faveur des moins de 10 salariés. A l'Association de prévention et de santé au travail (APSMT), en dépit de la montée en puissance du dispositif, le rapport est plus faible avec environ 350 actions pour 6 000 adhérents. L'existence d'une pluridisciplinarité à deux niveaux ne modifie pas la donne : à l'Association de médecine et de santé au travail (AMST), le total cumulé des interventions propres et du recours à l'ASTI permet 450 interventions annuelles pour 9 000 entreprises soit une activité légèrement moindre que celle de l'APSMT. A Pôle Santé Travail, seul le décompte, dans les actions pluridisciplinaires recensées, des visites « nouvel adhérent » effectuées par les assistants permet d'atteindre un pourcentage d'actions d'une pour 10 adhérents ; hors ce décompte, le chiffre s'effondre avec 1 308 actions pour 31 000 entreprises, soit la donnée la plus basse.

La pluridisciplinarité à deux étages de qualification, régularisée par les décrets du 30 janvier 2012, ne paraît donc pas, par elle-même ? apporter une réponse convaincante à l'insuffisance globale d'actions et au déficit le plus criant qui concerne les PME. S'y ajoutent des risques juridiques.

C - Les difficultés du fonctionnement programmé de l'équipe pluridisciplinaire de conseil

1 - Le statut et la formation des personnels : des garanties insuffisantes

Sans mettre en cause le bien-fondé de la mise en place d'équipes pluridisciplinaires constituées de personnels aux qualifications et statuts variés, force est de reconnaître que peu de précisions ont été apportées par les pouvoirs publics en ce qui concerne le niveau de formation requis ou les garanties statutaires visant à préserver l'indépendance de l'expertise.

³⁸ Bilan de la mise en œuvre de la pluridisciplinarité en matière de santé et de prévention des risques professionnels - le chiffre concerne l'année 2006 ; à cette date, les jours d'intervention de l'APSMT atteignaient déjà 352, soit plus du double.

Le médecin du travail est un salarié protégé ; à l’opposé se trouvent les assistants en santé au travail qui ne bénéficient d’aucune mesure particulière ; dans une situation intermédiaire se trouvent les infirmiers qui sont soumis au code de la santé publique et les intervenants en prévention (IPRP) pour lesquels les décrets ont énoncé des principes généraux mais sans effet sur la nature du contrat de travail.

Le statut des médecins du travail et des autres intervenants

Le médecin du travail est un salarié au statut particulier :

- ses titres, préalablement à tout recrutement, sont vérifiés par l'inspection médicale du travail ; son contrat de travail est soumis aux dispositions du code de déontologie médicale (article R. 4623-3 et 4 du code du travail).

- sa nomination et son affectation sont soumises à l'avis du conseil d'administration et de la commission de contrôle de l'association ; tout changement d'affectation suit la même procédure et les conflits éventuels sont portés devant l'inspecteur du travail qui tranche après avis du médecin inspecteur régional du travail ; ce dernier est averti de toute modification de service, même acceptée par l'intéressé (article R. 4623-5 à R. 4623-13 du code du travail) ;

- la rupture du contrat de travail relève des instances de nomination, après audition de l'intéressé ; elle est soumise à l'inspection du travail qui procède à une enquête contradictoire (article R. 4623-18 du code du travail et suivants) ;

Les membres de l'équipe pluridisciplinaire interviennent « *sous [la] responsabilité* » du médecin du travail et « *dans le cadre de protocoles écrits* » (article R. 4623-14 du code du travail). Mais leur statut diffère :

- l'assistant de service de santé au travail est un personnel sous statut général (article R. 4623-40 du code du travail) ;

- **l'infirmier**, soumis aux dispositions du code de la santé publique et recruté après avis du médecin du travail, ne bénéficie d'aucune protection particulière (article R. 4623-29 du code du travail et suivants) ;

- l'intervenant en prévention des risques professionnels (**IPRP**) doit « *disposer du temps nécessaire et des moyens requis pour exercer ses missions. Il ne peut subir de discrimination en raison de ses activités de prévention* » Enfin, il est réputé assurer « *ses missions dans des conditions garantissant son indépendance* » mais son affectation et son éventuel licenciement ne relèvent pas de procédures protectrices faisant intervenir l'inspection du travail (article R. 4623-37 du code du travail).

Ces dispositions réglementaires donnent un relief particulier au principe selon lequel l'équipe agit sous la responsabilité du médecin du travail. Or, l'organisation des services introduit un biais dont la rédaction des textes porte témoignage. L'ordre des médecins y a été sensible et a souligné l'ambiguïté de la relation entre l'équipe et le médecin³⁹, en raison du rôle du directeur du service, responsable hiérarchique. Les garanties particulières dont le médecin du travail bénéficie constituent un socle de la confiance que les salariés, l'opinion et les employeurs lui

³⁹ Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM), 17 juin 2011.

accordent. Pour la réussite de la réforme, que les conditions de l'intervention de l'équipe devront être suffisamment claires pour que le crédit dont jouit le médecin puisse être communiqué aux membres de l'équipe qu'il anime.

A cet égard, la clarification, en cours, des exigences posées en matière de qualification paraît utile. Le métier d'assistant en santé au travail n'a pas bénéficié de précisions réglementaires quant au niveau de formation requis. Les intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP), dans la nouvelle procédure mise en place par les décrets du 30 janvier 2012, ne sont plus soumis à une procédure particulière ; seuls les intervenants externes à un service devront justifier d'une expérience professionnelle, d'un niveau L2 (deux premières années de la licence) ou d'un niveau M2 (master ou diplôme d'ingénieur) (article D. 4644-6 du code du travail). Dans les services interentreprises en revanche, le profil de poste et les rémunérations seront définis, comme l'ensemble des autres métiers, par la nouvelle convention collective des métiers des services interentreprises dont la négociation commence.

C'est donc la profession, le centre interservices de santé et de médecine du travail en entreprise (CISME) d'un côté et, de l'autre, les organisations représentatives des salariés des services interentreprises qui apporteront les précisions nécessaires quant aux niveaux d'expertise requis, en matière de pluridisciplinarité. C'est également à la profession qu'il appartiendra de définir un mode de fonctionnement interne respectueux des prérogatives du médecin du travail au sein de l'équipe. L'enjeu revêt une importance d'autant plus grande que le partage des tâches, au sein de l'équipe, ne peut actuellement s'opérer sur une base objective.

2 - Les carences du diagnostic réglementaire préalable : les fiches d'entreprise

Depuis le décret du 28 décembre 1988, chaque entreprise adhérente d'un service devrait faire l'objet de l'établissement et de la mise à jour d' « *une fiche d'entreprise ou d'établissement sur laquelle figurent, notamment, les risques professionnels et les effectifs de salariés qui y sont exposés* » (article D.4624-37 du code du travail).

Cette fiche obéit à un modèle prescrit par arrêté du 29 mai 1989, en cours de renouvellement. Elle relève, depuis les décrets du 30 janvier 2012, de l'initiative de l'équipe pluridisciplinaire et non plus du seul médecin (article D. 4624-37 du code du travail). Pour l'entreprise, à qui elle est communiquée, elle représente une préfiguration du document unique de prévention des risques obligatoires qu'elle a obligation de

réaliser depuis le décret du 5 novembre 2001 ; pour tous, elle constitue le fondement de l'appréciation des risques et de la détermination des priorités.

Mais, selon les informations disponibles, issues des enquêtes de la profession (rapport de branche du CISME), le taux moyen de réalisation donne, lui, une indication et estime à 30 % le taux moyen⁴⁰. Le chiffre est corroboré par les observations de la Cour en Midi-Pyrénées (*CMTA* et *AMST*) et dans le Loir-et-Cher. Les petites entreprises sont les premières victimes de ces carences. L'*Association de médecine et de santé au travail (AMST)* chiffrait ainsi à 100 % le ratio des fiches d'entreprise relatives à ses adhérents de plus de 50 salariés, à 46 % le taux des entreprises de 10 à 50 salariés et à 20 % celui des entreprises de 9 salariés au plus. Dans des services de taille plus importante, la situation paraît très contrastée. Avec environ 10 000 fiches qui, selon l'association, seraient réalisées, soit 33 %, *Pôle Santé Travail* présente un des taux les plus faibles, alors même que la pluridisciplinarité différenciée y est de règle. A l'inverse, le centre médical interentreprises Europe (*CMIE*) présente un taux de 56 %. Ces chiffres, établis dans le cadre d'une fonction dévolue aux seuls médecins du travail, témoignent sans doute de l'impact, sur le tiers temps médical, des missions de veille sanitaire.

Certes, la mise en place des plans « santé au travail » et leur déclinaison régionale ont permis d'orienter une partie de l'activité. Néanmoins, l'acceptation par tous les acteurs, au premier chef les entreprises adhérentes et leurs salariés, d'un fonctionnement des services reposant non plus sur le seul médecin mais sur une équipe pluridisciplinaire, suppose que la première des fonctions de conseil, l'identification des risques professionnels soit – enfin – accomplie et accomplie pour tous.

En effet, la focalisation actuelle de l'intervention pluridisciplinaire des services sur les plus grandes des entreprises contient, en outre, le risque d'une dérive de l'activité vers des prestations de services que le secteur concurrentiel peut proposer.

⁴⁰ Sur la base d'un échantillon de 137 services interentreprises dont les réponses sont exploitables sur 156 ayant répondu ; à la même date, selon le conseil d'orientation sur les conditions de travail, le nombre de services interentreprises s'élevait à 300.

3 - Une frontière délicate entre pluridisciplinarité des services et prestations concurrentielles

L'activité pluridisciplinaire des services interentreprises (SSTI) participe d'une offre de prévention des risques professionnels (évaluation des risques, risques psychosociaux, stress, ergonomie, etc.) pour laquelle interviennent de grandes sociétés spécialisées, des cabinets ou les institutions de prévoyance. La plupart des acteurs privés disposent d'une habilitation en tant qu'intervenants de prévention et sont agréés en tant qu'experts auprès des comités d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail (CHSCT). L'entreprise, qu'elle adhère à un service interentreprises ou qu'elle dispose d'un service autonome, peut librement recourir aux prestations proposées, en raison de la politique de santé au travail qu'elle entend conduire.

L'articulation entre les prestations pluridisciplinaires que les services interentreprises ont obligation de proposer à leurs adhérents, en contrepartie de la cotisation versée et ces prestations privées n'a pas fait l'objet de réflexions. Dans l'esprit de la loi et le droit fil d'une médecine de prévention, on peut penser qu'il revient aux services interentreprises d'assurer le diagnostic, notamment l'aide à la réalisation du document unique, le marché privé venant ensuite réaliser, si nécessaire, des prestations complémentaires. Le schéma se comprend, pour de petites ou très petites entreprises. Mais, dans les entreprises de plus de cinquante salariés où la prévention et le suivi des risques font l'objet des préoccupations du CHSCT, les demandes des entreprises, par leur plus grande complexité, et le temps qu'elles requièrent, ne permettent plus de tracer aussi commodément la frontière.

Dans le silence des pouvoirs publics, qui n'ont pas défini la nature de la prestation due aux adhérents, plusieurs services interentreprises ont cherché à définir une doctrine.

Le centre médical interentreprises Europe (CMIE) a conduit la logique à son terme en proposant à ses adhérents deux régimes de cotisations, l'adhésion ordinaire, qui ouvre droit à une demi-journée annuelle de prestations pluridisciplinaires et l'adhésion contractuelle, donnant lieu à barème spécifique et ainsi définie à l'article 18 de son règlement intérieur : *"En fonction du contexte, des objectifs de l'entreprise et des besoins de santé des salariés, l'adhérent peut exprimer des besoins spécifiques en matière de santé, sécurité et hygiène du travail. Le CMIE, s'appuyant sur son équipe pluri disciplinaire peut intervenir dans les domaines suivants : le conseil dans le recensement des risques, dans l'organisation de la prévention et la recherche de solutions adaptées par la réalisation de diagnostics, d'études, de bilans ..., la*

réalisation de mesures, de prélèvements, de contrôles et la comparaison avec la réglementation en vigueur, L'accompagnement en psychodynamique du travail Le CMIE assure également des prestations complémentaires pluridisciplinaires pour les salariés en difficulté. » Ces dispositions, conformes à l'objet social de l'association précisé à l'article 2 des statuts, ont intéressé une dizaine d'adhérents, de grandes entreprises, représentant moins de 1 % des effectifs suivis par l'association.

Sans aller jusqu'à cette différenciation des régimes d'adhésion, d'autres services interentreprises ont considéré qu'au-delà d'une certaine durée, généralement une demi-journée d'intervention, la prestation pouvait être facturée. Il en va ainsi pour *Pôle Santé Travail*, où un examen au cas par cas est effectué par l'ingénierie de prévention. En fonction de l'intérêt collectif du projet, un co-financement peut être demandé à l'employeur. Ainsi, en toxicologie, 25,4 % des prestations réalisées sont facturées. Même s'il reste faible le chiffre d'affaires ainsi engendré a progressé de 61 % entre 2009 et 2010.

L'esprit des textes a longtemps conféré à ces pratiques un caractère abusif que la circulaire du 7 avril 2005 relative à la réforme de la médecine du travail soulignait. La direction générale du travail envisage une évolution et considère qu'« *il appartiendra au conseil d'administration du SSTI d'adopter une position sur cette facturation, qui devra demeurer exceptionnelle* », selon les informations fournies à la Cour.

La situation est source de fragilité juridique au regard du droit français et communautaire. En effet, la facturation fait entrer l'activité des services de santé au travail interentreprises (SSTI) dans le champ de marché et devrait contraindre au respect des règles de la libre concurrence (interdiction des ententes, abus de position dominante, pratiques concertées, etc.), en droit français comme en droit communautaire et le caractère associatif de l'opérateur n'y fait pas obstacle (CJCE⁴¹ 16 novembre 1995, FFSA⁴²).

Au surplus, aucune initiative française n'a visé à ce que l'activité des services interentreprises soit expressément exclue du champ de la directive cadre sur les services dans le marché intérieur⁴³. Certes, l'article

⁴¹ Cour de justice des communautés européennes (CJCE).

⁴² Fédération française des sociétés d'assurances (FFSA).

⁴³ Directive 2006/123/CE, du Parlement européen et du Conseil, du 12 décembre 2006, relative aux services dans le marché intérieur, dont le délai de transposition courait jusqu'au 28 décembre 2009.

2 du texte précise qu'il ne porte pas sur les services de soins de santé, mais, à la réserve près que la mise en œuvre en soit assurée par l'Etat, par des prestataires mandatés par lui ou par des associations caritatives reconnues. La question paraît donc demeurer pendante pour les SSTI.

Si, au regard des moyens actuellement déployés et de leur allocation équitable entre les adhérents, la prestation de conseil financée par la cotisation obligatoire doit être restreinte à une demi-journée annuelle par adhérent, la prestation qui en découle peut-elle correspondre aux besoins ? Est-ce le service attendu, notamment des entreprises qui, de par leurs tailles et ressources, ne chercheront pas, sur le marché concurrentiel, la réponse préventive à des risques qu'elles sont en peine d'identifier ?

Il serait utile que les orientations données par la loi se trouvent prolongées par une définition plus précise des services attendus. En son absence, le risque est grand de voir l'équipe pluridisciplinaire mobilisée, d'un côté avec les assistants en santé au travail, auprès des très petites entreprises, pour la rédaction des fiches d'entreprise ou l'aide à l'établissement du document unique et de l'autre, avec les intervenants de prévention habilités, auprès des entreprises de plus de 50 salariés, pour des prestations (étude de postes, toxicologie, etc.) auxquelles le secteur concurrentiel est en droit de répondre.

En matière de conseil, la loi du 20 juillet 2011 appelle donc des clarifications, pour une mise en œuvre efficiente. Il en va de même s'agissant de la surveillance médicale.

IV - L'avenir incertain de la surveillance médicale

Maintenue par la loi du 20 juillet 2011, la surveillance médicale des salariés repose, réglementairement, sur des visites médicales périodiques. Dans un contexte de pénurie médicale, la montée en charge des autres types de visite compromet son avenir et le consensus souhaité par le législateur n'a pas permis de réformes plus radicales.

A - La visite médicale périodique : un examen de moins en moins pratiqué

Depuis la loi de 2002⁴⁴, et avec l'accord des partenaires sociaux, la visite annuelle permettant au médecin du travail de suivre individuellement chaque salarié a été revue.

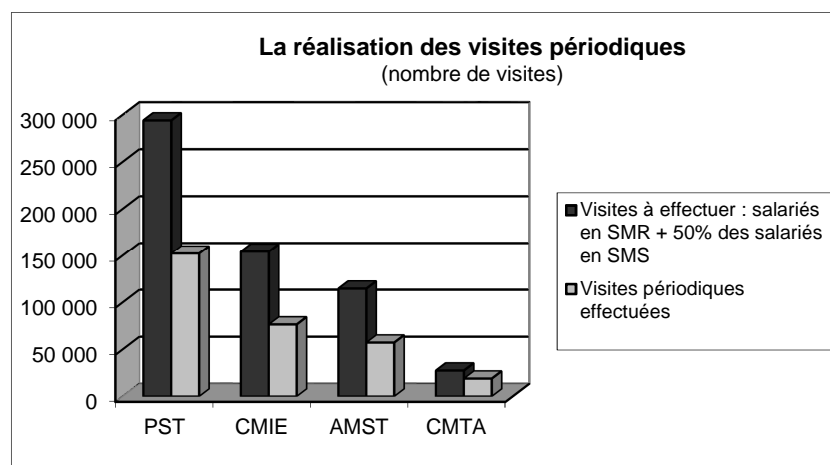
L'objectif visé était de dégager le temps utile à l'accomplissement de l'action en milieu de travail, dans un contexte de pénurie de médecins du travail. A cette fin, les salariés qui relevaient d'une surveillance médicale dite « simple » (SMS) ont vu le rythme de visite périodique passer à deux ans. La visite annuelle était, en revanche, maintenue pour les salariés en surveillance médicale dite « renforcée » (SMR), du fait des conditions de travail ou de leur situation personnelle⁴⁵.

Les décrets du 30 janvier 2012 ouvrent désormais des possibilités complémentaires puisque le suivi individuel du salarié peut être modulé, sous le contrôle du médecin du travail, en surveillance médicale simple au-delà des deux ans, selon un protocole validé par l'administration lors de la procédure d'agrément (article R. 4624-16 du code du travail), et en surveillance médicale renforcée, sous réserve d'accords collectifs de branche à venir (article R. 4624-19 du code du travail). En outre, la codification des cas de surveillance médicale renforcée, jusque-là dispersés dans différents textes, a été l'occasion de revoir certaines situations, principalement le cas du travail sur écran, qui, depuis un arrêté de 1977, devait donner lieu à visite tous les six mois.

Ces différentes mesures tendent à gérer une situation de fait où, selon l'expression du centre interservices de santé et de médecine du travail en entreprise (CISME), les services se heurtent à l'accomplissement d'une « *formalité impossible* ». Les contrôles de la Cour ont, en effet, montré que, dans les services examinés, les visites médicales périodiques réglementaires ne sont pas effectuées, dans une proportion qui varie de 30 à 60 % selon le service.

⁴⁴Loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 et décret 2003-546 du 24 juin 2003.

⁴⁵Sont désormais en surveillance médicale renforcée (SMR) : les mineurs, les femmes enceintes et les travailleurs handicapés, les salariés exposés à l'amiante, aux rayonnements ionisants, au risque hyperbare, aux agents cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction, à certains agents biologiques, au plomb (dans des conditions précises), au bruit (idem) ou aux vibrations (idem) (Art. R. 4624-18 du code du travail).



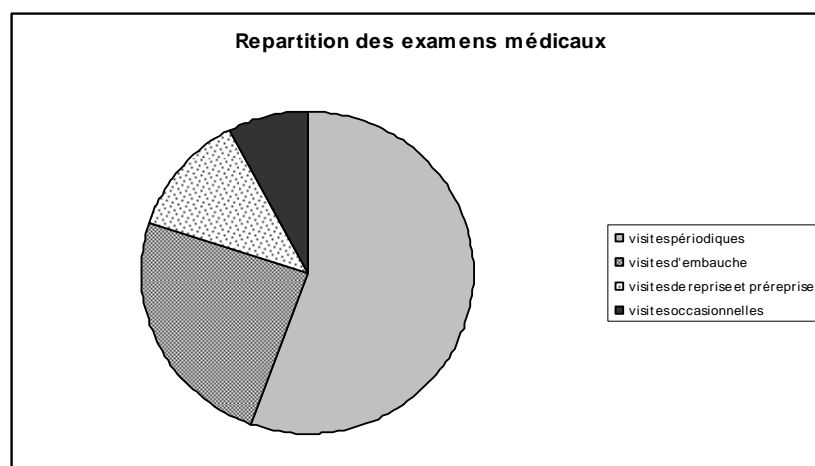
Source : Cour des comptes d'après les rapports d'activité des organismes – années concernées : 2009 et 2010

Les causes de cet état de fait ne sont pas seulement à rechercher dans un défaut de temps médical disponible.

Au regard des seuils réglementaires anciennement posés (par médecin, un maximum de 450 entreprises et de 3 300 salariés à suivre, 3 200 examens à effectuer), deux des quatre services cités dans le graphique ci-avant disposaient d'effectifs légèrement inférieurs aux seuils (*AMST* et *CMTA*). Les deux autres atteignaient presque ce plancher. Aucun service, cependant, n'a réalisé le quota d'examens périodiques impartis.

De fait, le temps médical disponible est prioritairement employé pour d'autres examens que la visite périodique.

En 2009, au plan national, les visites périodiques ne représentaient ainsi que 54,4 % des visites réalisées (source : conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT)). Pour près de la moitié, le temps disponible est utilisé pour les visites d'embauche et les visites de reprise et pré-reprise après arrêt maladie, visites obligatoires au regard des dispositions du code du travail, auxquelles s'ajoutent les visites dites « occasionnelles », à la demande du salarié, de l'employeur ou du médecin lui-même.



Source : Conditions de travail 2010 – Conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT)

Tout autant que le temps médical disponible, la difficulté à réaliser l'examen périodique provient de la forte augmentation des autres types de visite.

Depuis 2001, leur proportion est passée de 33 % à 46 % et, selon le centre interservices de santé et de médecine du travail en entreprise (CISME), la projection de la tendance conduirait à la disparition de toute possibilité d'examens périodiques à l'horizon 2019, certains services connaissant déjà cette situation⁴⁶. La disparition programmée de la visite périodique résulte donc, aussi, du poids relatif des contraintes légales et réglementaires qui pèsent sur chaque type d'examen. Pour autant, la visite périodique n'est pas, et de loin, celui des examens qui induit le moins de suites, pour la santé du salarié.

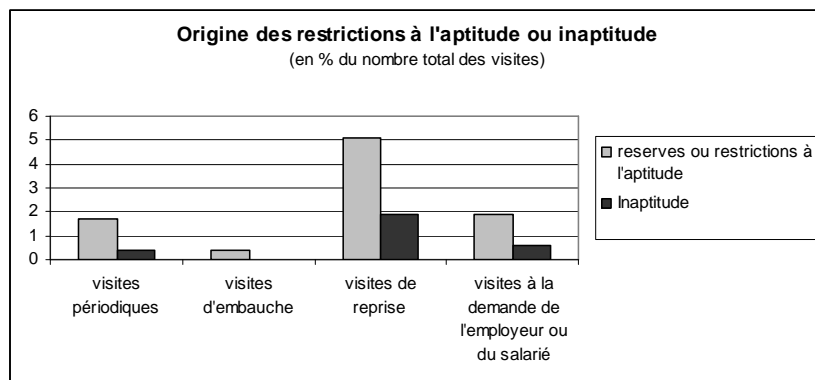
B - Les différents examens, les contraintes et les suites

Au plan national, les résultats de l'activité médicale, examens périodiques ou autres, ne peuvent s'apprécier qu'à travers un critère, le nombre d'inaptitudes ou de réserves à l'aptitude déclarées à l'issue de l'examen. Le pourcentage total s'est établi à 9 %, selon le conseil

⁴⁶ Centre interservices de santé et de médecine du travail en entreprise (CISME) : *Données qualitatives et quantitatives à prendre en compte – octobre 2011*. Le calcul tient compte de la pyramide des âges des médecins du travail.

d'orientation sur les conditions de travail (COCT). Les chiffres issus du compte rendu de l'activité médicale annuelle d'un service, *Pôle Santé Travail*, permettent cependant d'affiner la description. En 2010, sur 151 663 visites, 5 405, soit 3,6 % ont débouché sur des restrictions d'aptitude, mais, en outre, 11 843 pathologies nécessitant une orientation ont été détectées et 639 cas de pathologies en rapport direct avec un tableau de maladie professionnelle ont été reconnus.

Si le rôle de l'examen médical apparaît ainsi manifeste, dans une politique de santé au travail, la question peut toutefois être posée de la répartition des suites données selon le type d'examen. Une seule étude est disponible, le rapport de branche du centre interservices de santé et de médecine du travail en entreprise (CISME) qui indique une répartition des avis d'inaptitude ou des réserves et restrictions formulées par le médecin du travail à l'encontre du maintien dans le poste du salarié qu'il examine.



Source : Cour des comptes d'après le centre interservices de santé et de médecine du travail en entreprise (CISME), *Rapport de branche*⁴⁷

Comme le montre le graphique, l'examen de reprise qui fait suite aux absences longues du salarié et à ses absences pour maladie professionnelle⁴⁸ vient en tête des sources de déclaration d'inaptitude ou

⁴⁷ Les données originelles reposent sur 10 millions de visites ; les taux de déclaration d'inaptitude ou de réserve, par catégorie de visite, ont été pondérés en fonction du poids de chaque catégorie d'examen.

⁴⁸ L'examen de reprise est obligatoire après un congé maternité, une absence pour cause de maladie professionnelle ou une absence d'au moins 30 jours pour cause d'accident du travail, de maladie ou d'accident non professionnel (article R. 4624-2 du code du travail).

des réserves à l'aptitude ; les motifs qui ouvrent le droit à l'examen rendent bien compte des risques visés. Il est suivi des visites, dites occasionnelles, réalisées à la demande du salarié ou de son employeur, toujours motivées par une difficulté voire une urgence. En troisième position viennent toutefois les examens périodiques, devant la visite d'embauche. Cette dernière, pourtant, mobilise plus du quart des moyens et sa progression explique, pour l'essentiel, le recul des examens périodiques. Son poids tient à plusieurs facteurs.

Du point de vue juridique, la visite médicale préalable à l'embauche (ou réalisée avant la fin de la période d'essai, en cas de poste de travail relevant d'une surveillance médicale simple) s'inscrit dans la tradition française de la notion d'aptitude. A ce titre, elle constitue une condition de validité du contrat de travail et l'employeur peut être sanctionné en cas de carence. Sa réalisation est donc généralement considérée comme prioritaire. Du point de vue des adhérents, en particulier dans le monde des très petites entreprises, elle représente en outre, bien souvent, la seule prestation effective reçue en contrepartie de la cotisation versée. Ces éléments expliquent la difficulté, pour les pouvoirs publics, de faire évoluer le droit existant. Or, dans un contexte de précarisation du travail, où le contrat à durée indéterminée recule, la visite d'embauche ne peut que se multiplier, au prorata des contrats temporaires.

C - Des évolutions réglementaires limitées

Les récents décrets du 30 janvier 2012, applicables au 1^{er} juillet, ont voulu confirmer, y compris en cas de congé maternité, la nécessité des visites de reprise tout en les orientant plus clairement vers les procédures de maintien dans l'emploi. La pratique des visites de pré-reprise, déjà mises en œuvre dans différents services, s'est ainsi trouvée validée (article R. 4624-20 du code du travail) afin de préparer, en amont, l'éventuel reclassement du salarié, en liaison avec les services sociaux que les services interentreprises doivent désormais compter. Ces mesures nouvelles ont été en quelque sorte gagées par une nouvelle révision du rythme des visites périodiques.

Pour l'essentiel, toutefois, l'examen d'embauche n'a pas été touché. Certes, les examens des salariés sous contrat de travail à durée déterminée pourraient connaître une décroissance du fait des nouvelles dispositions : « Sauf si le médecin du travail l'estime nécessaire, ou lorsque le salarié en fait la demande », l'examen d'embauche n'est pas obligatoire « lorsque le salarié est appelé à occuper un emploi identique présentant les mêmes risques d'exposition... le médecin du travail

intéressé est en possession de la fiche d'aptitude établie ... ». Désormais, ces conditions sont valides si « aucune inaptitude médicale n'a été reconnue lors du dernier examen médical intervenu soit au cours des 24 mois précédents lorsque le salarié est à nouveau embauché par le même employeur, soit des douze derniers mois lorsque le salarié change d'entreprises. » (article R. 4624-12 du code du travail).

Ainsi, l'état du consensus entre les partenaires sociaux n'a pas permis d'avancer significativement pour contrer les effets de la visite d'embauche et du droit de l'aptitude sur l'avenir de la visite périodique. L'attachement à la visite d'embauche, selon la direction générale du travail, tient, d'abord, aux organisations représentatives des employeurs. Dans ces conditions, les marges de manœuvre nouvelles, attendues du nouveau dispositif, reposent essentiellement sur la mise en place des entretiens infirmiers (article R. 4623 du code du travail).

Ces derniers, autorisés dans le cadre d'un protocole « donne[nt] lieu à la délivrance d'une attestation de suivi infirmier qui ne comporte aucune mention relative à l'aptitude ou l'inaptitude médicale du salarié. L'infirmier peut également, selon les mêmes modalités, effectuer des examens complémentaires ». La mesure pourrait donner lieu, dans le cadre de la suppression d'une définition réglementaire de la charge de travail du médecin, à une extension du taux d'encadrement. Sous la réserve d'un travail en équipe, reposant sur une approche préalable des risques, le chiffre de 5000 salariés par médecin est parfois avancé par certains professionnels.

La perspective suppose une transformation radicale du métier et des services qui ne se mettra pas en place sans grandes variations locales.

V - Vers des projets de service à géométrie variable

A - Les nouveautés de la loi du 20 juillet 2011

La déficience structurelle de temps médical a déjà conduit des services à réagir fortement. Certains, comme l'*Association de médecine et de santé au travail (AMST)* ont choisi d'afficher leur impossibilité à satisfaire à leurs obligations en refusant provisoirement les adhésions nouvelles, contrairement aux dispositions du code du travail⁴⁹ : en l'absence, d'autres services interentreprises sur le territoire concerné, la décision ne pouvait, en tout état de cause, constituer une solution pour les entreprises du ressort. Dans le même temps, le service a souhaité accroître le nombre de salariés suivis par médecin, au-delà du seuil alors en vigueur de 3 300 salariés. Saisis par les intéressés, le conseil de l'ordre de Haute-Garonne, a rappelé qu'un médecin salarié « ne peut, en aucun cas, accepter une rémunération fondée sur des normes de productivité, de rendement horaire ou toute autre disposition qui auraient pour conséquence une limitation ou un abandon de son indépendance ou une atteinte à la qualité des soins ».

La position se fonde, notamment, sur les articles 97 du code de déontologie médicale et R. 4127-97 du code de la santé publique. Elle souligne que l'évolution des services ne peut intervenir sans une forte concertation qui mobilise l'ensemble des acteurs autour d'un projet partagé.

La loi du 20 juillet 2011 en a donné le cadre en disposant que « *Les priorités des services de santé au travail sont précisées, dans le respect des missions générales prévues à l'article L. 4622-2 du code du travail, des orientations de la politique nationale en matière de protection et de promotion de la santé et de la sécurité au travail, d'amélioration des conditions de travail, ainsi que de son volet régional, et en fonction des réalités locales, dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu entre le service, d'une part, l'autorité administrative et les organismes de sécurité sociale compétents, d'autre part, après avis des*

⁴⁹ L'article D. 4622-29 du code du travail dispose que « *sauf avis contraire de la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE), un services interentreprises ne peut s'opposer à l'adhésion d'une entreprise relevant de sa compétence* ».

organisations d'employeurs, des organisations syndicales de salariés représentatives au niveau national et des agences régionales de santé. » (nouvel article L. 4622-10 du code du travail).

Le contrat pluriannuel s'appuie sur le projet pluriannuel que le service doit élaborer, conformément au nouvel article L. 4622-14 du code du travail. Soumis à l'approbation du conseil d'administration, le projet est élaboré, aux termes de l'article L. 4622-14, au sein de la commission médico-technique de l'établissement, instance clé de la démocratie interne.

La commission médico-technique

Confirmée dans son rôle et sa composition par les décrets du 30 janvier 2012, la commission médico-technique est composée (article D. 4622-29 du code du travail) du président du service de santé au travail interentreprises (SSTI) et de chacun des intervenants de l'équipe ou de leurs représentants, les médecins du travail, en premier lieu, les infirmiers, les intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP), les assistants de service en santé au travail (ASST) et de tout autre professionnel recruté après avis du médecin du travail.

La commission est désormais chargée d'élaborer le projet de services ; elle est en outre consultée sur toute question relative à l'organisation des examens médicaux, des entretiens infirmiers, de l'action en milieu de travail, de la mise en œuvre de la pluridisciplinarité, de la participation à la veille sanitaire (article D. 4622-28 du code du travail).

La commission est donc le lieu majeur de la concertation et détient la clé de l'évolution du service. Ainsi, à *l'Association de prévention et de santé au travail (APSMT)*, les entretiens infirmiers expérimentaux souhaités n'ont pu être mis en place par défaut d'approbation du protocole au sein de la commission. A l'inverse, à *Pôle Santé Travail*, la commission médico-technique a joué un rôle essentiel dans les processus de fusion et la définition d'un projet de service commun.

De fait, le bon fonctionnement de la commission repose sur un équilibre délicat. Au *CMIE*, le "référentiel du service" prévoit que « *chaque délégué est consulté, pour son secteur, sur les sujets qu'il souhaite voir aborder à l'ordre du jour. Le président planifie les réunions et décide des ordres du jour, des réunions en fonction des priorités du SSTI et des événements extérieurs* ». Dans ces conditions, comme le montrent les procès-verbaux, le choix des thématiques peut donner lieu à contestations (5 février 2008) ; surtout, la commission est bien un lieu de débats, mais non de décision quant à la politique à conduire.

En fonction de la concertation réalisée au sein de la commission, plusieurs des services contrôlés se sont donc déjà engagés dans la définition d'un projet de service ou de ses prémices.

B - Une différenciation déjà en cours

Les axes retenus, dans les services contrôlés, concernent fondamentalement l'articulation des moyens de façon à ce que la combinaison des interventions de pluridisciplinarité et des examens médicaux permette qu'il soit rendu un service à chaque adhérent. C'est dans cette optique qu'ont été mises en place les visites de premier contact, à destination des nouveaux adhérents et, plus généralement, l'organisation de la pluridisciplinarité. Cependant la réduction programmée du nombre des médecins du travail et les déficits déjà constatés ont fait de la gestion des visites médicales une question prioritaire. Plusieurs services ont souhaité afficher leurs priorités.

A l'APSMT, les visites d'embauche et de reprise ont été placées en tête, en raison des enjeux pour l'employeur comme pour l'employé ; de même les visites à demande. La visite périodique vient ensuite et, dans les faits, dépend des ressources du secteur de rattachement. Selon la situation légale du salarié et la localisation de l'entreprise, le service diffère, en conséquence.

Dans le Nord, *Pôle Santé Travail* indique clairement, dans ses rapports d'activité, ne pas être en mesure de convoquer la totalité des salariés en surveillance médicale renforcée et donc, a fortiori, en surveillance médicale simple. Les priorités ont été fixées en fonction des demandes des adhérents, des retards de convocation et ont fait l'objet d'une information auprès de la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE). Dans les deux cas, ces axes ont été retenus après prise en compte des plans régionaux de santé au travail, *l'Association de prévention et de santé au travail (APSMT)* ayant conclu l'une des premières conventions expérimentées en région Centre et *Pôle Santé Travail* participant très fortement à la démarche de prévention collective régionale.

Pour sauver la visite médicale, périodique en particulier, d'autres initiatives ont eu lieu, en particulier une réflexion sur les modalités de la réduction de l'absentéisme des salariés aux convocations. Ainsi, au *centre médical interentreprises Europe (CMIE)*, le taux moyen d'absence a atteint près de 22 %, avec des variations importantes, par centres et par médecins (jusqu'à 41 % des salariés convoqués). Ce taux explique, en large partie la différence entre le nombre de visites réalisées et le seuil maximal à atteindre, dans la réglementation anciennement en vigueur

(3.200 examens par ETP médecin). Des marges de manœuvre sont donc à attendre de la réorganisation des secrétariats médicaux. C'est la voie qu'a suivie l'APSMT dont les statuts prévoient, en outre, l'imposition d'une pénalité de 10 €, augmentée d'une nouvelle cotisation au prix plancher (66 €) pour toute convocation ultérieure du salarié défaillant. En pratique, la pénalité comme la refacturation sont toutefois rarement appliquées.

En dépit de ces efforts, certains services ont dû constater que la réorganisation d'ensemble laissait de côté certains adhérents, notamment les PME. Afin d'y remédier, deux associations au moins ont clairement développé une politique spécifique de services aux adhérents. Depuis 2006, l'APSMT déploie une activité ciblée visant à développer la connaissance des risques professionnels dans les petites et moyennes entreprises. Conduite en liaison avec les fédérations professionnelles, elle met à disposition des supports d'information par types d'activité et par risques et s'appuie sur ces contacts pour l'organisation de réunions d'information dans chaque secteur géographique. Une coopération avec l'ordre des experts comptables a également été recherchée, au titre du rôle de conseil des entreprises que ces derniers jouent.

Pôle Santé Travail conduit également une politique active de coopération avec l'artisanat et les métiers dans différents secteurs mais la spécificité du service est sans doute d'avoir développé un « *portail adhérent* » orienté vers la prévention au cas par cas. Le site permet de gérer en ligne les relations de l'adhérent avec le service, l'adhésion et ses modifications par exemple mais il offre également une documentation, l'archivage pendant cinq ans des effectifs et de leur statut (surveillance médicale simple (SMS) ou surveillance médicale renforcée (SMR)) et une bibliothèque de documents adaptée au profil (selon la branche et les risques). Utilisé pour les contacts quotidiens entre le service et l'adhérent, il a permis une meilleure connaissance, par l'adhérent, des contacts administratifs et médicaux et, au niveau de chaque antenne, une individualisation du suivi.

Si la mise en place de tels services, comme les actions de prévention par branche répondent au souci d'offrir à chaque adhérent une forme de prestations, il n'en demeure pas moins que la différenciation des interventions, par catégorie d'adhérent, ne saurait être légitime en se fondant sur le seul critère de taille. Le diagnostic préalable du portefeuille des entreprises et des salariés à suivre, c'est-à-dire la réalisation progressive de l'ensemble des fiches d'entreprise paraît la condition indispensable pour une acceptation de la différenciation des services. Or ce diagnostic ne saurait être réalisé sans l'intervention, à tout le moins la

supervision, d'un médecin du travail. La tendance de l'évolution du corps conduit à mettre en doute le maintien d'un effectif suffisant.

C - Les recrutements nécessaires en médecine du travail

Compte tenu de l'âge médian de la profession (56 ans), 25 % des médecins du travail actuellement en poste devraient partir à la retraite dans les cinq ans. La faiblesse du nombre de postes ouverts à l'internat et le défaut d'attractivité de la spécialité ne permettent pas d'envisager un taux de remplacement satisfaisant : la médecine du travail figure au dernier rang des choix préférentiels des étudiants, à l'issue des « épreuves classantes nationales », qui s'imposent à tous, depuis la rentrée 2004, et la généralisation de l'internat à toutes les spécialités médicales.

Dans ces conditions, selon les projections réalisées par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère chargé de la santé en 2009⁵⁰, les effectifs de la spécialité « médecine du travail » diminueraient de 61,7 % d'ici 2030. A l'horizon 2015, on ne devrait plus compter qu'environ 3 200 médecins du travail en poste, à temps partiel pour 54 % d'entre eux.

Certains professionnels avancent le chiffre de 5 000 salariés comme l'effectif pouvant être pris en charge par une équipe rodée. Dans cette hypothèse, pour les seuls services interentreprises, qui suivent 15 millions de salariés, un minimum de 3 000 médecins du travail à temps plein serait indispensable, pour les seules visites périodiques. Toutefois, s'y ajoutent les visites d'embauche, dans un contexte où prédominent les contrats à durée déterminée⁵¹. Le poids de cette évolution du salariat, à droit constant, s'agissant de la visite d'embauche, conduit à une explosion du besoin en médecin du travail, c'est-à-dire un quasi doublement du nombre d'équivalents temps plein (ETP) nécessaires. Le chiffre donne la mesure du défi à relever.

⁵⁰ Dossiers solidarité et santé n°12, « La démographie médicale à l'horizon 2030 », 2009.

⁵¹ Selon le centre interservices de santé et de médecine du travail en entreprise (CISME), qui utilise les données agence centrale des organismes de sécurité sociale – union de recouvrement des cotisations de la sécurité sociale et d'allocations familiales (ACOSS – URSSAF), pour 19,4 millions hors intérim (sur un total avec intérim de 36,8 millions) de déclarations uniques d'embauche enregistrées en 2010, la part des contrats à durée indéterminée (CDI) est de 14 % (3,1 millions), celles des contrats à durée déterminée de plus d'un mois de 20 % (3,9 millions) et celle des contrats à durée déterminée (CDD) de moins d'un mois de 64 % (12,4 millions).

Afin d'y parvenir, les pouvoirs publics, dans les années 2000, ont ouvert des voies de recrutement alternatives à l'internat : ainsi, ont été mis en place des dispositifs de régularisation qui, entre 1998 et 2003, sous réserve d'un contrôle de connaissance après une formation ad hoc, ont bénéficié à 1 300 médecins exerçant déjà dans les services interentreprises. S'y sont ajoutées des voies de reconversion. La première était destinée aux médecins ayant exercé pendant moins de cinq ans : une formation diplômante d'une durée de deux ans a ainsi permis à 300 médecins de se voir reconnue la spécialité de médecin du travail. Enfin, depuis 2004, à la suite de la généralisation de l'internat, tous les médecins ayant exercé pendant plus de trois ans peuvent accéder par un concours spécial à l'internat en médecine du travail : une dizaine de personnes par an aurait utilisé cette possibilité.

La loi du 20 juillet 2011 et ses décrets d'application ont apporté deux nouveautés : les internes en médecine du travail peuvent désormais effectuer leur stage dans un service, alors qu'ils n'étaient jusqu'alors qu'autorisés à remplacer un médecin généraliste. A titre temporaire, les conseils départementaux de l'ordre des médecins peuvent les autoriser à exercer dans le service, sous l'autorité d'un médecin du travail (article L. 4623-1 du code du travail), voire à remplacer, pour une durée de trois mois, un médecin absent. Cette dernière possibilité a été étendue, par les décrets du 30 janvier 2012 à des « collaborateurs médecins » (article R. 4623-15).

La reconnaissance de l'existence de ces derniers et les dispositions de l'article R. 4623-25 du même code régularisent des pratiques déjà mises en œuvre dans différents services qui ont recruté des médecins autres que des médecins du travail, les personnes concernées s'engageant, auprès de l'ordre des médecins, à « *suivre une formation en vue de l'obtention de la qualification en médecine du travail* » et se trouvant « *encadrés par un médecin qualifié en médecine du travail qu'ils assistent dans ses missions* » (article R. 4623-25 du code du travail). L'APSMT, notamment, a ainsi eu recours à des médecins belges et à des généralistes français ; par l'intermédiaire d'un cabinet de recrutement, elle a, de surcroît, prospecté, avec succès, en Roumanie.

L'expérience accumulée conduit toutefois à souligner l'une des difficultés du système. La réforme des études de médecine a supprimé toute voie de spécialisation autre que l'internat. Dans l'attente de l'ouverture effective des formations prévues, pour 2012-2013, dans des universités françaises, la formation continue exigée des « collaborateurs médecins » ne peut donc se poursuivre qu'à l'étranger et, pour l'essentiel, à Louvain (Belgique). Il s'ensuit, non seulement un accroissement des frais, pris en charge par le service, mais aussi une

réduction des candidatures et de la disponibilité. Il faut donc que les nouvelles dispositions s'accompagnent rapidement d'une offre nationale effective de formation adaptée. Dans ce cadre, sur l'opportunité de prévoir, s'agissant notamment des médecins généralistes, des passerelles exceptionnelles vers la spécialité, mérite également réflexion.

Enfin, les raisons du poids du temps partiel, subi ou choisi, n'ont jamais été analysées.

Or l'article L. 4623-3 du code du travail dispose toujours que " *Le médecin du travail est un médecin autant que possible employé à temps complet* ". En 2010, le rapport Dallecherie, Frimat et Leclercq⁵² avait émis le vœu d'une étude spécifique. Rien ne permet en effet de considérer que, pour partie, les motivations des intéressés ne soient pas réversibles, au prix de certains aménagements.

Les contrôles ont été l'occasion de relever que certains médecins n'exercent pas exclusivement la médecine du travail. Le bilan des conditions de travail élaboré par la direction générale du travail confirme ce constat en indiquant que près de 16 % seraient dans ce cas, en 2010.

La situation tient, pour partie au fait qu'avant la réforme des études médicales, il n'était pas interdit, ni impossible, d'être titulaire de plusieurs spécialités. Certains médecins du travail exercent ainsi, par ailleurs, en tant que psychiatre, généraliste dans un centre de soins, ou légiste en médecine légale.

Plus généralement, certains observateurs avancent l'idée d'un taux de « fuite » non négligeable des titulaires de la spécialité médecine du travail vers des postes autres que l'exercice de la profession dans un service de santé au travail.

Dans ces conditions, il paraît indispensable de disposer d'une meilleure connaissance de la population des médecins du travail, afin de mieux anticiper les évolutions et d'être en mesure de les infléchir.

⁵² Rapport Dallecherie, Frimat, Leclercq – « La santé au travail : vision nouvelle et profession d'avenir » - mai 2010.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

En près de trente ans, la médecine du travail est devenue la santé au travail, mise en œuvre, pour la très grande majorité des entreprises et près de 95 % des salariés, par des services interentreprises. La loi du 20 juillet 2011 et ses décrets d'application ont conforté ces évolutions qui tendent à associer, de manière complémentaire, la prévention des risques et la surveillance médicale.

Toutefois, les études de la profession et les contrôles de la Cour ont montré la difficulté à assurer, pour tous, la mission de conseil aux employeurs comme aux salariés. La pénurie de temps médical pèse sur le fonctionnement des équipes pluridisciplinaires et, en dépit des efforts déployés et des expérimentations conduites, aucun des services interentreprises que la Cour a contrôlés n'est en mesure d'assurer l'ensemble des examens médicaux réglementaires qui lui incombent. Les petites entreprises et leurs salariés sont les principales victimes de ces carences.

C'est dans ce contexte que la loi du 20 juillet 2011 et ses décrets d'application proposent la généralisation d'un projet de service, avalisé par les pouvoirs publics lors de l'agrément et relié aux priorités que les acteurs de la prévention et les partenaires sociaux auront reconnues, au plan national et local. Dans ces conditions, et compte tenu de la crise démographique médicale, l'activité des services est appelée à se différencier fortement, selon les ressources locales et selon les catégories d'entreprises.

Les risques de dérive existent, et c'est pourquoi la Cour recommande :

- 1. d'accorder, lors de l'agrément des services, une vigilance particulière aux objectifs retenus en direction des entreprises de moins de 50 salariés ;*
- 2. de fixer, à cette même occasion, des objectifs précis en matière d'établissement des fiches d'entreprise ;*
- 3. d'élaborer une doctrine claire quant à la consistance des prestations pluridisciplinaires attendues, leur durée, leur articulation avec le financement par la cotisation et la frontière avec les activités du secteur concurrentiel ;*
- 4. de recenser, de façon séparée de l'action en milieu de travail, le temps médical consacré à la veille sanitaire ;*
- 5. de relancer les concertations en vue d'une révision de la visite d'embauche, qui pourrait être limitée à des cas spécifiques ;*

6. d'ouvrir rapidement, au plan national, pour les « collaborateurs médecins » les formations continues envisagées en médecine du travail ;

7. d'étudier la possibilité de mesures exceptionnelles pour l'obtention du titre de médecin du travail, de façon à contrecarrer le risque du non-remplacement, à terme, d'un médecin du travail sur deux ; à cette fin, envisager notamment des procédures de reconversion de médecins généralistes en exercice.

Chapitre II

Les pouvoirs limités de l'Etat

Pour assurer le suivi de l'organisation de la santé au travail, l'Etat dispose de moyens réduits, tant en ressources humaines qu'en ce qui concerne l'effectivité des pouvoirs réglementaires. Dans ces conditions, le pilotage de l'organisation de la santé au travail a souffert de lacunes qu'il faut combler.

I - Des moyens spécifiques limités

L'organisation de la santé au travail s'inscrit dans une politique publique plus globale de santé et sécurité au travail. Si des moyens non négligeables sont consacrés à l'élaboration et, via l'inspection du travail, au contrôle des dispositifs d'ensemble, l'organisation de la santé au travail elle-même ne bénéficie que de ressources très limitées.

A - La politique publique de santé au travail

1 - Travail et santé

L'article L. 1411-1 du code de santé publique mentionne les conditions de travail parmi les risques que la politique de prévention en santé publique doit s'attacher à identifier et réduire mais le système de santé au travail a toujours été rattaché, du point de vue ministériel, à l'administration chargée du travail, au travail et non à celle chargée de la santé. En la matière, le rôle de l'employeur et la situation de l'employé l'emportent sur l'objet de la politique publique, de la santé publique.

L'employé a certes l'obligation de respecter les consignes de sécurité données par son employeur mais la jurisprudence constante fait que, au travail, l'employé n'est pas le responsable de sa santé. Le lien de subordination à l'employeur et à ses directives déplace la responsabilité sur l'employeur. De fait, l'employé n'est pas celui qui peut choisir les substances non plus que les outils ou équipements qu'il manie.

L'employeur, en outre, porte une responsabilité lourde quant aux dispositions de prévention à mettre en œuvre : la Cour de cassation – chambre sociale, à plusieurs reprises⁵³ estimé qu'il s'agissait d'une obligation dite de « sécurité de résultats », c'est-à-dire que le déploiement de moyens n'exonère pas l'employeur de la faute inexcusable ; seul le résultat compte. On comprend dès lors que, sans mésestimer la nécessité de liens avec la politique de santé publique, le droit de la santé au travail soit un droit particulier, distinct du droit de la santé. Les conventions internationales de l'Organisation internationale du travail (OIT) et la directive européenne renforcent d'ailleurs cette obligation.

Dans ces conditions, il est nécessaire qu'une administration spécifique, -la direction générale du travail-, intervienne. Elle est, par ailleurs, déjà chargée de la régulation des autres politiques publiques dans le champ du monde du travail et, à ce titre, elle entretient avec les partenaires sociaux des contacts réguliers.

Pour autant, la politique de santé au travail gagne à être inscrite dans la politique de santé publique dont elle est une composante. Le rapprochement des deux politiques a constitué l'un des axes majeurs des plans « santé au travail », lancés à partir de 2005.

2 - Les plans « santé au travail »

Au moment où les missions parlementaires conduisaient leurs travaux relatifs au drame de l'amiante⁵⁴, le gouvernement a proposé le premier « plan santé au travail », pour la période 2005-2009. Il s'agissait de « placer la protection de la santé au travail au rang d'enjeu global de santé publique »⁵⁵.

Le plan visait notamment à reconnaître que la santé au travail devait faire l'objet d'une politique publique spécifique au sein de la

⁵³ En 2002 pour l'amiante ; en 2005 pour le tabagisme ; en 2006 pour la visite de reprise et le harcèlement moral ; en 2008 pour le droit de retrait.

⁵⁴ Le rapport de la mission sénatoriale a été publié en octobre 2005, celui de la mission de l'Assemblée nationale en février 2006.

⁵⁵ Circulaire direction des relations du travail n° 2006/09 du 10 juillet 2006.

politique globale de prévention sanitaire et retenait les grands objectifs suivants :

- développer les connaissances des dangers, des risques et des expositions en milieu professionnel et, à cette fin, introduire la santé au travail dans le dispositif de sécurité sanitaire.
- renforcer l'effectivité du contrôle en créant des cellules régionales pluridisciplinaires, en adaptant les ressources du contrôle aux dominantes territoriales, en développant la connaissance des territoires et en renforçant la formation des corps de contrôle en santé et sécurité au travail ;
- réformer les instances de pilotage et décloisonner les approches des administrations en structurant la coopération interministérielle sur la prévention des risques professionnels ;
- encourager les entreprises à être acteurs de la santé au travail et, à cette fin, refaire de la tarification des cotisations accidents du travail et maladies professionnelles (AT/MP) une incitation à la prévention, encourager le développement de la recherche appliquée en entreprise, aider les entreprises dans leur démarche d'évaluation a priori des risques ;
- moderniser et conforter l'action de prévention des services de santé au travail, mobiliser les services de santé au travail pour mieux prévenir les risques psychosociaux, repenser l'aptitude et le maintien dans l'emploi.

Ce programme ambitieux a notamment permis, selon le bilan d'exécution présenté par le ministère du travail, de mobiliser la recherche scientifique, par des appels à projets et par la création de l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (AFSSET), aujourd'hui fusionnée au sein de l'Agence nationale chargée de la sécurité sanitaire, de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES). Il a également conduit à un renforcement des contrôles, comme en atteste, le bilan d'activités de l'inspection du travail. Enfin, il a favorisé la coopération entre les acteurs et, plus généralement, réussi à sensibiliser tous les acteurs. Toutefois peu d'actions concrètes ont pu être menées.

Dans ces conditions, le deuxième plan (2010-2014) a mis l'accent sur une articulation plus étroite avec les plans de santé publique et la convention pluriannuelle d'objectifs et de gestion de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT/MP). La volonté de mettre en œuvre de manière partenariale la déclinaison régionale a été affirmée ainsi que le renforcement du rôle des services de santé au travail comme

acteurs de la prévention. La réforme des SSTI a d'ailleurs constitué un objectif en soi du Plan⁵⁶.

Sa mise en œuvre a sans doute été facilitée par la réorganisation des outils de coordination.

3 - La coordination entre les acteurs

La Cour, dans son rapport public thématique de février 2002⁵⁷, avait constaté qu'il n'y avait pas de centre d'impulsion, ni national, ni local, ayant une vue d'ensemble des risques professionnels et des actions menées. Des efforts ont été poursuivis, depuis, tant au plan national que régional.

La signature des conventions d'objectifs et de gestion (COG) entre l'Etat et la branche accidents du travail et maladies professionnelles, que la Cour appelait de ses vœux dans son rapport public précité, représente à cet égard une avancée certaine.

Ainsi, pour la période 2009-2012, la convention d'objectifs et de gestion fixe, parmi ses priorités d'action, le renforcement des partenariats et de la coordination de terrain dans le champ de la prévention des risques professionnels. L'accent est mis sur la systématisation de la coopération avec les services interentreprises « *au moyen de conventions entre chaque CRAM/CGSS et service de santé, en partenariat avec les DIRECCTE* », orientation à laquelle la loi du 20 juillet 2011 donne un prolongement législatif.

D'une façon plus générale, le « plan national d'actions concertées » (PNAC⁵⁸) de la Commission des accidents du travail et des maladies professionnelles, défini avec l'apport de ses neuf comités techniques nationaux représentant les différents secteurs d'activité, s'articule, pour la période 2009-2012, avec les orientations de l'Etat et facilite, au niveau régional, la coopération entre les directions régionales des entreprises de la concurrence, de la consommation, du travail et de

⁵⁶ « Objectif 10 : s'appuyer sur la réforme des services de santé au travail pour rénover le pilotage de la santé au travail et la gouvernance des SST ».

⁵⁷ Rapport public thématique – février 2002 – « La gestion du risque accidents du travail et maladies professionnelles ».

⁵⁸ Ce dernier concentre les efforts sur quatre risques prioritaires (les troubles musculo-squelettiques, les cancers d'origine professionnelle, le risque routier et les risques psychosociaux) et trois secteurs d'activité à forte sinistralité (le bâtiment et les travaux publics, la grande distribution et l'intérim).

l'emploi (DIRECCTE) et les caisses régionales de la branche, les caisses assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT)⁵⁹.

Par ailleurs, la réforme, voulue par le premier plan « santé au travail », de l'ancien conseil supérieur de la prévention des risques professionnels a permis la mise en place, tant au plan national qu'au plan régional d'instances de concertation avec le conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT) et les comités régionaux de prévention des risques professionnels (CRPRP).

Le conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT) et les comités régionaux de prévention des risques professionnels (CRPRP)

Le conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT), conseil d'orientation sur les conditions de travail placé auprès du ministre chargé du travail, a été créé par le décret du 25 novembre 2008. Il réunit quatre collèges, celui des départements ministériels, celui des partenaires sociaux, celui des organismes spécialisés (CNAMTS, CCMISA, ANACT, INRS, INVS, OPPBTP, ANSES⁶⁰) et celui des personnalités qualifiées et associations de victimes.

Son comité permanent est consulté sur les plans nationaux d'action et les grandes orientations des politiques publiques. Il organise le suivi des statistiques et produit un rapport annuel. Sa commission générale est consultée sur les projets de textes législatifs et réglementaires. Ainsi, les décrets de janvier 2012 ont donné lieu à plusieurs réunions. Ses commissions spécialisées préparent l'étude des textes et les travaux du COCT. Au plan régional, l'action du COCT est relayée par les comités régionaux de prévention des risques professionnels.

⁵⁹ Les CARSAT ont repris les compétences AT/MP des CRAM.

⁶⁰ La caisse centrale de la mutualité sociale agricole est en charge de la santé au travail en agriculture. L'Institut de veille sanitaire (INVS), établissement public administratif, créé en 1999 et placé sous la tutelle de la direction générale de la santé (DGS), est chargé de la surveillance de l'état de santé de la population. L'Agence nationale chargée de la sécurité sanitaire, de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES), établissement public administratif, résulte de la fusion, en 2010, de l'Agence française de sécurité alimentaire des aliments (AFSSA), qui dépendait du ministère de l'agriculture, et de l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (AFSSET). L'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT) est un établissement public administratif créé en 1973 et placé sous la tutelle du ministère du travail qui a pour but d'offrir aux entreprises et/ou aux partenaires sociaux des outils d'analyse et de compréhension des conditions de travail.

Créés par le décret du 10 mai 2007, les comités régionaux de prévention des risques professionnels (CRPRP), placés auprès du préfet de région, sont un organisme consultatif dont la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) assure le secrétariat. Ils ont pour mission d'élaborer un diagnostic territorial en matière de santé et de conditions de travail et rendent un avis sur la déclinaison régionale du plan « santé au travail ».

Ces comités régionaux réunissent les administrations régionales concernées, les partenaires sociaux, les organismes régionaux d'expertise : caisse assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT), mutualité sociale agricole (MSA), organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics (OPPBTP) et association régionale pour l'amélioration des conditions de travail (ARACT), des personnalités qualifiées dont les associations de victimes et le président et le vice-président de l'observatoire régional de santé au travail.

Le nombre de réunions de ces collèges est réduit, hormis la validation des plans régionaux de santé au travail, ce qui limite la portée pratique de leur action. Lors de l'évaluation à mi-parcours du premier plan santé au travail, les CRPRP étaient perçus par les acteurs comme positifs car permettant une connaissance mutuelle, mais également trop institutionnels et peu opérationnels⁶¹.

La direction générale du travail a indiqué qu'une réflexion était actuellement en cours sur « l'évolution de la gouvernance au niveau national comme au niveau régional avec le souhait de rapprocher les comités régionaux des préventions des risques professionnels (CRPRP) du conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT), afin de leur donner les moyens d'être des instances régionales de dialogue et de concertation sur la politique régionale de santé au travail ».

4 - La place des services interentreprises dans la politique de santé et sécurité au travail

Il est à noter que les services de santé au travail, en tant que tels ne sont pas présents ou représentés dans les diverses instances de concertation⁶². Ainsi, le *CISME* n'est pas membre de la commission n° 5 du conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT), qui rassemble pourtant les « *acteurs locaux de la prévention en entreprise* ».

⁶¹ « Bilan à mi-parcours du Pôle Santé travail 2005-2009 », par le cabinet Cemka Eval, juillet 2009

⁶² Des SSTI siègent dans les CPRP d'Ile-de-France et de Midi-Pyrénées, comme personnalités qualifiées.

La concertation conduite est donc, essentiellement, une concertation entre l'Etat, la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) et les partenaires sociaux. Les services, acteurs de terrain, c'est-à-dire la profession, n'y sont pas associés.

Peut-être faut-il y voir une des raisons des difficultés de réalisation des plans « santé au travail ». Dans son avis sur le bilan du premier plan, le rapporteur de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale pour le projet de loi de finances 2010 soulignait « *une sensibilisation réussie* » des acteurs en regrettant les faiblesses « *de l'application et de la mise en œuvre concrète d'actions de prévention des risques professionnels dans les entreprises* ». En d'autres termes, le premier plan « santé au travail » n'a pas été un plan de pilotage des acteurs de terrain, les services interentreprises et ses résultats s'en sont ressentis.

Certes, pour le deuxième plan de « santé au travail », couvrant la période 2010-2014, la circulaire de la direction générale du travail du 30 juillet 2010 a souhaité qu'« *une plus grande opérationnalité [soit] recherchée dans le cadre du Plan Santé au Travail 2* ». Afin de rendre effective cette mobilisation, la deuxième génération de plans « santé au travail » a mis l'accent sur la contractualisation avec les services de santé au travail. L'objectif était d'« *inscrire l'action des services, par des contrats d'objectifs, dans les priorités de la politique nationale de santé au travail* » et de généraliser le procédé.

Pour autant, le pilotage des services interentreprises paraît constituer le maillon faible de la politique publique de santé au travail. Il est vrai que les moyens spécifiques dont l'Etat dispose sont réduits.

B - L'organisation de l'Etat

1 - L'administration centrale et le pilotage de l'organisation de la santé au travail

La direction générale du travail comprend deux services directement intéressés à la conduite de la politique de santé au travail : le service de l'animation territoriale de la politique du travail et de l'action de l'inspection du travail ou (SAT), et le service des relations et des conditions de travail (SRCT). Ce dernier compte environ 50 agents, répartis dans trois bureaux, l'un en charge de la sécurité en matière d'équipements et de lieux de travail, l'autre des risques physiques, chimiques et biologiques, le dernier de la politique et des acteurs de la prévention. C'est essentiellement cette dernière équipe qui se consacre, notamment, à l'organisation de la santé au travail.

A ces six agents s'ajoutent le médecin chef de l'inspection médicale de la main d'œuvre et du travail, son adjoint, également médecin et une secrétaire, qui, administrativement, se trouvent rattachés au service de l'animation territoriale.

L'organisation de l'administration déconcentrée reproduit le même schéma. Les anciennes directions régionales du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DRTEFP) ont rejoint, à l'occasion de la réforme de l'administration territoriale de l'Etat, les directions régionales de la concurrence et de la consommation et de la répression des fraudes et du commerce extérieur, les délégations régionales au tourisme, au commerce et de l'artisanat, les services de l'intelligence économique et ceux du développement économique et de la métrologie des anciennes directions régionales de l'industrie, de la recherche et de l'environnement pour former les nouvelles directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE).

Dans les DIRECCTE, les compétences relevant de la direction générale du travail sont regroupées au sein d'un des trois pôles : le « pôle T », rassemble les agents chargés d'une part, de l'animation et du pilotage de la politique du travail, d'autre part, du suivi des relations de travail. Ce pôle comprend un troisième service qui suit plus particulièrement les questions de santé et de la sécurité au travail et s'appuie à ce titre sur les médecins inspecteurs régionaux du travail et de la main d'œuvre (MIRTMO). Ces compétences régionales s'exercent en liaison avec les unités territoriales de l'inspection du travail.

2 - La place des contrôles de l'inspection du travail

Le premier plan « santé au travail » avait retenu, parmi ses quatre objectifs prioritaires, le renforcement des contrôles, en matière de santé et sécurité au travail.

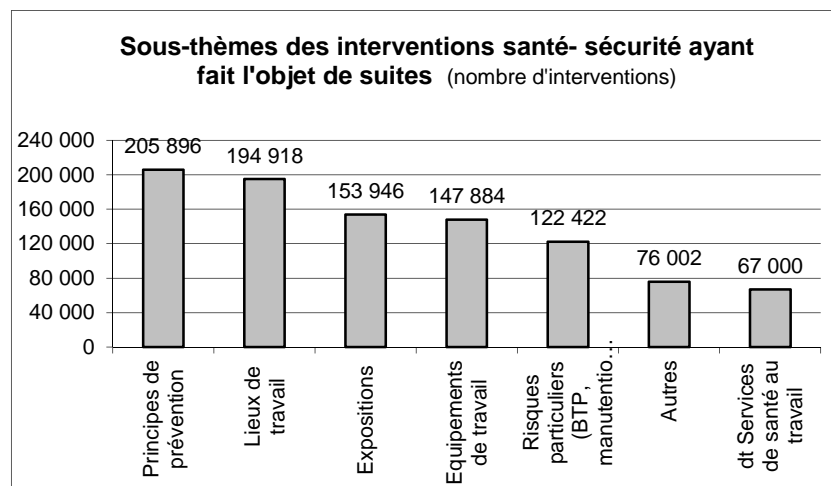
De fait, l'inspection du travail a bénéficié, de 2007 à 2010, d'un plan exceptionnel de création de postes (700, soit une progression de 50 %), qui répondait à un objectif d'alignement sur les effectifs moyens européens (un contrôleur pour 8 000 entreprises) et se justifiait notamment par la volonté de placer le service « *en capacité d'exercer sa mission de contrôle dans le domaine de la santé au travail ou de l'application des normes sociales avec l'appui de l'administration centrale et le concours d'experts* ». ⁶³

⁶³ Plan de modernisation de l'inspection du travail (PMDIT), p. 3.

L'orientation des contrôles, notamment en direction de la santé au travail, constituait donc la contrepartie attendue du plan. Depuis 2007, les rapports annuels de performances du programme budgétaire 111 « Travail » retiennent d'ailleurs pour premier objectif le fait de « cibler l'activité de contrôle des services d'inspection du travail sur des priorités de la politique du travail », notamment la prévention des risques différés et l'évaluation des risques professionnels.

De fait, selon le dernier rapport annuel remis à l'Organisation internationale du travail, la santé et la sécurité au travail représentent bien le premier motif des suites données aux interventions de l'inspection du travail. A 61,8 %, celles-ci se fondent sur la partie du code du travail qui se réfère à ces questions.⁶⁴ Le thème « santé et sécurité au travail » est la raison quasi exclusive des décisions intéressant la conduite des chantiers, des mises en demeure et des référés, c'est-à-dire les procédures d'urgence. En effet, les contrôles opérés sont effectués dans l'entreprise et c'est essentiellement le défaut de respect des règles de sécurité qui se trouve sanctionné. Une analyse plus détaillée des motivations des interventions ayant donné lieu à suite, dans le champ de la sécurité et de la santé au travail, le montre clairement.

⁶⁴ Précision méthodologique : l'analyse des interventions de l'inspection du travail (368 236 en 2010) doit tenir compte de plusieurs éléments : en premier lieu le fait qu'une partie de ces interventions (9,7 %) ne donnent pas nécessairement lieu à suite, ainsi, la participation aux comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) ; en second lieu, les suites données à une intervention sont généralement multiples dans la mesure où les infractions constatées peuvent concerner différents domaines. On apprécie donc la nature des interventions au prorata des références au code du travail utilisées pour fonder la suite.



Source : Cour des comptes, d'après Rapport sur les conditions de travail 2010

Si le thème « santé et sécurité au travail » est bien le thème dominant des interventions, donnant lieu à suites de l'inspection du travail, l'organisation de la santé au travail elle-même n'est à l'origine que d'environ 8 % des références d'infractions relevées relatives aux services de santé au travail) auxquelles s'ajoute sans doute, une part des références, soit 23 %, intéressant les principes de prévention.

Ce constat est conforme aux missions dévolues à l'inspection du travail qui n'a pas pour vocation principale d'éclairer ou d'appuyer l'administration dans le contrôle des services de santé au travail. Il s'agit là d'une mission spécifique, confiée, depuis le décret du 16 janvier 1947⁶⁵, aux « médecins de l'inspection médicale et de la main d'œuvre » (MIRT ou MIRTMO) et, au niveau central, à la direction générale du travail, épaulée par le chef de l'inspection médicale. Expert auprès du DIRECCTE et médecin lui-même, le médecin inspecteur régional du travail et de la main-d'œuvre (MIRMO) entretient de facto avec ses collègues médecins du travail, des rapports constants. Ces derniers pourraient être le fondement d'une action efficace de l'Etat si le nombre et le statut des MIRT ne se trouvaient pas fragilisés par la précarité de leur situation.

⁶⁵ Décret n° 47-232 du 16 janvier 1947 fixant les cadres, la rémunération, le statut et les attributions du personnel de l'inspection médicale du travail et de la main d'œuvre, modifié par le décret n° 90-282 du 28 mars 1990.

C - Un réseau spécifique affaibli

1 - Le médecin inspecteur régional du travail et de la main-d'œuvre (MIRTMO) : un contractuel assurant des fonctions de contrôle

Le médecin inspecteur régional du travail et de la main-d'œuvre (MIRTMO), dont les compétences sont régies par le code du travail⁶⁶ et le code de santé publique⁶⁷ mais aussi par de nombreuses circulaires et instructions de la direction générale du travail, est placé au sein de chaque direction des services déconcentrés du travail (DIRECCTE) pour rendre un avis, en liaison si nécessaire avec l'inspection du travail, au moment de l'agrément des services, des recours exercés à l'encontre des avis d'incapacité, des changements d'affectation de médecin du travail. Son expertise est également sollicitée pour l'animation des comités régionaux de prévention des risques professionnels, l'élaboration des plans régionaux de santé au travail, la production de données statistiques et l'animation de la veille sanitaire, dont la conduite, au plan local, des grandes enquêtes nationales.

Pour assurer ces fonctions, le décret précité du 16 janvier 1947 a donné à ces médecins un statut de contractuel⁶⁸. Il a été modifié deux fois⁶⁹, de manière marginale. La seule vraie novation apportée est celle opérée par la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant statut de la fonction publique de l'Etat, qui a autorisé à titre dérogatoire le recrutement de contractuels, pour des durées de trois ans renouvelables une fois. La gestion des médecins inspecteurs régionaux du travail et de la main-d'œuvre (MIRTMO) relève donc du décret n° 86-83 du 17 janvier 1986 modifié, relatif aux dispositions générales applicables aux agents non titulaires de l'Etat et des décisions du directeur de l'administration générale et de la modernisation des services, prises par délégation du ministre du travail.

L'absence de statut paraît dommageable pour une profession qui exerce de fait, mais sans protection, des missions de contrôle et d'expertise. La réforme de l'agrément et la généralisation de la contractualisation vont en étendre la portée, sans qu'évolue le statut de

⁶⁶ Partie législative : section dédiée articles L. 8123-1 à L. 8123-3 et partie réglementaire : articles R. 8123-1 à R. 8123-7) ; organisation de l'inspection du travail : articles L. 8123-1 à L. 8123-3 à L. 8123-3 et R. 8123-1 à R. 8123-7.

⁶⁷ Articles R. 41127-1 à R. 4127-12.

⁶⁸ Les inspecteurs du travail bénéficiant du statut de fonctionnaires depuis 1892.

⁶⁹ Décret n° 54-647 du 11 juin 1954 et décret n° 90-282 du 28 mars 1990.

ces médecins. Ces derniers, en tant que médecins du travail ont généralement été salariés d'un service interentreprises. En l'absence d'obligation de mobilité géographique, seules la déontologie de la profession⁷⁰ et la répartition des services entre les médecins inspecteurs régionaux du travail et de la main d'œuvre (MIRT), lorsque les effectifs le permettent, évitent que des médecins inspecteurs régionaux du travail et de la main d'œuvre (MIRT) se trouvent en situation de contrôler des services dans lesquels ils ont exercé.

Privés de carrière au sein de la fonction publique, soumis aux aléas du renouvellement de contrat, les médecins inspecteurs régionaux du travail et de la main d'œuvre (MIRT) reçoivent en outre une rémunération peu attractive au regard de la rémunération moyenne allouée à un médecin du travail.

2 - Une rémunération peu attractive et un positionnement difficile

Selon l'inspection générale des affaires sociales⁷¹, en 2006, les médecins inspecteurs régionaux du travail et de la main d'œuvre (MIRTMO), tous anciens médecins du travail, évaluaient à 25 % la perte de revenus consécutive à leurs nouvelles fonctions.

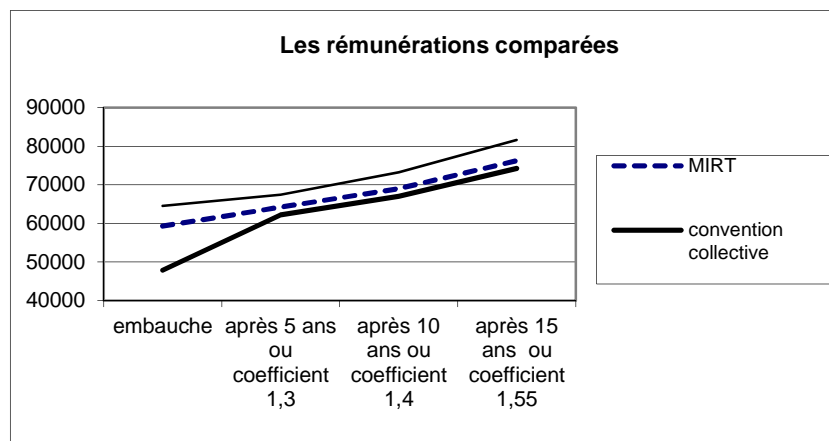
La décision du 5 août 2010 a fixé un nouveau barème, lié à la durée de service et arrêté en référence à la valeur du point d'indice de la fonction publique. Les quatre tranches existantes⁷² ont été complétées par l'instauration d'« *une tranche exceptionnelle*⁷³ ..., accessible par la voie de la nomination au choix ». Sans se prononcer sur le fond de la mesure qui prévoit ainsi, pour des contractuels, un déroulement de carrière de plus de 15 ans, la Cour constate que l'arrêté a permis de résorber une partie de l'écart avec la rémunération des médecins du travail qui se trouve encadrée par la convention collective mais bénéficie, selon le rapport de branche, d'une valeur médiane supérieure de 10 % aux minima conventionnels.

⁷⁰ L'avis du conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT) préalable à la nomination et prévu par le décret du 13 mars 2009 n'a rien changé en la matière.

⁷¹ Rapport sur « L'utilisation des compétences médicales permettant à l'Etat d'assurer ses responsabilités dans le domaine de la santé au niveau local-les médecins inspecteurs régionaux du travail et de la main d'œuvre », Jean-François Benevise et Alain Lopez, septembre 2006.

⁷² 59 334 € dès le recrutement, 64 170 € après 5 ans de service, 69 006 € après 10 ans, 76 260 € après 15 ans.

⁷³ 83 514 €.



Source : Cour des comptes, d'après documents réglementaires, convention collective et rapport de branche du Centre interservices de santé et de médecine du travail en entreprise (CISME)

Toutefois, la position des médecins inspecteurs régionaux du travail et de la main d'œuvre (MIRTMO) au sein de l'administration demeure complexe. Corps d'inspection, mais qui ne dispose pas des prérogatives des inspecteurs du travail, ils relèvent, au plan médical et technique, pour le recrutement et pour une large part de leur notation, du chef de service de l'inspection médicale centrale, placé auprès du chef du service de l'animation territoriale, de la politique du travail et de l'action de l'inspection du travail de la direction générale du travail. Cependant, dans leurs tâches quotidiennes, ils sont rattachés aux directeurs des DIRECCTE.

Leur intégration n'a pas été facile, comme l'indique la rédaction de la circulaire du 5 novembre 2001, adoptée après un conflit social. Elle définit l'organisation, le fonctionnement et les moyens de l'inspection médicale du travail et de la main d'œuvre et témoigne, par son souci marqué des détails matériels, des difficultés rencontrées par les MIRTMO. Ainsi, après avoir posé le principe selon lequel « *le DRTEFP met à disposition de chaque MIRTMO (...) les mêmes moyens humains et matériels que ceux attribués à un chef de service en direction régionale ou départementale* », une page et demie est consacrée à la description, poste par poste, des moyens dont doit disposer le MIRTMO dont un bureau, un accès direct aux messageries comme à Internet/intranet.

La situation n'a pas été simplifiée avec la création, en 2005, dans le cadre du plan de modernisation de l'inspection du travail et du premier plan « santé au travail », de cellules pluridisciplinaires ayant pour mission

d'apporter une aide technique en matière de santé et de sécurité au travail. Dans la plupart des régions, des liens existent de fait entre les médecins inspecteurs régionaux du travail et de la main d'œuvre (MIRTMO) et ces spécialistes qui appuient l'inspection du travail mais la complémentarité des rôles et des compétences n'est pas affirmée.

3 - L'importance des vacances de postes

Dans le contexte d'une pénurie de médecins du travail, le déficit de MIRT devient donc la règle. Selon les chiffres communiqués par l'administration, 43,5 médecins inspecteurs régionaux du travail et de la main d'œuvre (MIRTMO) étaient en poste au 1^{er} janvier 2012, pour 73 postes ouverts, soit un taux de vacance de 40 %, particulièrement accentué dans certaines régions comme Rhône-Alpes ou Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Cet état de fait contraste fortement avec la situation qui prévaut pour les médecins inspecteurs de santé publique (MISP). Fonctionnaires de catégorie A dès la création du corps⁷⁴, les médecins inspecteurs de santé publique ont vu leur statut renforcé successivement en 1964⁷⁵, 1973⁷⁶, 1991⁷⁷ et 2000. Recrutés par concours, nommés par décret, ils sont plus de 1700 et bénéficient d'une carrière organisée en trois grades avec neuf, sept et trois échelons. En regard, la situation des MIRTMO est d'autant plus sujette à interrogations que la formation continue, organisée par l'Institut national du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (INTEFP) et par l'Ecole des Hautes études en santé publique (EHESP), est aujourd'hui à 80 % commune aux deux corps.

Pour autant, les possibilités d'intégration des médecins inspecteurs régionaux du travail et de la main d'œuvre (MIRTMO) dans ce corps n'ont pas été envisagées, alors que ce rapprochement pourrait résoudre le problème posé par leur situation statutaire.

⁷⁴ Décret du 15 avril 1937 sur l'organisation de l'hygiène départementale.

⁷⁵ Décret n° 64-787 du 30 juillet 1964 relatif au statut particulier du corps des médecins de la santé publique.

⁷⁶ Décret n° 73-417 du 27 mars 1973 relatif au statut particulier du corps des médecins inspecteurs de la santé.

⁷⁷ Décret n° 91-1025 du 7 octobre 1991 relatif au statut particulier du corps des médecins inspecteurs de santé publique modifié par le décret n° 2000-956 du 29 septembre 2000.

II - L'agrément des services : une compétence régaliennne largement vidée de son sens

A - Le poids du non-agrément

En droit, tous les services de santé au travail, y compris les services autonomes, sont soumis à une procédure d'agrément. L'employeur, même de bonne foi, qui adhérerait à un service non agréé, enfreint « les dispositions des articles L. 4621-1 à L. 4621-3 et L. 4644-1 et des règlements pris pour leur application » et, à ce titre, est susceptible, aux termes de l'article L. 4745-1, d'une condamnation pénale⁷⁸.

On pourrait s'attendre à ce que, dans ces conditions, aucun service n' imagine fonctionner sans l'accord de l'administration. Tel n'est pas le cas : un seul des cinq services contrôlés par la Cour, *Pôle Santé Travail*, a bénéficié en continu d'agréments couvrant l'ensemble de son activité, l'*APSM* a connu, avant 2006, quelques années d'interruption ; le *CMIE* disposait d'un agrément partiel, le *CMTA* agit sans agrément depuis 1996, de même l'*Association de médecine et de santé au travail (AMST)* depuis 1997.

Ces situations ne sont pas exceptionnelles. Si l'administration n'a pu en fournir un bilan à la Cour, en revanche, la profession a estimé la situation en 2009, dans le cadre de la réglementation alors en vigueur, c'est-à-dire au niveau de chaque secteur médical. Le rapport de branche du centre interservices de santé et de médecine du travail (CISME) indique ainsi que 101 des 678 secteurs des services interentreprises (SSTI) ayant répondu à l'enquête, ne disposaient pas d'agrément, soit 16,4 % du total.

⁷⁸ Au cas d'espèce, les dispositions visées sont celles de l'article L. 4621-1 (« les employeursorganisent des services de santé au travail ») et des décrets régissant le plafond de constitution d'un service autonome puis l'agrément des services.

Les éléments de l'agrément et leur évolution

Jusqu'à la loi du 20 juillet 2011, pour les services interentreprises (SSTI), la procédure, complexe, distinguait deux phases. Dans un premier temps, le service sollicitait du directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi, sur avis du médecin inspecteur du travail des « *décisions fixant la compétence géographique et professionnelle* » (ancien article D. 4622-35 du code du travail). Puis, pour le ressort ainsi autorisé, le service déposait une demande pour ses secteurs médicaux.

La division en secteurs se trouvait strictement encadrée par un plafond de nombre de médecins affectés, huit ETP au maximum. En conséquence des seuils en vigueur pour la charge de travail par médecin, chaque secteur ne pouvait donc suivre qu'un maximum de 3 600 entreprises et 26 400 salariés. Il faisait, ou non, « *l'objet d'un agrément par période de cinq années* » dans les mêmes conditions que l'approbation de ressort. (ancien article D. 4622-36 du code du travail).

La décision initiale pouvait être considérée comme la définition d'un périmètre, géographique et/ou professionnel, au sein duquel le service interentreprises (SSTI) avait vocation à intervenir. L'agrément des secteurs, quant à lui, était destiné à vérifier l'adéquation du projet et des ressources du service à la réglementation en vigueur.

Après la loi du 20 juillet 2011 et ses décrets d'application, un régime simplifié est mis en place pour toutes les catégories de services. L'agrément vaut pour tout le ressort et « *fixe l'effectif maximal de travailleurs suivis par médecin du travail ou, pour les services de santé au travail interentreprises, par l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail* » (nouvel article D. 4622-48 du code du travail). Le service de santé au travail interentreprises reste « *organisé en secteurs géographiques, professionnels ou interprofessionnels* » (article D. 4622-25 du code du travail) qui constituent l'unité de travail élémentaire mais « *le nombre de médecins du travail affectés à un secteur est déterminé par l'agrément prévu* » (article D. 4622-26 du code du travail). La vérification des moyens du service se réalise donc en une fois.

En outre, un assouplissement du ressort géographique est prévu, afin, notamment, de permettre la constitution de services de groupes dans le cas, par exemple, d'une grande entreprise qui souhaiterait rattacher au service autonome de son siège les salariés de ses établissements hors siège.

Le mécanisme complexe en vigueur explique sans doute, pour partie, le poids de l'activité exercée sans agrément. Les simplifications opérées par la loi du 20 juillet 2011 et ses décrets d'application ne répondent cependant pas aux divers cas de figure observés.

B - Un assouplissement risqué

Les éléments recueillis par la Cour ne sauraient suppléer à l'absence de données d'ensemble. Il semble toutefois que le poids du non agrément tienne, en partie, au défaut de traitement des dossiers par l'administration. Le nombre des postes de médecins inspecteurs du travail non pourvus, notamment en Ile-de-France, explique la difficulté à instruire dans les délais, d'autant plus que, du fait d'un agrément par secteurs, les dossiers étaient nombreux.

Les pouvoirs publics n'ont pas souhaité attendre la solution de la seule simplification des procédures, pourtant très conséquente. Les décrets du 30 janvier 2012 ont en effet considéré que « *Le silence gardé pendant plus de quatre mois sur une demande d'agrément ou de renouvellement d'agrément vaut décision d'agrément.* » (article R. 4622-52 du code du travail).

Le procédé permettra certes de désengorger l'administration déconcentrée. Il recèle néanmoins des dangers certains. L'absence d'agrément ne résulte pas nécessairement d'un défaut d'instruction ; tous les cas rencontrés par la Cour relevaient de refus explicites. Conformément aux principes généraux du droit, ces refus étaient motivés, leur cause ne pouvant, selon les articles D. 4622-49 et suivants du code du travail, qu'être tirée « *de la non-conformité aux prescriptions du présent titre* ».

Certes, plusieurs de ces refus s'appuyaient sur l'insuffisance des moyens mis en œuvre par le service. Dès lors que la détermination des secteurs comme le rythme des examens périodiques sont fixés lors de l'agrément et que les charges de travail par médecin sont déplafonnées, les causes de refus tenant à la pénurie médicale et à l'impossibilité, pour un service, de respecter ces seuils réglementaires disparaissent. Cependant, sauf à imaginer que l'administration accepte d'agréer des services dont les moyens ne permettent pas l'exercice, même modulé, des prestations dues, des seuils de fait s'imposent. On comprend, dans ces conditions, le danger de l'inversion de l'approbation tacite. Il suffirait que l'administration déconcentrée ne s'oppose pas dans les délais à l'agrément pour que ce dernier soit automatiquement acquis, nonobstant une éventuelle insuffisance des moyens.

La politique de l'administration déconcentrée et sa capacité à gérer les priorités constitueront donc un enjeu majeur de l'application des décrets du 30 janvier 2012. Les dispositions du premier alinéa de l'article R. 4622-52 du code du travail contiennent en effet en germe le risque d'agrément par défaut, lequel mettrait en péril l'acceptation, par les

médecins du travail, mais aussi par les employeurs et les salariés, de l'assouplissement des exigences de ressources et de moyens. Dans ces conditions, il est regrettable que le deuxième alinéa de l'article R. 4622-52 du code du travail étende aux décisions ministérielles la possibilité d'approbation tacite.

L'article dispose en effet que « *Le silence gardé pendant plus de quatre mois par le ministre chargé du travail saisi d'un recours hiérarchique sur une décision relative à l'agrément vaut décision d'agrément* ». Or on voit mal un service interentreprises agréé, fût-ce par approbation tacite, se pourvoir auprès du ministre. Le recours hiérarchique paraît donc devoir essentiellement concerner le refus explicite d'agrément prononcé au niveau régional. Tout l'esprit du texte conduit à restreindre les cas où ce refus sera opposé. Dès lors, user du pouvoir du silence pour débouter une administration déconcentrée qui, par exception, aura, dans le délai imparti, motiver un refus apparaît fortement dissuasif. Il est vrai qu'au cas d'espèce, ni la loi ni le décret n'ont sensiblement modifié l'efficacité d'un refus.

C - A droit constant, un refus inopérant

Si la loi du 20 juillet et ses décrets d'application ont permis une évolution positive d'un droit complexe, la principale carence du dispositif d'agrément n'a pas été levée : l'absence de suites au refus. L'inexistence de sanctions et de mesures transitoires relatives à la gestion quotidienne d'un service non agréé prive d'effet le pouvoir de l'administration.

Pour d'autres organismes paritaires, le refus ou retrait d'agrément fait pourtant l'objet de dispositions claires. Dans le cas des comités interprofessionnels du logement, l'article L. 313-14 du code de la construction et de l'habitation dispose clairement : « *en cas de retrait d'agrément d'un organisme collecteur agréé ..., le ministre chargé du logement procède, par arrêté pris sur proposition ou après avis de l'agence [ANPEEC] à sa dissolution et nomme par le même arrêté, le liquidateur* ». S'agissant des organismes professionnels collecteurs agréés de la formation professionnelle, l'article R. 6332-15 du code du travail prévoit que « *l'agrément est retiré par arrêté du ministre chargé du travail. ...L'arrêté précise la date à laquelle il prend effet ainsi que les modalités de dévolution des biens de l'organisme..., Il est notifié à l'organisme et fait l'objet d'une publication au Journal officiel de la République française*».

Pour ces deux catégories, le respect du point de vue des organisations représentatives des employeurs ou des employés n'a pas fait

obstacle à ce que l'Etat exerce ses prérogatives et garantisse, pour tous, le bon fonctionnement du système.

Il n'en va pas de même en ce qui concerne la santé au travail. Selon l'administration, « *lors de la consultation des partenaires sociaux, des divergences sont apparues sur la réponse à apporter à la situation des SSTI non agréés. La voie de la dissolution prononcée par le DIRECCTE ou le ministre chargé du travail a été écartée* ».

La Cour regrette ce défaut d'alignement sur la situation commune aux autres organismes paritaires. Pourtant les exemples de services continuant à fonctionner sans agrément depuis de nombreuses années (AMST et ASTIA en région toulousaine) soulignent l'impuissance de l'administration. Certes, ainsi que l'indique l'administration, « *comme pour toute association, la dissolution sera toujours possible ... par décision volontaire de ses membres (décision prise en assemblée générale)* ». Cette dissolution ne pourra pas, en revanche, comme l'estime la direction générale du travail, résulter d'une « *demande du DIRECCTE* » ou d'une « *requête de toute personne y ayant un intérêt légitime (dissolution judiciaire prise par le tribunal de grande instance)* ». En effet, et le préfet d'Indre-et-Loire, sollicité par la direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DRTEFP) de la région Centre, en a fait l'expérience à l'occasion de son recours devant le tribunal de grande instance à l'encontre d'un service interentreprises de la région d'Amboise, la dissolution d'une association par voie judiciaire relève du droit commun du code du commerce et suppose donc la cessation de paiement.

La loi du 20 juillet 2011 et ses décrets d'application ont néanmoins conduit à une évolution de la situation.

La nouvelle rédaction (au 1^{er} juillet 2012) de l'article D. 4622-51 du code du travail prévoit, en effet, que « *Le président du service de santé au travail informe individuellement les entreprises adhérentes de la modification ou du retrait de l'agrément* ». C'est dire que tel n'était pas nécessairement le cas. Désormais, l'employeur qui adhère à un service interentreprises non agréé devra donc être averti de sa situation. S'y ajoute la communication aux partenaires sociaux. L'article D. 4622-53 du code du travail, nouveau, prévoit, en effet, que « *Chaque année, le directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi présente la politique régionale d'agrément au comité régional de la prévention des risques professionnels dans une formation restreinte composée des collèges mentionnés aux 2° et 3° de l'article R. 4641-31 du code du travail (c'est-à-dire le collège des représentants de l'Etat et celui des partenaires sociaux)* ». A défaut d'être sanctionné, le refus d'agrément sera donc,

désormais connu. La portée de la disposition dépend toutefois de l'offre existante.

En effet, comme le souligne l'administration, l'information « *conduira les employeurs à s'adresser à un autre SSTI pour assurer le suivi de ses salariés. Dans une telle situation, il appartiendra au DIRECCTE dans le cadre de la politique régionale d'agrément de favoriser l'absorption du service par un ou plusieurs SSTI. Les partenaires sociaux, informés annuellement par le DIRECCTE de cette politique régionale d'agrément pourront également proposer des solutions visant à proposer aux entreprises l'offre de service en matière de santé au travail correspondant à leurs besoins* ». Ainsi, c'est de la capacité d'initiative des partenaires sociaux que dépend le respect du droit de l'agrément.

On ne saurait mieux souligner les difficultés de l'Etat à piloter l'organisation de la santé au travail.

III - Les difficultés du pilotage par l'Etat

La direction générale du travail a laissé se périmer les outils d'information à sa disposition, c'est-à-dire les divers rapports et comptes rendus, parfois volumineux que les services interentreprises (SSTI) ont l'obligation de transmettre. Elle n'est pas intervenue dans la restructuration de l'offre et ne dispose pas, au plan national, d'une cartographie de la couverture des services. Elle n'exerce enfin qu'un contrôle extrêmement lâche de l'obligation d'adhésion.

Les outils nouveaux instaurés par la loi du 20 juillet 2011 pourraient être l'occasion d'un renouveau de l'action.

A - Un système d'information obsolète

1 - Le rapport administratif et financier

La réglementation (articles D. 4622-70 et D. 4622-71 du code du travail) impose aux services interentreprises, depuis la loi fondatrice de 1946, de communiquer au médecin inspecteur du travail un rapport annuel relatif à l'organisation, au fonctionnement et à la gestion financière du service de santé au travail. Ce rapport doit, selon les dispositions de l'article D. 4622-72 du code du travail, être conforme à un modèle prévu par arrêté du ministre du travail.

Le modèle existe bien, mais il résulte d'un arrêté de 1971 qui n'a pas été mis à jour, jusqu'à l'ouverture, en juin 2012, des premières négociations et ce en dépit des nombreuses voix qui se sont élevées pour le souhaiter. L'inspection générale des affaires sociales, dans son rapport de 1990, soulignait déjà l'urgence d'une actualisation, en raison de l'écart déjà présent entre l'évolution des missions et les notions ayant servi de base à l'arrêté. Depuis la transposition de la directive européenne, l'écart n'a fait que s'amplifier. Les principales dispositions novatrices de la loi du 20 juillet 2011 et des décrets du 30 janvier 2012 ont ainsi été adoptées sans que l'administration ne dispose d'un état des lieux, en matière d'exercice de la pluridisciplinarité, de refus ou d'absence d'agrément, notamment. Pour toutes ces données, la seule source existante a été établie à l'initiative de la profession, dans le rapport de branche réalisé en 2009 par le centre interservices de santé et de médecine du travail en entreprise.

Certes, les services interentreprises continuent, pour la plupart, d'adresser aux DIRECCTE un rapport, normalement accompagné des comptes certifiés. En Midi Pyrénées, il a ainsi été constaté que 15 des 19 services de la région transmettent régulièrement ces documents mais sept seulement produisent des comptes à l'appui, dont trois des comptes certifiés. En outre, le rapport transmis est généralement le rapport d'activités élaboré par l'association pour son assemblée générale. En l'absence de modèle commun, la comparaison des informations est difficile et la centralisation des données n'est pas effectuée par la direction générale du travail. Pour les besoins du rapport annuel du conseil interservices de santé et de médecine du travail entreprise (COCT), les médecins inspecteurs régionaux du travail et de la main d'œuvre (MIRTMO) sont donc interrogés individuellement et rassemblent les éléments statistiques à leur disposition, éléments que l'obsolescence de l'arrêté de 1971 rend au mieux hétérogènes, au pire indisponibles.

2 - Le rapport d'activités médicales

L'absence de centralisation et d'exploitation des informations existantes est particulièrement dommageable pour un ensemble de documents, particulièrement lourds à établir, les rapports d'activité médicale (RAM), dû annuellement par chaque médecin du travail, en application de l'article D. 4624-42 du code du travail. Comme pour le rapport administratif et financier, le modèle du rapport d'activité médicale n'a pas été actualisé depuis les années 1970, alors que la connaissance des pathologies professionnelles et l'attention portée à la veille sanitaire n'ont cessé d'évoluer. Le rapport d'activité médicale reste

ainsi un document papier ancien, non centralisé au plan national et difficilement exploitable pour des synthèses sanitaires.

Pourtant, l'obligation faite – et respectée – de collecte d'informations médicales de première main couvrant l'ensemble de la population salariée suivie pourrait constituer un apport majeur à la connaissance de la santé au travail. Une tentative d'utilisation des rapports d'activité médicale, conduite en Nord-Pas-de-Calais, sur le fondement d'une exploitation manuelle des rapports d'activité médicale régionaux, a permis d'identifier une surreprésentation des troubles musculo-squelettiques, des affections du rachis lombaire liées au port de charge lourdes, les conséquences de vibrations, ou le risque lié au bruit ainsi que les expositions des personnels intérimaires. Bien que le cadre du rapport n'identifie pas, en tant que tels, les risques psychosociaux, leur émergence est apparue, à travers le poids des orientations de salariés vers la spécialité de psychiatrie. Dans le cadre de la veille sanitaire et de l'élaboration des plans santé au travail régionaux et nationaux, les rapports auraient pu représenter un apport essentiel.

3 - Les évolutions attendues

Les carences de centralisation et d'homogénéité de l'information ont privé l'Etat comme d'ailleurs les caisses assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT), d'une connaissance précise de la situation des acteurs de terrain, les services interentreprises, au moment où d'importantes modifications législatives et réglementaires étaient conduites. C'est donc sans références, autres que celles recueillies par la profession, que sont actuellement négociés les contrats prévus par la loi du 20 juillet 2011 et la nouvelle campagne d'agrément, avec son cortège de mesures dérogatoires en matière de modulation du rythme des visites ou de charge de travail par médecin. En l'absence de toute donnée de portée nationale relative à la pluridisciplinarité, la mise en place des équipes pluridisciplinaires s'effectue de façon aveugle.

Une évolution a été prévue, avec le système SINTRA (système d'information santé au travail) d'informatisation des données relatives à la santé et aux conditions de travail. Ancien, ce projet devrait, selon l'administration, recevoir une application au cours du 1er semestre 2013. Sans attendre le développement de cet outil, il est urgent que les deux arrêtés soient révisés pour que l'Etat puisse disposer d'un bilan exact de l'activité des services pour 2012. S'agissant du rapport d'activité médical (RAM), il faut souligner l'intérêt qui s'attache à ce qu'il soit profondément révisé dans le cadre de la mise en place de l'équipe médicale et pluridisciplinaire.

De façon plus générale, l'ensemble de l'offre qui n'apparaît pas piloté.

B - Une offre non pilotée

1 - L'absence de cartographie des SSTI et ses enjeux

La direction générale du travail ne dispose pas d'une cartographie nationale des services. La couverture géographique et par secteur professionnel ou interprofessionnel n'est connue qu'au niveau régional. Deux régimes coexistent, fort différents du point de vue des entreprises adhérentes et de leurs salariés : le monopole ou l'existence d'offres concurrentes.

Dans la majorité des régions, pour un ressort géographique et professionnel donné, un seul service est autorisé. C'est donc la situation de monopole qui prévaut, et les entreprises n'ont pas le choix du service auquel elles peuvent adhérer. En Ile-de-France et pour une partie du territoire de Rhône-Alpes, au contraire, deux ou plusieurs services ont compétence pour le même ressort. Il a donc une concurrence possible. On retrouve ce cas de figure à Marseille et à Toulon.

Pour les entreprises et leurs salariés, la différence est sensible. L'existence simultanée de régions à situation monopolistique et de zones de concurrence ne résulte pas d'une volonté de l'administration et d'une analyse des besoins. Tout au contraire, elle est le produit de l'absence de doctrine nationale en la matière et de l'histoire des décisions régionales prises localement par les directeurs compétents.

Aucun pilotage de la carte de l'offre de santé au travail n'a été mis en place pour infléchir ou corriger les effets de l'histoire et l'administration constate l'effet de mouvements de fusion ou, au contraire, la résistance de services au regroupement. En la matière, l'initiative appartient aux organisations représentatives des employeurs ou aux services eux-mêmes.

2 - La dynamique des fusions

Les premières applications de la réforme de 2002 ont incité à un regroupement des services interentreprises, afin d'atteindre la taille critique permettant, notamment, la mise en œuvre de la pluridisciplinarité. De 1995 à 2010, le nombre des services a chuté de 422 à 292. Dans le même temps, le nombre de salariés suivis a augmenté, passant de 14,2 millions en 2006 à 15,1 en 2010, soit une croissance de 6 %, (selon le conseil d'orientation sur les conditions de travail COCT).

Lorsqu'un monopole, généralement départemental, n'existait pas, des regroupements sont nés du rapprochement de services intervenant sur un même territoire ou pour un même secteur professionnel spécialisé. Le centre médical interentreprises Europe a ainsi acquis une compétence pour le secteur de la propreté, sur tout le territoire de l'Ile-de-France. Dans certains cas, les organisations représentatives des employeurs ont joué un rôle majeur.

Ainsi, en Nord-Pas-de-Calais, le MEDEF régional, lors de la réforme de 2002, a souhaité qu'à terme, un mouvement de fusion débouche sur la création de quatre pôles, calqués sur les quatre bassins d'emplois et zones de développement économique définis au schéma régional d'aménagement et de développement du territoire :

Littoral (de Dunkerque à Montreuil-sur-mer), le Hainaut-Cambrésis (Valenciennois, Vallée de la Sambre autour de Maubeuge, région de Cambrai et de Fourmies), l'Artois-Ternois (Arras, région de St-Pol et bassin minier de Béthune à Henin-Beaumont) et la métropole lilloise, y compris le Douaisis. Au sein de ce dernier ensemble, la dynamique a été portée par une structure ad hoc, créée dans le but des rapprochements envisagés, l'*Association des services de santé au travail de Lille métropole*, créée en 2002. Elle a développé le travail commun, en s'appuyant sur la pluridisciplinarité et, subsidiairement, la formation.

Au cas d'espèce, la direction régionale des entreprises de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) a encouragé les mouvements, subordonnant la prolongation de certains agréments aux fusions en cours.

En Midi-Pyrénées, les pouvoirs de la DIRECCTE se sont cependant révélés insuffisants pour contrer l'absorption par le *CMTA*, le plus petit des deux organismes, de l'*Association de médecine et de santé au travail (AMST)* toulousaine, une fusion contestée par les organisations représentatives des salariés et qui s'est soldée par le départ de 14 cadres dont 12 médecins du travail.

Le pilotage de l'offre par les pouvoirs publics est donc largement inexistant, avec pour corollaire l'absence de suivi de l'obligation d'adhésion des entreprises de la zone, sauf initiatives des services.

C - Un contrôle de l'obligation d'adhésion reposant d'abord sur les services eux-mêmes

L'obligation qu'a l'employeur d'adhérer à un service interentreprises constitue l'un des points vérifiés par l'inspection du travail, lors de ses contrôles en entreprise. Cependant, l'Etat se cantonne à

ce rôle. Il n'est pas à l'origine des campagnes d'information, notamment en direction des créateurs d'entreprises ou bien des vérifications territoriales systématiques. Cette mission, à bien des égards de service public, est assumée par les services interentreprises, à leur initiative, avec le soutien éventuel, comme en Nord-Pas-de-Calais, du conseil régional.

Dans le Nord, l'un des services lillois à l'origine de *Pôle Santé Travail* recevait depuis quinze ans, à l'initiative de l'URSSAF, les fichiers de déclarations uniques d'embauche (DUE) et pouvait donc vérifier, via le n° SIRET de l'entreprise, si l'entité en cause était bien adhérente et si l'embauche annoncée par la déclaration avait donné lieu à une modification du montant de la cotisation. Afin de contrer la difficulté qui pouvait naître de la coexistence de deux services pour la ville de Lille, dès avant le lancement du processus de fusion, les bases des services avaient été harmonisées et pouvaient être librement consultées à cette fin par les personnes habilitées. Cette coopération assez exceptionnelle a permis d'obtenir, le temps aidant, une certaine sécurité dans le recensement des adhérents potentiels. L'analyse des adhésions provoquées, résultant d'une initiative de l'association, montre que les cas correspondent essentiellement à de très petites entreprises. C'est à ce titre qu'il est beaucoup attendu du projet, développé à partir de 2012 par le conseil régional, qui vise à inciter les créateurs d'entreprise à développer une démarche de prévention en santé au travail.

A l'Association de prévention et de santé au travail (APSMT), le service de gestion des adhérents a pour mission, depuis sa création en janvier 2007, de vérifier que les entreprises du champ de compétences sont toutes adhérentes et, comme telles, versent la cotisation due. Chaque semaine, les adhérents potentiels sont ainsi identifiés à partir du fichier des déclarations uniques d'embauche transmis par les URSSAF, soit de 500 à 600 par semaine. Ce travail s'accompagne d'une démarche spécifique à l'occasion des nombreuses réunions de prévention des risques professionnels organisées à destination des entreprises. Le service constate la méconnaissance qu'ont les employeurs de moins de dix salariés de leurs obligations en matière de santé au travail et estime à environ 40 % les entreprises qui refusent d'adhérer au premier envoi du bulletin d'adhésion. De nombreuses entreprises, en outre, adhèrent en urgence, dans le cadre d'un conflit du travail ou de la survenance d'un accident.

Les services interentreprises assument donc, volontairement, un contrôle du respect de l'obligation d'adhésion qu'ils cherchent à étendre, en analysant au plus près les motifs de radiation. Pour autant leurs initiatives ont une limite. Ainsi, dans tous les services contrôlés par la

Cour, le nombre total des adhérents de l'année n'est jamais égal à celui de l'année précédente, augmenté des adhésions nouvelles et diminué des radiations⁷⁹.

Pour éviter ces incertitudes, l'arrêté de 1971 régissant le modèle de rapport administratif et financier prévoyait un outil indirect de contrôle, à la charge de l'administration : le tableau annuel des adhésions nouvelles et des radiations, établi par chaque service interentreprises et transmis au médecin inspecteur. Toutefois, la Cour n'a pu relever aucun cas d'exploitation de ces données, alors même que leur examen et les précisions apportées par les services interentreprises apportent de nombreuses questions.

Si la disparition de l'entreprise (cessation d'activité, décès de l'entrepreneur) dissimule difficilement une manœuvre frauduleuse, il n'en va pas de même du non-paiement répété des cotisations ou des transferts annoncés vers d'autres services, sans précision. Ces informations pourraient, comme l'esprit de l'arrêté y incitait, être communiquées par le médecin inspecteur à l'inspection du travail, si l'administration était positionnée dans une fonction de contrôle et de suivi des services.

Tel ne semble pas être le cas : le choix a été fait de privilégier une incitation à une contractualisation ne portant que sur les thématiques d'intervention. C'est dans le même esprit que les outils créés par la loi du 20 juillet 2011 semblent devoir être déployés.

D - Les possibilités ouvertes par la loi du 20 juillet 2011

1 - L'expérience antérieure

Dans le cadre du premier plan « santé au travail, la contractualisation avec les services de santé au travail volontaires était conçue comme une expérimentation permettant la mise en place de démarches innovantes⁸⁰. Elle a été développée en région Centre et en Pays de la Loire. La circulaire de la direction générale du travail du 7 avril 2005 disposait à cet égard : « *la démarche de contractualisation*

⁷⁹ Les écarts s'expliquent, en partie, par les incohérences d'enregistrement qui portent soit sur la raison sociale, l'entreprise, soit sur chacun de ses établissements.

⁸⁰ « *Il convient d'engager un processus d'expérimentation visant, dans le cadre de protocole établi, à permettre la mise en place de solutions innovantes ayant pour objectif d'accentuer fortement la participation des médecins du travail à toutes les méthodes de prévention portant sur la réduction des nuisances et de leurs effets. Ces expérimentations pourront se faire par voie contractuelle, entre les services de santé au travail, les DRTEFP et les instances régionales de coordination* ».

visé à favoriser une montée en compétences des services de santé au travail sur la santé et la sécurité au travail et à placer les priorités de la politique de santé au travail au cœur de l'activité des services. La contractualisation consiste en un accord - à partir d'une démarche volontaire - entre le service de santé au travail ou l'employeur et la direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, portant, en particulier, sur des priorités générales à atteindre, examinées au sein de l'instance régionale de concertation, pour une période donnée, assorties d'outils d'évaluation des résultats. Les engagements et leurs modalités sont consignés dans un document écrit, établi en lien avec l'agrément ».

En janvier 2009, l'évaluation réalisée à mi-parcours par un cabinet extérieur a considéré que « la contribution demandée au service de santé au travail » constituait l'un des points faibles du bilan du premier plan. L'avis présenté au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi de finances 2010 a confirmé le diagnostic en distinguant « une sensibilisation réussie » des acteurs « de l'application et de la mise en œuvre concrète d'actions de prévention des risques professionnels dans les entreprises ». Ainsi, le premier plan « santé au travail » n'a pas été assorti d'un réel pilotage des acteurs de terrain, les services interentreprises (SSTI).

Pour le deuxième plan de « santé au travail », couvrant la période 2010-2014, la circulaire de la direction générale du travail du 30 juillet 2010 a donc souhaité qu'« une plus grande opérationnalité [soit] recherchée dans le cadre du Plan Santé au Travail 2 » et a mis l'accent sur la contractualisation avec les services de santé au travail. L'objectif était d'« inscrire l'action des services, par des contrats d'objectifs, dans les priorités de la politique nationale de santé au travail » et de généraliser le procédé.

Dans les faits, les contrôles de services interentreprises et les entretiens conduits avec les DIRECCTE ont montré un foisonnement de conventions conclues avec l'ensemble des acteurs publics régionaux intervenant dans le champ de la santé au travail, sans vision d'ensemble ni articulation. Sur le fond, les conventions conclues avec les DIRECCTE portaient davantage sur des projets particuliers, avec parfois une subvention publique attachée, que sur la mise en œuvre des priorités définies par les Plans Santé au travail. De plus, il n'a pas été constaté que l'absence d'agrément constituait un obstacle à la contractualisation. Dans tous les cas, aucun objectif directement relatif aux services dus aux entreprises (accès à la pluridisciplinarité, modulation des examens) n'a été fixé.

2 - Les nouveaux outils et leur articulation

Les dispositions de la loi du 20 juillet 2011 instituent un dispositif à trois étages. Le premier niveau est constitué par un projet de service, prévu à l'article L. 4622-14 du code du travail, élaboré dans le cadre de la commission médico-technique de l'association puis approuvé par le conseil d'administration. Les services interentreprises (SSTI) qui se sont déjà volontairement engagés dans la démarche de qualité préconisée par le centre interservices de santé et de médecine du travail en entreprise (CISME) (démarche dite de progrès en santé au travail) se trouvent préparés à cette nouvelle obligation.

Elle devient la condition de l'obtention de l'agrément, deuxième étape, régalienne, du processus. Ce dernier, et les dérogations auxquelles il peut donner accès, notamment en ce qui concerne le rythme des visites périodiques s'appuient, en effet, sur le projet de service.

Enfin, le dernier étage du dispositif est d'ordre contractuel : *« Les priorités des services de santé au travail sont précisées ... dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu entre le service, d'une part, l'autorité administrative et les organismes de sécurité sociale compétents, d'autre part, après avis des organisations d'employeurs, des organisations syndicales de salariés représentatives au niveau national et des agences régionales de santé »* (nouvel article L. 4622-10 du code du travail).

Les articles D. 4622-44 à 47 du code du travail précisent le contenu de ce contrat, d'une durée maximale de cinq ans qui *« indique les moyens mobilisés par les parties, la programmation des actions et les modalités de collaboration pour atteindre des objectifs chiffrés »* et *« détermine ... les modalités de suivi, de contrôle et d'évaluation des résultats, à l'aide d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs »*. L'engagement contractuel a pour premier objectif de *« mettre en œuvre le projet de service »* que le service interentreprises a défini, puis d'*« améliorer la qualité individuelle et collective de la prévention des risques professionnels et des conditions de travail »*, de *« mettre en œuvre les objectifs régionaux de santé au travail définis dans les plans régionaux »*, de *« promouvoir une approche collective et concertée et les actions en milieu de travail »*, de *« mutualiser, y compris entre les services de santé au travail, des moyens, des outils, des méthodes, des actions, notamment en faveur des plus petites entreprises »*, de *« cibler des moyens et des actions sur certaines branches professionnelles, en faveur de publics particuliers ou sur la prévention de risques spécifiques »* et de *« permettre le maintien dans l'emploi des salariés et lutter contre la désinsertion professionnelle. »*

La note commune du directeur général du travail et du directeur des risques professionnels aux responsables régionaux des DIRECCTE et des CARSAT, en date du 9 mai 2012, peut cependant faire craindre la poursuite des insuffisances antérieures. Les exemples cités, en ce qui concerne les programmes d'action déclinant les priorités du contrat pluriannuel, sont exclusivement relatifs à la prévention de risques professionnels : « *action CMR, action prévention de la désinsertion professionnelle, action RPS, action TMS, action sectorielle par métier, par exemple métiers de la propreté, garages ou un mixte entre secteur d'activité et risque, par exemple CMR dans le BTP, action de prévention des accidents du travail, comme pour les chutes de hauteur dans le secteur du BTP ou agricole et forestier* ». L'Etat ne prévoit donc aucun objectif relatif à la gestion des relations du service interentreprises avec ses adhérents, notamment un taux de progression de la réalisation des fiches d'entreprises, c'est-à-dire du diagnostic effectif des risques encourus dans les entreprises d'un territoire par les salariés présents, compte tenu de caractéristiques personnelles.

L'administration a fait valoir, s'agissant de cet exemple particulier, que « remplir la fiche d'entreprise ne saurait être un objectif en soi du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) car c'est une obligation légale ».

Il s'agit en fait d'une obligation réglementaire⁸¹, essentielle dans une perspective de diagnostic des risques effectifs, présents pour les entreprises adhérentes d'un service et pour leurs salariés. Tous les indicateurs rassemblés attestent que cette obligation n'est pas respectée. Les contrats pluriannuels auraient dû acter ce constat et inciter les services interentreprises à réaliser progressivement, dans les cinq ans, le diagnostic attendu. Or, l'administration n'envisage pas que la contractualisation soit le moyen d'accompagner les services interentreprises dans l'accomplissement des obligations réglementaires qui leur incombent, qu'il s'agisse de la fiche d'entreprise ou d'autres points⁸².

⁸¹ L'obligation réglementaire (article D. 4624-37 du code du travail) s'impose au service ou au médecin, à la différence du document unique d'évaluation des risques (DUER), à charge de l'employeur (articles R. 4121-1 et suivants du code du travail).

⁸² L'absence, dans une entreprise, du fichier des déclarations uniques d'embauche (DUE) peut être sanctionnée par l'inspection du travail, mais, bien évidemment, pas celle de la fiche, l'action du médecin du travail au sein du service se trouvant hors champ de l'intervention de l'inspection du travail, contrairement à ce que pourrait laisser croire la réponse de l'administration qui assure la Cour que « *le contrôle de l'élaboration des fiches d'entreprise s'effectue essentiellement dans les entreprises par l'inspection du travail dans le cadre de tous les contrôles rendus obligatoires par le code du travail.* »

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La politique publique de santé et de sécurité au travail repose d'abord sur un travail d'animation et de sensibilisation aux normes de sécurité et aux principes et outils de prévention que les plans « santé au travail » ont porté et qui s'est renforcé grâce à la mobilisation de l'inspection du travail sur ces thèmes particuliers.

Dans ce dispositif d'ensemble, l'organisation de la santé au travail et son pilotage ne représentent qu'un des éléments. Les moyens humains que l'Etat consacre à cette mission spécifique, au plan national, comme local sont réduits. Ils ne sont pas confortés par le statut des principaux acteurs, les médecins inspecteurs régionaux du travail, contractuels chargés du contrôle des services interentreprises.

Dans un contexte de déficit de médecins du travail, le défaut de perspectives de carrière et une rémunération qui reste peu attractive conduisent à des vacances importantes de postes. Il est vrai que l'Etat ne dispose que de faibles pouvoirs, le refus d'agrément d'un service n'interdisant pas à ce dernier, en fait, de poursuivre son fonctionnement.

Dans ces conditions, jusqu'à une date très récente, l'administration n'a pas actualisé les données de base du système d'information dont la matrice, vieille de plus de 40 ans, ne comporte aucun des éléments qui pourraient attester de la mise en œuvre des objectifs nouveaux fixés par le législateur ou de l'évolution effective de l'état de santé des salariés.

La contractualisation, expérimentée dès le premier plan « santé au travail », n'a pas été l'occasion de modifier le pilotage des services, qui ne fait pas place au suivi effectif des mesures concrètes de modification des services rendus aux entreprises, la pluridisciplinarité par exemple ou, plus généralement, l'action en milieu de travail, attestée par la réalisation d'une fiche de l'entreprise concernée.

La Cour recommande donc :

- 8. d'étudier la possibilité d'intégrer les médecins inspecteurs régionaux du travail dans le corps des médecins de santé publique ;*
- 9. d'actualiser rapidement, non seulement le modèle de rapport administratif et financier, mais aussi le rapport d'activité médicale, en les adaptant aux réformes, notamment à la mise en place des équipes pluridisciplinaires ;*
- 10. d'aligner les services interentreprises sur le droit en vigueur pour d'autres structures paritaires en donnant au ministre du*

travail, dans le respect des procédures contradictoires, la possibilité de dissoudre un service interentreprises ou de le placer sous la responsabilité d'un administrateur provisoire ;

- 11. de saisir l'occasion des contractualisations pour définir, en concertation avec tous les acteurs, des objectifs chiffrés relatifs au service rendu aux entreprises et à leurs salariés, notamment en matière de premier diagnostic des risques, donc de fiches d'entreprises et de modalités d'exercice de la pluridisciplinarité.*
-

Chapitre III

Un fonctionnement à la recherche d'un nouvel équilibre

Confrontés à des réformes ambitieuses mais aussi au déficit structurel de médecins du travail et aux difficultés du pilotage par l'Etat, les services de santé au travail interentreprises (SSTI) ont réalisé des projets qui sont fonction du dynamisme des équipes dirigeantes. La gouvernance du système constitue donc un enjeu majeur. La loi du 20 juillet 2011 a voulu, à cet égard, renforcer le rôle des partenaires sociaux mais elle n'a pas rompu, pour autant, avec le modèle associatif. L'équilibre est donc subtil et continue de laisser une grande place à la profession, sur qui pèse le poids d'enjeux décisifs.

I - Un nouveau régime de gouvernance

A - Un héritage complexe

1 - Le droit antérieur en vigueur

Avant l'adoption de la loi du 20 juillet 2011, les services interentreprises pouvaient opter entre deux systèmes. Ils étaient

administrés, soit « *paritairement en application d'un accord entre les organisations d'employeurs et de salariés représentatives au niveau national intéressées* » (ancien article D. 4622-42 du code du travail), la présidence relevant du collège employeur, soit par un conseil d'administration issu de l'assemblée générale. En ce cas, toutefois, l'« *organisation et [la] gestion [du service étaient] placées sous la surveillance ...d'une commission de contrôle* ».

Cette commission se composait, pour un tiers de représentants des adhérents, c'est-à-dire des employeurs, et pour les deux tiers restants, de représentants des salariés désignés, conformément à l'ancien article D. 4622-48 du code du travail, « *parmi les salariés des entreprises adhérentes, par les organisations syndicales de salariés représentatives au niveau national. La répartition des sièges fait l'objet d'un accord entre le président du service de santé au travail et les organisations syndicales de salariés représentatives au niveau national intéressées* ». Le président de la commission de contrôle appartenait de droit au collège des salariés. De façon symétrique à la composition de la commission de contrôle, le conseil d'administration, non paritaire, devait obligatoirement compter un tiers de membres issus du collège salariés de cette commission de contrôle, la présidence du conseil restant réservée à un membre du collège employeur.

Ainsi, la gouvernance de l'ensemble des services intégrait toujours des éléments de paritarisme. Selon le rapport de branche du centre interservices de santé et de médecine du travail en entreprise (CISME), la modalité la plus simple, c'est-à-dire la composition paritaire du conseil d'administration avec présidence patronale, concernait, en 2009, 12 % des services de l'échantillon. Le choix d'un conseil d'administration doté d'un tiers de salariés pour deux tiers d'employeurs et doublé d'une commission de contrôle à composition inversée était fortement majoritaire.

Quelle que soit la forme retenue, les contrôles de la Cour ont montré que le fonctionnement n'évitait pas certaines difficultés.

2 - Des difficultés de fonctionnement

Dans tous les services contrôlés par la Cour, le rythme des réunions des conseils d'administration, prévu par les statuts, se trouvait, sauf accident, respecté. Les procès-verbaux, correctement tenus, attestent de la réalité des débats portant sur les principales questions de la vie associative.

La consultation de la liste des présents montre cependant la difficulté à réunir l'ensemble des représentants des organisations

représentatives des salariés, membres de droit. Si, dans le cas de la *CMIE*, la participation des membres salariés est soutenue, dans celui de l'*Association de prévention et de santé au travail (APSMT)*, les réunions ne comptent, en permanence qu'un représentant des salariés sur quatre, l'organisation représentée variant. Le même défaut de participation s'observait au sein de l'*AMEST*, association absorbante du regroupement constitué par *Pôle Santé Travail*. Les traités de fusion successifs ont réduit un absentéisme récurrent parmi les cinq représentants des salariés et l'introduction du paritarisme, en mettant fin à la commission de contrôle, a favorisé la présence en conseil d'administration.

Dans certains cas, le fonctionnement des instances représentatives est perturbé, sans que l'administration ne soit en mesure d'intervenir.

Ainsi, l'*AMST* a opté, en 2005, pour une gouvernance paritaire sans que, comme l'a relevé l'inspection du travail, un accord intervienne entre les organisations d'employeurs et de salariés. En outre, les procès-verbaux témoignent d'une volonté limitée de voir les membres de droit s'impliquer dans la gestion de l'association. Lors du conseil d'administration du 21 septembre 2009, le représentant d'un syndicat ayant demandé s'il était possible d'obtenir les comptes avant la prochaine réunion s'est vu répondre que « *des chiffres bruts ont peu de signification. Ce sont les commentaires de la direction qui font la richesse des documents transmis* ». Depuis, les cinq administrateurs salariés de l'*Association de médecine et de santé au travail (AMST)* qui se sont prononcés contre l'absorption de l'association, refusent de siéger dans les instances de gouvernance de la nouvelle entité, l'*ASTIA*, que l'administration n'a pas agréée au vu des modalités statutaires envisagées.

D'autres éléments conduisent à nuancer le diagnostic qui peut être porté sur le fonctionnement des instances statutaires. Dans deux associations, l'*Association de médecine et de santé au travail (AMST)* et le *centre médical interentreprises Europe (CMIE)*, les fonctions de président du conseil d'administration se sont trouvées rémunérées, à l'*AMST* pour quatre ans et dans la limite du plafond autorisé, soit 9 093 mensuels en 2012⁸³, au-delà du plafond, jusqu'à l'intervention de l'administration mais de façon durable au centre médical interentreprises Europe (*CMIE*). Le respect du plafonnement et l'existence, dans

⁸³ Conformément aux dispositions de la loi de finances pour 2002 (article 6-III-1) modifiant l'article L.261-7 du code général des impôts, la rémunération d'un président d'association ne peut pas excéder la valeur de trois fois le plafond visé à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale, soit 3 031 € mensuels en 2012.

l'association, de ressources suffisantes font que ces rémunérations, dans leur principe, ne sont pas contraires au droit (article L. 261-7 du code général des impôts). Toutefois, dans les deux cas, la décision a été prise sans que les statuts n'en prévoient la possibilité et sans que la consultation des instances associatives apparaisse pleinement satisfaisante. Dans le cas du CMIE, un conseil d'administration a, le 26 avril 2006, procédé à la « confirmation » de la rémunération de la présidente. A l'Association de médecine et de santé au travail (AMST), aucune décision du conseil n'est venue entériner la pratique, fût-ce a posteriori. Tout juste a-t-elle été incidemment mentionnée à l'occasion du vote, en assemblée générale du 28 juin 2006, de défraiements accordés aux membres du conseil d'administration « à l'exclusion des présidents de l'AMST et de l'AST dans la mesure où ils bénéficient d'une allocation mensuelle justifiée par leur fonction ».

Ces anomalies dans le fonctionnement des conseils d'administration apparaissent d'autant plus dommageables que l'existence d'une vie associative réelle n'est pas avérée.

3 - Une vie associative réduite

Dans tous les services examinés par la Cour, si les assemblées générales statutaires se sont tenues bien conformément aux statuts, le taux de participation des adhérents, c'est-à-dire des chefs d'entreprise, a été très faible, en dépit de tous les efforts de communication déployés.

L'Association de prévention et de santé au travail (APSMT) a enregistré le taux maximal observé par la Cour, soit 9 % des voix, pouvoirs compris, en 2006. Mais, en 2005, l'assemblée extraordinaire, chargée de modifier les statuts et convoquée dans le cadre d'une profonde réforme de la gouvernance interne n'a réuni que 6 % des voix, un quorum insuffisant. Les nouveaux statuts ont donc été adoptés par l'assemblée reconvoquée qui comptait 1,7 % des voix.

La situation n'est pas meilleure au centre médical interentreprises Europe (CMIE) où le taux moyen de présence s'établit à 5,3 adhérents sur 13 849 soit 0,038 % ; des modifications statutaires ont ainsi été, régulièrement, adoptées en 2005 et 2007 par tout au plus 10 adhérents, dont plus de la moitié étaient représentés.

Ces taux se retrouvent à *Pôle Santé Travail*. Si les assemblées générales extraordinaires de 2010, qui ont entériné les traités de fusion, ont réuni 8 % des adhérents, dès l'année suivante, le taux de présence s'est effondré à 0,06 % des adhérents représentant 5 % des voix.

Le manque de consistance de la vie associative dans les services interentreprises tient pour partie aux contraintes qui pèsent sur les chefs d'entreprise, particulièrement dans les très petites entreprises. La convocation par lettre individuelle, le choix d'horaires adaptés, en fin de journée ou le couplage de l'assemblée générale avec l'organisation de conférences sur les mesures de prévention au travail, y compris dans des cadres prestigieux, toutes mesures expérimentées successivement par les services, n'ont pas permis d'élever les taux de présence. D'autres facteurs entrent en jeu. Il n'est pas certain que l'entreprise se considère comme un adhérent, dès lors que le service interentreprises se trouve en peine de lui offrir une prestation substantielle. Dès lors qu'il ne connaît du service interentreprises que la « facture » annuelle de la cotisation, le chef d'entreprise est plus incité à l'abstention qu'à la participation critique.

B - La réforme du 20 juillet 2011

1 - Une synthèse complexe

La loi du 20 juillet 2011 aurait pu opter pour l'un ou l'autre des deux systèmes préexistants. Le législateur a préféré retenir la voie d'une synthèse. Désormais, « *le service de santé au travail est administré paritairement par un conseil composé : 1° de représentants des employeurs désignés par les entreprises adhérentes ; 2° de représentants des salariés des entreprises adhérentes, désignés par les organisations syndicales représentatives au niveau national et interprofessionnel. Le président, qui dispose d'une voix prépondérante en cas de partage des voix, est élu parmi les représentants mentionnés au 1°. Le trésorier est élu parmi les représentants mentionnés au 2°* » (nouvel article L. 4622-11 du code du travail).

Tous les services, et non plus seulement ceux qui l'avaient déjà instauré (12 %), doivent donc mettre en place un conseil d'administration paritaire à présidence employeur. Pour la majorité des services, la modification concerne la proportion de représentants des salariés : elle passe du tiers, taux anciennement obligatoire, à la moitié des membres du conseil d'administration. En outre -c'est à une nouveauté pour tous les services, y compris les anciens services paritaires-, le trésorier est, obligatoirement, un salarié.

Cependant, dans le même temps, la loi retient la formule de la commission de contrôle, qui n'existait, jusque-là, que dans les services non paritaires. La commission de contrôle conserve la composition qui était déjà la sienne : deux tiers de membres salariés et un tiers de membres employeurs ; ses pouvoirs ne sont pas modifiés :

« *L'organisation et la gestion du service de santé au travail sont placées sous [sa] surveillance* » (article L. 4622-12 du code du travail). La commission, dont la liste des membres est obligatoirement affichée dans les centres d'examen des services (article D. 4622-27 du code du travail) arrête son ordre du jour sur proposition de son président (salarié) et de son secrétaire. Elle est obligatoirement consultée sur l'état prévisionnel des recettes et des dépenses ainsi que sur l'exécution du budget du service de santé au travail, la modification de la compétence géographique ou professionnelle du service de santé au travail, les créations, suppressions ou modifications de secteurs, les créations et suppressions d'emploi de médecin du travail, d'intervenant en prévention des risques professionnels ou d'infirmier, les recrutements de médecins du travail en contrat de travail à durée déterminée, la nomination, le changement d'affectation, le licenciement, la rupture conventionnelle du contrat de travail, la rupture du contrat de travail à durée déterminée dans les cas prévus à l'article L. 4623-5-1 du code du travail et le transfert d'un médecin du travail, le licenciement d'un intervenant en prévention des risques professionnels ou d'un infirmier (article D. 4622-31 du code du travail).

La gouvernance nouvelle va donc associer un conseil d'administration paritaire à présidence employeur et une commission de contrôle à présidence salariée, informée de tous les événements qui modifient l'organisation du service comme la situation des médecins et intervenants agissant sous leur contrôle. Il s'agit donc d'une synthèse entre la logique des deux systèmes de gouvernance antérieurs.

2 - Une représentation patronale issue de l'assemblée générale

La loi du 20 juillet 2011 maintient le principe selon lequel la légitimité des représentants des employeurs provient de leur élection par l'assemblée générale de l'association et non de leur appartenance à une organisation professionnelle représentative. Les décrets du 30 janvier 2012 apportent toutefois une nuance en précisant (nouvel article D. 4622-19 du code du travail) que « *les représentants des employeurs au conseil d'administration du service de santé interentreprises sont désignés par les entreprises adhérentes après avis des organisations professionnelles d'employeurs représentatives au plan national interprofessionnel ou professionnel* ».

La gouvernance nouvelle est donc appelée à se construire au milieu du gué, située entre le modèle associatif (dont les membres sont les adhérents à l'association et où l'assemblée générale joue un rôle prépondérant) et le modèle strictement paritaire où les représentants des employeurs et des salariés sont désignés par leurs organisations représentatives respectives.

Sans préjuger des solutions que les services sauront développer, il faut constater que l'atonie de la vie associative rend difficile le renouvellement des équipes et, partant, induit le risque d'une captation, volontaire ou non, des responsabilités⁸⁴. *L'Association de prévention et de santé au travail (APSMT)*, dans la période récente, a vu se succéder deux équipes. Il s'agit là d'un choix conscient et délibéré, clairement exprimé par l'ancien président qui a considéré que la vie et le dynamisme d'une association supposaient un renouvellement réel des équipes dirigeantes et a préparé sa succession. Peut-être a-t-elle été favorisée par des statuts - qui devront être modifiés - et qui prévoyaient, comme dans les comités interprofessionnels du logement (CIL), une double origine des représentants des employeurs, soit au cas d'espèce, deux tiers élus par l'assemblée générale et un tiers désigné par les organisations représentatives des employeurs⁸⁵. Dans le cadre des fusions successives, *Pôle Santé Travail* a également connu des renouvellements de la gouvernance. Les membres employeurs de son conseil d'administration, qui représentent les divers secteurs de la vie économique du Nord Pas-de-Calais, sont actifs dans les instances syndicales patronales.

Tous les services ne parviennent cependant pas à assurer, notamment que des liens privilégiés, explicites ou non, avec les organisations représentatives des employeurs, l'existence d'un vivier de responsables, prêts à s'impliquer dans la vie du service.

Au centre médical interentreprises Europe (CMIE), parmi les douze membres employeurs du conseil d'administration, deux sont administrateurs depuis la création de l'association en 1964, six autres depuis plus de dix ans. Plusieurs entretiennent par ailleurs entre eux et avec le *CMIE* des liens particuliers. En effet, l'association a été créée concomitamment ou antérieurement à la création d'autres établissements œuvrant dans le domaine sanitaire ou de la protection complémentaire, établissements gérés ou présidés par le fondateur ou des membres de sa famille. Situés dans le ressort de compétences du *CMIE*, ces organismes y ont, naturellement, adhéré afin de répondre à leurs obligations en matière de santé au travail. Ils se sont ainsi trouvés élus au conseil

⁸⁴ La loi a précisé que le président, employeur devait être en activité et les décrets (article D. 4622-19 du code du travail) ont introduit une limitation à quatre ans du mandat d'administrateur ; toutefois, aucune disposition n'interdit un renouvellement ad libitum.

⁸⁵ Au sein des comités interprofessionnels du logement (CIL), les proportions sont égales ; les statuts de l'Association de prévention et de santé au travail (APSMT) prévoyaient en outre un droit de veto du bureau du conseil d'administration, bureau auquel les membres employeurs non élus ne pouvaient participer.

d'administration. L'association qui souligne le « *peu d'implication des entreprises adhérentes des SSTI* » précise que « *ce groupe ... ne revendique aucunement une exclusivité de la présidence ou des fonctions d'administrateur et souhaiterait vivement que d'autres entreprises adhérentes présentent leurs candidatures* »

Dans d'autres cas, la fermeture de la gouvernance peut être organisée. A l'Association de médecine et de santé au travail (AMST), non agréée, l'article 5 des statuts opérait une distinction entre des membres participants (12 au minimum, 21 au maximum), qui « *ont seuls le droit de participer à toute la vie de l'association et aux élections* », et les membres usagers, les autres adhérents, environ 9 000 entreprises qui « *ne participent ni à l'Administration, ni aux élections, et n'ont pas de voix délibérative dans les Assemblées* ». La nouvelle entité issue de la fusion, l'ASTIA, à gouvernance paritaire, a modifié le schéma en créant un suffrage indirect : les dix administrateurs représentant les employeurs sont élus par les membres de l'assemblée générale ayant la qualité de membres « *délégués* ». Ces « *délégués* », au nombre de 32, sont eux-mêmes élus par l'assemblée générale des 17 000 adhérents. Ces statuts ont constitué l'un des motifs du refus de l'agrément, sans que ce refus ne soit suivi d'effets pratiques.

En confiant à l'assemblée générale la mission d'élire en son sein les représentants des employeurs, la loi du 20 juillet 2011 présume un fonctionnement de l'assemblée générale favorable à la vie associative. Tel n'est pas nécessairement le cas, et le défaut de sanction du refus d'agrément prive de conséquences la méconnaissance de l'esprit de la loi.

3 - Une participation des représentants des salariés à encourager

A défaut d'apporter à la représentation patronale une nouvelle impulsion, la loi du 20 juillet 2011 a renforcé la représentation des salariés. Pour autant, il n'est pas certain que les conditions de sa mobilisation soient entièrement réunies.

L'examen de la composition du collège employé a montré, pour les services contrôlés, une répartition des sièges qui ne reflète pas la représentativité, telle qu'on peut l'apprécier au vu des résultats locaux des élections prud'homales du 3 décembre 2008.

Ainsi, à *Pôle Santé Travail*, les sièges sont équirépartis entre les cinq organisations représentatives. Il est vrai que la tâche n'est pas toujours aisée : le *CMIE* a finalement obtenu la désignation d'un représentant d'une organisation syndicale après avoir fait constater la carence par voie d'huissier. Les décrets du 30 janvier 2012 n'apportent pas d'éclaircissements en la matière puisque l'article D. 4622-35 du code

du travail dispose que « *La répartition des sièges pour ... les représentants des salariés fait l'objetd'un accord entre le président du service de santé au travail etles organisations syndicales de salariés représentatives au niveau national et interprofessionnel intéressées* ». La mise en place des nouveaux conseils d'administration, conformes à la loi du 20 juillet 2011, aurait pu être l'occasion de prendre en compte les effets de la réforme engagée par la loi du 20 août 2008⁸⁶ sur la représentativité syndicale.

En outre, apparaît une dissymétrie entre les facilités offertes aux membres de la commission de contrôle et la situation des membres salariés du conseil d'administration. Ainsi, des responsabilités nouvelles ont été confiées aux représentants des salariés, à qui le poste de trésorier est réservé, en plus de la présidence de la commission de contrôle (article D. 4622-35 du code du travail). Toutefois, les moyens de formation qui seront déployés pour ce poste sensible dépendent, dans l'état actuel du droit, de la volonté et des capacités des organisations syndicales, tandis qu'aux termes de l'article D. 4622-39 du code du travail, les membres de la commission de contrôle « *bénéficient, dans les trois mois qui suivent leur nomination, de la formation nécessaire à l'exercice de leur mandat, auprès de l'organisme de leur choix. Cette formation est à la charge du service de santé au travail. En cas de renouvellement de leur mandat et lorsqu'ils ont exercé leurs fonctions pendant trois ans, consécutifs ou non, les membres de la commission de contrôle bénéficient, dans les mêmes conditions, d'un stage de perfectionnement et d'actualisation de leurs connaissances* ».

Enfin, le maintien ou la généralisation de la commission de contrôle, qui n'existait pas dans les anciens services paritaires, contraint les représentants des salariés à une double présence. Or la loi ne prévoit l'indemnisation des pertes de rémunération subies et des frais engagés, en matière de transport par exemple que pour la participation à ces commissions de contrôle (article D. 4622-43 du code du travail). En ce cas, l'employeur du salarié supporte le coût, qui lui est ultérieurement remboursé par le service. Certes, la loi n'interdit pas aux services interentreprises qui le souhaiteraient d'indemniser des pertes subies les membres salariés du conseil d'administration et plusieurs services y ont procédé, comme la liberté d'association les y autorise. Néanmoins l'avenir du dispositif pourrait être compromis par les nouvelles charges

⁸⁶ Loi n° 2008 – 789 du 20 août 2008 portant rénovation de la démocratie sociale et réforme du temps de travail.

relatives à la commission de contrôle et, surtout, rien ne vient contraindre les services qui ne le souhaitent pas à mettre en place le procédé.⁸⁷

L'absence de dispositions favorisant une vie associative ouverte parmi les adhérents employeurs, d'un côté, le maintien de la commission de contrôle et des charges de présence qui en découlent pour les représentants des salariés, de l'autre, font que la rénovation de la gouvernance, dans le dispositif complexe de la loi du 20 juillet 2011 et de ses décrets d'application, ne peut reposer que sur la mobilisation des partenaires sociaux. Elle sera nécessaire pour relayer les efforts de modernisation que la profession a, par elle-même, engagés.

II - Les enjeux de gestion

Dès les premières lois de modernisation, des services se sont engagés dans une réforme de leur fonctionnement conforme aux vœux du législateur. Ces efforts ont pu s'accompagner de la constitution, autour du service interentreprises en forme associative, d'un regroupement de personnes morales aux activités connexes.

Les véritables enjeux se situent désormais sur le terrain financier, la rationalisation de la gestion ayant atteint, pour beaucoup, ses limites et ne permettant plus d'assurer les évolutions nécessaires. La question des ressources, c'est-à-dire de la cotisation et de son niveau, se trouve donc posée.

A - Des efforts à poursuivre

1 - En matière de déontologie

La loi du 20 juillet 2011 a rappelé, avec le nouvel article L. 4622-15 du code du travail, l'obligation de soumettre à autorisation préalable du conseil d'administration toute convention « *intervenant directement ou par personne interposée entre le service de santé au travail et son président, son directeur ou l'un de ses administrateurs* ». La règle relève des dispositions générales du code de commerce et, depuis 2005, date à laquelle les services ont été soumis à la production de comptes certifiés, le rapport annuel du commissaire aux comptes devait

⁸⁷ L'AMST avait ainsi, par un vote de son assemblée générale du 28 juin 2006 réservé le bénéfice d'une « indemnité compensatrice de perte d'activité aux membres du « collègue employeurs » désignés au conseil d'Administration ».

faire état des conventions dites « réglementées » qui lui avaient été communiquées.

Les contrôles de la Cour ont montré que certains services s'attachent scrupuleusement au respect de ces dispositions, garantes de probité et de déontologie. Ce cadre a d'ailleurs pu aider les services qui le souhaitaient à s'affranchir de la charge du financement direct ou indirect d'organisations patronales. L'examen des conventions réglementées communiquées au commissaire aux comptes de *l'Association de prévention et de santé au travail (APSMT)* montre, en effet, la décroissance régulière du montant des sommes versées par le service au MEDEF, au titre de participations financières à diverses manifestations. En 2007, au regard de l'importance relative des facturations de l'année précédente (17 234,34 €), un projet de convention-cadre avait été élaboré et, comme de droit, communiqué à la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE). A la suite des explications demandées, les transferts financiers au MEDEF ont été limités au versement d'une cotisation.

Dans d'autres cas, une interprétation plus restrictive des règles a pu conduire à des pratiques contestables. Ainsi, un service a confié sa politique de communication, sans étude préalable des offres de la concurrence, à un prestataire dont le conjoint du président de l'association détenait 330 parts sur les 2 356 du capital. Le prestataire n'étant pas parvenu à l'équilibre de ses comptes, l'association a supporté les frais nécessaires à l'édition des magazines qu'elle souhaitait, puis fait abandon de la dette du prestataire à son encontre par vote de son conseil d'administration du 29 avril 2010. A participé au vote le représentant d'une entreprise membre du conseil d'administration, présidée par le conjoint. Cet exemple souligne l'intérêt du nouvel article L. 4622-15 du code du travail, qui précise le champ d'application des conventions réglementées : « *Sont également soumises à autorisation préalable les conventions intervenant entre le service de santé au travail et une entreprise si le président, le directeur ou l'un des administrateurs du service de santé au travail est propriétaire, associé indéfiniment responsable, gérant, administrateur, membre du conseil de surveillance ou, de façon générale, dirigeant de cette entreprise. Lorsque les trois premiers alinéas sont applicables au président du service de santé au travail ou à l'un de ses administrateurs, il ne peut prendre part au vote sur l'autorisation sollicitée.* »

2 - Pour une démarche qualité

Plusieurs des services contrôlés par la Cour ont développé une démarche qualité. Celle-ci a pu déboucher sur l'obtention d'une

certification ISO 9001, comme le *centre médical interentreprises Europe (CMIE)*, pour le système de management de la qualité, ou bien viser, comme *Pôle Santé Travail*, le référentiel ISO 15 189, norme internationale qui spécifie les exigences de qualité et de compétence propres aux laboratoires de biologie médicale.

Dans le droit fil des nombreuses propositions qu'il a pu faire en ce qui concerne l'harmonisation des pratiques⁸⁸, le Centre interservices de santé et de médecine du travail en entreprise (*CISME*), pour sa part, a lancé, en 2004, un projet global, dénommé « démarche de progrès en santé au travail » qui a suscité l'adhésion d'une centaine de services.

L'ambition est large, puisque la demande a pour objectifs d'élaborer et de mutualiser les procédures organisationnelles, de développer la notion de service envers les adhérents, de doter le service d'outils méthodologiques et de créer une synergie du service autour d'objectifs communs. La méthode s'inspire de l'accréditation mise en œuvre par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (*ANAES*), puis par la Haute Autorité en Santé (*HAS*) pour les hôpitaux et repose sur des paliers successifs. Ainsi, le *CMIE* a obtenu fin avril 2009, pour une durée de deux ans, l'« attestation d'engagement » qui valide l'atteinte des 15 premiers objectifs de la démarche et poursuit l'objectif de réussir l'étape intermédiaire, concrétisée par la remise d'une attestation de mise en œuvre, délivrée pour une durée de trois ans. Des succès ont été enregistrés, notamment dans le domaine de la désinsertion professionnelle.

A l'Association de prévention et de santé au travail (*APSMT*) également, des résultats tangibles ont été enregistrés : réfection des locaux et du processus d'accueil des salariés, élaboration d'un nouveau bulletin d'adhésion, développement de la polyvalence des conducteurs de centres mobiles (qui assurent également des fonctions d'accueil et de secrétariat), gestion du matériel permettant d'avoir un état de l'actif à jour. L'appropriation interne semble au surplus bien réussie.

Au sein de *Pôle Santé Travail*, l'insertion dans la « démarche de progrès en santé au travail » a concrétisé le souci de l'harmonisation des pratiques, notamment en ce qui concerne l'intervention des intervenants prévention des risques professionnels (*IPRP*). Une équipe qualité de quatre personnes et des médecins référents qualité ont également fixé les procédures relatives au dossier médical et au dossier d'entreprise.

⁸⁸ Notamment : rédaction de modèles de statuts, de plans comptables ou de contrats entre le service et l'adhérent.

La diffusion de ces bonnes pratiques, comme le suivi de la démarche de qualité, sont assurées aux niveaux national avec le centre interservices de santé et de médecine du travail en entreprise (CISME) et régional dans le cadre des associations régionales de services. Pour autant, ni le centre interservices de santé et de médecine du travail en entreprise (CISME), ni les services ou les associations régionales ne sont présents dans les instances de concertation, conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT) ou comité régionaux de préventions des risques professionnels (CRPRP).

Une reconnaissance du rôle joué par la branche pourrait favoriser l'harmonisation souhaitable du fonctionnement des services et la prise en compte effective des réformes.

B - Les difficultés : le service interentreprises, une personne morale singulière

1 - Un organisme sans but lucratif mais imposé à l'impôt sur les sociétés

Le service interentreprises doit « être constitué sous la forme d'un organisme à but non lucratif, doté de la personnalité civile et de l'autonomie financière ». L'obligation relève de dispositions de nature réglementaire (article D. 4622-15 du code du travail) qui n'ont été ni modifiées ni érigées au niveau législatif lors de la récente réforme.

L'ensemble des services ont choisi d'y répondre en s'organisant sous la forme d'association loi de 1901. En dépit des dispositions précitées et contrairement au droit commun des associations qui établissent un régime particulier pour les seules activités lucratives connexes éventuellement poursuivies par les associations, les services interentreprises (SSTI) sont soumis d'office, pour l'ensemble de leurs activités, à la TVA et acquittent l'impôt sur les sociétés. La situation résulte de deux arrêts du Conseil d'Etat qui constituent le fondement du cas particulier répertorié par l'instruction fiscale du 18 décembre 2006⁸⁹.

⁸⁹ L'instruction préconise l'adoption d'une démarche en trois temps qui vise à apprécier le caractère lucratif ou non de l'activité en examinant successivement : le caractère intéressé ou désintéressé de la gestion, la situation de l'organigramme au regard de la concurrence et, enfin, l'examen des conditions d'exercice de l'activité à travers un faisceau de quatre critères. Aucune de ces trois étapes ne permet de conclure au caractère lucratif de l'activité des services interentreprises mais, du fait de la jurisprudence du Conseil d'Etat, l'instruction fiscale considère que, pour l'examen de la troisième étape (conditions d'exercice de l'activité) la méthode des quatre critères ne doit pas être utilisée. Dès lors que l'activité s'exerce au bénéfice d'entreprises, cette activité est lucrative (considérant des arrêts du Conseil d'Etat). Les services interentreprises demeurent, à ce jour, le seul cas d'application de cette jurisprudence et forment donc un cas à eux seuls.

Une jurisprudence fiscale particulière

L'Association pour l'action sociale de la Charente Maritime, service interentreprises de santé au travail, s'est pourvue devant les juridictions compétentes à la suite du refus du directeur des services fiscaux, confirmé par le ministre, de lui reconnaître la qualité d'assujetti à la taxe à la valeur ajoutée. Par arrêt du 20 juillet 1990, le Conseil d'Etat a fait droit à la demande de l'association.

L'administration fiscale a tiré toutes les conséquences de l'arrêt visé. Considérant que le sens de cet arrêt déniait à l'activité des associations concernées la qualité d'absence de but lucratif, elle a en outre, dans l'instruction 3A - 3 - 93, assujetti les services à l'impôt sur les sociétés de droit commun. Cette interprétation de l'arrêt du Conseil d'Etat a suscité des réactions. Le Centre interservices de santé et de médecine du travail en entreprise (*CISME*) a donc demandé l'annulation du titre second de l'instruction en cause (le premier titre, relatif à la TVA, correspondait aux vœux des associations comme des entreprises adhérentes, toutes favorables à la déductibilité des opérations).

Par arrêt du 6 novembre 1995, le Conseil d'Etat a conforté l'interprétation de l'administration fiscale et donc soumis les services interentreprises à l'impôt sur les sociétés, à l'imposition forfaitaire annuelle, à la taxe d'apprentissage et à la taxe professionnelle. Le Conseil a repris et renforcé ses considérants antérieurs, établissant notamment que " *les organismes ayant pour objet exclusif d'assurer, en se conformant aux prescriptions des articles R 241-12 et suivants du code du travail, l'organisation, le fonctionnement et la gestion d'un service médical du travail interentreprises et de faciliter ainsi, aux entreprises qui ne sont pas tenues de disposer en propre d'un service médical du travail, l'exécution de l'obligation que la loi leur impose [...] doivent être regardées comme exerçant, dans le seul intérêt de celles des entreprises qui sont leurs adhérents, une activité de caractère lucratif, alors même que leur gestion ne comporterait pas la recherche d'excédents de recettes ; que le fait que les services médicaux du travail interentreprises doivent être agréés par l'administration et qu'ils accomplissent une mission d'intérêt général définie par la loi ne supprime pas le caractère lucratif des associations qui en sont chargées* ". Le Conseil explicite ainsi son arrêt précédent : bien qu'ayant la forme d'associations, les services livrent à leurs adhérents des prestations de service ; leur activité, bien que relevant d'une mission d'intérêt général, a un caractère lucratif.

Les contrôles de la Cour montrent que la jurisprudence du Conseil d'Etat a pu avoir des conséquences imprévues. Ainsi, *le centre médical interentreprises Europe (CMIE)* a contesté la position de l'administration selon laquelle le président d'un service interentreprises devait respecter le plafond des rémunérations imposé aux dirigeants d'associations. Il a fait

valoir qu'au plan fiscal, il n'était pas considéré comme agissant à titre non lucratif.

Imposés comme des entreprises et se voyant dénier, au plan fiscal, la qualité d'organismes à but non lucratif, les services peuvent être tentés d'aligner leur gestion sur le modèle entrepreneurial et non associatif qui, nonobstant la jurisprudence du Conseil d'Etat, s'impose à eux. En outre, le régime fiscal n'incite pas à distinguer, comme c'est le cas dans le droit commun des associations, la frontière entre les activités concurrentielles et les missions d'intérêt général. Or la question se pose ouvertement (chapitre 1) dans le domaine de l'intervention pluridisciplinaire. Une clarification du statut des services interentreprises paraît donc indispensable. Il serait utile que la loi et non plus le seul règlement affirme le caractère non lucratif de l'activité.

2 - L'organisation de la pluridisciplinarité de second niveau

Plusieurs services peuvent participer d'un réseau d'associations ou de sociétés.

L'organisation de la pluridisciplinarité en est la première raison, car la mise en place d'une pluridisciplinarité de second niveau s'effectue généralement par une mutualisation des moyens. Ainsi, *l'Association de prévention et de santé au travail (APSMT)* recourt aux services d'un toxicologue, mis à sa disposition par l'association régionale des services de la région Centre à laquelle elle adhère. En Midi-Pyrénées, ce sont douze services interentreprises qui ont créé, pour répondre à leurs obligations, une association spécialisée, *l'ASTI (Association de santé au travail interentreprises)* qui leur fournit les prestations spécialisées.

Dans le Nord-Pas-de-Calais, la forme du groupement d'intérêt économique (GIE) a été préférée. Constitué en 2003 pour faciliter le rapprochement entre les différents services de la métropole lilloise, le Comité interentreprises de santé et de sécurité au travail (CISST) est un GIE sans but lucratif dont les statuts et le règlement intérieur ont été écrits de façon à protéger des dérives : les fonctions d'administrateur ne sont pas rémunérées, non plus que la présidence ; l'article 11 prévoit la démission d'office des membres du GIE s'ils perdent leur agrément de service de santé au travail ; l'article 13, lui, limite à un seul, le nombre de pouvoirs qu'un administrateur peut recevoir pour les réunions du conseil d'administration ; enfin, les statuts détaillent avec précision tous les cas d'intéressement des membres du conseil d'administration qui doivent donner lieu à passation de conventions règlementées. Le CISST est donc un outil à disposition des membres, pour l'exécution de tâches très définies ; Entité d'une taille réduite, il ne cherche pas à croître ni à

étendre son territoire d'intervention, au-delà de la métropole lilloise et des secteurs géographiques d'agrément de *Pôle Santé Travail*. Depuis 2010, il forme, en outre, avec *Pôle Santé Travail*, une union économique et sociale.

Ces structures associatives ou groupements d'intérêt économique (GIE) sans but lucratif ne constituent pas des services interentreprises. Ils ne sont donc pas soumis à l'agrément de l'administration. Leur fonctionnement est libre. A contrario, ils ne bénéficient en aucune manière d'un droit à l'exclusivité, dans leurs relations avec les services interentreprises adhérents. Ces derniers pourraient tout aussi bien rechercher des prestataires privés, dès lors que ceux-ci ont été habilités en tant qu'intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP). Deux services interentreprises du Nord-Pas-de-Calais font ainsi appel à une société privée habilitée qui dispose de trois ergonomes, d'un ingénieur sécurité, d'une psychologue du travail et d'un toxicologue. La situation est conforme aux prescriptions de l'article R. 4623-39 du code du travail qui, en matière de pluridisciplinarité ne connaît que deux modes : l'internalisation ou le recours, libre, à des intervenants prévention des risques professionnels (IPRP) externes⁸⁹.

Dès lors, la question se pose du positionnement, au regard du droit de la concurrence, des associations ou GIE à but non lucratif auxquels des services interentreprises, financés par une cotisation obligatoire, réservent leurs prestations, sans que, pour autant, ces associations ou GIE soient soumis à des contraintes spécifiques. Elle revêt plus d'acuité encore, lorsque ces structures externalisées sont l'occasion d'intervenir au bénéfice direct d'entreprises et non plus par l'intermédiaire des services.

3 - La diversification : formation et conseil

Selon son rapport annuel sur les comptes, le GIE auquel *Pôle Santé Travail* fait appel propose, marginalement, ses prestations spécialisées à des services de santé au travail non membres du GIE, à des structures publiques comme les services déconcentrés des finances ou à des entreprises par ailleurs adhérentes de *Pôle Santé Travail*. La dissolution envisagée du GIE et la réintégration de ses activités en interne ne font pas disparaître le problème posé par cette diversification.

⁸⁹ « Lorsque le service de santé au travail ne dispose pas des compétences techniques nécessaires à son intervention, il fait appel, le cas échéant, à un intervenant en prévention des risques professionnels enregistré en application des dispositions de l'article L. 4644-1 du code du travail ».

Pôle Santé Travail dispose en effet, par ailleurs, de plusieurs structures aptes à porter ce type de projets. L'entité absorbante à l'origine de *Pôle Santé Travail*, l'AMEST possédait ainsi l'intégralité du capital d'une société « *Travail et Prévention* », transformée en SARL à actionnaire unique, au 1er janvier 2004 et ayant pour objet "la réalisation de toutes opérations de prestations de services et activités de conseil, de formation, de contrôle et d'audit en matière de métrologie du travail, ergonomie, prévention, hygiène et sécurité". Du fait de la création, quasi contemporaine du GIE et de la réussite de ce dernier, comme de l'opération de fusion, la SARL a été mise en sommeil. L'association considère cependant que l'existence de la SARL recèle un intérêt : si le « groupe *Pôle Santé Travail* » souhaitait maintenir des activités de pluridisciplinarité à destination des non adhérents du service, la SARL pourrait s'y consacrer.

Cet exemple illustre le fonctionnement des services.

Plusieurs entretiennent des relations étroites avec d'autres associations dont ils sont membres et qu'ils ont créées, des groupements d'intérêt économique (GIE) ou des sociétés dont ils détiennent le capital.

L'activité de formation est souvent à l'origine de la mise en place de ces structures. Son exercice suppose en effet une habilitation particulière, délivrée par un service des directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE). Certains, par exemple en Ile-de-France, ont accepté de la délivrer à un service, en tant que tel. Tel est notamment le cas du *CMIE*. Toutefois, d'autres directions s'y sont opposées. Une circulaire de la direction générale du travail conforte cette dernière position ; elle considère que si un service interentreprises peut contribuer à des formations dans des cas limités⁹⁰, il « ne peut pas en tant que tel, être habilité en tant qu'organisme de formation » et précise que « les formations ne doivent pas être facturées en plus de la cotisation prévue à l'article L.241-4 du code du travail, qui couvre la totalité de la prestation en santé travail ». La loi du 20 juillet 2011 qui a défini de manière exclusive les missions des services interentreprises, sans y inclure la formation, confirme la doctrine de l'administration.

⁹⁰ Les formations doivent se rattacher « directement à la mission de santé au travail, et particulièrement celles prévues par la réglementation de santé et sécurité au travail : formation à la sécurité des travailleurs, des secouristes, formation à la radioprotection, au risque d'exposition au bruit, manutention manuelle, ... » ; « les formations dispensées ne doivent pas porter atteinte à l'objet exclusif de la pratique de la médecine du travail » ;

Certains services ont, depuis longtemps, anticipé le refus de l'administration, et soutenu ou créé des structures ad hoc. Les entreprises adhérentes d'un service de santé se tournent en effet naturellement vers ce dernier lorsqu'elles souhaitent mettre en place une politique de prévention, par exemple l'apprentissage de gestes et postures évitant le développement des troubles musculo-squelettiques (TMS). Ainsi *Pôle Santé Travail* a développé *Pôle Santé Travail-Formation*, société par actions simplifiée (SAS) au capital de 40 000 € qui a pour objet "la réalisation de toutes prestations de formation dans tous les domaines et plus particulièrement en matière de risques professionnels, de santé et d'hygiène de vie." Elle dispose des agréments requis, délivrés par la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) (pôle E). Créée le 9 février 2004 par les services de santé au travail déjà rassemblés pour la création du groupement d'intérêt économique (GIE) *Comité interentreprises de santé et de sécurité au travail* (CISST), elle a contribué à leur rapprochement. Selon le bilan de l'activité présenté à l'appui des comptes, son chiffre d'affaires atteint 463 788 € en 2010 et repose sur un catalogue large.

L'activité de *Pôle Santé Travail Formation* apparaît ainsi comme le complément et la suite logique de l'activité de *Pôle Santé Travail*. Au cas d'espèce, le dispositif mis en place a le mérite de la transparence. Des conventions ont, dès l'origine, réglé les relations entre la société et les services de santé qui la composent, notamment en ce qui concerne les locaux et l'assistance administrative.

Cependant, la diversification des activités des services peut, à partir du désir de répondre à la demande de formation des entreprises, prendre des formes plus complexes.

En Midi-Pyrénées, le service historique qui a donné naissance à l'*AMST*, le *service médical interentreprises de Toulouse* (SMIRT) s'était scindé en deux, en 1984, pour donner naissance au *Service médical interentreprises toulousain* (SMIT), service de santé au travail interentreprises et au *Centre Français social*. Cet organisme avait été créé pour loger le patrimoine immobilier.

En 1989, une mission de formation s'est ajoutée et en 2003, l'organisme a pris une nouvelle dénomination : *Association en santé au travail* (AST). En dépit de l'intitulé retenu, l'AST n'est pas un service interentreprises, mais une association de services de support. A l'occasion de la fusion de l'*AMST* et du *CMTA* au sein de l'*ASTIA*, ses statuts ont été revus et, sous le nom de « *Alliance santé au travail* », elle poursuit, l'objet suivant : « *apporter, directement ou indirectement, une assistance économique et logistique à l'association ASTIA son membre de droit.*

Dans ce cadre, elle peut acquérir et aliéner à titre onéreux, détenir et administrer des immeubles qu'elle met à la disposition de l'association ASTIA à titre onéreux ou gratuit. Elle peut également, mais uniquement à titre accessoire dans un souci de bonne gestion, louer les immeubles à toute autre association ou autre structure sociale et de préférence à une structure exerçant son activité dans le domaine de la santé au travail. Elle peut également réaliser des prestations de service de toute nature, et notamment de conseil, demandées par l'association ASTIA et visant à permettre ou faciliter l'exercice de l'activité de l'association ASTIA sans interférer avec son objet social ».

Un vaste champ s'ouvre donc à l'action de l'AST et le risque de voir vider de son contenu le fonctionnement du service soumis à agrément, l'ASTIA, ne peut être écarté. Certes, le cas semble exceptionnel, mais la tendance à la dégradation des résultats financiers qui prévaut pourrait conduire à des externalisations diversifiées. L'administration devrait se donner à nouveau, une doctrine et des moyens d'intervention, le refus d'agrément, opposé au cas d'espèce, n'ayant emporté aucune conséquence.

C - Des résultats financiers en baisse

1 - L'évolution enregistrée

Les efforts conduits dans les services interentreprises, depuis 2002, pour la mise en œuvre des objectifs de la réforme de la santé au travail ont conduit à une évolution de leur situation financière.

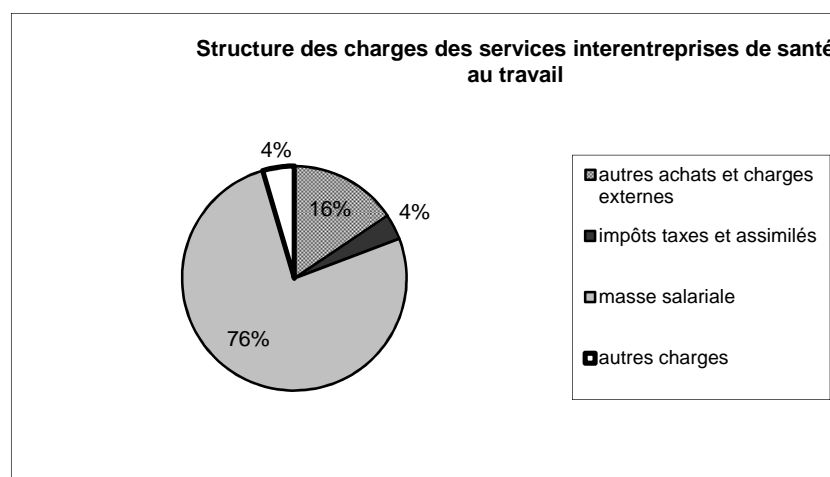
Les services ont connu modification progressive de la structure de leurs bilans : la part des fonds propres, au passif et celle de la trésorerie, à l'actif, qui pouvaient atteindre plus de 70 % de la valeur totale décroissent, au bénéfice des immobilisations.

A l'Association de prévention et de santé au travail (APSMT), comme au centre médical interentreprises Europe (CMIE) ou à Pôle Santé Travail, l'aisance de trésorerie accumulée a financé la modernisation des centres d'examen parfois vétustes ou inadaptés à l'accueil du public comme à l'exercice de la profession médicale ou du travail en équipes. L'investissement a également concerné les équipements techniques. Les services ont donc renoncé à la politique de thésaurisation qui a pu être la leur. A l'actif du CMIE, qui revendique une gestion "entrepreneuriale", les immobilisations sont désormais majoritaires.

Pour autant, l'effort de mise en conformité des locaux ou d'acquisition des matériels demeure nécessaire, certains services ayant

notamment hérité d'un patrimoine vétuste. Néanmoins, les résultats de la gestion courante ne permettent plus, dans les services contrôlés par la Cour, de dégager un excédent. A l'exception de l'AMST, tous les services enregistrent un déficit, les dépenses évoluant plus vite que les recettes.

La cause réside dans la structure des charges. Comme l'indique le graphique ci-dessous, issu des données recueillies par le Centre interservices de santé et de médecine du travail en entreprise (CISME), la masse salariale représente les trois quarts du total.



Sources : Cour des comptes d'après Centre interservices de santé et de médecine du travail en entreprise (CISME) Rapport de branche 2009

2 - Le poids de la masse salariale et ses composantes

La croissance des charges tient à l'augmentation de la masse salariale, laquelle s'explique essentiellement par les embauches intervenues afin de mettre en place l'équipe pluridisciplinaire.

A l'Association de prévention et de santé au travail (APSMT) comme au CMIE, au CMTA ou à Pôle Santé Travail, la mise en œuvre de la pluridisciplinarité a pesé sur les résultats, plus encore lorsqu'elle s'est accompagnée d'un renforcement du pôle médical avec le recours à des infirmiers et du service aux entreprises avec le recrutement d'ASST ou de cadres et secrétaires médicales dédiées à la gestion des relations avec les adhérents.

A cet égard, deux services ont maintenu des résultats excédentaires, le CMIE et, jusqu'à son absorption, l'AMST qui a enregistré un nombre significatif de départs, non compensés, de

médecins. A l'inverse, la politique dynamique de *Pôle Santé Travail* a conduit son conseil d'administration à examiner, le 13 avril 2011, un plan de redressement qui prévoit un retour à l'équilibre en quatre ans. L'enjeu est de parvenir à financer à la fois la modernisation des équipements et une masse salariale en augmentation.

Pour partie, les difficultés des services sont conjoncturelles et traduisent des anticipations voulues : il s'agit, en effet, de réunir, dès à présent, les conditions d'un travail en équipes de santé qui permettra, à l'avenir, de réduire l'impact de la pénurie médicale. Les départs massifs à la retraite n'ayant pas encore eu lieu, la croissance de la masse salariale n'est pas compensée.

Il n'est cependant pas certain qu'à terme, on puisse observer une décroissance significative soit acquise : l'offre de pluridisciplinarité reste insuffisante, les équipes de santé restant à créer. En outre, le besoin en personnel nouveau peut déclencher un effet inflationniste sur la courbe des rémunérations, ainsi pour les personnels infirmiers en Ile-de-France. Dans ces conditions, la question des ressources se pose, c'est-à-dire celle des cotisations qui représentent, dans les services que la Cour a contrôlés, de 98 à 99 % des ressources.

D - La question du financement

1 - Le régime des cotisations

La loi (article L. 4622-6 du code du travail) met à la charge des employeurs « les dépenses afférentes aux services de santé au travail » et précise que « dans le cas de services communs à plusieurs entreprises, ces frais sont répartis proportionnellement au nombre des salariés ». Du fait que d'autres dispositions, de niveau réglementaire, contraignent les entreprises de moins de 500 salariés à adhérer à un service sous statut associatif à qui l'Etat confie, de manière exclusive, le soin de rendre le service attendu, les « dépenses afférentes aux services de santé au travail » prennent, pour plus de 90 % des entreprises, la forme d'une cotisation.

Les pouvoirs publics ont donc déterminé la nature de la contrainte qui pèse sur les entreprises (une cotisation) et la loi a posé le principe d'une assiette (le nombre de salariés). En revanche, le taux de la contribution n'est pas encadré. Le cas est unique parmi les « versements libératoires d'une obligation légale de faire », au sens de l'article L. 111-7 du code des juridictions financières. La participation des employeurs à l'effort de construction comme les différentes contributions dues au titre

de la formation professionnelle font, en effet, l'objet d'une fixation de leurs montants par voie législative.

Il serait, dans ces conditions, d'autant plus utile que l'administration ait une bonne connaissance des montants moyens et des modalités usuelles de liquidation. Il n'en est rien depuis plus de quinze ans, la dernière enquête ayant été conduite en 1995 par le médecin chef de l'inspection médicale du travail. Certes, depuis, les services interentreprises doivent communiquer, à l'appui de leurs rapports administratifs et financiers, leurs comptes certifiés. Cependant, conformément aux règles de la profession, ceux-ci ne comportent aucune mention relative au montant, au taux, à l'assiette ou aux règles de calcul de la cotisation individuelle. Seul est vérifié le produit qui en résulte.

L'administration, qui n'avait pas souhaité que l'information figure dans l'ancien rapport administratif et financier ne dispose donc d'aucune connaissance du niveau moyen et des variations locales. L'entreprise adhérente qui a l'obligation de contracter avec un service interentreprises généralement en situation de monopole, reçoit ainsi une « facture », sa cotisation, qu'elle doit régler mais pour laquelle elle ne dispose d'aucun élément d'appréciation. Le récent arrêté du 2 mai 2012, relatif au dossier à fournir pour le dépôt de la demande d'agrément prévoit, toutefois, désormais, la communication à l'administration de « la grille des cotisations ». Dans le silence de l'administration, des pratiques complexes se sont en effet développées.

2 - Une assiette non conforme

Des libertés sont parfois prises avec l'assiette.

Les contrôles opérés par la Cour ont mis en évidence le fait que le calcul fondé sur le nombre de salariés (ou cotisation per capita) n'était utilisé que par les deux services toulousains, l'AMST et le CMTA. *L'Association de prévention et de santé au travail (APSMT)* de Loir-et-Cher a connu, jusqu'en 2005 et la profonde réforme de la gouvernance alors engagée, une facturation des visites à l'acte, situation irrégulière et entraînant d'ailleurs des effets sur le suivi des salariés puisque les adhérents avaient un intérêt financier à sous-déclarer leur effectif, notamment l'effectif en surveillance médicale renforcée (SMR). Le nouveau système retenu est fondé sur une cotisation arrêtée à 0,33 % de la masse salariale plafonnée, au sens de l'article L 241-3 du code la sécurité sociale relatif à l'assiette des cotisations de l'assurance vieillesse (régime général, hors retraites complémentaires). La part des salaires supérieure au plafond, annuellement fixé, soit 3 031 € mensuels en 2012 n'entre donc pas dans l'assiette de la cotisation due.

Dans la région Nord-Pas-de-Calais, la fusion des associations ayant donné naissance à *Pôle Santé Travail* a conduit à retenir le même système, pour un taux de 0,38 % (maintenu en 2011), soit le taux précédemment en vigueur dans la quasi-totalité des services absorbés. Le montant dû, toutefois, ne peut être inférieur à celui qui résulterait d'une cotisation per capita arrêtée à 69,72 € HT mais il ne peut pas non plus dépasser celui d'une cotisation per capita fixée à 134,28 €. Ce panachage des systèmes est fréquent et peut conduire à des dispositifs originaux. Il en va ainsi en Ile-de-France, au *centre médical interentreprises Europe (CMIE)*, où l'adhérent a le choix entre deux modes de calcul de la cotisation : une cotisation fixe par salarié, arrêtée à 69,63 € HT pour 2010, ou bien une cotisation fondée sur la masse salariale plafonnée et fixée au taux de 0,40 %, étant précisé que le total dû ne peut être inférieur à celui qui résulterait du calcul précédent (69,63 € HT multiplié par le nombre de salariés). Ce système optionnel ouvre à l'adhérent des prestations différenciées.

La représentativité des exemples cités est confirmée par l'enquête conduite par le Centre interservices de santé et de médecine du travail en entreprise (CISME) à l'occasion de son rapport de branche. Parmi les services interentreprises de l'échantillon, 51,82 % établissent la cotisation per capita, (éventuellement assortie d'un plancher ou d'un plafond), 37,23 % retiennent pour assiette la masse salariale plafonnée et 10,95 % utilisent un système mixte, c'est-à-dire font appel aux deux modes.

Dans l'état actuel des textes, seule la cotisation per capita répond à la lettre de la loi. Il en découle que près de la moitié des services interentreprises se trouverait dans l'illégalité. Pour autant, et bien que le non-respect de l'assiette de la cotisation entre dans le champ des motifs de refus possibles de l'agrément, il ne semble pas que des mesures aient été prises ou envisagées. Si dans la procédure ancienne, l'administration ne prenait pas connaissance de ce point, dès lors que les nouveaux dossiers prévus comporteront l'information, il serait opportun que soit les entorses à la loi, vraisemblablement fréquentes, soient sanctionnées, soit que la règle soit modifiée par le législateur. Dans tous les cas, les partenaires sociaux auront à se prononcer.

3 - Des cotisations variables

Comme le précise l'arrêté du 2 mai 2012, la cotisation due relève d'une « grille » et non pas d'un simple taux ou montant.

La cotisation reconnue en effet la cotisation simple, ou de base. Par adhérent, la liquidation exacte représente une opération plus complexe. Dans certains services, ainsi à *l'Association de prévention et de santé au*

travail (APSMT) ou à *Pôle Santé Travail*, toute adhésion nouvelle implique le paiement d'un "droit d'entrée", représentatif des frais de dossier. Le montant, à l'*APSMT*, est relativement faible, 30 € pour l'entreprise plus 7 € par salarié de ladite entreprise ; à l'Association de médecine et de santé au travail (*AMST*), il s'établit à 1500 € HT plafonné à 50 salariés. Il en va de même à *Pôle Santé Travail*. Il n'existe aucune étude nationale permettant de mesurer l'ampleur du phénomène. Un sondage réalisé par la Cour, à partir des sites Internet des services interentreprises en ayant réalisé et fournissant en ligne la grille de cotisations, soit 35, indique la présence de droits d'entrée dans la moitié d'entre eux.

D'autres modulations paraissent également emporter des conséquences. On note ainsi, pour les cotisations assises per capita, la pratique de taux différenciés selon que le salarié est suivi en surveillance médicale simple ou en surveillance médicale renforcée. Plus fréquemment, une tarification spéciale est appliquée pour la mobilisation d'unités mobiles (camions) qui permettent de réaliser in situ ou à proximité de l'établissement, l'examen de salariés éloignés d'un centre du service.

Le supplément pour unité mobile s'établit ainsi à +0,045 % de la masse salariale plafonnée à l'Association de prévention et de santé au travail (*APSMT*) ; il est de + 5 € par salarié concerné à l'*Association de médecine et de santé au travail (AMST)* et au *CMIE* qui se caractérise par une grande précision dans l'adaptation des tarifs à la situation, le principe retenu est celui de vacations d'une durée de 3 heures qui, selon la tranche horaire concernée, sont facturées de 220 € (tranche 9h – 12h) à 550 € après 21 h. Un supplément, fonction de la distance au centre (secteur) de rattachement peut également être décompté (60 € pour une intervention de Paris à la grande couronne).

Enfin, des tarifs particuliers sont généralement consentis aux adhérents relevant de situations particulières. Les associations de bienfaisance, les entreprises d'insertion, les établissements de travail protégé, ou les particuliers, employeurs de gens de maison bénéficient, dans les services que la Cour a contrôlés, de cotisations à taux préférentiel. Le suivi des travailleurs intérimaires, qui fait l'objet de dispositions réglementaires spécifiques, relève également de tarifications adaptées.

Les modulations peuvent également correspondre à des prestations volontairement différenciées.

C'est le choix qu'a fait, en toute transparence, le *CMIE*. Son règlement intérieur (art. 66) précise en effet que "*l'adhérent ayant opté*

pour une cotisation fixe supporte le coût des examens complémentaires effectués ainsi que celui des examens particuliers auxquels sont soumis les salariés exposés à certains risques identifiés par les textes réglementaires. Le CMIE refacture chaque examen à l'adhérent à réception de la facture du prestataire". A l'inverse, "l'adhérent ayant opté pour une cotisation à la masse salariale ne supporte pas le coût de ces examens complémentaires, sauf cas particuliers, faisant l'objet d'une mention spécifique au contrat d'adhésion". En pratique, les examens complémentaires les plus fréquents (85 % des cas), le visiotest et l'ergovision, sont effectués par le médecin du travail et intégrés dans la cotisation fixe, comme dans la plupart des services. Par contre, les bilans sanguins, les radios du poumon, les audiogrammes, les bilans ophtalmologiques et, surtout les recherches particulières (surveillance de l'amiante, de la silice des radiations ionisantes) ne le sont pas. Selon l'activité et les risques professionnels identifiés, susceptibles d'investigations complémentaires du médecin du travail, l'adhérent peut opter pour un service différent.

Dans ces conditions, la comparaison des taux de cotisation des services perd beaucoup de son sens, sauf à définir une valeur de référence.

4 - La définition d'une référence

Dans chacune des régions où la Cour a effectué ses contrôles, de fortes disparités apparentes ont été constatées entre les taux de cotisations des services. Trois facteurs sont généralement avancés pour en rendre compte.

En premier lieu, serait évoqué le poids des charges immobilières qui affecterait différemment l'Ile-de-France et les autres régions et, dans chacune d'elles, les services implantés dans les métropoles des autres. L'examen des comptes ne permet pas de valider cette hypothèse : les charges immobilières représentent, en moyenne, le tiers des « autres charges et frais externes » dont le poids moyen est de 16 % du total des charges. L'importance de l'immobilier et des charges qui s'y rattachent, soit 5 à 6 % du total des charges, est insuffisant pour expliquer les variations des cotisations.

En deuxième lieu, sont évoquées les divergences de politique salariale, certains services n'hésitant pas, pour attirer des médecins du travail, à proposer des rémunérations très supérieures aux minima conventionnels. Si la part des rémunérations peut justifier pour partie l'hypothèse, il semble, toutefois, que la première cause des variations tiennent à la différenciation des prestations et des tarifs. Face à des grilles

complexes, correspondant à des services non homogènes, il est difficile de procéder à des comparaisons, un taux apparemment élevé pouvant conduire en fait à une facturation finale moins élevée que celle qui viendrait d'un taux initial faible mais corrigé d'additifs.

Au regard de la charge imposée aux entreprises, il est donc indispensable de disposer d'un étalon qui permette de mesurer l'écart à la moyenne des cotisations affichées afin de le rapporter à l'étendue du service proposé.

Dans son rapport de branche 2009, le Centre interservices de santé et de médecine du travail en entreprise (CISME) a fourni une donnée factuelle qui pourrait servir de première référence. Le chiffre d'affaires moyen des services a été rapporté au nombre de salariés suivis ; en 2009, et pour l'échantillon concerné, le montant s'élevait à 89 € par salarié. Cette évaluation correspond aux grandeurs retenues pour le tarif dit de la « prestation de réciprocité ». Un service interentreprises peut assurer le suivi de salariés établis physiquement près d'un de ses centres mais appartenant à une entreprise dont le siège social se trouve hors secteurs d'agrément. Cette pratique, qu'une circulaire de la direction générale du travail a voulu faire cesser, est connue sous le terme de « prestation réciprocité » : en effet, le service interentreprises de rattachement de l'entreprise, qui perçoit la cotisation due par l'entreprise, reverse au SSTI qui effectue le suivi un remboursement. Le tarif à appliquer est recommandé par le Centre interservices de santé et de médecine du travail en entreprise (CISME) et sa fixation, pour 2009, répond au calcul précédent.

C'est à l'aune de cette donnée que pourront être appréciées les « grilles de cotisations » dont l'administration devrait avoir désormais connaissance. Les données confirmeront probablement la nécessité d'une réflexion de fond, à laquelle les partenaires sociaux devront être associés.

5 - La nécessité d'un encadrement

Les résultats que l'on peut attendre de la loi du 20 juillet 2011 dépendront largement de la capacité des partenaires sociaux à impulser une nouvelle dynamique au sein des services de santé au travail interentreprises (SSTI).

Dans cet esprit, il pourrait être envisagé de leur confier, au sein du conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT), la responsabilité de fixer les deux termes du contrat qui relie l'entreprise adhérente – et ses salariés – au service interentreprises. La santé au travail se verrait ainsi dotée d'une gouvernance de paritarisme d'orientation, au sens de l'Unédic.

Dans cette optique, pour une assiette redéfinie plus clairement par la loi⁹¹, les partenaires sociaux représentés au conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT) s'entendraient :

- d'une part sur un taux, éventuellement un plancher et un plafond,
- d'autre part, sur les droits correspondants des entreprises cotisantes, en termes de rythme de visite, de conseil (fiche d'entreprise a minima) et de vacations d'action en milieu de travail, le non-respect du contrat entraînant, pour le service concerné, l'obligation d'un reversement.

Cette proposition aurait pour avantage de donner aux partenaires sociaux un rôle qui ne devrait pas manquer, au plan local, de rejaillir sur leur implication dans la gestion de la santé au travail. Elle conférerait de plus à la cotisation la légitimité qui lui manque encore aujourd'hui auprès de nombreuses entreprises

⁹¹ Per capita, comme les textes actuels le disent, en excluant explicitement la masse salariale plafonnée, pourtant de plus en plus utilisée ou bien en inversant la logique.

————— **CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS** —————

La loi du 20 juillet 2011 a institué une gouvernance complexe, reposant sur un conseil d'administration paritaire à présidence employeur, doublé d'une commission de contrôle à présidence salariée. En dépit de la quasi-inexistence de la vie associative, elle a en outre maintenu le rôle clé de l'assemblée générale, chargée de désigner les membres employeurs et elle n'a pas favorisé, par un régime de défraiement qui serait justifié, la participation des représentants des salariés au conseil d'administration. Il en résulte un système hybride, entre le modèle associatif et un paritarisme contenu.

Pourtant, des enjeux lourds pèsent sur la gestion des services interentreprises. Ces derniers ont réalisé des avancées significatives, se lançant notamment dans une démarche qualité, proposée par la branche, dont le rôle pourrait être davantage reconnu. Néanmoins, à ressources inchangées, les résultats ne permettent plus de financer les investissements nécessaires et la politique de recrutement de nouvelles compétences. Sous peine de laisser s'installer durablement la tentation de la diversification et de l'externalisation de fonctions, la nécessité d'une révision des modes de financement s'impose. Elle pourrait être l'occasion de favoriser l'implication des partenaires sociaux.

La Cour recommande :

12. de procéder rapidement à un premier bilan du fonctionnement couplé des conseils d'administration et commissions de contrôle, notamment en matière d'absentéisme des membres et d'envisager, le cas échéant, une simplification du dispositif ;

13. d'aligner sur le régime en vigueur pour les commissions de contrôle le droit à indemnisation des membres du conseil d'administration et, s'agissant du membre salarié trésorier, les droits à formation ;

14. d'aligner le régime fiscal des services sur le droit commun des associations ;

15. d'engager, avec les partenaires sociaux, au sein du comité d'orientation sur les conditions de travail (COCT), les concertations utiles pour une réforme du financement qui permettrait de leur confier le pouvoir d'encadrer les variations de la cotisation et des autres droits dus par les entreprises aux services de santé au travail interentreprises (SSTI), pour des prestations comparables, en contrepartie de l'adhésion.

Conclusion générale

La loi du 20 juillet 2011 et ses décrets d'application s'inscrivent dans le mouvement, issu des directives européennes, qui pousse à transformer la médecine du travail en un ensemble plus large, la santé au travail, c'est-à-dire à passer d'une action dirigée vers la personne et la réparation (préventions secondaire et tertiaire) à une intervention sur les causes (prévention primaire). Loi fondatrice, elle garde les principes spécifiques du système français de santé au travail qui, depuis 1946, repose sur deux piliers : la responsabilité de l'employeur et l'intervention de l'Etat.

La responsabilité du chef d'entreprise est encadrée : celui-ci n'est pas libre de choisir le mode d'organisation du service de santé au travail qui répondra aux besoins de ses salariés. Le comité d'entreprise et le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, où siègent les représentants des salariés ne le sont pas davantage. A l'exception des plus grandes entreprises, la quasi-totalité des employeurs et leurs employés se trouve dans l'obligation d'adhérer à un service de santé au travail interentreprises, à forme associative. Sauf dans quelques zones d'Ile-de-France, des régions marseillaise et lyonnaise, ces associations, du fait des agréments délivrés par l'administration, bénéficient d'un monopole.

Dans ces conditions, l'Etat devrait exercer, sur ces structures, son pouvoir de surveillance et de contrôle. Tel n'est pas le cas.

L'impossibilité juridique de sanctionner des associations qui fonctionnent, pour certaines depuis près de vingt ans, en dépit d'un refus explicite de l'administration, a vidé la procédure d'agrément de son sens. L'obsolescence des systèmes rudimentaires d'information, non actualisés depuis quarante ans, conduit, en outre, l'Etat à méconnaître la nature des services effectivement rendus aux entreprises et à leurs salariés. Les prestations effectives sont éloignées des obligations réglementaires. Le coût du dispositif, supporté par les entreprises sous forme de cotisations versées, est également inconnu de l'Etat. Il approche pourtant 1,3 Md€ par an.

Ces carences dans le pilotage, si elles n'étaient pas rapidement corrigées, handicaperaient la mise en œuvre de la volonté réformatrice du législateur et des pouvoirs publics. La pénurie de médecins du travail, très préoccupante et durable, aggrave les difficultés. Le médecin du travail est le pivot du dispositif. C'est à lui que revient la responsabilité du bon fonctionnement de l'équipe pluridisciplinaire et donc de la qualité du

service. En dépit des efforts déjà déployés par la profession, les employeurs qui adhèrent à un service interentreprises ne reçoivent pas tous l'aide et le conseil attendus. Les petites entreprises et leurs salariés sont les premières affectées.

Pour remédier à ces insuffisances, la loi du 20 juillet 2011 et ses décrets d'application ont renforcé la responsabilité des partenaires sociaux dans la gouvernance des services interentreprises de santé au travail et dans leur suivi. Le fonctionnement de ces services interentreprises doit désormais reposer sur trois éléments clés : le projet de service, que les partenaires sociaux présents au conseil d'administration devront approuver, l'agrément accordé par l'Etat et enfin la contractualisation entre le service interentreprises, l'Etat, la CARSAT et les partenaires sociaux régionaux.

Afin de desserrer les contraintes qui pénalisent la réforme de la médecine du travail, la Cour, au-delà de diverses mesures techniques, énoncées dans le corps du rapport, estime particulièrement nécessaire de :

- relancer la concertation avec les partenaires sociaux afin de réviser l'obligation d'une visite médicale systématique lors de chaque embauche, obligation qui, du fait de la multiplication des contrats à durée déterminée, consomme un temps médical croissant au détriment des autres actions de suivi des employés ;
- conférer à l'agrément par l'Etat le poids qu'il devrait avoir en donnant au ministre du travail, dans le respect des procédures contradictoires, la possibilité de dissoudre un service ou de le placer sous la responsabilité d'un administrateur provisoire, comme le droit en vigueur l'autorise pour d'autres structures associatives paritaires ;
- accroître l'implication des partenaires sociaux dans le dispositif en leur confiant la responsabilité de fixer des planchers et plafonds du montant des cotisations et autres droits que l'entreprise doit régler au service de santé au travail interentreprises, en contrepartie du conseil et du suivi des salariés.

Récapitulatif des recommandations

1. Accorder, lors de l'agrément des services, une vigilance particulière aux objectifs retenus en direction des entreprises de moins de 50 salariés ;
2. fixer, à cette même occasion, des objectifs précis en matière d'établissement des fiches d'entreprise ;
3. élaborer une doctrine claire en ce qui concerne la consistance des prestations pluridisciplinaires attendues, leur durée, leur articulation avec le financement par la cotisation, et la frontière avec les activités du secteur concurrentiel ;
4. recenser, de façon séparée de l'action en milieu de travail, le temps médical consacré à la veille sanitaire ;
5. relancer les concertations en vue d'une révision de la visite d'embauche qui pourrait être limitée à des cas spécifiques ;
6. ouvrir rapidement, au plan national, pour les « collaborateurs médecins » les formations continues envisagées en médecine du travail ;
7. étudier la possibilité de mesures exceptionnelles pour l'obtention du titre de médecin du travail, de façon à contrecarrer le risque du non remplacement, à terme, d'un médecin du travail sur deux ; à cette fin, envisager notamment des procédures de reconversion de médecins généralistes en exercice ;
8. étudier la possibilité d'intégrer les médecins inspecteurs régionaux du travail dans le corps des médecins de santé publique ;
9. actualiser rapidement non seulement le modèle de rapport administratif et financier mais aussi le rapport d'activité médicale, en les adaptant aux réformes, notamment à la mise en place des équipes pluridisciplinaires ;
10. aligner les services interentreprises sur le droit en vigueur pour d'autres structures paritaires en donnant au ministre du travail, dans le respect des procédures contradictoires, la possibilité de dissoudre un service interentreprises ou de le placer sous la responsabilité d'un administrateur provisoire ;

11. saisir l'occasion des contractualisations pour définir, en concertation avec tous les acteurs, des objectifs chiffrés relatifs au service rendu aux entreprises et à leurs salariés, notamment en matière de premier diagnostic des risques, donc de fiches d'entreprises et de modalités d'exercice de la pluridisciplinarité ;

12. procéder rapidement à un premier bilan du fonctionnement couplé des conseils d'administration et commissions de contrôle, notamment en matière d'absentéisme des membres et envisager, le cas échéant, une simplification du dispositif ;

13. aligner sur le régime en vigueur pour les commissions de contrôle le droit à indemnisation des membres du conseil d'administration et, s'agissant du membre salarié trésorier, les droits à formation ;

14. aligner le régime fiscal des services sur le droit commun des associations ;

15. engager, avec les partenaires sociaux, au sein du comité d'orientation sur les conditions de travail (COCT), les concertations utiles pour une réforme du financement qui permettrait de leur confier le pouvoir d'encadrer les variations de la cotisation et des autres droits dus par les entreprises aux services de santé au travail interentreprises (SSTI), pour des prestations comparables, en contrepartie de l'adhésion.

Annexe

Exemples étrangers

Dans le cadre de la transposition en droit interne de la directive 89/391/CE, les Etats de l'Union européenne, à l'exception du Royaume-Uni, ont mis en place des services de santé de travail exerçant des missions de prévention des risques professionnels. Dans le monde scandinave ou en Belgique, ces services sont internes à l'entreprise alors que l'Espagne et l'Allemagne ont retenu le principe de services externes, le Luxembourg présentant un cas original.

a) L'exception britannique

Au Royaume Uni, la politique de santé au travail est confiée à une agence indépendante tri-partite, la Health and Safety Executive, relevant du ministère du Travail et des Retraites. Son comité de direction est composé de 9 membres, nommés après consultation des représentants des employeurs, des salariés, des autorités locales et des autres organisations, comme les corps professionnels concernés. La législation définit, depuis 1992, l'obligation de sécurité pesant sur l'employeur, mais en laissant celui-ci libre du choix des moyens de mise en œuvre. Ainsi, aucun texte n'impose la présence d'un médecin du travail dans l'entreprise ou des visites médicales obligatoire. L'employeur a pour seule obligation de faire en sorte que les conditions de travail ne nuisent pas à la santé de l'employeur⁹² : pour ce faire, il peut désigner en interne des responsables de la sécurité et de la santé ou faire appel à des médecins généralistes, comme à des médecins du travail relevant de l'agence publique en santé (HSE) ou encore à des infirmières spécialisées en santé au travail (salariées ou libérales). On notera que dans les moyennes entreprises, la prestation est souvent sous-traitée auprès d'organismes privés à but lucratif groupant des médecins indépendants ou à des centres médicaux relevant d'organismes de prévoyance, d'assurances privées ou intégrés dans des hôpitaux.

⁹² il doit « assurer **dans la mesure du possible** la santé, la sécurité et le bien-être au travail de tous ses employés »

b) Les services internes des pays scandinaves

La directive 89/391/CE - article 7 - donne la priorité à la mise en place de services de prévention et de protection internes aux entreprises ; celles-ci ne devraient recourir à des compétences externes que lorsque les compétences internes sont insuffisantes. Face au refus des Pays-Bas de respecter ce principe, la Commission a saisi la Cour de justice, qui a déclaré, dans son arrêt du 22 mai 2003⁹³ : « (...) *en ne reprenant pas, dans sa législation nationale, le caractère subsidiaire du recours aux compétences extérieures à une entreprise en vue d'assurer les activités de protection et de prévention des risques professionnels dans celle-ci, le royaume des Pays-Bas a manqué aux obligations qui lui incombent en vertu de l'article 7, paragraphe 3, de la directive* ».

Les systèmes belges et scandinaves relèvent de ce principe hiérarchique d'intervention. Au **Danemark**, où la transposition de la directive-cadre n'a posé aucune difficulté tant le système existant était précurseur, la mise en place d'un service interne aux entreprises est une obligation très forte, qui pèse sur toutes les entreprises de plus de 5 salariés. En parallèle, depuis 2005, l'obligation d'adhérer à un service de santé au travail préventif et multidisciplinaire (Bedriftssundhedstjeneste, BTS), initialement limitée à certaines entreprises à risque, a été étendue progressivement. Le corollaire en est le renforcement des inspections effectuées : un contrôle systématique de toutes les entreprises danoises a ainsi été entrepris sur 7 ans, avec un pouvoir d'injonction pour l'inspection du travail⁹⁴ ainsi que de classement public des entreprises selon leur degré de respect des obligations en matière de sécurité et de santé (système dit de « smileys » vert, jaune, rouge). On notera également que s'il n'existe pas de médecine du travail, sur le modèle français, on trouve toutefois, dans chacune des 5 régions du pays, des médecins spécialisés qui collaborent étroitement avec les inspections régionales responsables de la prévention des maladies professionnelles. Enfin, une démarche d'évaluation est confiée à une autorité externe, « the Danish Accreditation (DANAK) », qui dispose également du droit de réaliser des visites d'inspection.

En **Finlande**, où la prévention relève d'une Agence spécialisée (Finnish Institute of Occupational Health) distincte de l'organisme en

⁹⁴ L'inspecteur peut imposer le recours à un cabinet conseil agréé pour résoudre les problèmes constatés

⁹⁴ L'inspecteur peut imposer le recours à un cabinet conseil agréé pour résoudre les problèmes constatés

charge de la réparation (Federation of Accident Insurance Institutions), la sécurité et la santé sur les lieux de travail sont scindées : les aspects de sécurité sont pris en charge à l'intérieur de l'entreprise par l'employeur et les représentants des travailleurs tandis que les aspects plus techniques de la santé relèvent des services de santé, pour la plupart municipaux. Les services internes se rencontrent principalement dans les grandes entreprises tandis que les services municipaux couvrent essentiellement les petites et les moyennes entreprises.

Le système finlandais de santé au travail est généralement considéré par les experts comme une référence et une étude publiée en septembre 2011⁹⁵ par l'Institut finlandais de santé au travail, tend à appuyer cette analyse. En effet, les salariés seraient couverts à plus de 92 % et les petites entreprises (1 à 9 salariés) à près de 65 %. Bien que les violences physiques au travail soient en augmentation, les accidents du travail diminuent fortement depuis 2006.

c) Les services externes

En **Espagne**, un rôle important est confié aux mutuelles, l'obligation de service interne étant réservée aux entreprises à risque. Ce sont donc les « mutuas », associations privées d'employeurs sans but lucratif qui, depuis 1995, sont certifiées par le ministère du travail et des affaires sociales afin d'assurer le rôle de service de prévention auprès de leurs entreprises sociétaires, en parallèle de leur mission d'indemnisation. Bien que le nombre d'entreprises ne respectant pas l'obligation de recourir à des services de santé au travail soit en diminution, les critiques exprimées à l'égard de ce système sont importantes⁹⁶.

En **Allemagne**, il est également fait appel essentiellement à des services externes, avec des résultats qui semblent plus satisfaisants. Le système repose sur des associations professionnelles (Berufgenossenschaften), qui sont des sociétés d'assurance-accidents de droit public regroupées par branche et organisées sur la base des secteurs industriels, le tout étant géré par une administration autonome basée sur une représentation équitable des intérêts des membres (employeurs) et des assurés (salariés), élus tous les 6 ans lors des élections professionnelles.

⁹⁵ « Fewer occupational accidents but more violence at work », Finnish Institute of Occupational Health, 26/09/2011

⁹⁶ Source : étude Prevent-Mensura « Organisation des services externes de protection et de prévention dans 15 pays membres de l'Union européenne (2007) »

Ces associations exercent des missions d'indemnisation en matière d'accidents du travail et maladies professionnelles mais aussi de prévention en santé et sécurité. Elles disposent d'un pouvoir d'inspection des entreprises du secteur, parallèle à celui de l'inspection du travail relevant de l'Etat. Légalement chaque employeur en est membre. Il doit se faire enregistrer auprès de l'association professionnelle dans un délai ne dépassant pas une semaine après la création de son entreprise. Le financement de ces associations provient exclusivement des cotisations des entreprises membres. Il est intéressant de noter que certaines de ces associations, compétentes pour une branche dans laquelle les petites et moyennes entreprises sont majoritaires, ont mis en place un programme très volontariste de réduction des accidents du travail par le biais d'actions de prévention financées par les cotisations ; l'objectif étant à terme de compenser les dépenses par la diminution des coûts engendrés par les accidents du travail.

d) Le cas du Luxembourg

Au **Luxembourg**, le système est dual avec, d'un côté une obligation d'affiliation à un service externe pour la prévention et de l'autre, celle de disposer de compétences internes pour la surveillance de la santé des salariés⁹⁷. Le service de santé au travail multisectoriel (STM) constitue de loin le plus grand des services interentreprises de santé au travail, tant en ce qui concerne le nombre de ses affiliés que le nombre de ses médecins. Ce service, qui couvre les petites et moyennes entreprises, a le caractère d'un établissement public. Il possède la personnalité juridique et jouit de l'autonomie financière et administrative sous la tutelle du ministre de la Santé. Financé par les cotisations des employeurs et bénéficiant du remboursement par l'Etat des examens médicaux, il est placé sous l'autorité d'un comité directeur comprenant : un président, trois délégués des syndicats de salariés et trois délégués des organisations professionnelles des employeurs.

⁹⁷ Obligatoire pour toute entreprise de plus de 5 000 salariés et de plus de 3 000 avec au moins 100 postes à risque de maladie professionnelle ou de sécurité.

REPONSES DES ADMINISTRATIONS ET DES ORGANISMES CONCERNES

SOMMAIRE

Ministre des affaires sociales et de la santé	133
Ministre du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social	135
Ministre délégué auprès du ministre de l'économie et des finances, chargé du budget	139
Présidente du centre médical interentreprises Europe (CMIE)	140
Président de l'association patronale de santé en milieu de travail (APSMT)	143
Président de l'association pôle santé travail (PST)	144
Président de l'association de santé au travail interservices (ASTI)	146
Président de l'association de santé au travail interentreprises et de l'artisanat (ASTIA)	147
Président du centre interservices de santé et de médecine du travail (CISME)	148

RÉPONSE DE LA MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Tout d'abord, même si la politique de santé au travail et les moyens qui lui sont alloués sont affectés au ministère du travail et non au ministère de la santé, les politiques des deux ministères en la matière sont étroitement imbriquées et doivent en permanence être mises en cohérence. Je rejoins, en ce sens, les constats posés par le Rapporteur.

La politique de santé au travail constitue une composante importante de la politique de santé publique. Les facteurs professionnels peuvent en effet être à l'origine de cancers, de troubles musculo-squelettiques ou d'autres pathologies qui constituent des préoccupations permanentes du ministère de la santé. Le code de la santé publique mentionne ainsi les conditions de travail parmi les risques que la santé publique doit s'attacher à identifier et à réduire, et les conditions de travail sont l'un des principaux déterminants de santé.

Mais au sein de la politique de santé publique, la santé au travail occupe depuis longtemps une place particulière et s'organise selon des règles qui lui sont propres, avec des textes législatifs et réglementaires tenant compte des spécificités du monde du travail et une administration dédiée.

L'insertion de cette politique spécifique au sein d'une politique plus générale qu'est la santé publique doit toutefois faire l'objet d'une attention renforcée, et je partage à cet égard les constats du Rapporteur.

Cette meilleure insertion doit se traduire par une articulation et une cohérence entre les différents plans de santé publique et la politique de santé au travail portés aux niveaux national et régional.

A cet égard, doivent être encouragés le développement de la surveillance épidémiologie des risques professionnels en entreprise, le renforcement des collaborations avec l'Institut de veille sanitaire, et l'articulation avec les soins ambulatoires et avec les agences régionales de santé (ARS).

La mission de veille sanitaire est inscrite dans la loi du 21 juillet 2011. Je partage les remarques de la Cour sur la nécessité de permettre que cette mission puisse être exercée en équilibre avec les autres missions des médecins du travail. L'exemple cité sur la participation de l'association de prévention et de santé au travail (APSMT) au volet santé au travail du plan régional de santé et au plan régional de santé environnement apparaît comme illustratif et essentiel pour une politique régionale de santé.

En ce qui concerne le statut des personnels des services interentreprises de santé au travail (SSTI), la Cour observe le manque de définition des assistants de santé au travail. Je partage la remarque sur la

nécessité de définir plus clairement la formation et les missions de cette catégorie de personnel et ses relations avec les professionnels de santé.

S'agissant des médecins inspecteurs régionaux du travail, je rejoins l'analyse de la Cour sur la nécessité de leur offrir des perspectives de carrière adaptées à leur rôle. Ce sujet fait, je le sais, l'objet d'une attention particulière de la part du ministre du travail.

Enfin, la Cour formule un certain nombre d'observations sur le contenu, les modalités et l'exploitation des rapports d'activité médicale des SSTI. Je tiens à cet égard à souligner l'importance, pour la politique de santé publique, des données des SSTI afin de contribuer à renforcer la veille dans le domaine du suivi des salariés. Une collaboration renforcée avec l'Institut de veille sanitaire doit être recherchée. Il est en effet important que la surveillance et l'observation permanente de l'état de santé de la population, qui est confiée à cet institut par la loi (article L. 1413-2 du CSP), puisse prendre en compte les données recueillies dans le cadre professionnel.

**RÉPONSE DU MINISTRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI, DE
LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET DU DIALOGUE SOCIAL**

Le système de la médecine du travail et des services de santé au travail constitue aujourd'hui le premier réseau de prévention en France. La dernière réforme de la médecine du travail et des services de santé au travail qui se met en place actuellement constitue une étape importante au vu de la sensibilité croissante des enjeux de santé et de sécurité au travail, et répond à une attente réelle de notre société, de l'ensemble de salariés, notamment des plus précaires, et des entreprises, notamment des plus petites d'entre elles. Dans un contexte marqué par l'émergence de nouvelles formes d'organisation des processus productifs et de nouveaux risques professionnels, c'est un enjeu majeur à la fois pour la politique sanitaire et sociale et pour la compétitivité des entreprises françaises.

16. Le rapport met en avant les limites de l'action actuelle des services de santé au travail interentreprises. Je partage nombre de ses constats sur les trois points majeurs que vous avez relevés même si j'apporterai quelques nuances :

- Les observations de la Cour m'apparaissent pertinentes sur les relations entre le service interentreprises et l'entreprise adhérente, l'insuffisance de l'action en milieu de travail et l'évolution préoccupante d'une différenciation entre les services avec les risques de dérives pour les petites entreprises. Toutefois, la réalité entre les services et les régions est diverse, comme le souligne la Cour, et il convient de se garder de trop généraliser.*
- Les critiques sur le déficit de pilotage de l'Etat doivent être prises en considération comme l'obsolescence des systèmes d'information, les limites juridiques de la procédure d'agrément, ou l'insuffisante harmonisation des positions administratives. La Cour connaît bien la situation budgétaire de l'Etat qui peut expliquer les moyens qui sont consacrés à cette activité. Mes services assurent une tâche de contrôle indispensable notamment lors des agréments pour veiller à la qualité des prestations qui doit être prise en considération.*
- Enfin, les difficultés de fonctionnement soulevées par la Cour et les enjeux financiers sont une de nos préoccupations majeures. Nous devons tenir compte de la règle de liberté d'association qui régit ces services.*

17. La réforme de la médecine du travail et des services de santé au travail qui se met en place a été conçue par le Gouvernement précédent pour apporter des éléments de réponse sur plusieurs des points soulevés par la Cour :

- *la gouvernance des services de santé au travail interentreprises et d'exigences accrues en matière de transparence financière et de positionnement des services de santé au travail interentreprises dans le champ des activités concurrentielles.*
 - *Le pilotage régional de la santé au travail, dans le cadre duquel la politique d'agrément et la démarche de contractualisation constituent des leviers essentiels et dont la complémentarité est, il me semble, insuffisamment perçue par la Cour.*
 - o *La politique régionale d'agrément vise ainsi à garantir, au niveau de chaque service, la qualité des prestations offertes et leur conformité avec les exigences réglementations, et à assurer une juste couverture territoriale des services de santé au travail au niveau régional, et une affectation des ressources en temps médical cohérente avec cet enjeu.*
 - o *La politique de contractualisation est une démarche de qualité à caractère collectif et concerté entre le service de santé au travail interentreprises, la DIRECCTE et la CARSAT, qui associe étroitement les partenaires sociaux dans le cadre du comité régional de prévention des risques professionnels. Elle vise à mettre en œuvre les priorités d'action du projet pluriannuel de service en cohérence avec les objectifs régionaux de santé au travail et de prévention, définis notamment dans le cadre du plan régional de santé au travail et de la déclinaison régionale de la convention d'objectifs et de gestion de la branche AT-MP. La contractualisation vise bien à renforcer la synergie entre les interventions des services de santé au travail, des DIRECCTE et des CARSAT, ce qui fait de l'articulation et de la coopération étroite entre ces deux réseaux une priorité et un enjeu clé, qui me semblent devoir être très nettement rappelés.*
 - *Les missions et les moyens d'action des services de santé au travail. La mise en place effective de la pluridisciplinarité constitue à ce titre un des enjeux majeurs, qui doit permettre, tout en préservant les compétences exclusives du médecin du travail, de s'appuyer sur des compétences diverses pour améliorer la prévention des risques professionnels et mieux répondre aux priorités identifiées, notamment, dans le cadre du projet de service pluriannuel et du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.*
18. *Je n'ai pas voulu remettre en cause la mise en œuvre de cette réforme malgré certaines imperfections. Je rappelle que le décret daté du 30 janvier 2012 était applicable au 1^{er} juillet. Cette réforme est issue d'une large concertation avec les partenaires*

sociaux dans le cadre de la conférence tripartite du 27 juin 2008 puis au sein de la Commission d'Orientation des Conditions de Travail. Il m'a paru nécessaire de laisser aujourd'hui la réforme entrer en vigueur et se développer. L'enjeu principal est celui de son appropriation par les différents acteurs de la santé au travail, à commencer bien sûr par les acteurs des services de santé au travail, et de sa mise en œuvre concrète, par la mobilisation et la responsabilisation de tous. La mise en œuvre effective dépendra largement, comme le souligne la Cour, de la qualité de la mobilisation de l'ensemble des acteurs de la santé au travail.

19. Aussi, je suis très attentif aux conditions de son application. Mes services préparent actuellement une circulaire qui permettra de mieux harmoniser les règles et les pratiques sur tout le territoire et ils mobilisent les DIRECCTE sur ce sujet. Plusieurs points soulevés par la Cour seront particulièrement suivis :

- *Les services de santé au travail interentreprises doivent concentrer leur action et leurs moyens sur leur mission première afin de répondre aux enjeux prioritaires en matière de santé au travail, en particulier aux attentes des petites entreprises et de leurs salariés, ainsi que des nouveaux publics de salariés qui bénéficient désormais de la médecine du travail alors qu'ils en étaient jusqu'à présent privés en droit ou en fait.*
- *La qualité du pilotage des services de santé au travail interentreprises par les DIRECCTE constitue un enjeu clé. Deux chantiers sont d'ores et déjà ouverts à cette fin, à savoir la refonte du rapport administratif et financier et du rapport d'activité médicale, et celle du système d'information. Par ailleurs, je partage l'analyse de la Cour selon laquelle les médecins inspecteurs régionaux du travail ont un rôle important à jouer dans ce cadre, et que leur positionnement actuel pose question au regard de cet objectif. Le déploiement de la réforme constitue à ce titre aujourd'hui un enjeu majeur et, je le mesure, un objectif ambitieux en particulier pour mes services.*
- *La mise en œuvre de la politique d'agrément et, en lien étroit avec les CARSAT, de la contractualisation, a vocation à constituer un axe prioritaire et structurant de l'activité des DIRECCTE en matière de santé au travail. Je serai ainsi particulièrement vigilant sur la qualité du suivi du déploiement opérationnel de la réforme. Je veillerai en outre à ce que ce pilotage associe l'ensemble de ses parties prenantes, qu'il s'agisse des services de santé au travail, de la branche accident du travail - maladies professionnelles, et bien sûr des partenaires sociaux. Il me semble à ce titre que le rôle de ces derniers dans la mise en œuvre de la réforme, non seulement par leur implication renforcée dans la gouvernance de chaque*

service de santé au travail interentreprises, mais également dans la participation au pilotage régional de leur action dans le cadre de la politique régionale de santé au travail, doit être mieux souligné.

Lors de la conférence sociale de juillet dernier, les partenaires sociaux tous ont été d'accord pour travailler sur des modalités renouvelées de gouvernance et de pilotage de la politique de santé au travail au niveau national comme au niveau régional, dans le cadre desquelles aura également vocation à s'inscrire la mise en œuvre de la réforme de la médecine du travail et des services de santé au travail.

20. Nous ferons un premier bilan partagé sur l'application de cette réforme en associant la Conseil d'Orientation des Conditions de Travail de cette mise en œuvre pour identifier les points qui mériteraient des ajustements, et d'en tirer toutes les conséquences. C'est au vu de ce bilan qu'il faudra mettre en perspective certaines des questions soulevées par la Cour, telles que la visite d'embauche, les prérogatives accrues de l'Etat dans le cadre de l'agrément ou la réforme du financement des services, et le cas échéant, de leur statut.

***RÉPONSE DU MINISTRE DÉLÉGUÉ AUPRÈS DU MINISTRE
DE L'ÉCONOMIE ET DES FINANCES, CHARGÉ DU BUDGET***

Ce projet n'appelle pas de remarque particulière de ma part.

**RÉPONSE DE LA PRÉSIDENTE DU CENTRE MÉDICAL
INTERENTREPRISES EUROPE (CMIE)**

Le CMIE remercie la Cour de l'analyse menée et présente les différents éléments permettant de préciser les considérations du rapport le concernant.

Le CMIE a participé à l'enquête régionale et nationale animée par le médecin inspecteur Docteur SANDRET, SUMER 2009 et a largement contribué à ses résultats par la participation active de 14 centres du CMIE (82 %) et 40 % de ses médecins du travail

S'agissant des moyens déployés :

La loi du 20 juillet 2011, par la disparition du cadre normatif d'effectif attribué par médecin du Travail, conduit les SIST à mener une véritable analyse des besoins des entreprises adhérentes et de leurs salariés. Ainsi les premières réflexions ébauchées pour les contrats d'objectifs et de moyens reposent sur une classification des entreprises par risque et des salariés par exposition. Le temps alloué à chaque adhérent par l'équipe pluridisciplinaire sera ainsi déterminé non en fonction de la taille de l'entreprise mais des risques analysés de l'entreprise. La loi du 20 juillet 2011 permet cette évolution vers une véritable évaluation de la demande des entreprises et des besoins des adhérents dont se sont saisies les commissions médico-techniques. Cette novation très importante permettra de tenter de réaliser une adéquation de l'offre aux besoins en santé au Travail.

S'agissant de la réalisation des visites périodiques :

Les chiffres collectés par le graphique ne sont pas exacts.

Pour l'année 2009, les visites périodiques à effectuer sont au nombre de 154 269, les visites périodiques effectuées sont au nombre de 76 505 soit 49,5 % et non 36 %.

S'agissant de l'absentéisme des salariés aux convocations

Le taux moyen d'absence de 22 % est homogène sur l'Ile-de-France et n'est pas propre au CMIE.

Quant à la reconvoque des salariés, les secrétariats médicaux répondent aux directives de convocation des médecins qui ont toute liberté, au nom de l'indépendance médicale, de moduler leur nombre de visites ou de reconvoquer les salariés. La direction du service ne peut avoir aucune action sur ce point si ce n'est qu'incitative auprès du médecin.

Ce point met en exergue le dilemme auquel vont faire face les services, dans le cadre des nouveaux textes : s'engager sur des objectifs dont ils ne maîtrisent pas plus la réalisation que par le passé, les médecins

demeurant, au nom d'une indépendance médicale mal définie, seuls décideurs de l'application des objectifs communs déclinés individuellement.

Le CMIE met en lumière, chaque année en conseil d'administration, le potentiel de convocations et de réalisation de visites de l'ensemble des médecins, hors tiers temps et activités connexes.

Ce tableau démontre, chaque année, que le potentiel est largement supérieur au nombre de visites dues aux adhérents. Les possibilités de reconvoctions des absents sont totalement réalisables de même que la convocation de l'ensemble des visites périodiques malgré l'augmentation des visites d'embauche.

Le médecin du travail est seul régulateur de son activité et le service ne peut que constater l'hétérogénéité des pratiques médicales de ses praticiens.

Les causes de non-respect éventuelles des engagements contractuels des SIST, ne sauraient être seulement constatées mais analysées.

DONNEES ISSUES DU PV DU CONSEIL D'ADMINISTRATION 2010

EFFECTIF CMIE	BESOINS EN EXAMENS CLINIQUES	EXAMENS MOYENS A REALISER	% VAC CLI	ETP Mdt	POTENTIEL CONVOCATIO N	EXAMENS MEDICAUX REALISES	EXAMENS MEDICAUX MOYENS REALISES	EXAMENS MEDICAUX MINI REALISES	EXAMENS MEDICAUX MAXI REALISES
238 640	159 089	2 150	58 %	73	208 000	136 000	1 864	1 322	2 864

S'agissant du poids du non agrément

« Le CMIE disposait d'un agrément partiel »

Le CMIE dispose d'une approbation de compétence délivrée en 2003 et est dans l'attente d'un réexamen de ses demandes d'approbation de secteur de 1995, 2002, 2003, 2005, 2006 suite à deux annulations par le tribunal administratif en 2005 et 2010.

Si le poids du non-agrément relevé par le rapport constitue une insécurité majeure pour les SIST, une insécurité comparable tient à l'absence d'objectivité des critères présidant à la délivrance de l'agrément.

Tel que le relève la Cour, à la page 80, à propos de la réalisation de la fiche d'entreprise, la définition d'indicateurs de réalisation et d'objectifs quantifiés permettrait d'évaluer les SIST sur des bases objectives permettant une délivrance d'agrément reposant sur des critères normés s'imposant à tous.

S'agissant des montants et taux de cotisation

La DIRRECTE avait connaissance des montants et taux de cotisation par la réception des procès-verbaux de Conseil d'Administration, adressés à ses services conformément aux prescriptions réglementaires jusqu'à la loi du 20 juillet 2011.

**RÉPONSE DU PRÉSIDENT DE L'ASSOCIATION PATRONALE DE
SANTÉ EN MILIEU DE TRAVAIL (APMST)**

Je vous informe qu'aucune observation n'est à apporter au projet de rapport public thématique, intitulé « Les services interentreprises de santé au travail : une réforme en devenir », que la Cour des comptes propose de publier prochainement.

**RÉPONSE DU PRÉSIDENT DE L'ASSOCIATION PÔLE SANTÉ
TRAVAIL (PST)**

Je suis globalement d'accord avec vos observations et recommandations et je reprendrai ci-après :

- *quelques précisions concernant les observations figurant au rapport,*
- *un commentaire concernant les recommandations.*

Tout d'abord, pour ce qui concerne quelques chiffres concernant les actions en milieu de travail et les activités pluridisciplinaires:

- *Le nombre d'IPRP est basé sur des chiffres de 2007 et est en constante et importante augmentation, celui-ci a au moins doublé depuis cette date ; par ailleurs, le métier d'Assistant de Santé au Travail concourt à la pluridisciplinarité et assiste les équipes et les IPRPR sans être IPRP habilité, de même que les Infirmières pour une part de leur activité.*
- *nous appuyons la réflexion de la Cour de Comptes au sens où le CPOM doit être le lieu d'un échange contractuel sur la base d'un projet de service en fonction des besoins identifiés par le SSTI et non l'application stricte des plans régionaux de Santé au travail et autre COG.*
- *S'agissant de la vie associative*
 - *Nous pouvons vous confirmer que depuis la fusion, l'assiduité aux Conseils d'administration et Commissions de Contrôle s'est considérablement améliorée et que le taux d'absentéisme est de l'ordre de 20 % maxi pour les 2 collègues.*
 - *En 2012, nous avons pu réunir 13.5 % des pouvoirs pour 11 % des entreprises présentes ou représentées soit 3 200/30 000 adhérents grâce à une action dynamique et une communication plus importante, en outre près de 300 personnes ont été présentes lors de la conférence sur l'évolution de la Santé au Travail qui a suivi l'Assemblée Générale.*

En ce qui concerne les recommandations :

- *Nous souscrivons à l'ensemble de celles-ci avec les remarques suivantes*
 - *N° 11 : pour les TPE qui n'ont souvent pas encore fait leur DU, nous intervenons sur l'identification des risques, de leurs effets sur la santé pour conseiller sur la prévention, ce qui permet de faciliter ensuite la réalisation des fiches d'entreprises.*

- N° 4 : attention la participation à la veille sanitaire doit être centrée sur la veille en Santé au travail de façon à optimiser les diagnostics et les orientations des projets de service et COPM et non la veille tout azimut qui aurait pour conséquence de prélever des moyens déjà limités
- N° 14 : attention à ne pas rigidifier l'offre de service en figeant les cotisations et le type de service proposé de façon explicite. La réforme incite à contractualiser avec les entreprises dans un cadre contrôlé par le paritarisme et autorise par la même l'innovation. Par ailleurs, nous privilégions la mutualisation des cotisations qui permet de donner les moyens d'intervenir dans les TPE sans les pénaliser.

Enfin, s'il est très important d'avoir un système de gouvernance, de pilotage, et de financement bien régulé, s'il est important de bien mesurer les indicateurs d'activités et de personnel sur le terrain, il n'en n'est pas moins vrai que ce sont des conditions nécessaires mais non suffisantes à la réussite du processus de modernisation de la Santé au Travail.

En effet, cela nécessite en premier lieu la réussite d'une délicate alchimie entre le médecin du travail animateur de l'équipe, les intervenants pluridisciplinaires et l'entreprise qui doit être convaincue que la santé de ses salariés est un facteur essentiel pour sa pérennité et son développement. Le médecin qui anime et coordonne doit pouvoir faire le lien entre la santé des salariés qu'il suit avec son infirmière et les conditions de travail qu'il connaît dans le cadre de son Equipe, il doit pouvoir ensuite être force de propositions pour tous les acteurs de l'entreprise en matière de prévention.

Sur ces derniers points la réglementation n'est pas d'un grand secours et il nous semble important de travailler sur l'organisation des équipes santé travail et la formation pour permettre de les faire fonctionner en partageant la même conception de ce qu'est la santé au travail.

A notre avis, la réglementation en matière de santé au travail n'est pas un objectif à respecter mais doit être un socle pour promouvoir la prévention.

**RÉPONSE DU PRÉSIDENT DE L'ASSOCIATION DE SANTÉ AU
TRAVAIL INTERSERVICES (ASTI)**

*Après lecture attentive, je vous confirme que je n'ai pas d'observation
particulière à formuler.*

**RÉPONSE DU PRÉSIDENT DE L'ASSOCIATION DE SANTÉ AU
TRAVAIL INTERENTREPRISES ET DE L'ARTISANAT (ASTIA)**

Nous vous prions de bien vouloir trouver ci-dessous les observations que nous formulons à la lecture de ce rapport :

- *Le CMTA, l'AMST et aujourd'hui l'ASTIA n'ont jamais été confrontés à un refus ou retrait d'agrément par la DIRECCTE au sens réglementaire (avis motivé dans les conditions prévues par le code du travail).*

Les demandes de renouvellement d'agrément sont en cours d'instruction depuis 1996.

La procédure d'instruction est régulièrement réactivée par des demandes orales ou écrites de la DIRECCTE.

- *Dans les discussions préalables à la fusion de 2010, la DIRECCTE n'a jamais émis de réserve sur le sens de la fusion, à savoir le CMTA absorbant l'AMST.*

L'initiative de la fusion CMTA-AMST (et son sens) a bien été prise par les organisations représentatives des employeurs, les assemblées générales des adhérents se sont prononcées à l'unanimité en faveur de cette fusion.

Dans les années 2010, 2011 et 2012, 14 cadres sur 200 salariés ont effectivement quitté l'ASTIA, dont 12 médecins. Les 2 cadres non médecins, ayant été embauchés après la fusion, celle-ci n'a pas pu influencer leur départ.

Parmi les médecins démissionnaires, 3 sont partis à la retraite, 2 sont revenus à l'ASTIA, au total sur la même période 8 ont été embauchés.

- *Il n'y a jamais eu de droit d'entrée à l'adhésion dans les pratiques de l'AMST.*

Nous vous souhaitons une bonne réception des présentes et restons à votre disposition pour toute précision supplémentaire.

**RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU CENTRE INTERSERVICES DE
SANTÉ ET DE MÉDECINE DU TRAVAIL (CISME)**

Le CISME salue l'étude approfondie menée par la Cour de Comptes et partage nombre de ses constats et de ses recommandations.

En réponse, au projet de rapport public que la Cour nous a communiqué, conformément à la réglementation existante, nous souhaitons exprimer les commentaires ci-dessous, tout en soulignant deux points préalables importants :

- ◆ *nos commentaires se situent, seulement, quatre mois après l'entrée en vigueur au 1^{er} juillet 2012 des nouveaux textes législatifs et réglementaires parus en 2011 et 2012 réformant, notamment, le fonctionnement des Services de Santé au travail interentreprises (SSTI)*
- ◆ *nous n'avons pas connaissance du contenu de la circulaire d'application dont la sortie est pourtant annoncée comme imminente.*

1) L'intervention de l'Etat en cas de carence du SSTI

La Cour envisage d'aligner les SSTI sur le droit en vigueur pour d'autres structures paritaires, en donnant au ministre du travail, dans le respect des procédures contradictoires, la possibilité de dissoudre un SSTI ou de le placer sous la responsabilité d'un administrateur provisoire.

Il nous semble souhaitable que de telles mesures puissent être précédées, à l'initiative de l'autorité publique compétente, par une saisine formalisée du conseil d'administration du SSTI concerné, dont il convient de souligner qu'il est composé désormais à parité de représentants d'employeurs et de représentants de salariés désignés par les organisations syndicales représentatives.

Il s'agirait d'amener les administrateurs à acter leurs positions en toute connaissance de causes et de disposer d'un dernier délai pour voter les décisions permettant un retour à un fonctionnement régulier.

2) Les notions de « pilotage » et de « responsabilité » relatives au fonctionnement des SSTI peuvent être source de confusion

Les termes de « pilotage » et de « responsabilité » nous semblent devoir être précisés pour éviter une confusion des rôles et un management des SSTI inutilement compliqué.

- ◆ *La Cour utilise à plusieurs reprises le terme de « pilotage » pour le situer tantôt au niveau de l'Etat, tantôt au niveau des partenaires*

sociaux, en ne positionnant pas nécessairement pour les SSTI, les prérogatives du conseil d'administration en lien avec les rôles respectifs de la commission médico-technique et de la commission de contrôle.

- ◆ *Elle voit l'action des MIRT à travers un dialogue direct avec les médecins du travail qui peut exister mais qui ne saurait ignorer l'ensemble du nouveau processus collectif d'élaboration des décisions dans les SSTI.*
- ◆ *Elle écrit « ... l'équipe agit sous la responsabilité du médecin du travail » ce qui est ambigu quant à la responsabilité juridique du médecin du travail et s'éloigne des termes de la loi selon laquelle le médecin du travail « anime et coordonne ».*

Prises à la lettre, ces rédactions pourraient induire des difficultés d'interprétations dans les SSTI.

Trop de « pilotes » ou des responsabilités mal cernées pourraient compromettre la mise en œuvre organisationnelle de la réforme.

3) Adhésions contractualisées des employeurs avec les SSTI et pilotage des politiques publiques

Les obligations réglementaires et les éventuels besoins de contreparties individualisées à stipuler lors de l'adhésion des employeurs à un SSTI, dont l'objet est de répondre aux obligations propres à chaque employeur, sont à concilier avec les politiques publiques de santé et de santé au travail par la mise en œuvre de la contractualisation prévue par la loi du 20 juillet 2012.

Dès lors, le pilotage recommandé par la Cour et le fonctionnement des SSTI nous semblent devoir être abordés via cet outil.

4) Le rôle des MIRT

La Cour suggère que les MIRT puissent être « les fondements d'une action efficace de l'Etat ». Elle indique que « médecin lui-même, le MIRT entretient de facto avec ses collègues médecins du travail, des rapports constants ».

Le CISME attire l'attention de la Cour sur le fait que cette proximité avec des salariés - « collègues » - dans une structure associative agréée, porteuse de la mission générale, avec ses instances de gouvernance, sa direction, son projet de service, son contrat d'objectifs et de moyens etc., est un point qui peut renvoyer ponctuellement aux difficultés de pilotage évoquées ci-dessus.

La Cour a par ailleurs relevé que « des MIRT se trouvent en situation de contrôler des services dans lesquels ils ont exercé ».

Le CISME demande que ce type de situation soit exclu.

Nous remarquons, enfin, que les MIRT sont souvent isolés dans leur action en général, et en particulier dans leur instruction des dossiers d'agrément. Sur cette dernière fonction, une action en binôme, avec un expert d'un autre profil serait sans doute favorable. Les certifications de l'organisation des établissements de soin, qui conduisent également à une autorisation administrative de fonctionner, sont délivrées après l'audit d'experts visiteurs qui interviennent à deux ou plus, en fonction de la taille de l'établissement.

5) La pluridisciplinarité - L'évolution des ressources humaines au bénéfice de la connaissance des postes de travail et de leurs risques

La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences conduite par les Services depuis 2004, soutenue par un effort de formation qui se situe aux alentours de 4 % de la masse salariale, a produit des effets sensibles.

Cette nouvelle structure des ressources humaines dans les SSTI devrait permettre de mieux répondre à la préoccupation légitime de la Cour concernant la réalisation des fiches d'entreprise. Les récentes évolutions réglementaires permettent en outre, désormais, une contribution collective de l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail pour les réaliser. Auparavant, le médecin était seul pour cette tâche considérable et multiple.

6) Facturations complémentaires de la pluridisciplinarité

Si un cadrage des actions pluridisciplinaires de premier niveau (mutualisées) et de second niveau (pouvant conduire à des appels de financement complémentaire) est souhaitable, il peut être fait à travers le règlement intérieur de l'association, rendant plus lisible l'offre et ses modalités de financement.

Il paraît difficile d'uniformiser ces deux niveaux au plan national ou même régional tant les disparités territoriales, en besoins et en ressources, peuvent être importantes.

Des principes généraux pourraient néanmoins servir de guide.

7) La démarche de progrès de la profession

La Cour a relevé l'initiative du CISME qui a lancé en 2004, une « démarche de progrès en santé au travail ». Un cycle d'évaluations spécifiques, par tierce partie, a été créé dans ce cadre.

Le CISME suggère depuis plusieurs années que les travaux de la profession pour l'amélioration continue de l'organisation puissent être pris en compte par les pouvoirs publics et constituer à terme une pièce importante du dossier d'agrément.

A titre d'exemple, un des premiers points évalués au cours de la démarche est la capacité du SSTI à réaliser les fiches d'entreprise et l'existence d'objectifs chiffrés en la matière. Il rejoint la proposition de la Cour « Fixer des objectifs précis en matière d'établissement des fiches d'entreprises ».

La généralisation de cette démarche de progrès pourrait constituer un outil de progrès pour les SSTI et de régulation pour l'Etat, le contrat d'objectif et de moyens donnant les priorités d'action et la certification assurant la mise en œuvre d'une organisation cohérente et tournée vers la réponse aux besoins des entreprises adhérentes et de leurs salariés.

8) Un pilotage servi par un système d'information performant

La Cour souligne que « les carences de centralisation et d'homogénéité de l'information ont privé l'Etat comme d'ailleurs les CARSAT, d'une connaissance précise de la situation des acteurs de terrain, les SSTI, au moment où d'importantes modifications législatives et réglementaires étaient conduites ».

Les modifications à venir du Rapport Administratif et Financier des SSTI (RAF) et du Rapport Annuel du Médecin (RAM), intégrées par le projet « SINTRA », qui en permettra l'informatisation, sont effectivement facteurs de progrès potentiels.

Le CISME a récemment développé la diffusion, dans tous les systèmes d'information des SSTI, de nomenclatures communes permettant de coder l'activité ou les risques de manière harmonisée sur l'ensemble du territoire. Dans la perspective d'un relais de l'Administration, et d'une prise en compte dans le projet SINTRA, la compilation des données serait alors largement facilitée et pourrait éclairer l'ensemble des parties prenantes.

De plus comme l'a relevé la Cour, le CISME établit un rapport de branche et des chiffres-clés.

Il y aurait un intérêt certain à ce que le CISME puisse présenter annuellement les données de la branche et ses commentaires associés au COCT, en complément des informations transmises dans le Bilan des conditions de travail issu des services de l'Administration.

9) La participation utile des SSTI dans les instances de concertation et de pilotage des politiques de santé au travail

La Cour note que les services de santé au travail, en tant que tels, ne sont pas présents ou représentés dans les diverses instances de concertation.

Ainsi le CISME n'est pas membre de la commission n°5 du COCT, qui rassemble pourtant les « acteurs locaux de la prévention en entreprise. La concertation conduite est donc, essentiellement, une concertation entre l'Etat, la branche AT-MP et les partenaires sociaux ; les services, acteurs de terrain, c'est-à-dire la profession, n'y sont pas associés ».

Ajoutons que les SSTI et leur représentation régionale n'ont pas effectivement de place en tant que tel dans les CRPRP.

Des conflits d'intérêts ayant été mentionnés dans le cas où des représentants de SSTI assisteraient à des réunions de telles instances consacrées à la délivrance d'avis sur leurs situations ou leurs projets de contractualisation (CPOM), la plus grande disparité de participation ou de non-participation a prévalu dans la composition des CRPRP.

Il est pourtant aisé de valider le principe de leur participation tout en stipulant, comme il est d'usage général, leur non-participation à toutes les réunions ou décisions à définir, susceptibles de générer de possibles conflits d'intérêts.

Cette intégration est vivement souhaitable pour la réussite de la réforme. Premier réseau déployé sur le terrain, dans les TPE, etc., les SSTI peuvent aider à mieux éclairer les réalités locales et faciliter le déploiement des actions prioritaires. Dotés d'une nouvelle gouvernance, leur mise à l'écart est de moins en moins compréhensible, et de toute évidence un frein à l'efficacité.

10) Le financement des SSTI

La Cour suggère d'engager des concertations au sein du COCT pour une réforme du financement des SSTI afin notamment d'encadrer les variations de la cotisation et des autres droits dus par leurs adhérents.

L'activité des SSTI va désormais être cadrée par des prescriptions réglementaires, les plans Santé travail, le contenu de l'agrément, le contenu du Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Le tout est détaillé dans le projet de service. Les objectifs seront, donc, particulièrement concertés et précisés. Dès lors, il appartient au conseil d'administration, composé à parité de salariés et d'employeurs, dont le trésorier est un salarié qui suit des comptes par ailleurs certifiés par un commissaire aux comptes, de déterminer les moyens, d'en arrêter les financements jugés nécessaires à l'atteinte des objectifs et enfin de les soumettre aux votes des Assemblées générales.

Un encadrement trop strict et général pourrait limiter les capacités d'adaptation aux réalités locales et se révéler contraire au bon fonctionnement des processus de décisions.

Enfin, telles qu'elles seront cadrées par le nouveau dispositif, des différences dans les modalités de cotisation ne devraient pas être considérées comme constituant un obstacle à la réalisation des missions fixées.

Et si la loi dit que les frais doivent être proportionnels au nombre de salariés, elle n'impose pas que les recettes soient également proportionnelles à ce chiffre.

A ce sujet, la répartition égale des frais en fonction du nombre de salariés est un aspect de la loi qui s'accommode assez mal de l'approche par priorités qui conduira à consacrer des moyens et donc des frais de manière différenciée.

DESTINATAIRE N'AYANT PAS REPONDU

- *le ministre de l'économie et des finances*

