

Synthèse des propositions issues du groupe de travail U2P « Réforme de la santé au travail » du 16 avril 2019

Dans le cadre de la pré-concertation en cours sur la réforme de la santé au travail et suite aux propositions issues du groupe de travail U2P réuni le 16 avril 2019, le Conseil national de l'U2P considère que :

- dans une optique de **décloisonnement entre médecine du travail et médecine de ville/proximité** :
 - o un médecin exerçant au sein de son propre cabinet, en centre de santé ou en maison de santé pluridisciplinaire pourra assurer le suivi médical professionnel d'un salarié. Ce médecin ne pourra en revanche pas être le médecin traitant du salarié ;
 - o pour assurer ce suivi médical professionnel, le recours à un service de santé au travail interentreprises (SSTI) ou à un médecin de ville sera au choix de l'employeur ;
 - o il convient de déterminer si le suivi médical professionnel par la médecine de ville/proximité doit concerner l'ensemble des salariés ou seulement ceux qui ne sont pas soumis à un « *suivi individuel renforcé* » (ceux qui ne sont donc pas affectés à des postes réputés à risque) ;
 - o le médecin de ville/proximité assurant le suivi médical professionnel sera compétent en matière d'aptitude et d'inaptitude ;
 - o pour favoriser l'appréciation globale de la santé du salarié, il convient de rendre accessible le dossier médical partagé (DMP) au médecin traitant, au médecin de ville assurant le suivi médical professionnel et au médecin du travail.
- le **financement du suivi médical** professionnel des salariés pourrait s'appuyer sur **deux cotisations distinctes** :
 - o un paiement à la visite qui serait versé uniquement lorsqu'une visite de contrôle liée au suivi initial et périodique du salarié a été réalisée. Par exemple, au vu de l'espacement des visites médicales des salariés qui ne sont pas soumis à un suivi renforcé, l'employeur n'aura à s'acquitter du coût de cette visite, qu'une fois tous les cinq ans.
 - o une cotisation qui serait mutualisée et qui permettrait de financer les visites de reprise, de pré-reprise, les actions liées aux études et aménagements de poste, ...
- il convient d'affirmer une **opposition à toute forme de collecte par les URSSAF** des cotisations liées à la santé au travail : l'U2P s'était pour l'instant montrée très réservée quant à une telle collecte en soulevant les doutes quant à la capacité des URSSAF à absorber cette nouvelle mission et les risques de pertes / mauvais fléchage de fonds.

Les transferts récents de collecte aux URSSAF ont mis en évidence les difficultés qu'elles rencontraient pour répartir les fonds collectés dans de bonnes conditions (AGFPN, FAFCEA, ...).

- les **travailleurs indépendants** (hors microentrepreneurs dont l'activité est fournie et régie par une ou plusieurs plateformes) doivent pouvoir bénéficier d'un **suivi médical professionnel spécifique**. Ce suivi ne peut en revanche pas être calqué sur le suivi applicable aux salariés.

Le suivi médical des travailleurs indépendants ne doit pas s'inscrire dans un cadre contraignant ; il doit rester facultatif.

- afin d'améliorer les services rendus par les SSTI, il conviendrait de **passer d'un système d'agrément** par l'administration **à une certification** s'appuyant sur un cahier des charges national qualitatif. L'objectif serait d'homogénéiser les services rendus par les SSTI.
- la **réforme de la santé au travail** devra entrer en **application à la fin des actuelles conventions d'objectifs et de gestion (COG) AT/MP et Assurance maladie**, soit au 1^{er} janvier 2023 ;
- dans le cadre des propositions émises par la **mission « Bérard-Seiller-Oustric » sur l'indemnisation des arrêts maladie**, il apparaît que :
 - il serait utile que l'Assurance maladie fournisse aux entreprises des données sur leur profil en matière d'absentéisme en comparaison avec les autres entreprises du même secteur d'activité ;
 - le diagnostic précité, en tout état de cause, n'aura pas à être réalisé par l'entreprise elle-même. Par ailleurs, il ne pourra pas aboutir à instaurer un dispositif de *bonus / malus* en matière de cotisation d'assurance maladie. Les arrêts maladie ne doivent pas conduire à augmenter la cotisation de l'employeur alors que ces arrêts n'ont pas de lien avec le travail.
 - il convient de faciliter les conditions de réalisation de la visite de pré-reprise notamment en réduisant le laps de temps à partir duquel elle peut avoir lieu. Son caractère facultatif sera préservé.
 - il convient de développer les échanges de données et les moyens de communication entre médecin traitant, médecin conseil de la Sécurité sociale et médecin du travail ;
 - si la question d'une prise en compte de la réduction progressive des capacités de travail avec l'âge peut être posée, en revanche, les mécanismes d'adaptations de poste, de retraite progressive, de réduction progressive d'activité ou de retraite pour inaptitude qui en découlent peuvent grandement désorganiser les TPE ;
 - le licenciement pour inaptitude fait peser un risque économique important pour les entreprises et tout particulièrement celles de taille réduite. Il convient dès lors de relancer l'idée d'assurer une mutualisation des indemnités de licenciement versées par l'employeur en cas d'inaptitude. Un tel fonds de mutualisation avait d'ailleurs été prévu par l'article 13 de l'ANI du 11 janvier 2008 sur la « Modernisation du marché du travail » mais il n'a pas encore vu le jour. Ce fonds ne concernait en outre que les inaptitudes d'origine non-professionnelle.
 - la prescription d'arrêt de travail pourrait faire l'objet d'un « parcours coordonné » afin d'éviter le « nomadisme de prescription ». Sauf urgence, seul le médecin traitant du salarié pourrait prescrire un arrêt de travail.
 - la possibilité pour le médecin de prescrire au salarié, pendant l'arrêt de travail, la possibilité d'effectuer du télétravail est une idée intéressante. Néanmoins, si le choix

du salarié doit évidemment être requis, il faut également que l'employeur donne son accord à la mise en place de ce télétravail.

- le contrôle des arrêts de travail doit porter prioritairement sur l'adéquation entre l'état de santé du salarié et sa capacité à reprendre son travail. Les contrôles ne doivent donc plus se focaliser sur les obligations de présence au domicile ou de maintien dans la circonscription de la caisse primaire.
- il convient de mettre en œuvre un jour de carence d'ordre public, sans condition ou contrepartie à cette mesure ;
- le développement des compétences des médecins traitants sur la problématique de la prescription des arrêts de travail doit être soutenu ;
- l'idée d'une forfaitisation, sur la base du SMIC, de l'indemnité journalière versée par la Sécurité sociale au titre des 30 premiers jours d'arrêt de travail doit être chiffrée, afin notamment d'estimer son impact en matière de maintien de salaire pour les TPE/PME ;
- la subrogation doit rester au choix des entreprises et des branches professionnelles ;
- la généralisation du complément de salaire employeur à un maximum de salariés¹ tout comme la fixation de l'obligation de ce versement dès le 3^e jour d'arrêt de travail peuvent faire peser des charges financières supplémentaires trop importantes pour les TPE.

¹ Aujourd'hui, plusieurs catégories de salariés sont exclues de ce complément de salaire employeur : salariés travaillant à domicile, saisonniers temporaires, intermittents, assistants maternels, salariés des employeurs particuliers et les salariés embauchés depuis moins d'un an (la plupart des personnes en CDD, se trouvent ainsi *de facto* exclues).