

Contribution CFDT dans le cadre de la négociation sur l'amélioration de la santé au travail

Gouvernance, pilotage et financement

Préambule :

Les travaux de négociation en cours n'ont pas permis à ce stade de poser le consensus formalisé des ambitions que les partenaires sociaux veulent porter concernant la santé au travail et plus particulièrement sur la prévention et donc par effet domino sur l'offre de service, la QVT et la place des acteurs institutionnels de la prévention.

Pour rappel, dès sa sortie, la CFDT s'est positionnée favorablement au rapport émis par la mission Lecocq-Dupuis-Forest dont elle partage les constats et le scénario proposé, de par l'ambition qu'il porte sur le fond mais aussi de par les propositions en matière d'organisation du système, de gouvernance et de financement.

Les échanges entre partenaires sociaux dans le cadre des travaux de négociation en cours montrent une mise en distance avec le scénario proposé par la mission. Aussi en absence d'une formalisation sur le fond qui guiderait les choix, c'est avant tout des principes qui peuvent être posés en matière de gouvernance, de pilotage et de financement. La CFDT fait néanmoins des propositions concrètes en lien avec ses contributions précédentes et au regard de l'ambition qu'elle porte pour l'amélioration de la santé au travail.

La CFDT porte une vision de la santé au travail et du futur système comme devant accompagner le travailleur dans son parcours professionnel. Il est important de penser ce futur système pour, à terme, pouvoir accompagner le travailleur, quel que soit son statut (CDI, intérimaire, saisonnier, indépendant, RQTH...), son secteur d'activité (privé, public). Il s'agit de le penser avec une perspective d'universalité à terme...

La santé au travail est à mettre en regard des autres « santés » : publique et environnementale. Dans ce sens il est nécessaire de faire des liens et de rapprocher les temporalités entre le PST, le PNSE et le Plan Santé. Dans ce sens les acteurs identifiés¹ dépassent le seul cercle de la santé au travail : les acteurs de l'environnement doivent être intégrés à la réflexion (INERIS, ICSI...) et faire l'objet d'une coopération renforcée.

¹ Cf annexe 1

Le futur système doit être pensé au regard des missions qui doivent être assurées pour répondre aux besoins de entreprises². Dans ce sens, ce sont les compétences collectives des différents acteurs qui doivent être préservées : recherche et étude, information et communication, formation, accompagnement... et les axes de travail (Conditions de Travail, QVT, risques émergents, sécurité, RPS...).

La posture et les modalités d'accompagnement sont aussi importantes : équidistance, primauté du dialogue social et de démarche paritaire, et ce, quel que soit le scénario organisationnel envisagé.

Les acteurs de prévention en proximité des entreprises :

Quelle que soit la solution organisationnelle envisagée, elle doit être guidée par les principes de proximité et d'opérationnalité avec les entreprises même si le choix retenu implique une organisation plus large que le bassin d'emploi (la région par exemple). De plus, il est indispensable que chacun des acteurs de prévention en proximité des entreprises :

- Soit en capacité d'accueillir une demande de l'entreprise (employeur, salariés et leurs représentants) et d'en faire l'analyse afin d'orienter de façon pertinente le demandeur ;
- Participe à la promotion des actions visant à l'acculturation à la prévention et à la QVT ;
- Relais les productions et compétences des autres acteurs de prévention.

La structure de proximité porteuse de l'offre de service efficace et renouvelée est celle qui porte le socle de prestations attendues (le suivi individuel de la santé des travailleurs et des expositions aux risques, l'accompagnement des travailleurs et le conseil, l'identification des risques professionnels ainsi que leur évaluation, leur formalisation et le programme d'actions, la réalisation d'études épidémiologiques, les risques psychosociaux et l'approche collective de la prévention via « la cellule travail », le maintien en emploi et la prévention de la désinsertion professionnelle) entièrement en propre ou pour partie en coopération –collaboration- coordination avec les autres acteurs de prévention. Les modalités de fonctionnement, de pilotage et les attendus doivent être encadrés au niveau national et précisés au niveau régional. Le lien avec les organismes de prévention de branche doit être intégré dans les cellules « travail » ou « PDP ».

² cf contribution CFDT offre de services

La structure de proximité porteuse de l'offre de service ainsi que les acteurs institutionnels de la prévention du niveau régional ou local doivent bénéficier d'une gouvernance paritaire stricte y compris en y prévoyant une alternance des présidences entre organisations syndicales et organisations patronales.

Les acteurs de prévention au niveau national :

Les acteurs de prévention au niveau national sont sous des tutelles institutionnelles différentes et s'inscrivent donc dans des financements, des exigences, des modalités d'action et des schémas organisationnels variés. La mission Lecocq-Dupuis-Forest envisageait la création d'une entité nationale « France santé travail » regroupant les acteurs de prévention au niveau national (INRS/ANACT/OPPBTP/secteur de la prévention de la Branche ATMP), entité composée de départements en fonction des compétences et des secteurs professionnels des organismes regroupés.

Hormis ce schéma organisationnel, quel que soit celui qui sera retenu, le niveau national doit être celui de la création de connaissances, de la capitalisation de pratiques et des savoirs, de la mobilisation des compétences collectives et d'éclairage des politiques publiques de prévention, d'évaluation des politiques mises en oeuvre. Aussi, les compétences stratégiques des opérateurs nationaux doivent être maintenues voire développées et faire l'objet a minima de démarches collaboratives transversales, organisées pour répondre à ces ambitions et intégrant la branche AT-MP notamment au regard des données de sinistralité qu'elle possède.

Les acteurs institutionnels de la prévention au niveau national doivent également bénéficier d'une gouvernance paritaire stricte y compris en y prévoyant une alternance des présidences entre organisations syndicales et organisations patronales.

Concernant l'ANACT et les ARACT, il apparait que le fonctionnement en réseau concoure à la création de compétences stratégiques mais aussi, via le triptyque expérimentation/capitalisation/transfert, à l'opérationnalité des actions et des interventions en proximité des entreprises. Aussi en réponse au référé de la cour des comptes, et au regard des réflexions en cours pour l'élaboration de divers scénarii, la CFDT est favorable au principe d'intégration de l'ensemble des structures ANACT et ARACT dans un cadre unique avec des modalités qui restent à déterminer, cadre permettant le maintien de la plus-value apportée par le réseau en matière d'amélioration des conditions de travail et de qualité de vie au travail notamment du point de vue de la prévention primaire.

La place des partenaires sociaux dans le système :

Les partenaires sociaux sont légitimes à participer à la gouvernance du futur système de santé au travail tant du point de vue politique que du point de vue opérationnel.

Du point de vue de la gouvernance globale du nouveau système de santé au travail, il est nécessaire de maintenir un pilotage politique fort par :

- Un maintien du COCT et des CROCT dans le cadre d'un tripartisme d'orientation assumé et engagé
- Une gouvernance des structures nationales, régionales et locales dans le cadre d'un paritarisme également assumé et engagé

Il y a lieu de distinguer la gouvernance politique de la gouvernance opérationnelle.

Le COCT :

Les orientations politiques et la fixation des objectifs de politique nationale de santé au travail reviennent au COCT. Pour la CFDT, cette instance doit être maintenue et son rôle renforcé. Elle a fait la preuve de sa pertinence et de la capacité des partenaires sociaux, en lien avec la DGT, à co-construire des orientations en la matière, notamment au travers de l'élaboration du PST3. Cette gouvernance est donc tripartite.

Dans ce cadre, il est indispensable que les partenaires sociaux au niveau national soient amenés à traiter et/ou à définir :

- La politique d'agrément des structures de proximité porteuse de l'offre de service, et du contenu de leur CPOM, en complément de la détermination de la qualité de l'offre de services et de son évaluation (via la certification par ex)
- Les attendus en matière de collaboration, coordination, coopération des acteurs de prévention tant sur le volet « émergence de connaissances et de compétences collectives » que sur le volet « opérationnalité » pour répondre aux besoins des acteurs de l'entreprise.
- Les attendus en matière de dialogue social de branche et d'élaboration de repères communs au sein de chacune d'entre elles.
- Le suivi, l'évaluation et la capitalisation des progrès inhérents à la mise en place du système de santé au travail renouvelé.
- L'appréciation de l'utilisation des financements dédiés à la prévention : fléchage, évaluation de leurs utilisations... et la détermination des modalités

relatives à la cotisation des entreprises à la structure de proximité porteuse de l'offre de services.

Le CROCT :

Les orientations politiques et la fixation des objectifs de politique régionale de santé au travail reviennent au CROCT et notamment au GPRO dont la composition doit être tripartite. Ces orientations politiques et ces objectifs sont déterminés en lien avec les orientations et objectifs nationaux. Ils prennent en considération la réalité et les besoins des entreprises (employeur, salariés et leurs représentants) en matière de santé au travail, en tenant compte des éventuelles spécificités des territoires. A ce titre, l'élaboration d'un diagnostic territorial et l'évaluation des politiques menées au niveau régional est indispensable. 2 impératifs doivent guider ces travaux : la proximité et l'opérationnalité.

La gouvernance régionale doit permettre le pilotage des dispositifs et des acteurs de prévention du territoire. A ce titre, doivent faire partie des compétences du GPRO :

- Le pilotage du dispositif de PDP encadrant les modalités et les objectifs d'action des cellules PDP
- L'appréciation du fonctionnement et des attendus inhérents à la structure support de l'offre de service au niveau local : politique d'agrément et CPOM, suivi de l'évaluation territoriale de la qualité de services rendus (via certification par ex)
- Le pilotage du dispositif « travail » encadrant les modalités et les objectifs d'action des cellules travail
- La mise en œuvre effective de la collaboration, coopération, coordination des acteurs de prévention sur le territoire pour répondre à l'offre de service et aux enjeux de travail et de PDP

Les moyens du paritarisme

Il est indispensable que le financement du paritarisme soit intégré dans le financement global du système renouvelé de santé au travail. Il s'agit de préciser les moyens des instances de pilotage d'orientation (COCT et CROCT), des instances de gouvernance opérationnelle à tous les niveaux (CA des acteurs institutionnels de prévention) et de la branche AT-MP. Sont concernés les moyens inhérents à leur fonctionnement, à leurs actions et à la vulgarisation de celles-ci, mais aussi les moyens des mandatés dans ces instances. Les concernant, il faut que la prise en charge des temps de réunion, des temps de préparation individuelle et collective soit effective ainsi que celle des frais inhérents à leurs déplacements et à l'étude des

documents préparatoires. Enfin, la prise de mandat et le renouvellement de mandat dans ces instances doit s'accompagner d'une formation ad hoc pour permettre aux mandatés d'assurer pleinement leur rôle.

Le financement :

Quelques éléments du financement actuel :

Aujourd'hui, le système de santé au travail mobilise de multiples financements en fonction des acteurs de prévention ou des objets financés (prévention, réparation...). Se côtoient donc :

- Des financements d'Etat pour les agences d'Etat (ANACT et ANSES), financements éventuellement complétés par les collectivités territoriales ou par acteurs de branche ou de filière pour l'ANACT et le réseau d'ARACT en mode projet ou via des partenariats.
- Des financements via les cotisations des employeurs :
 - ✓ Cotisation au service de santé au travail interentreprises – SSTI- (ou financement direct du service de santé au travail autonome propre – SSTA- pour les entreprises de plus de 500 salariés ayant fait ce choix). Cette cotisation est calculée via la répartition « per capita ». Elle est variable d'un SSTI à l'autre et l'offre de service liée à cette cotisation est également très inégale.
 - ✓ La cotisation AT-MP calculée en fonction de la taille (taux mutualisé pour les entreprises de – de 20 salariés, mixte pour les entreprises de 20 à 149 salariés et individualisé pour les entreprises de 150 salariés et plus) et du secteur d'activité de chaque entreprise (au regard des éléments de sinistralité). Cette cotisation alimente à la fois des actions de prévention via le FNPAT (fonds national de prévention des accidents du travail) et la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles (Prestations au titre de l'incapacité permanente, fonds amiante –FCATAA-FIVA-, C2P). Il est à noter que le volet prévention de la branche AT-MP finance le fonctionnement des CARSAT, l'INRS, Eurogip, les aides financières simplifiées ainsi que les ristournes. De plus la branche ATMP génère chaque année (hormis 2020) des excédents en plus du 1 milliard d'euros reversé chaque année à la branche maladie au titre de la sous-déclaration AT-MP.
 - ✓ Il est à noter la sur-cotisation de prévention dans le secteur du BTP prélevée par l'OPPBTP auprès des entreprises du champ.

La cotisation unique santé au travail recouvrée par l'URSSAF :

La CFDT est favorable à cette proposition de la mission Lecocq-Dupuis-Forest qui suppose que l'utilisation des fonds soit fléchée et réponde aux objets déterminés collectivement par les partenaires sociaux notamment en matière de prévention et de réparation et en fonction des besoins identifiés par eux. Elle permet une vision globale des moyens mis à disposition de la santé au travail et leur optimisation. Pour la CFDT, une cotisation unique ne veut pas dire cotisation uniforme. Il est donc indispensable d'y introduire des éléments inhérents aujourd'hui à plusieurs dispositifs : la taille de l'entreprise, le secteur professionnel, la sinistralité et de veiller à ce que le dispositif la concernant ne conduise aucunement à la déresponsabilisation des employeurs.

La crainte de nationalisation et de verticalisation du système a été mise en avant par certains partenaires sociaux. Pour la CFDT, la mise en place d'une telle cotisation unique doit s'accompagner d'un renouvellement du rôle des partenaires sociaux dans le fléchage des fonds pour s'assurer le pilotage et l'orientation des fonds vers la prévention.

Quelle que soit l'option retenue en matière de financement de la santé au travail, de nombreux éléments doivent faire l'objet d'une évolution majeure et réelle afin que les moyens financiers mobilisés répondent aux enjeux identifiés.

Il est à noter que le budget de la branche AT-MP (LFSS 2018) a été de 12.7 milliards d'euros et l'affectation de ces fonds visant principalement les actions de réparations (sur 100 euros cotisés, 38 € sont consacrés aux AT, 36 € aux MP, 7 € aux accidents de trajets, 15 € pour les victimes de l'amiante et 4 € à la prévention). L'estimation de la collecte des SSTI a été de 1.6 milliards d'euros pour l'année 2016. Les logiques inhérentes à ces fonds sont fondamentalement différentes : assurantielle pour la branche AT-MP et déport de l'obligation des employeurs pour les SSTI. Pour autant, elles mettent en lumière la pauvreté des moyens financiers (hors actions internes aux entreprises) mis en œuvre en faveur de la prévention.

Envisager les financements au regard des enjeux identifiés notamment en matière de prévention

Il est indispensable que les circuits et les niveaux de financement puissent être réellement appréciés par les partenaires sociaux au niveau national de façon globale par le repérage exhaustif des différentes sources de financement mais aussi au regard des équilibres entre prévention et réparation et dans le fléchage, le suivi et l'évaluation qualitative de l'utilisation des fonds au regard de leur objet et des orientations déterminées collectivement.

Si le choix de la mise en place d'un fonds national de prévention tel que proposé par la mission Lecocq-Dupuis-Forest (c'est-à-dire regroupant les fonds d'Etat dédiés à la prévention, les fonds de la branche AT-MP dédiés à la prévention, les fonds issus de la cotisation au SSTI, une quote-part du 2% de degré élevé de solidarité des organismes de complémentaire santé recommandés, une part du fonds de développement pour l'insertion des personnes handicapées issu de l'AGEFIPH, une part volontaire de cotisation des travailleurs indépendants et chefs d'entreprise) est retenu, le principe du fléchage de l'utilisation des fonds doit être de mise notamment ceux issus de l'AGEFIPH et de la quote-part du 2% de degré élevé de solidarité des organismes de complémentaire santé recommandés pour lesquels un contrôle social annuel doit être envisagé.

Concernant la quote-part de 2% de degré élevé de solidarité, il est important que les partenaires sociaux de la branche puissent être acteurs dans l'utilisation de ces fonds en matière de prévention. C'est une voie de progression en matière d'acculturation à la prévention. Dans ce cadre, ils peuvent être amenés à faire des choix propres ou bien de s'inscrire dans des programmes ou des dispositifs dédiés initiés par les acteurs institutionnels de la prévention. C'est seulement à défaut d'une telle implication que doit être envisagée le versement de tout ou partie de la quote-part dans un dispositif mutualisé de prévention, fonds national de prévention ou autre.

Concernant les aides financières et autres ristournes aujourd'hui versées aux entreprises par la branche AT-MP au titre de la prévention, elles doivent s'inscrire dans une démarche renouvelée quant à leur objet et leur pertinence et quant à l'évaluation de ce qu'elles produisent réellement en matière de prévention pour les salariés de l'entreprise. Elles n'ont pas vocation à se multiplier. De plus, elles doivent faire l'objet d'un dialogue social dans l'entreprise tant au niveau de leur sollicitation que de leur utilisation effective sur le lieu de travail.

La cotisation à la structure de proximité porteuse de l'offre de service

Quelle que soit l'organisation des acteurs de prévention de proximité retenue, il est indispensable de tirer les enseignements de l'existant des SSTI pour progresser en matière de collecte, de gestion et d'utilisation des cotisations versées par les entreprises.

Qu'elle soit « urssafisée » ou pas la collecte de cette cotisation ne doit pas être du fait de chacune de ces structures mais doit être centralisée au besoin via un dispositif national à préciser. En effet, ce principe permettrait une redistribution

pertinente envers chacune des structures au regard de ses missions et de son périmètre territorial ou professionnel et pourrait inclure une mutualisation permettant :

- De garantir à chaque salarié une prise en charge effective de son suivi médical en santé au travail et un accès au dispositif de PDP. Aujourd'hui, des entreprises sont défaillantes quant à leur adhésion à un service de santé au travail ou bien du point de vue de l'actualisation à la hausse de leur effectif. 5 à 10% des salariés seraient aujourd'hui concernés.
- D'instituer un continuum de suivi et d'accompagnement PDP pour les salariés venant de perdre leur emploi, une sorte de « portabilité des droits » permettant au demandeur d'emploi concerné d'intégrer les éléments relatifs à sa santé dans ses actions en vue de son retour à l'emploi. Cette portabilité pourrait être de 9 mois à 1 an, la structure de proximité assumant cette portabilité étant amenée à percevoir une contribution financière pour faire face à l'activité générée dans ce cadre.

Si un dispositif national de collecte centralisée est mis en place, celui-ci devra être piloté par les partenaires sociaux. Il est à noter que l'« urssafisation » ou la centralisation de la collecte de la cotisation à la structure de proximité pourrait constituer un avantage réel pour les entreprises notamment en matière d'étalement du paiement de celle-ci au cours de l'année et d'ajustement des besoins au regard de l'effectif des salariés.

Une question est posée quant au principe de la cotisation « per capita ». Celle-ci induit une approche des employeurs visant à identifier une action souvent caractérisée par la visite pour chacun des salariés plutôt que d'envisager une approche collective intégrant l'accompagnement à la prévention et le suivi des salariés. Aussi, il apparaît comme nécessaire de réinterroger objectivement la cotisation « per capita » versus la cotisation assise sur la masse salariale à un niveau déterminé collectivement pour ne pas augmenter le montant de celle-ci notamment pour les entreprises les plus fragiles.

Aujourd'hui, la cotisation au SSTI varie entre 65 et 135 euros par an en fonction du SSTI sans lien avec le niveau de prestations délivré par celui-ci. Il apparaît donc comme indispensable que le niveau de cotisation, quel que soit le choix de la modalité de détermination de celui-ci, soit encadré au niveau national par les partenaires sociaux (COCT) au regard du socle de l'offre de services identifiés par eux, la possibilité d'un ajustement à la hausse pouvant être prévue pour le niveau régional (CROCT) au regard d'enjeux spécifiques repérés, en lien avec le diagnostic territorial à engager.

Il pourrait alors être envisagé que des prestations hors socle puisse être facturées aux entreprises. Il va de soi que cette possibilité suppose que le socle de l'offre de



services intègre la cellule PDP et les accompagnements portés par la cellule « travail ».

Cas des services de santé au travail autonome (SSTA)

La mise en place d'un SSTA est un choix de l'employeur au regard de problématiques qu'il rencontre : entreprise multi sites et spécificités professionnelles, choix d'internalisation du suivi médical des salariés et de la prévention, défiance envers le SSTI auquel l'entreprise devrait adhérer... Pour autant, la mise en place d'un SSTA n'est pas toujours gage de qualité, l'approche pluridisciplinaire étant très variable et les fonctionnements divers. C'est pourquoi, des entreprises font le choix d' « externaliser leur SSTA » pour recourir aux SSTI.

Aussi, la CFDT propose que :

- Les fonds mobilisés pour mener les actions de prévention et de suivi des salariés dans l'entreprise y compris les intérimaires et précaires soit a minima d'un montant équivalent à la cotisation que l'entreprise aurait payé à la structure de proximité porteuse de l'offre de service ;
- Les actions menées dans l'entreprises soient en adéquation avec le socle de l'offre de service devant être porté par la structure de proximité notamment en matière de PDP et de travail. A défaut, le SSTA pourrait solliciter l'aide de la structure de proximité et bénéficier de ses compétences moyennant une contribution financière.