

N° 706

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2020-2021

Enregistré à la Présidence du Sénat le 23 juin 2021

RAPPORT

FAIT

*au nom de la commission des affaires sociales (1) sur la proposition de loi,
adoptée par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée,
pour renforcer la prévention en santé au travail,*

Par M. Stéphane ARTANO et Mme Pascale GRUNY,

Sénateurs

(1) Cette commission est composée de : Mme Catherine Deroche, *présidente* ; M. Jean-Marie Vanlerenberghe, *rapporteur général* ; M. Philippe Mouiller, Mme Chantal Deseyne, MM. Alain Milon, Bernard Jomier, Mme Monique Lubin, MM. Olivier Henno, Martin Lévrier, Mmes Laurence Cohen, Véronique Guillotin, M. Daniel Chasseing, Mme Raymonde Poncet Monge, *vice-présidents* ; Mmes Florence Lassarade, Frédérique Puissat, M. Jean Sol, Mmes Corinne Féret, Jocelyne Guidez, *secrétaires* ; Mme Cathy Apourceau-Poly, M. Stéphane Artano, Mme Christine Bonfanti-Dossat, MM. Bernard Bonne, Patrick Boré, Laurent Burgoa, Jean-Noël Cardoux, Mmes Catherine Conconne, Annie Delmont-Koropoulis, Élisabeth Doineau, MM. Alain Duffourg, Jean-Luc Fichet, Mmes Laurence Garnier, Frédérique Gerbaud, Pascale Gruny, M. Xavier Iacovelli, Mmes Corinne Imbert, Annick Jacquemet, Victoire Jasmin, Annie Le Houerou, M. Olivier Léonhardt, Mmes Viviane Malet, Colette Mélot, Michelle Meunier, Brigitte Micouveau, Annick Petrus, Émilienne Poumirol, Catherine Procaccia, Marie-Pierre Richer, Laurence Rossignol, M. René-Paul Savary, Mme Nadia Sollogoub, M. Dominique Théophile.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (15^{ème} législ.) : 3718, 3881 et T.A. 570

Sénat : 378 et 707 (2020-2021)

SOMMAIRE

| | <u>Pages</u> |
|--|--------------|
| L'ESSENTIEL..... | 7 |
| I. RENFORCER LA PRÉVENTION ET DÉCLOISONNER SANTÉ AU TRAVAIL ET SANTÉ PUBLIQUE..... | 9 |
| A. SYSTÉMATISER UNE DÉMARCHE D'ÉVALUATION ET DE PRÉVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS ENCORE TRÈS INÉGALE SELON LA TAILLE DE L'ENTREPRISE | 9 |
| B. RECONNAÎTRE LA CONTRIBUTION DE LA SANTÉ AU TRAVAIL À LA SANTÉ PUBLIQUE | 11 |
| II. HOMOGÉNÉISER L'OFFRE DES SERVICES DE PRÉVENTION ET DE SANTÉ AU TRAVAIL ET EN GARANTIR UN HAUT NIVEAU DE QUALITÉ | 12 |
| A. LA DÉFINITION D'UNE OFFRE SOCLE DE SERVICES | 12 |
| B. LA MISE EN PLACE D'UNE PROCÉDURE DE CERTIFICATION..... | 13 |
| III. AMÉLIORER LE SUIVI DE CERTAINS PUBLICS ET MIEUX PRÉVENIR LA DÉSINSERTION PROFESSIONNELLE..... | 14 |
| A. AMÉLIORER LA COORDINATION DE LA PRÉVENTION DE LA DÉSINSERTION PROFESSIONNELLE | 14 |
| B. RENFORCER LE SUIVI DE CERTAINS PUBLICS | 15 |
| IV. REVALORISER L'ENGAGEMENT DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ AU TRAVAIL ET MODERNISER LA GOUVERNANCE DE LA SANTÉ AU TRAVAIL..... | 15 |
| A. RENFORCER L'ATTRACTIVITÉ DE LA SPÉCIALITÉ « SANTÉ AU TRAVAIL » POUR L'ENSEMBLE DES PROFESSIONNELS DE L'ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE | 15 |
| B. UN PILOTAGE NATIONAL ET TERRITORIAL DE LA SANTÉ AU TRAVAIL RÉORGANISÉ À LA MARGE | 17 |
| EXAMEN DES ARTICLES | 19 |
| TITRE I^{ER} RENFORCER LA PRÉVENTION AU SEIN DES ENTREPRISES ET DÉCLOISONNER LA SANTÉ PUBLIQUE ET LA SANTÉ AU TRAVAIL | 19 |
| • <i>Article 1^{er}</i> Changement de dénomination des services de santé au travail et renforcement de la prévention du harcèlement sexuel en entreprise | 19 |
| • <i>Article 1^{er} bis</i> Dispositions réglementaires applicables aux services de santé au travail agricoles | 23 |
| • <i>Article 2</i> Amélioration des conditions d'élaboration, d'accessibilité et de conservation du document unique d'évaluation des risques professionnels | 25 |

| | |
|--|----|
| • Article 2 bis Négociation annuelle sur la qualité des conditions de travail..... | 42 |
| • Article 2 ter Prise en compte des situations de polyexpositions pour les travailleurs exposés à des risques chimiques..... | 44 |
| • Article 3 Création du passeport de prévention..... | 48 |
| • Article 4 Extension des missions des services de santé au travail..... | 53 |
| • Article 5 Intégration des services de prévention et de santé au travail dans les structures territoriales de coopération sanitaire | 58 |
| • Article 6 Présentation d'un volet « politique de santé au travail » au sein du rapport annexé au projet de loi de finances relatif à la politique de santé publique.... | 61 |
| • Article 7 Contrôle de la conformité des équipements de travail et de protection | 63 |

TITRE II DÉFINIR L'OFFRE DE SERVICES À FOURNIR PAR LES SERVICES DE PRÉVENTION ET SANTÉ AU TRAVAIL AUX ENTREPRISES ET AUX SALARIÉS, NOTAMMENT EN MATIÈRE DE PRÉVENTION ET D'ACCOMPAGNEMENT.....

| | |
|---|----|
| • Article 8 Mise en place d'une offre socle et d'une offre complémentaire par les services de prévention et de santé au travail interentreprises ainsi que d'une procédure de certification | 69 |
| • Article additionnel après l'article 8 Recours par les services de prévention et de santé au travail autonomes aux compétences des SPSTI | 76 |
| • Article 9 Réforme de la tarification des services de prévention et de santé au travail interentreprises | 77 |
| • Article 10 Renforcement de la transparence des documents produits par les SPSTI..... | 81 |
| • Article 11 Accès des professionnels de santé des services de prévention et de santé au travail au dossier médical partagé du travailleur..... | 84 |
| • Article 12 Modalités d'accès au dossier médical en santé au travail..... | 89 |
| • Article 13 Intégration des données issues des dossiers médicaux en santé au travail dans le système national de données de santé..... | 96 |

TITRE III MIEUX ACCOMPAGNER CERTAINS PUBLICS, NOTAMMENT VULNÉRABLES, ET LUTTER CONTRE LA DÉSINSERTION PROFESSIONNELLE..

| | |
|---|-----|
| • Article 14 Création d'une cellule de prévention de la désinsertion professionnelle au sein des SPSTI..... | 99 |
| • Article 14 bis Amélioration du partage d'informations entre les organismes d'assurance maladie et les SPST..... | 104 |
| • Article 14 ter Rôle du référent handicap en matière de prévention de la désinsertion professionnelle des personnes en situation de handicap..... | 107 |
| • Article 15 Intégration des données issues des dossiers médicaux en santé au travail dans le système national de données de santé..... | 109 |
| • Article 16 Création d'une visite médicale de mi-carrière | 114 |
| • Article 17 Suivi médical des travailleurs non-salariés et des travailleurs d'entreprises extérieures intervenant dans l'entreprise..... | 119 |
| • Article 17 bis Mutualisation du suivi de l'état de santé des salariés ayant plusieurs employeurs | 123 |
| • Article 17 ter Modalités de mise en œuvre du suivi de l'état de santé des salariés du particulier employeur | 124 |
| • Article 18 Aménagement des modalités de l'organisation du retour des travailleurs à leur poste après une absence de longue durée..... | 127 |
| • Article 18 bis Encadrement et extension du contrat de rééducation professionnelle en entreprise et de l'essai encadré..... | 131 |

- *Article 18 ter* Ouverture au médecin du travail des mesures d'accompagnement humain de maintien en emploi.....135
- *Article 19* Suppression de la condition d'ancienneté pour bénéficier d'un projet de transition professionnelle au bénéfice des salariés en risque de désinsertion professionnelle.....136

TITRE IV RÉORGANISER LA GOUVERNANCE DE LA PRÉVENTION ET DE LA SANTÉ AU TRAVAIL138

- *Article 20* Aménagement des règles de gouvernance interne des SPSTI.....138
- *Article 21* Création du médecin praticien correspondant.....142
- *Article additionnel après l'article 21* Expérimentation de l'extension du droit de prescription des médecins du travail.....148
- *Article 22* Obligation pour le médecin du travail de consacrer un tiers de son temps de travail aux actions en milieu de travail150
- *Article 23* Création du statut d'infirmier en santé au travail et possibilité pour les infirmiers en pratique avancée d'exercer en service de prévention et de santé au travail.....153
- *Article 24* Reconnaissance législative de la délégation de tâches au sein de l'équipe pluridisciplinaire du service de prévention et de santé au travail.....156
- *Article 25* Création du comité national de prévention et de santé au travail au sein du conseil d'orientation des conditions de travail160
- *Article 26* Création du comité national de prévention et de santé au travail au sein du conseil d'orientation des conditions de travail164
- *Article 27* Habilitation du Gouvernement à légiférer par ordonnance sur le regroupement de l'agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail et le réseau des associations régionales pour l'amélioration des conditions de travail ..166
- *Article 28* Formation des membres de la délégation du personnel du CSE en santé au travail170
- *Article 28 bis* Remise par le Gouvernement au Parlement d'un rapport d'évaluation du recours au dispositif du médecin praticien correspondant173

TITRE V DISPOSITIONS FINALES.....174

- *Article 29* Entrée en vigueur de la proposition de loi174

EXAMEN EN COMMISSION.....175

I. AUDITION DE M. PHILIPPE GARABIOL SECRÉTAIRE GÉNÉRAL DU CONSEIL D'ORIENTATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL (COCT)175

II. AUDITION DE MM. RICHARD ABADIE DIRECTEUR DE L'AGENCE NATIONALE POUR L'AMÉLIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL (ANACT), STÉPHANE PIMBERT, DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'INSTITUT NATIONAL DE RECHERCHE ET DE SÉCURITÉ POUR LA PRÉVENTION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET DES MALADIES PROFESSIONNELLES (INRS), DU PR GÉRARD LASFARGUES, CONSEILLER SCIENTIFIQUE AUPRÈS DU DIRECTEUR GÉNÉRAL ET M. HENRI BASTOS, DIRECTEUR ADJOINT DE L'ÉVALUATION DES RISQUES, VOLET SANTÉ-TRAVAIL DE L'AGENCE NATIONALE DE SÉCURITÉ SANITAIRE DE L'ALIMENTATION, DE L'ENVIRONNEMENT ET DU TRAVAIL (ANSÉS) ET DE MME MÉLINA LE BARBIER, DIRECTRICE-ADJOINTE DE LA DIRECTION SANTÉ-ENVIRONNEMENT-TRAVAIL DE SANTÉ PUBLIQUE FRANCE185

| | |
|--|------------|
| III. AUDITION DE MMES LAËTITIA ASSALI, PRÉSIDENTE DE LA COMMISSION AT-MP, ET ANNE THIEBEAULD, DIRECTRICE DES RISQUES PROFESSIONNELS, DE LA CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE..... | 208 |
| IV. AUDITION DE M. LAURENT PIETRASZEWSKI, SECRÉTAIRE D'ÉTAT AUPRÈS DE LA MINISTRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE L'INSERTION, CHARGÉ DES RETRAITES ET DE LA SANTÉ AU TRAVAIL.... | 215 |
| V. EXAMEN DU RAPPORT..... | 229 |
| RÈGLES RELATIVES À L'APPLICATION DE L'ARTICLE 45 DE LA CONSTITUTION ET DE L'ARTICLE 44 BIS, ALINÉA 3, DU RÈGLEMENT DU SÉNAT (« CAVALIERS »)..... | 279 |
| LISTE DES PERSONNES ENTENDUES ET CONTRIBUTIONS ÉCRITES..... | 281 |
| LA LOI EN CONSTRUCTION | 289 |

L'ESSENTIEL

La **proposition de loi pour renforcer la prévention en santé au travail** fait suite à un long **processus de démocratie sociale et parlementaire**, précédé par la publication de plusieurs rapports ayant dressé le constat d'un **système de santé au travail essoufflé**, marqué par une très grande hétérogénéité dans le contenu et la qualité de l'offre des services de santé au travail (SST), confronté à de multiples défis dont celui de la démographie médicale et qui peine encore à développer la prévention primaire en entreprise.

Parmi ces rapports, on recense en particulier celui de la députée Charlotte Lecocq et de MM. Henri Forest et Bruno Dupuis plaidant pour une remise à plat de la gouvernance du système de santé au travail, publié en août 2018¹ ; celui produit en octobre 2019² par les rapporteurs, M. Artano et Mme Gruny, proposant des évolutions destinées à garantir un service universel de la santé au travail de qualité pour tous les travailleurs ; et enfin celui publié en février 2020³ par l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) procédant à l'évaluation des services de santé au travail interentreprises (SSTI).



*de salariés relèvent
d'un SSTI en 2019*



*de visites sont réalisées
chaque année
par les SSTI*



*Évolution du nombre de
médecins du travail et
collaborateurs médecins
entre 2015 et 2019*

¹ Charlotte Lecocq, Bruno Dupuis, Henri Forest, avec l'appui d'Hervé Lanouzière, Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée, rapport fait à la demande du Premier ministre, août 2018.

² Pour un service universel de santé au travail, rapport d'information n° 10 (2019-2020) de M. Stéphane Artano et Mme Pascale Gruny, fait au nom de la commission des affaires sociales du Sénat, déposé le 2 octobre 2019.

³ Delphine Chaumel, Benjamin Maurice et Jean-Philippe Viquant, avec la participation d'Antoinette Rousteau, Évaluation des services de santé au travail interentreprises, rapport n° 2019-070R1 de l'inspection générale des affaires sociales, février 2020.

Après l'échec d'une première négociation, en juillet 2019, sur les orientations d'une réforme de la santé au travail qui leur apparaissait pour partie déjà « ficelée » par l'administration¹, les partenaires sociaux, conscients de la nécessité de parvenir à un accord sur un sujet apparu plus que jamais déterminant à la faveur de la **crise sanitaire**, ont relancé leurs travaux après la réception d'une nouvelle lettre d'orientation du Gouvernement en juin 2020. Ils sont ainsi parvenus, le 9 décembre 2020, à la conclusion d'un **accord national interprofessionnel** (ANI) « *pour une prévention renforcée et une offre renouvelée en matière de santé au travail et conditions de travail* » qui aura été signé par l'ensemble des organisations patronales et syndicales, à l'exception de la confédération générale du travail (CGT).

Les diagnostics posés par les rapports précités ont alimenté les réflexions des partenaires sociaux qui, dans l'ANI, ont repris plusieurs des propositions qui y ont été formulées.

Le Gouvernement s'étant engagé à veiller « *lors de la transcription de cet accord dans le droit du travail, au respect de son contenu et de son équilibre* »², la proposition de loi, déposée par Charlotte Lecocq, Carole Grandjean et les députés membres de la majorité présidentielle s'emploie à transcrire fidèlement l'ANI. Elle s'articule autour de **quatre axes** rappelés par le Conseil d'État dans son avis sur la proposition de loi³ : « *renforcer la prévention au sein des entreprises et décloisonner la santé publique et la santé au travail* », « *améliorer la qualité du service rendu par les services de santé au travail* », « *renforcer l'accompagnement de certains publics, notamment vulnérables, et lutter contre la désinsertion professionnelle* », et « *réorganiser la gouvernance de la santé au travail* », que celle-ci soit interne aux services de santé au travail ou concerne le pilotage national et territorial de la santé au travail.

Si elle partage les principaux objectifs poursuivis par la proposition de loi, la commission a veillé à garantir le caractère opérationnel de plusieurs de ses dispositions « phares » et à réunir les conditions d'un **développement effectif de la prévention** au sein des entreprises tout au long de la vie du travailleur. Elle a également renforcé la **définition de l'offre socle de services** proposée par les services de prévention et de santé au travail interentreprises (SPSTI) ainsi que le **contrôle de ces services**. Elle a réaffirmé le **rôle du médecin du travail** dans l'animation et la coordination d'une équipe pluridisciplinaire qui a vocation à se diversifier et a étendu aux services de prévention et de santé au travail (SPST), succédant aux services de santé au travail, des obligations de mise en conformité aux référentiels

¹ Ils avaient été mobilisés dès mars 2019 au sein du groupe permanent d'orientation (GPO) du conseil d'orientation des conditions de travail (COCT).

² Communiqué de la ministre du travail, de l'emploi et de l'insertion et du secrétaire d'État chargé des retraites et de la santé au travail du 10 décembre 2020.

³ Conseil d'État, avis sur la proposition de loi pour renforcer la prévention en santé au travail, 4 février 2021, n° 401.872.

d'interopérabilité et de sécurité en faveur d'une meilleure protection et d'une exploitation plus efficace des données en santé au travail au service de la recherche dans ce domaine.

I. RENFORCER LA PRÉVENTION ET DÉCLOISONNER SANTÉ AU TRAVAIL ET SANTÉ PUBLIQUE

A. SYSTÉMATISER UNE DÉMARCHE D'ÉVALUATION ET DE PRÉVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS ENCORE TRÈS INÉGALE SELON LA TAILLE DE L'ENTREPRISE

Dans leur rapport d'information précité d'octobre 2019, les rapporteurs de la commission des affaires sociales du Sénat avaient déjà fait le constat d'une **culture de la prévention des risques professionnels insuffisamment répandue** au sein des très petites entreprises (TPE) qui représentent pourtant près d'un cinquième¹ de l'emploi salarié du secteur privé en France. Selon la dernière enquête² du ministère du travail, seuls 45 % des employeurs interrogés ont élaboré ou réactualisé un DUERP au cours des douze mois précédant l'enquête.

Ils appelaient ainsi à faire du **document unique d'évaluation des risques professionnels** (DUERP) un véritable « *document stratégique contractuel définissant non seulement l'engagement de l'employeur mais également ceux du service de santé au travail dans le déploiement de la stratégie de prévention de l'entreprise* ». L'ANI du 9 décembre 2020 s'inscrit dans la même logique, en préconisant de faire du DUERP la « *base d'un plan d'action* » et un instrument de traçabilité collective.

L'**article 2** de la proposition de loi prend acte de ces orientations en rehaussant au niveau législatif l'obligation pour tout employeur d'élaborer un DUERP qui soit le résultat d'une démarche d'évaluation des risques professionnels engagée en concertation avec les instances internes de l'entreprise et avec l'appui des acteurs de la prévention, dont le service de santé au travail, désormais dénommé « **service de prévention et de santé au travail** » (SPST) (**article 1^{er}**). Le DUERP est, par ailleurs, fusionné avec le **programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail** qui regroupe les actions de prévention et de protection à mettre en œuvre et qui devra ainsi être établi par toutes les entreprises et non plus seulement celles de plus de 50 salariés.

¹ Selon la direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques du ministère du travail (Dares), « les entreprises (sociétés et entrepreneurs individuels) de un à neuf salariés regroupent 19 % de l'emploi salarié du secteur privé (hors agriculture), soit 3,3 millions de salariés au 31 décembre 2018 », « *L'emploi dans les très petites entreprises fin 2018* », collection « *Dares résultats* », n° 004, février 2020.

² Dares, « *La prévention des risques professionnels en 2016 - Des résultats contrastés selon les secteurs et les risques* », collection « *Dares Résultats* », n° 029, juin 2019.

La commission est revenue sur la fusion de ces deux documents : elle estime en effet préférable de recentrer le DUERP sur son objectif principal, l'évaluation des risques, et de ne pas le complexifier à l'excès afin que toutes les entreprises se l'approprient pleinement, quelle que soit leur taille. Par suite, elle a veillé à distinguer les modalités de définition des actions de prévention et de protection à mettre en œuvre à l'issue de cette évaluation selon la taille de l'entreprise, **en maintenant, comme c'est déjà le cas aujourd'hui, l'obligation d'élaborer un programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail pour les seules entreprises de plus de 50 salariés.** En effet, seules les entreprises d'une certaine taille disposent des ressources internes nécessaires à la construction d'un tel document dont les exigences de contenu ont d'ailleurs été renforcées. En conséquence, elle a adapté les modalités de définition des actions de prévention et de protection pour les TPE et les petites et moyennes entreprises (PME) en prévoyant que la liste de ces actions pourra être consignée dans le DUERP.

Soucieuse que la démarche d'évaluation des risques professionnels s'inscrive dans une **démarche de co-construction**, la commission a également précisé le champ des instances internes de l'entreprise et des acteurs externes de la prévention qui pourront être mobilisés pour accompagner l'employeur dans cette évaluation dont il conserve seul la responsabilité. Elle a en outre posé dans la loi le principe d'un **dépôt dématérialisé des DUERP** afin de garantir la **pérennité de leur conservation et de leur mise à disposition**, au travers d'un **portail numérique** géré par les organisations patronales. Il est prévu que ce dépôt dématérialisé devienne effectif pour l'ensemble des entreprises à compter du 1^{er} juillet 2024 au plus tard.

Attachée au renforcement du **suivi post-exposition** des travailleurs exposés à des risques particulièrement dangereux pour la santé – notamment ceux exposés à des agents chimiques cancérigènes, mutagènes ou reprotoxiques –, la commission a élargi, à l'**article 2 ter**, la notion de surveillance post-professionnelle à celle de **surveillance post-exposition**. Le déclenchement du suivi post-exposition ne sera plus ainsi restreint au seul moment du départ à la retraite, la cessation de l'exposition à des risques particuliers pouvant intervenir bien avant. Elle a, enfin, consacré dans la loi le **triptyque médecin du travail-médecin traitant-médecin conseil** dans la mise en œuvre du suivi post-exposition.

B. RECONNAÎTRE LA CONTRIBUTION DE LA SANTÉ AU TRAVAIL À LA SANTÉ PUBLIQUE

Dans leur rapport fait au nom de la commission sur la santé environnementale d'avril dernier¹, M. Bernard Jomier et Mme Florence Lassarade ont rappelé la nécessité de prendre en compte, dans la prise en charge d'un individu, l'ensemble de ses expositions tout au long de la vie, conformément à l'**approche « One Health »** (« une seule santé »). Dans cette logique, la santé au travail, au même titre que la santé maternelle et infantile, la santé scolaire et universitaire et la santé environnementale, a toute sa place dans la réalisation des objectifs de notre politique nationale de santé publique.

Convaincue que l'établissement d'une frontière étanche entre la santé au travail et le reste du parcours de soins du travailleur n'a plus de sens, la commission a donc reconnu, à l'**article 4**, la contribution de la médecine du travail à l'atteinte d'objectifs de santé publique qui permettent, au cours de la vie professionnelle, de **préserver un état de santé compatible avec le maintien en emploi**. Elle a également introduit dans la loi le nouveau concept élargi d'amélioration de la « **qualité de vie et des conditions de travail** », consacré par l'ANI du 9 décembre 2020 et à laquelle les SPST devront contribuer.

En outre, le renforcement de la collaboration entre la médecine du travail et la médecine de ville et hospitalière suppose que des échanges – notamment au travers d'un accès réciproque et circonscrit à des données contenues dans le **dossier médical partagé (DMP)** et le **dossier médical en santé au travail (DMST)** – se fassent, avec le consentement du travailleur, dans le respect le plus strict de la confidentialité de ses données de santé et conformément aux règles déontologiques et au secret professionnel applicables aux professionnels concernés.

La commission a ainsi étendu, à l'**article 11**, l'accès au DMP à l'ensemble des professionnels de santé exerçant sous l'autorité du médecin qui sont chargés du suivi médical du travailleur, dont en particulier les infirmiers de santé au travail qui jouent un rôle de plus en plus déterminant dans ce suivi dans le cadre des délégations de tâches. En effet, ces professionnels sont soumis aux mêmes exigences d'indépendance professionnelle et de secret professionnel que celles applicables au médecin du travail sous l'autorité duquel ils interviennent. Afin que le travailleur ne s'estime pas contraint d'accorder l'accès à son DMP lors d'un entretien avec le médecin du travail, la commission a tenu à préciser que **l'accès ne pourra pas être accordé oralement**. La demande d'accès devra ainsi faire l'objet d'une **procédure dématérialisée** conduisant à alerter le titulaire du DMP *via*

¹ *Santé environnementale : une nouvelle ambition, rapport d'information n° 479 (2020-2021) de M. Bernard Jomier et Mme Florence Lassarade, fait au nom de la commission des affaires sociales du Sénat, déposé le 24 mars 2021.*

son application ou le site de consultation du DMP qu'une demande d'accès a été formulée par son médecin du travail. Il sera informé de la possibilité d'ignorer cette demande, de la refuser ou de restreindre l'accès au contenu de son dossier. Dans le même esprit, la commission a renforcé l'interdiction de communication de données issues du DMP à l'employeur ou à tout autre employeur auprès duquel la personne pourrait solliciter un emploi.

En miroir, la commission a complété, à l'**article 12**, les modifications apportées par l'Assemblée nationale sur l'étendue des données issues du DMST qui pourront être intégrées au DMP pour être consultées par les professionnels de santé prenant en charge le travailleur en ville ou à l'hôpital. Seules les données du DMST nécessaires au développement de la prévention et à la coordination des soins seront versées dans le **volet « santé au travail » du DMP**. Alors que le niveau de numérisation des DMST est encore très variable d'un service de santé au travail à l'autre, la commission a également étendu à l'ensemble des SPST, à l'**article 13**, une **obligation de conformité à des référentiels d'interopérabilité et de sécurité**. La standardisation et l'interopérabilité des données de santé collectées par les SPST conditionnent en effet leur portabilité sur l'ensemble de la carrière du travailleur et leur exploitation, sous format anonymisé, dans le cadre de la recherche en santé au travail.

II. HOMOGENÉISER L'OFFRE DES SERVICES DE PRÉVENTION ET DE SANTÉ AU TRAVAIL ET EN GARANTIR UN HAUT NIVEAU DE QUALITÉ

A. LA DÉFINITION D'UNE OFFRE SOCLE DE SERVICES

Les partenaires sociaux se sont accordés dans l'ANI sur le diagnostic d'une « *grande hétérogénéité* » des prestations rendues par les services de santé au travail interentreprises (SSTI), notamment en matière de prévention pour laquelle il existe une forte attente tant de la part des employeurs que des salariés. Le rapport sénatorial précité relevait en effet que certains SSTI, bien qu'ayant obtenu un agrément, ne satisfaisaient pas pleinement à leurs missions.

L'**article 8** de la proposition de loi s'attache ainsi, à la suite de l'ANI, à répondre à la nécessité de **faire évoluer l'offre des SSTI « dans une approche de service rendu aux employeurs, aux salariés et à leurs représentants »**. Il dispose que chaque SPSTI met en place, obligatoirement, un ensemble socle de services ainsi que, de manière facultative, une offre de services complémentaires qu'il déterminera. Afin de garantir que les SPSTI proposeront à l'ensemble des entreprises adhérentes et à leurs salariés l'offre la plus homogène possible, la commission a précisé que **l'offre socle de services devra couvrir l'intégralité des missions prévues par la loi** en matière de prévention des risques professionnels, de suivi individuel des travailleurs et de prévention de la désinsertion professionnelle.

L'**article 9** revoit en conséquence les **modalités de tarification** des SPSTI en confiant à l'assemblée générale la responsabilité d'approuver le montant des cotisations, correspondant désormais à l'offre socle, ainsi que la grille tarifaire applicable à l'offre complémentaire. Alors que le texte issu de l'Assemblée nationale a réaffirmé le principe du calcul de la cotisation en équivalents temps plein (ETP), qui semble être source de contentieux et ne correspond pas à la réalité des missions des SPSTI, la commission a prévu un **calcul en fonction du nombre réel de personnes suivies**. Suivant le souhait des partenaires sociaux affirmé dans l'ANI, elle a également introduit le principe d'un **encadrement de la cotisation en fonction du coût moyen national de l'ensemble socle de services**.

La commission a par ailleurs inséré un **article 8 bis** visant à permettre aux services de prévention et de santé au travail autonomes (SPSTA) de **recourir par convention aux compétences des SPSTI** pour assurer l'ensemble de leurs missions.

B. LA MISE EN PLACE D'UNE PROCÉDURE DE CERTIFICATION

L'**article 8** prévoit en outre que chaque SPSTI fera l'objet d'une **procédure de certification par un organisme indépendant**, ce qu'avait recommandé le rapport de M. Artano et Mme Gruny de 2019.

L'Assemblée nationale a par ailleurs élevé au niveau législatif la procédure d'agrément administratif à laquelle sont soumis tous les SST, sans toutefois renforcer sa portée. Afin de doter l'administration d'un moyen d'action plus efficace et constructif que le retrait d'agrément en cas de difficultés graves d'organisation ou de fonctionnement, la commission a introduit un **régime d'administration provisoire** qui doit permettre, sans interrompre le service, de lui donner les moyens de se réorganiser lorsque sa gouvernance est défailante.

En cohérence avec la réforme de la gouvernance territoriale de la santé au travail, la commission a souhaité que **le comité régional de prévention et de santé au travail (CRPST) formule un avis sur l'agrément** pour les SPSTI relevant de son ressort territorial.

III. AMÉLIORER LE SUIVI DE CERTAINS PUBLICS ET MIEUX PRÉVENIR LA DÉSINSERTION PROFESSIONNELLE

A. AMÉLIORER LA COORDINATION DE LA PRÉVENTION DE LA DÉSINSERTION PROFESSIONNELLE

De nombreux acteurs interviennent actuellement en matière de maintien en emploi des personnes malades ou handicapées et de prévention de la désinsertion professionnelle (PDP). Parmi eux, les SST, qui sont explicitement chargés de cette mission, s'en acquittent de manière très hétérogène. À la suite de l'ANI, l'**article 14** prévoit donc la création dans chaque SPSTI d'une **cellule pluridisciplinaire dédiée à la PDP**, ce dont les rapporteurs se félicitent. À leur initiative, la commission a toutefois introduit **des exigences quant à sa composition** qui devront être précisées dans le CPOM, et prévu la **possibilité de mutualiser** cette cellule entre plusieurs SPSTI qui n'auraient pas la taille critique pour la mettre en place.



des salariés sont en risque de désinsertion professionnelle¹

Afin d'améliorer la coordination entre les acteurs de la PDP, l'**article 14 bis** vise à systématiser les échanges d'informations entre les organismes d'assurance maladie et les SPST en cas d'identification de risques de désinsertion professionnelle. La commission a prévu un avis de la CNIL sur le décret précisant les informations transmises et harmonisé ces dispositions entre les SPSTI et SPST autonomes.

L'ANI mentionne la création d'une **visite de « mi-carrière »** comme un des éléments de la stratégie de prévention de la désinsertion professionnelle. L'**article 16** de la proposition de loi prévoit ainsi l'instauration d'une nouvelle visite médicale obligatoire, à 45 ans ou à un âge déterminé par accord de branche. Tout en souscrivant à l'objectif fixé, la commission a préféré inscrire les missions assignées à cette visite dans le cadre de la visite d'information et de prévention pour les salariés de plus de 45 ans, afin de ne pas multiplier les visites et les sollicitations des services de santé au travail.

L'**article 18** retranscrit au niveau législatif et à droit constant les dispositions aujourd'hui de niveau réglementaire relatives aux visites de pré-reprise et de reprise. Il mentionne par ailleurs la possibilité pour le salarié en arrêt de travail de solliciter l'organisation d'un **rendez-vous de liaison** avec son employeur. La commission a souhaité exclure la participation du service de santé au travail, qui doit rester indépendant des

¹ IGAS, 2017.

relations entre l'employeur et le salarié, et réintroduire la possibilité pour l'employeur de solliciter ce rendez-vous.

L'**article 14 ter** vise à associer le **référént handicap**, qui doit être désigné dans toute entreprise de plus de 250 salariés, à la PDP. La commission a précisé son rôle en prévoyant explicitement sa participation au rendez-vous de liaison à la demande du travailleur concerné et en le soumettant en conséquence à une obligation de discrétion.

B. RENFORCER LE SUIVI DE CERTAINS PUBLICS

L'**article 17** permet, sans créer d'obligation, l'affiliation des travailleurs indépendants à un SPST. De manière facultative, lorsqu'une entreprise dispose de son propre SPST, celui-ci pourrait également suivre l'état de santé de l'ensemble des travailleurs intervenant sur le site de l'entreprise, c'est-à-dire notamment les salariés intérimaires et les salariés d'entreprises sous-traitantes. La commission a ajouté la possibilité pour le chef d'entreprise de bénéficier de l'offre proposée par le SPSTI auquel l'entreprise est adhérente, sans hausse de la cotisation due.

L'Assemblée nationale a également adopté un article **17 bis** renvoyant à un décret les modalités de suivi des salariés ayant plusieurs employeurs qui, faute de portée, n'a pas recueilli le soutien de la commission. L'**article 17 ter**, qui renvoie à un décret les modalités de suivi de l'état de santé des salariés du particulier employeur, a été modifié par la commission afin d'inscrire dans la loi les modalités de suivi de ces salariés.

IV. REVALORISER L'ENGAGEMENT DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ AU TRAVAIL ET MODERNISER LA GOUVERNANCE DE LA SANTÉ AU TRAVAIL

A. RENFORCER L'ATTRACTIVITÉ DE LA SPÉCIALITÉ « SANTÉ AU TRAVAIL » POUR L'ENSEMBLE DES PROFESSIONNELS DE L'ÉQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE

La commission considère que le recours, préconisé par l'ANI du 9 décembre 2020 et envisagé à l'**article 21**, au dispositif du **médecin praticien correspondant** pour mobiliser des médecins de ville dans la mise en œuvre du suivi médical du travailleur, ne constitue qu'une réponse partielle. Cette solution, dont la mise en œuvre mérite d'être mieux encadrée, ne résout pas à elle seule le défi de la démographie médicale et des **inégalités d'accès aux ressources médicales en santé au travail sur le territoire**.

C'est pourquoi, en cohérence avec les propositions de ses rapporteurs dans le rapport précité d'octobre 2019, la commission a tout d'abord précisé que l'intervention du médecin praticien correspondant devra s'inscrire dans le cadre d'un **protocole** qu'il aura signé tant avec la direction du SPST qu'avec les médecins du travail de l'équipe pluridisciplinaire et qui définira les modalités de son exercice au sein du SPST. Elle a également

limité le recours au dispositif du médecin praticien correspondant aux zones identifiées par l'agence régionale de la santé comme sous-dotées en médecins du travail pour répondre aux besoins en suivi médical des travailleurs du territoire.

Par ailleurs, la problématique du nombre insuffisant de médecins du travail pour garantir un suivi médical des travailleurs de qualité en tout point du territoire suppose de **renforcer l'attractivité d'une spécialité médicale « médecine et santé au travail »** qui reste la moins prisée des internes. Dès lors, la commission a inséré dans la proposition de loi un **article 21 ter** visant à revaloriser cette spécialité en prévoyant la mise en place d'une **expérimentation** de cinq ans dans trois régions volontaires d'une **extension du droit de prescription du médecin du travail dans les limites de ses missions**. Comme cela a déjà été expérimenté pendant la crise sanitaire, le médecin du travail pourra prescrire ou renouveler des **arrêts de travail** mais il pourra également prescrire des soins, examens et produits de santé strictement nécessaires à la prévention de l'altération de la santé du travailleur du fait de son travail ou à la promotion d'un état de santé compatible avec son maintien en emploi. Ce droit de prescription sera subordonné à la **détention d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires** ou à la **validation d'une formation spécialisée transversale** dans cinq domaines : l'addictologie, l'allergologie, la médecine du sport, la nutrition et la douleur.

S'agissant de la reconnaissance du statut de l'infirmier de santé au travail à l'**article 23**, la commission a complété les garanties de **qualité de la formation** ouvrant droit à ce titre : cette formation devra être universitaire et comprendre des enseignements théoriques et pratiques.

Enfin, si la sécurisation, à l'**article 24**, de la délégation de tâches au sein de l'équipe pluridisciplinaire permet d'acter la montée en puissance des compétences en santé au travail des infirmiers et d'autres professionnels de santé comme les masseurs-kinésithérapeutes, **la commission a supprimé la possibilité pour le médecin du travail de déléguer l'animation et la coordination de l'équipe pluridisciplinaire**. Ces fonctions managériales sont en effet au cœur des missions du médecin du travail qui est le seul professionnel de l'équipe pluridisciplinaire à jouir d'un statut protégé.



*de visites réalisées
en 2018 par des infirmiers
de santé au travail¹*

¹ Présanse, Lettre d'informations mensuelles, n° 87, novembre 2019.

B. UN PILOTAGE NATIONAL ET TERRITORIAL DE LA SANTÉ AU TRAVAIL RÉORGANISÉ À LA MARGE

En matière de gouvernance, la proposition de loi ne produit **aucun bouleversement majeur** et se cantonne à mettre en œuvre les orientations de l'ANI. Est ainsi actée, aux **articles 25 et 26**, la création respectivement du **comité national de prévention et de santé au travail** (CNPST) au sein du COCT et des **comités régionaux de prévention et de santé au travail** (CRPST) au sein des comités régionaux d'orientation des conditions de travail (Croct). Ces instances se substituent au groupe permanent d'orientation (GPO) du COCT et aux groupes permanents régionaux d'orientation (GPRO) des Croct, avec des missions élargies de pilotage et de coordination de l'offre de prévention et de santé au travail aux niveaux national et territorial. Afin de ne pas revenir sur les équilibres dessinés par l'ANI, la commission n'a donc modifié les missions du CNPST et des CRPST qu'à la marge, notamment afin de réaffirmer leur rôle central comme force de proposition dans la définition des orientations du **plan santé au travail** (PST) et des **plans régionaux santé au travail** (PRST).

De même, conformément aux équilibres de l'ANI, la proposition de loi n'apporte que **des retouches ponctuelles à la gouvernance des SPST**. Ainsi, l'**article 20** confie à un représentant des salariés le poste de vice-président du conseil d'administration du SPST en plus de celui de trésorier, et limite à deux mandats consécutifs les fonctions de membre du conseil d'administration et de la commission de contrôle. La commission a approuvé ces évolutions qui risquent toutefois de se heurter au manque d'appétence des partenaires sociaux pour ces fonctions.

La commission a adopté la proposition de loi ainsi modifiée.

EXAMEN DES ARTICLES

TITRE I^{ER}

RENFORCER LA PRÉVENTION AU SEIN DES ENTREPRISES ET DÉCLOISONNER LA SANTÉ PUBLIQUE ET LA SANTÉ AU TRAVAIL

Article 1^{er}

Changement de dénomination des services de santé au travail et renforcement de la prévention du harcèlement sexuel en entreprise

Cet article renomme les services de santé au travail en « services de prévention et de santé au travail » (SPST). Il harmonise par ailleurs la définition du harcèlement sexuel dans le code du travail avec celle du code pénal.

La commission a adopté cet article sans modification.

I – Le dispositif proposé : la volonté affichée de promouvoir la prévention des risques professionnels

A. Un changement de dénomination visant à affirmer la priorité donnée à la prévention en santé au travail

La loi de modernisation sociale de 2002¹ avait remplacé l'ancien intitulé des services de médecine du travail (ou services médicaux du travail), créés par une loi de 1946², par la dénomination actuelle de services de santé au travail (SST)³. Aux termes de l'article L. 4622-2 du code du travail, ceux-ci ont « *pour mission exclusive d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail* ».

¹ Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale – Article 193.

² Loi du 11 octobre 1946 relative à l'organisation des services médicaux du travail.

³ La loi du 17 janvier 2002 avait en outre consacré un principe de complémentarité entre les acteurs « afin d'assurer la mise en œuvre des compétences médicales, techniques et organisationnelles nécessaires à la prévention des risques professionnels et à l'amélioration des conditions de travail » en prévoyant que les SST font appel aux compétences des différentes institutions concernées par ces objectifs.

L'accord national interprofessionnel (ANI) pour une prévention renforcée et une offre renouvelée en matière de santé au travail et conditions de travail conclu le 10 décembre 2020 propose une nouvelle dénomination pour les services de santé au travail interentreprises : celle de « services de prévention et de santé au travail interentreprises » (SPSTI), les partenaires sociaux affirmant leur résolution à « *mettre la prévention primaire au cœur de notre système de santé au travail* ».

L'article 1^{er} de la proposition de loi prend acte de ce changement de dénomination en modifiant l'intitulé de l'ensemble des SST, qu'ils soient interentreprises ou autonomes, qui deviennent ainsi des « services de prévention et de santé au travail » (SPST), au sein du code du travail (2° à 5° du I), du code de la sécurité sociale (II), du code de la santé publique (III), du code des transports (IV), du code rural et de la pêche maritime (V) ainsi que dans la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale (VI).

B. Une mise à jour de la définition du harcèlement sexuel dans le code du travail

1. La définition pénale du harcèlement sexuel a été complétée en 2018

Le harcèlement sexuel est défini par l'article 222-33 du code pénal (cf. encadré ci-dessous). Celui-ci a été modifié pour la dernière fois en 2018 pour préciser, d'une part, que les propos ou comportements à connotation sexiste peuvent également caractériser une infraction de harcèlement sexuel et, d'autre part, que l'infraction peut être commise par plusieurs personnes, de manière concertée ou non, sans qu'aucune d'elle ait agi de façon répétée¹.

¹ Loi n° 2018-703 du 3 août 2018 renforçant la lutte contre les violences sexuelles et sexistes – Article 11.

La définition du harcèlement sexuel dans le code pénal

L'article 222-33 du code pénal définit le harcèlement sexuel comme le fait d'imposer à une personne, de façon répétée, des propos ou comportements à connotation sexuelle ou sexiste qui, soit portent atteinte à sa dignité en raison de leur caractère dégradant ou humiliant, soit créent à son encontre une situation intimidante, hostile ou offensante.

Aux termes du même article, l'infraction de harcèlement sexuel est également constituée :

- lorsque ces propos ou comportements sont imposés à une même victime par plusieurs personnes, de manière concertée ou à l'instigation de l'une d'elles, alors même que chacune de ces personnes n'a pas agi de façon répétée ;

- lorsque ces propos ou comportements sont imposés à une même victime, successivement, par plusieurs personnes qui, même en l'absence de concertation, savent que ces propos ou comportements caractérisent une répétition.

Par ailleurs, est assimilé au harcèlement sexuel le fait, même non répété, d'user de toute forme de pression grave dans le but réel ou apparent d'obtenir un acte de nature sexuelle, que celui-ci soit recherché au profit de l'auteur des faits ou au profit d'un tiers.

Ces faits sont punis, en l'absence de circonstances aggravantes définies au même article, de deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende.

S'agissant des salariés, cette définition est reprise dans des termes similaires à l'article L. 1153-1 du code du travail. Cependant, les apports de la loi du 3 août 2018 concernant notamment les propos et comportements à connotation sexiste n'y ont pas été intégrés.

Le code du travail interdit les mesures discriminatoires à l'encontre de personnes ayant subi ou refusé de subir des faits de harcèlement sexuel¹ ou ayant témoigné de tels faits². L'employeur doit prendre toutes dispositions nécessaires en vue de prévenir les faits de harcèlement sexuel, d'y mettre un terme ainsi que de les sanctionner, et doit informer les salariés et candidats à un stage ou à un recrutement des dispositions du code pénal³.

Les salariés ayant commis des faits de harcèlement sexuel dans l'entreprise sont passibles de sanctions disciplinaires⁴.

Par ailleurs, l'article L. 1142-2-1 du code du travail prohibe les **agissements sexistes**, définis comme « *tout agissement lié au sexe d'une personne, ayant pour objet ou pour effet de porter atteinte à sa dignité ou de créer un environnement intimidant, hostile, dégradant, humiliant ou offensant* ».

¹ Art. L. 1153-2.

² Art. L. 1153-3.

³ Art. L. 1153-5.

⁴ Art. L. 1153-6.

Dans les entreprises de onze salariés et plus, un référent en matière de lutte contre le harcèlement sexuel et les agissements sexistes doit être désigné par le comité social et économique (CSE) parmi ses membres¹. Dans les entreprises employant au moins 250 salariés, l'employeur doit également désigner lui-même un référent harcèlement sexuel chargé d'orienter, d'informer et d'accompagner les salariés².

2. La proposition de loi tend à actualiser en conséquence la définition du harcèlement sexuel dans le code du travail

Le 1^o du I modifie l'article L. 1153-1 du code du travail afin de tenir compte de la loi « Schiappa » du 3 août 2018 en précisant que les **propos ou comportements à connotation sexiste** peuvent également caractériser des faits de harcèlement sexuel.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

A. Les modifications apportées en commission

Outre un amendement de coordination, la commission des affaires sociales a adopté, à l'initiative des rapporteuses Charlotte Parmentier-Lecocq et Carole Grandjean, un **amendement excluant les services de santé au travail en agriculture** du champ de cet article, par « *cohérence avec l'organisation spécifique de la santé au travail dans le milieu agricole et du rôle qu'exerce la [mutualité sociale agricole (MSA)] à cet égard* ». En effet, les employeurs agricoles relèvent le plus souvent pour leurs salariés d'un **service de sécurité et de santé au travail en agriculture** institué en son sein par la caisse de MSA.

B. Les modifications apportées en séance publique

En séance, l'Assemblée nationale a adopté un amendement de notre collègue députée Gisèle Biémouret (Socialiste et apparentés) visant à **aligner complètement la définition du harcèlement sexuel au travail avec la définition de l'article 222-33 du code pénal**, en précisant que le harcèlement sexuel peut aussi être constitué :

- lorsque des propos ou comportements à connotation sexuelle ou sexiste sont imposés à une même victime par plusieurs personnes, de manière concertée ou à l'instigation de l'une d'elles, alors même que chacune de ces personnes n'a pas agi de façon répétée ;

- lorsque ces propos ou comportements sont imposés à une même victime, successivement, par plusieurs personnes qui, même en l'absence de concertation, savent que ces propos ou comportements caractérisent une répétition.

¹ Art. L. 2314-1.

² Art. L. 1153-5-1.

L'Assemblée a également adopté un amendement de coordination des rapporteures.

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

III - La position de la commission : un article hétéroclite à la portée symbolique

Le changement de dénomination des services de santé au travail vise à afficher la volonté des partenaires sociaux et des auteurs du texte, également présente dans l'intitulé de la proposition de loi, de mettre l'accent sur la prévention primaire. Naturellement, il n'apporte en lui-même aucune garantie que des progrès seront réalisés en la matière.

En outre, les dispositions relatives à la prévention du harcèlement sexuel en entreprise auraient mérité de faire l'objet d'un article distinct, l'ensemble formé par cet article 1^{er} apparaissant hétéroclite. Sous cette réserve, cet article apporte une harmonisation utile permettant essentiellement d'améliorer la cohérence et l'intelligibilité du droit.

La commission a adopté cet article sans modification.

Article 1^{er} bis

Dispositions réglementaires applicables aux services de santé au travail agricoles

Cet article vise à simplifier l'articulation entre les dispositions législatives du code du travail et les dispositions réglementaires applicables aux services de santé au travail en agriculture.

La commission a adopté cet article sous réserve d'une coordination.

I - Le dispositif proposé

Inséré en séance publique à l'Assemblée nationale par un amendement du groupe La République en Marche, cet article vise à simplifier la rédaction de l'article L. 717-2 du code rural et de la pêche, qui est **un article de renvoi à des dispositions réglementaires concernant les missions, l'organisation et le fonctionnement des services de santé au travail en agriculture.**

En effet, si la partie législative du code du travail s'applique directement aux employeurs et services de santé au travail agricoles, ces derniers sont soumis à des règles d'organisation et de fonctionnement spécifiques¹.

¹ Articles D. 717-1 à R. 717-73 du code rural et de la pêche maritime.

Les caisses de mutualité sociale agricole (MSA), responsables de l'application des dispositions concernant l'organisation du service de santé au travail agricole, peuvent soit instituer en leur sein un service de sécurité et de santé au travail en agriculture (service SST), soit créer une association spécialisée. Cependant, une entreprise employant un nombre important de travailleurs salariés peut être autorisée par l'autorité administrative à organiser un service autonome de santé au travail¹. La Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) assure la coordination des services SST², qui représentent la forme la plus courante.

Au lieu d'opérer des renvois article par article à la partie réglementaire du code rural et de la pêche maritime, la rédaction proposée vise :

- l'ensemble du chapitre II du titre II du livre VI de la quatrième partie du code du travail consacré aux missions et à l'organisation des services de santé au travail, dont les modalités d'application sont renvoyées le cas échéant à des décrets ;

- l'ensemble des dispositions des chapitres III, IV et V du titre II du livre VI de la quatrième partie du code du travail, relatifs respectivement aux personnels concourant aux SST, aux actions et moyens des membres des équipes pluridisciplinaires et à la surveillance médicale de catégories particulières de travailleurs, dont les modalités de mise en œuvre sont renvoyées à des décrets en Conseil d'État.

II - La position de la commission

Cet article simplifie l'articulation entre le code du travail et le code rural et de la pêche maritime en ce qui concerne les services de santé au travail.

Toutefois, l'application de l'article L. 4625-1 du code du travail concernant les modalités de surveillance de l'état de santé de catégories particulières de travailleurs est renvoyée à la fois à un décret simple et à un décret en Conseil d'État : la commission a donc adopté un **amendement COM-183 de coordination** afin de renvoyer uniquement à un décret en Conseil d'État.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

¹ Art. L. 717-3 du code rural et de la pêche maritime.

² Art. D. 717-33 du code rural et de la pêche maritime.

Article 2

Amélioration des conditions d'élaboration, d'accessibilité et de conservation du document unique d'évaluation des risques professionnels

Cet article consacre dans la loi l'existence du document d'évaluation des risques professionnels (DUERP) dont il rénove le contenu et fixe les conditions d'élaboration, de conservation et de mise à disposition. Il étend à l'ensemble des entreprises, y compris de moins de cinquante salariés, l'obligation d'adopter un programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail qui est désormais intégré au DUERP.

En première lecture, l'Assemblée nationale a intégré l'organisation du travail dans le champ de l'évaluation des risques professionnels et a fixé une durée minimale de quarante ans pour la conservation du DUERP et de ses mises à jour par l'employeur.

La commission est revenue sur la fusion du DUERP et du programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail en réservant l'obligation d'élaborer ce dernier document aux seules entreprises de plus de 50 salariés. Elle a, en outre, inscrit dans la loi le principe d'un dépôt dématérialisé du DUERP et de ses mises à jour afin de garantir la pérennité de leur conservation et de leur mise à disposition, au travers d'un portail numérique géré par les organisations professionnelles d'employeurs représentatives au niveau national et interprofessionnel.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

I - Le dispositif proposé : renforcer le caractère opérationnel de la prévention des risques professionnels dans l'ensemble des entreprises

A. Le DUERP vingt ans après sa création : une obligation peu respectée et un document insuffisamment stratégique

1. Une culture de l'évaluation des risques professionnels encore insuffisamment répandue dans les très petites entreprises

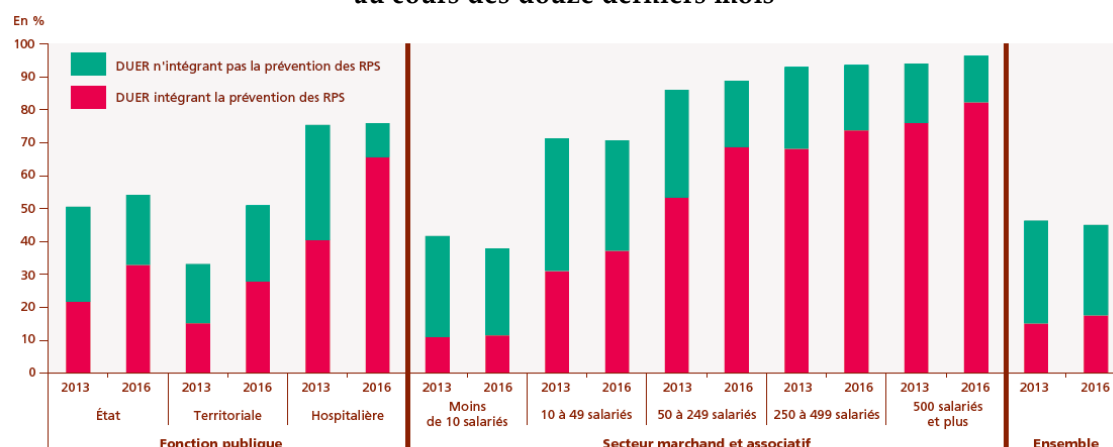
Bien que l'élaboration du DUERP par l'ensemble des entreprises soit obligatoire depuis 2002¹, sa mise en œuvre reste contrastée selon la taille des entreprises. Selon une enquête² réalisée en 2016 par la direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (Dares) du ministère du travail, seuls 45 % des employeurs interrogés ont élaboré ou réactualisé un DUERP au cours des douze mois précédant l'enquête. La culture de la prévention reste très insuffisamment répandue au sein

¹ Décret n° 2001-1016 du 5 novembre 2001 portant création d'un document relatif à l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, prévue par l'article L. 230-2 du code du travail et modifiant le code du travail.

² Dares, « La prévention des risques professionnels en 2016 - Des résultats contrastés selon les secteurs et les risques », collection « Dares Résultats », n° 029, juin 2019.

des très petites entreprises (TPE) : si plus de 90 % des établissements de plus de 50 salariés du secteur privé ont élaboré ou actualisé un DUERP au cours des douze derniers mois, cette proportion reste inférieure à 40 % pour les entreprises de moins de dix salariés et est même en baisse par rapport à 2013.

Établissements ayant élaboré ou mis à jour leur DUERP au cours des douze derniers mois



Lecture : en 2016, dans la fonction publique d'État, 54 % des établissements ont actualisé leur DUER ; 33 % des établissements y intègrent la prévention des risques psychosociaux.
 Champ : établissements d'un salarié et plus, hors fonction publique hospitalière de moins de 10 agents.

Sources : enquête Conditions de travail de 2013 et enquête Conditions de travail et Risques psychosociaux de 2016 ; volets « employeurs ».

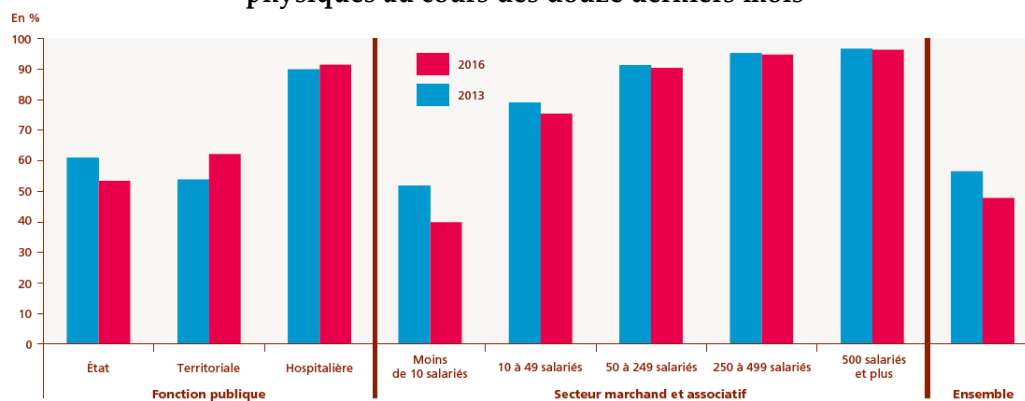
Source : Dares, « La prévention des risques professionnels en 2016 – Des résultats contrastés selon les secteurs et les risques », collection « Dares Résultats », n° 029, juin 2019

2. Une évaluation des risques professionnels qui débouche encore insuffisamment sur l'engagement d'une véritable démarche de prévention

L'évaluation des risques professionnels peine, en outre, à se traduire sur le plan opérationnel par la mise en œuvre d'actions concrètes de prévention. Les résultats de l'enquête précitée de la Dares font ainsi apparaître que :

- la proportion d'établissements ayant mis en œuvre des actions de prévention contre les risques physiques dans les douze derniers mois a diminué en 2016 par rapport à 2013, pour passer en dessous de 50 %. Ce recul est significativement plus marqué au sein des entreprises de moins de dix salariés ;

Établissements ayant mis en œuvre des actions de prévention contre les risques physiques au cours des douze derniers mois



Lecture : dans le secteur privé de moins de 10 salariés, la part des établissements ayant entrepris des actions de prévention au cours des 12 mois précédant l'enquête est passée de 52 % en 2013 à 40 % en 2016.

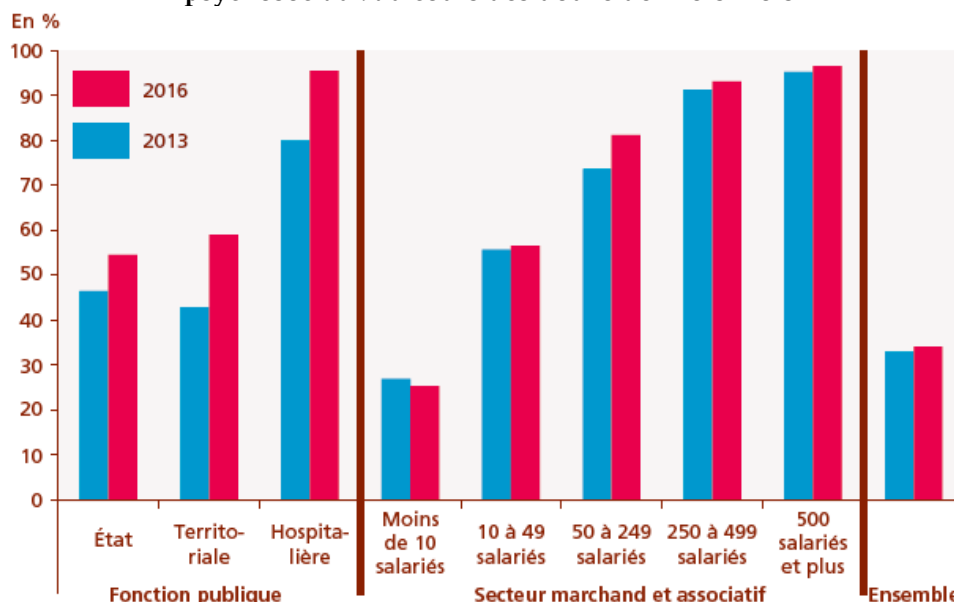
Champ : établissements d'un salarié et plus, hors fonction publique hospitalière de moins de 10 agents.

Sources : enquête Conditions de travail de 2013 et enquête Conditions de travail et Risques psychosociaux de 2016 ; volets « employeurs ».

Source : Dares, « La prévention des risques professionnels en 2016 – Des résultats contrastés selon les secteurs et les risques », collection « Dares Résultats », n° 029, juin 2019

- bien qu'elle ait légèrement augmenté entre 2013 et 2016, la proportion d'employeurs mettant en œuvre une action de prévention contre les risques psychosociaux (RPS) au cours de l'année de l'enquête reste inférieure à 40 %, et la progression est significativement plus marquée dans la fonction publique que dans le secteur privé. Encore une fois, la prévention tend à régresser au sein des TPE puisque moins d'entreprises de moins de dix salariés ont mis en œuvre une action de prévention dans ce domaine en 2016, par rapport à 2013.

Établissements ayant mis en œuvre des actions de prévention contre les risques psychosociaux au cours des douze derniers mois



Lecture : 95 % des établissements publics hospitaliers ont réalisé une action de prévention contre les RPS en 2016, ils étaient 80 % à l'avoir fait en 2013.

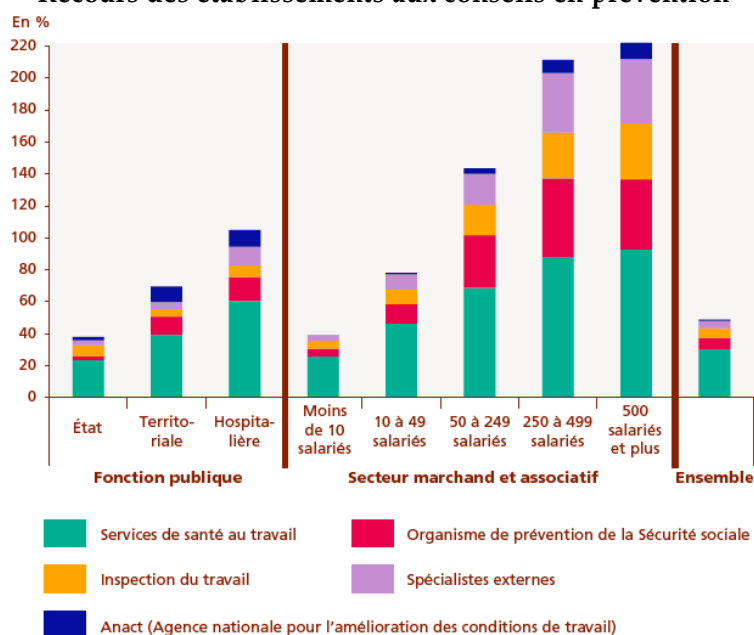
Source : Dares, « La prévention des risques professionnels en 2016 – Des résultats contrastés selon les secteurs et les risques », collection « Dares Résultats », n° 029, juin 2019

Les entreprises disposent pourtant d'un réseau diversifié d'acteurs de la prévention des risques professionnels, susceptibles de les accompagner

dans le diagnostic de ces risques et l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan d'actions pour les prévenir. Ce réseau comprend des organismes nationaux tels que l'institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS)¹ et l'agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact) et les associations régionales pour l'amélioration des conditions de travail (Aract), ainsi que des acteurs de proximité tels que les services de santé au travail (SST) – interentreprises (SSTI) ou autonomes (SSTA) lorsqu'ils sont internes à l'entreprise –, les caisses de retraite et de la santé au travail (Carsat) de la branche AT-MP et les services de l'inspection du travail², et, enfin, des spécialistes externes de la santé au travail tels que les intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP) indépendants.

Les résultats de l'enquête précitée de la Dares montrent, encore une fois, que ce sont les TPE qui sollicitent le moins les conseils en prévention des acteurs de ce réseau – tout juste 40 % d'entre elles y ont recours et mobilisent majoritairement les SST –, les grands établissements du secteur privé restant les principaux bénéficiaires de cet accompagnement en prévention.

Recours des établissements aux conseils en prévention



Lecture : le pourcentage peut dépasser les 100 %, car les bâtons donnent le pourcentage cumulé des sollicitations des différents organismes. Par exemple, les établissements de 500 salariés et plus ont sollicité en moyenne 2,2 organismes.

Champ : établissements d'un salarié et plus, hors fonction publique hospitalière de moins de 10 agents.

Source : enquête Conditions de travail et Risques psychosociaux de 2016, volet « employeurs ».

Source : Dares, « La prévention des risques professionnels en 2016 – Des résultats contrastés selon les secteurs et les risques », collection « Dares Résultats », n° 029, juin 2019

¹ Association placée sous le contrôle de la branche AT-MP.

² Relevant des directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (Direccte) et, dans les collectivités d'outre-mer, des directions des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (Dieccte).

Le DUERP est encore trop souvent perçu par les employeurs, notamment des TPE et des petites et moyennes entreprises (PME), comme une formalité administrative dont certains s'acquittent en pensant qu'elle sera suffisante pour répondre à leur obligation de sécurité vis-à-vis de leurs salariés en application de l'article L. 4121-1 du code du travail. Or, selon la jurisprudence développée par la Cour de cassation à compter de 2015¹, l'employeur ne répond à son obligation de sécurité qu'à la condition de démontrer qu'il a bien pris toutes les mesures prévues par les articles L. 4121-1 et L. 4121-2 du code du travail qui définissent, respectivement, trois types de mesures et neuf principes généraux de prévention. Si cette jurisprudence a été interprétée comme le basculement d'une obligation de résultats vers une obligation de moyens, il n'en demeure pas moins qu'elle contraint les employeurs à mettre en œuvre des actions concrètes de prévention et de protection. La portée de cette évolution jurisprudentielle est actée par l'ANI sur la santé au travail du 9 décembre 2020 qui rappelle que « *la jurisprudence a admis qu'un employeur et ses délégataires pouvaient être considérés comme ayant rempli leurs obligations s'ils ont mis en œuvre les actions de prévention.* »

B. La reconnaissance du rôle pivot du DUERP dans la démarche de prévention et la traçabilité des expositions

1. La consécration législative du DUERP et sa fusion avec le programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail

a) L'état du droit en vigueur : le DUERP, une obligation réglementaire dont le non-respect est en pratique peu sanctionné

L'article L. 4121-3 du code du travail pose le cadre législatif de l'évaluation des risques professionnels que doit conduire l'employeur :

- il en définit le champ : l'évaluation doit ainsi porter sur « *les risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, y compris dans le choix des procédés de fabrication, des équipements de travail, des substances ou préparations chimiques, dans l'aménagement ou le réaménagement des lieux de travail ou des installations et dans la définition des postes de travail* », et doit également tenir compte de « *l'impact différencié de l'exposition en fonction du sexe* » ;

- il précise les conséquences que l'employeur doit en tirer pour la protection des travailleurs : l'évaluation doit se traduire par la mise en œuvre d'« *actions de prévention ainsi que [de] méthodes de travail et de production garantissant un meilleur niveau de protection de la santé et de la sécurité des travailleurs* » ;

- il inscrit dans la loi le principe d'une réactualisation périodique de cette évaluation : il revient au pouvoir réglementaire de prévoir les documents permettant d'attester de cette évaluation qui doivent faire

¹ Cour de cassation, chambre sociale, arrêt n° 2121 dit « Air France » du 25 novembre 2015.

l'objet d'une mise à jour. La fréquence de cette réactualisation peut être adaptée par décret en Conseil d'État pour les entreprises de moins de onze salariés, à la condition que l'employeur garantisse un niveau équivalent de protection de ses salariés.

En application de l'article L. 4121-3 du code du travail, l'article R. 4121-1 du même code prévoit ainsi que « l'employeur transcrit et met à jour dans un document unique les résultats de l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs ». Le cas échéant, le DUERP doit, en outre, être accompagné d'une annexe consignant les données collectives d'évaluation des expositions aux dix facteurs de pénibilité¹ mentionnés à l'article L. 4161-1 du code du travail et la proportion de salariés exposés à ces risques². L'article R. 4121-2 du même code définit la périodicité de la mise à jour du DUERP, qui est la même pour toutes les entreprises : elle doit intervenir au moins chaque année et est obligatoire, quelle que soit la date de la dernière mise à jour, dans deux cas de figure : à la suite de toute décision d'aménagement important ou lorsque l'employeur a connaissance d'une information supplémentaire relative à l'évaluation d'un risque dans une unité.

L'absence de production ou de mise à jour du DUERP est passible de sanctions pénales qui donnent lieu à une contravention de 5^e classe avec une amende de 1 500 euros, qui peut être doublée, voire multipliée par dix en cas de récidive³. Depuis 2016, 344 procès-verbaux de non-respect de l'obligation de transcription et de mise à jour du DUERP ont été dressés par les agents de l'inspection du travail. La direction générale du travail n'a pas été en mesure d'indiquer si des condamnations pénales ont été prononcées à la suite de ces procédures. La commission s'interroge sur la pertinence de sanctions pénales manifestement peu opérantes pour garantir le respect par les employeurs de leurs obligations dans l'élaboration du DUERP. Des sanctions administratives, telles que la diminution ou la suppression d'aides publiques comme des exonérations de charges sociales, seraient peut-être plus adaptées.

b) La proposition de loi initiale : un nouveau dispositif législatif destiné à rendre l'évaluation des risques professionnels plus opérationnelle

Le **a) du 2°** de l'article 2 de la proposition de loi complète le premier alinéa de l'article L. 4121-3 du code du travail précité afin de préciser les instances susceptibles de contribuer à l'évaluation des risques professionnels au sein de l'entreprise. Sont ainsi appelés à participer à cette évaluation, en soutien de l'employeur :

- dans le cadre du dialogue social :

¹ Manutentions manuelles de charges, postures pénibles, vibrations mécaniques, agents chimiques dangereux, travail en milieu hyperbare, températures extrêmes, bruit, travail de nuit, travail en équipes successives alternantes et travail répétitif.

² Article R. 4121-1-1 du code du travail.

³ Article R. 4741-1 du code du travail.

➤ pour toutes les entreprises de onze salariés ou plus : le comité social de l'entreprise (CSE) et sa commission santé, sécurité et conditions de travail (CSST) ;

➤ pour toutes les entreprises, quels que soient son effectif ou son activité : le salarié référent « santé et sécurité au travail » que l'employeur désigne et dont il doit prendre en charge la formation¹. La sollicitation du concours de ce salarié reste néanmoins facultative et est laissée à l'appréciation de l'employeur. Il convient de rappeler que, si les compétences dans l'entreprise ne permettent pas la désignation d'un salarié chargé des activités de protection et de prévention des risques professionnels, l'article L. 4644-1 du code du travail prévoit aujourd'hui que l'employeur peut solliciter le concours d'acteurs externes à l'entreprise et spécialisés en prévention des risques professionnels ;

- le service de prévention et de santé au travail (SPST). À cet égard, la fiche d'entreprise, établie obligatoirement par le service de santé au travail depuis 2016, est précieuse à l'employeur pour élaborer le DUERP. Cette fiche permet au SST de faire un inventaire des risques professionnels dans l'entreprise et d'accompagner ainsi l'employeur dans la définition des actions de prévention correspondantes. Selon les données de l'association Présance, 610 000 fiches d'entreprise ont été réalisées par les SST interentreprises en 2018.

Afin d'ancrer dans la loi l'existence du DUERP, le **b) du 2°** de l'article 2 de la proposition de loi supprime, à l'article 4121-3 du code du travail le renvoi à des dispositions réglementaires pour la définition des documents nécessaires à l'évaluation des risques professionnels, et son **3°** insère dans le code du travail un nouvel article L. 4121-3-1 qui définit dans la loi le contenu du DUERP et ses modalités de mise à jour, de conservation et de mise à disposition.

Il est ainsi prévu que le DUERP :

- répertorie l'ensemble des risques professionnels auxquels sont exposés les travailleurs (I du nouvel article L. 4121-3-1 du code du travail) ;

- organise la traçabilité collective de ces expositions (I du nouvel article L. 4121-3-1 du code du travail) ;

- intègre un programme annuel de prévention des risques professionnels qui regroupe l'ensemble des actions de prévention et de protection découlant du DUERP (I du nouvel article L. 4121-3-1 du code du travail) ;

- transcrive les résultats de l'évaluation de ces risques conduite en application de l'article L. 4121-3 du code du travail et soit mis à jour (II du nouvel article L. 4121-3-1 du code du travail), sans que soit pour autant

¹ En application des deux premiers alinéas de l'article L. 4644-1 du code du travail.

précisée la fréquence de cette mise à jour. Celle-ci restera donc définie par le pouvoir réglementaire et pourra être adaptée pour les entreprises de moins de onze salariés conformément au dernier alinéa de l'article L. 4121-3 du code du travail.

Il est également précisé, au II du nouvel article L. 4121-3-1 du code du travail, que les organismes et instances de santé et sécurité au travail mis en place par la branche peuvent accompagner les entreprises dans l'évaluation des risques, par un soutien méthodologique et des documents d'aide à la rédaction. Cette possibilité a en effet été rappelée par l'ANI du 9 décembre 2020. À titre d'exemple, l'organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics (OPPBTP) a créé en ce sens un outil en ligne, MonDOCunique Prem's, plus particulièrement destiné aux très petites entreprises de moins de dix salariés.

À l'heure actuelle, en application du 2° de l'article L. 2312-27 du code du travail, seuls les employeurs des entreprises d'au moins cinquante salariés sont tenus de produire un programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail qui doit répertorier les mesures qui devront être prises au cours de l'année à venir, ainsi que leurs conditions d'exécution et l'estimation de leur coût. Le CSE est ainsi obligatoirement consulté sur ce programme et peut proposer d'en modifier l'ordre des priorités ou de le compléter.

En fusionnant le DUERP et le programme annuel de prévention des risques professionnels, l'article 2 de la proposition de loi a pour effet d'étendre à l'ensemble des entreprises, quel que soit leur effectif, l'obligation de produire un tel programme afin que le DUERP se traduise par la mise en œuvre d'actions concrètes de prévention et de protection. L'ANI sur la santé au travail du 9 décembre 2020 ne prévoyait pas explicitement une telle fusion : il se contentait d'appeler à faire du DUERP la « *base d'un plan d'action* » qui doit permettre à l'employeur de « *planifie[r] les mesures de prévention nécessaires et leur déploiement.* »

Le III du nouvel article L. 4121-3-1 du code du travail créé par l'article 2 de la proposition de loi définit le contenu du programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail que toutes les entreprises devront élaborer. Ce programme doit ainsi :

- fixer la liste des mesures découlant de l'évaluation des risques professionnels et détailler leurs conditions d'exécution et l'estimation de leur coût ;
- identifier les ressources de l'entreprise susceptibles d'être mobilisées pour sa mise en œuvre ;
- comprendre un calendrier de mise en œuvre.

Par coordination, le 1° de l'article 2 de la proposition de loi modifie le 2° de l'article L. 2312-27 du code du travail relatif au programme annuel

de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail sur lequel doit être consulté le CSE, afin de tenir compte de la définition de son contenu établie par le nouvel article L. 4121-3-1 du code du travail.

Il convient de rappeler que, si l'évaluation des risques professionnels est conduite dans le cadre d'une démarche collective mobilisant une pluralité d'acteurs internes et externes à l'entreprise, l'employeur reste celui qui, au titre de son obligation de sécurité et selon les termes de l'ANI du 9 décembre 2020, « choisit les méthodes les plus appropriées pour inscrire son plan d'action dans la durée et dans une optique de démarche de progrès continu. »

Enfin, le programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail doit être distingué du plan d'action relatif à la prévention des effets de l'exposition aux facteurs de risques professionnels mentionnés à l'article L. 4161-1 du code du travail - c'est-à-dire les facteurs dits de pénibilité - qu'un employeur d'une entreprise d'au moins 50 salariés est tenu d'arrêter, en application de l'article L. 4161-2 du code du travail après avis du CSE, en cas d'absence d'accord d'entreprise sur ces thèmes¹.

2. Des modalités de conservation et de mise à disposition plus complètes pour faire du DUERP un outil de traçabilité collective

L'ANI sur la santé au travail du 9 décembre 2020 prévoit de faire du DUERP un instrument de « traçabilité collective » qui doit avoir pour finalité « le développement de la prévention primaire. » L'ANI préconise ainsi une conservation des versions successives du DUERP dont la numérisation doit être encouragée. Le DUERP doit, par ailleurs, porter une attention particulière à « la traçabilité des expositions des salariés suivis en surveillance renforcée au titre du risque chimique » ainsi qu'à « la polyexposition des salariés aux produits chimiques du fait de l'effet combiné qu'ils peuvent produire. » Cette traçabilité doit faciliter « le repérage des salariés devant faire l'objet d'un suivi post professionnel et post exposition », étant entendu que « le retrait d'une exposition [...] ne supprime pas l'effet différé de celle-ci. »

Le IV du nouvel article L. 4121-3-1 du code du travail créé par l'article 2 de la proposition de loi dispose ainsi que le DUERP et ses versions antérieures doivent être conservés par l'employeur et mis à la disposition d'instances et personnes énumérées par décret. Est également reconnu à tout salarié ou ancien salarié le droit de se voir remettre les différentes versions du DUERP dans des conditions fixées par décret.

En l'état du droit en vigueur, les personnes et instances susceptibles d'obtenir le DUERP sont précisées par l'article R. 4121-4 du code du travail et comprennent : les travailleurs ; les membres de la délégation du personnel du CSE ; le médecin du travail et les professionnels de santé membres de

¹ Ou en l'absence d'accord de branche étendu à ces thèmes pour les entreprises de plus de 300 salariés.

l'équipe pluridisciplinaire du service de santé au travail ; les agents de l'inspection du travail ; les agents des services de prévention des organismes de sécurité sociale ; les agents des organismes professionnels de santé, de sécurité et des conditions de travail des branches d'activités présentant des risques particuliers ; les inspecteurs de la radioprotection. Les modalités d'accès des travailleurs au DUERP sont laissées à l'appréciation de l'employeur et doivent être précisées dans un avis affiché sur les lieux de travail.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

A. En commission

Outre plusieurs amendements rédactionnels et de précision, la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a adopté, avec l'avis favorable des rapporteures, quatre amendements identiques déposés par des députés issus de différents groupes (Agir ensemble, Les Républicains, La France insoumise et Socialistes et apparentés) ayant pour objet d'inclure l'organisation du travail dans le champ de l'évaluation des risques professionnels défini par l'article 4121-3 du code du travail. À l'appui de ces amendements, leurs auteurs mettent en avant le fait que les modalités d'organisation du travail peuvent être à l'origine de nombreux risques psychosociaux. Ils rappellent, en outre, que l'ANI du 9 décembre 2020 reconnaît lui-même que *« l'organisation du travail peut susciter certains risques notamment quand elle change rapidement : modification des méthodes de travail, changement des techniques, modification des fonctions des managers »* et appelle à *« la prise en compte des exigences de sécurité et de santé dès la conception [...] des organisations du travail »*.

Ont, en outre, été adoptés, avec l'avis favorable des rapporteures, trois amendements identiques déposés par des députés issus des groupes Agir ensemble, Gauche démocrate et républicaine et Socialistes et apparentés afin de préciser que le CSE, outre son concours à l'analyse des risques professionnels, est obligatoirement consulté sur le DUERP et ses mises à jour.

Enfin, à l'initiative de ses rapporteures, la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a modifié les dispositions relatives à la conservation et à la mise à disposition du DUERP. Il a ainsi été précisé que la durée et les modalités de conservation par l'employeur du DUERP et de ses différentes versions seraient fixées par un décret en Conseil d'État. Il a également été privilégié une formulation plus générique des catégories de personnes ou organismes susceptibles de se prévaloir d'un droit d'obtenir les versions du DUERP : celles-ci devront ainsi être mises à disposition *« des travailleurs, des anciens travailleurs ainsi que de toute personne et instance pouvant justifier d'un intérêt pour y accéder »*, la liste de ces personnes et instances devant être fixée par le décret en Conseil d'État. Selon la direction

générale du travail, les organismes de veille sanitaire et de recherche épidémiologique, telles que Santé publique France et l'agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSéS), pourraient disposer d'un accès au DUERP, dans le respect de la confidentialité des données personnelles.

B. En séance

Par la voie d'un amendement déposé par plusieurs députés du groupe La République en marche ayant reçu les avis favorables de la commission et du Gouvernement, l'Assemblée nationale a précisé que le concours apporté par le SPST à l'évaluation des risques professionnels devait intervenir « *particulièrement lors de l'élaboration d'un projet de restructuration* », au motif que ce type de changement majeur dans l'organisation de l'entreprise peut accentuer les risques psychosociaux.

Elle a également tenu compte d'une recommandation du Conseil d'État dans son avis du 4 février 2021 sur la proposition de loi pour préciser, à l'initiative de plusieurs députés du groupe Mouvement démocrate, que le DUERP « *assure* » la traçabilité collective des expositions plutôt qu'« *organise* », ce dernier verbe étant susceptible d'être entendu, selon le Conseil d'État, comme « *imposant des mesures d'organisation dont la nature n'est pas précisée dans le texte.* »

Par ailleurs, outre un amendement rédactionnel, les députés ont adopté, avec les avis favorables de la commission et du Gouvernement, un amendement du groupe La République en marche qui prévoit que la durée de conservation par l'employeur du DUERP et de ses versions successives, qui doit être fixée par décret en Conseil d'État, ne peut pas être inférieure à quarante ans. Les auteurs de l'amendement ont, en effet, rappelé que de nombreuses pathologies d'origine professionnelle peuvent se déclarer de façon différée, comme le mésothéliome dont le temps de latence est évalué à environ 35 ans après l'exposition à des poussières d'amiante. En outre, une conservation de quarante ans, correspondant approximativement à la durée d'une carrière professionnelle, permettrait de disposer d'une vue d'ensemble des expositions collectives sur l'ensemble d'une carrière.

Enfin, l'Assemblée nationale a adopté, avec les avis favorables de la commission et du Gouvernement, un amendement des députés du groupe Mouvement démocrate visant à imposer à l'employeur la transmission obligatoire à son SPST d'affiliation de chaque mise à jour du DUERP.

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

III - La position de la commission : tenir compte de la réalité des entreprises dans l'évaluation des risques professionnels et garantir une conservation pérenne des DUERP

- La commission souscrit à l'objectif de renforcement de l'évaluation des risques professionnels au sein de l'entreprise par la consécration de l'existence du DUERP dans la loi. Les rapporteurs de la commission avaient, en effet, clairement appelé, dans leur rapport d'information sur la santé au travail d'octobre 2019¹, à faire du DUERP un « *document stratégique permettant de démontrer l'implication de l'employeur dans la mise en œuvre de son obligation de sécurité* », en mobilisant notamment le SST pour « *réaliser l'inventaire de tous les risques, [...] proposer des outils de nature à protéger les salariés et [...] accompagner l'entreprise dans la collecte des données collectives et individuelles d'exposition* » : ils concevaient ainsi le DUERP comme « *un document stratégique contractuel définissant non seulement les engagements de l'employeur mais également ceux du SST dans le déploiement de la stratégie de prévention de l'entreprise* ».

- Dans un souci de clarification des modalités de participation des instances du dialogue social dans l'entreprise et des acteurs externes à l'entreprise à l'évaluation des risques professionnels, la commission a adopté, à l'initiative de ses rapporteurs, un amendement COM-129 de réécriture du a) du 2° de l'article 2 de la proposition de loi afin :

- de tenir compte des observations du Conseil d'État qui, dans son avis du 4 février 2021 sur la proposition de loi, a recommandé de préciser l'articulation de la contribution du CSE à l'analyse des risques professionnels avec les attributions qui lui sont reconnues au 1° de l'article L. 2312-9 du code du travail, aux termes duquel le comité « *procède à l'analyse des risques professionnels auxquels peuvent être exposés les travailleurs, notamment les femmes enceintes, ainsi que des effets de l'exposition aux facteurs de risques professionnels mentionnés à l'article L. 4161-1* » ;

¹ Pour un service universel de santé au travail, rapport d'information n° 10 (2019-2020) de M. Stéphane Artano et Mme Pascale Gruny, fait au nom de la commission des affaires sociales du Sénat, déposé le 2 octobre 2019.

- de rendre obligatoire, et non pas facultative, la mobilisation par l'employeur du ou des salariés référents en santé au travail qu'il a désignés au sein de l'entreprise en application de l'article L. 4644-1 du code du travail. En effet, selon des données du ministère du travail pour 2019, 1 185 100 entreprises ont été concernées par l'élection syndicale au sein des TPE et, pour la très grande majorité d'entre elles, elles ne sont pas soumises à l'obligation de mettre en place un CSE. Cela représente environ 31 %¹ des 3 820 122 entreprises recensées par l'institut national de la statistique et des études économiques (Insee) en 2015 dans les secteurs marchands non agricoles. Il convient donc de garantir une voie de dialogue avec des membres du personnel au sein des entreprises non soumises à l'obligation de mettre en place un CSE pour l'évaluation des risques professionnels ;

- d'étendre le champ des acteurs externes de la prévention susceptibles d'apporter leur aide à l'évaluation des risques professionnels à l'ensemble des personnes et organismes mentionnés au I de l'article L. 4644-1 du code du travail et qui, au-delà du SPST, comprennent :

- les intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP) appartenant au service de santé au travail interentreprises auquel il adhère ou dûment enregistrés auprès de l'autorité administrative ;
- les organismes de prévention de la branche AT-MP et des caisses de sécurité sociale, dont font partie l'INRS et les Carsat. À titre d'exemple, l'INRS a développé l'outil OIRA destiné à faciliter l'élaboration du DUERP pour une vingtaine de secteurs ;
- l'Anact et son réseau d'Aract ;
- l'organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics (OPPBTP).

L'amendement COM-129 supprime, par ailleurs, la précision selon laquelle le SPST apporte sa contribution à l'évaluation des risques professionnels « *particulièrement lors de l'élaboration d'un projet de restructuration* ». En effet, cette précision ne présente pas de valeur ajoutée sur le plan normatif, dès lors que le SPST est appelé à systématiquement accompagner l'employeur dans l'évaluation des risques professionnels à chaque mise à jour du DUERP, cette mise à jour étant, du reste, obligatoire à la suite de chaque décision d'aménagement important modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail² - type de décision auquel correspond une restructuration -.

¹ Le ministère du travail précise qu' ne s'agit que d'une approximation puisque l'effectif pris en compte a été calculé au 31 décembre 2019 pour l'élection TPE 2021, alors que l'effectif pris en compte pour déterminer l'obligation de mettre en place un CSE est un effectif mensuel moyen durant un an. Dès lors, certaines entreprises dont les salariés participent à l'élection syndicale TPE peuvent être soumises à l'obligation de mettre en place un CSE.

² En application de l'article R. 4121-2 du code du travail.

En outre, l'Assemblée nationale a d'ores et déjà précisé que le champ de l'évaluation des risques professionnels inclut les risques pour la santé et la sécurité dans l'organisation du travail. La commission souscrit à cette inclusion dès lors que, comme le rappelle la Dares dans son enquête précitée de 2019, « *les changements organisationnels importants (de type restructuration, changement d'équipe de direction, déménagement) contribuent très vraisemblablement à l'exposition des salariés/agents aux risques psychosociaux. En effet, les directions qui signalent de tels changements déclarent deux fois plus souvent avoir des salariés exposés aux RPS* »¹. Il semble plus opérant à la commission, sur le plan normatif, de préciser à l'article L. 4622-2 du code du travail, relatif aux missions des SPST, qu'ils sont chargés d'accompagner les employeurs et les travailleurs dans la prévention des risques professionnels associés aux changements organisationnels susceptibles d'avoir un impact sur la santé et la sécurité des travailleurs : la commission a, par conséquent, adopté un amendement en ce sens à l'article 4 de la proposition de loi qui modifie ledit article L. 4622-2.

- À l'initiative de ses rapporteurs, la commission a réservé l'élaboration d'un programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail aux seules entreprises de plus de 50 salariés (amendement COM-128).

En effet, l'établissement de ce programme n'est aujourd'hui obligatoire qu'au sein de ces entreprises qui sont généralement suffisamment structurées et disposent des ressources internes pour procéder à l'élaboration d'un tel document dont les exigences concernant son contenu ont d'ailleurs été renforcées par la proposition de loi afin de garantir son caractère opérationnel, notamment au travers du chiffrage du coût des mesures et de la définition d'un calendrier de mise en œuvre. L'amendement COM-128 entend justement approfondir cette dimension opérationnelle en incluant dans ce programme la mention d'indicateurs de résultat.

Toutefois, il convient de tenir compte du fait que les entreprises de moins de 50 salariés, tout particulièrement les TPE, ne disposent pas des ressources internes leur permettant d'établir un programme d'une telle complexité : leur imposer cet exercice ne fera que renforcer la perception d'une évaluation des risques professionnels vue comme une contrainte administrative plutôt que comme une incitation à l'action.

Il est donc proposé d'alléger les contraintes pour les TPE et PME de moins de 50 salariés en prévoyant que l'évaluation des risques professionnels conduite par l'employeur dans ces entreprises débouche sur la définition d'actions de prévention et de protection et que la liste de ces actions pourra être consignée dans le DUERP, comme c'est déjà le cas

¹ Dares, « *La prévention des risques professionnels en 2016 - Des résultats contrastés selon les secteurs et les risques* », collection « *Dares Résultats* », n° 029, juin 2019.

aujourd'hui¹. Dans un souci de renforcement du dialogue social dans la démarche de prévention des risques professionnels, il reviendra à l'employeur de présenter la liste de ces actions à la délégation du personnel au CSE des entreprises de 11 à 50 salariés. Pour mémoire, la planification d'actions de prévention et de protection par toutes les entreprises constitue une exigence à la fois du droit communautaire² que du droit national³.

La commission a également précisé, au travers de cet amendement, que le concours des organismes professionnels de santé, de sécurité et des conditions de travail institués au sein des branches présentant des risques particuliers en application de l'article L. 4643-1 du code du travail – tels que l'OPPBTP pour le secteur du bâtiment – pourra être mobilisé non seulement au stade de l'élaboration et de la réactualisation du DUERP mais également à l'occasion de la définition du programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail.

À titre d'exemple, l'OPPBTP s'est déjà considérablement investi pour accompagner les entreprises du bâtiment et des travaux publics, dont beaucoup sont des TPE et PME, dans l'élaboration de leur DUERP en développant des premiers outils d'aide à partir du début des années 2000, puis des outils interactifs en ligne à compter de 2012 et, enfin, l'outil « MonDOCunique Prem's » depuis 2018. Ce dernier s'adresse plus particulièrement aux petites entreprises de moins de dix salariés, en identifiant pour chaque type de métiers six risques principaux. L'outil vise à les entraîner vers l'action en leur proposant, pour chaque risque, des exemples d'actions à mettre en œuvre pour le prévenir. Grâce à cet engagement de l'OPPBTP, près de 80 % des entreprises du secteur indiquent avoir rédigé leur DUERP et 60 % déclarent avoir formalisé un plan d'actions.

- Bien qu'il reconnaisse que la fonction du DUERP en matière de traçabilité des expositions collectives « *doit être facilitée par la conservation des versions successives du document unique* », l'ANI du 9 décembre 2020 ne définit par les modalités de cette conservation. L'article 2 de la proposition de loi se cantonne à préciser que la responsabilité cette conservation incombe à l'employeur et renvoie à un décret en Conseil d'État le soin d'en préciser les modalités. L'Assemblée nationale a posé le principe d'une durée minimale de conservation de quarante ans.

¹ Dans certains modèles sous forme de tableaux, le DUERP peut comprendre une colonne faisant correspondre à des risques des mesures de prévention ou de protection.

² Aux termes de l'article 6 de la directive 89/391/CEE du Conseil du 12 juin 1989 concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail, la mise en œuvre de mesures de prévention suppose de « planifier la prévention en visant un ensemble cohérent qui intègre dans la prévention la technique, l'organisation du travail, les conditions de travail, les relations sociales et l'influence des facteurs ambiants au travail ».

³ Les principes généraux de prévention sont précisés à l'article L. 4121-2 du code du travail.

Toutefois, peu d'entreprises en France justifient d'une longévité approchant les quarante ans. Selon l'institut national de la statistique et des études économiques (Insee), en 2019, presque quatre entreprises dites « classiques » sur dix, créées cinq ans plus tôt, n'étaient plus en activité¹. Or rien n'est précisé dans la proposition de loi sur les conséquences de la liquidation ou de la dissolution d'une entreprise pour la conservation du DUERP et de ses versions successives.

À l'heure actuelle, rares sont les documents qui font l'objet d'une obligation de conservation par l'employeur dépassant les dix ans. Seuls les contrats d'acquisition ou de cession de biens immobiliers et fonciers doivent être conservés pour une durée minimale de trente ans. La durée de conservation des bulletins de paie, des documents relatifs aux contrats de travail ou encore des déclarations d'accidents du travail est, elle, au minimum de cinq ans. Les livres et registres comptables et les documents relatifs au compte annuel sont, pour leur part, conservés pendant dix ans.

La transmission systématique des versions du DUERP par l'employeur à son SPST ne garantit pas non plus sa conservation sur une durée d'au moins quarante ans, pas plus que l'accès du travailleur ou de l'ancien travailleur au DUERP par ce biais, puisqu'aucune obligation législative de conservation ou de mise à disposition n'est prévue pour le SPST. Cette transmission ne résout pas non plus la question de l'archivage des DUERP des entreprises disposant, en interne, d'un SPST autonome et qui seraient amenées à disparaître. En outre, la responsabilité de l'élaboration du DUERP pèse uniquement sur l'employeur : il n'apparaît, par conséquent, pas opportun de transférer au SPST l'obligation de sa conservation et de sa mise à disposition dès lors que seul l'employeur reste maître de sa transmission.

Dès lors, les rapporteurs estiment que les conditions ne sont pas réunies, en l'état de la proposition de loi, pour garantir une conservation effective des versions du DUERP sur une durée minimale de quarante ans. La mise en place d'un système d'information géré par la puissance publique, dans lequel chaque employeur aurait pu verser le DUERP et ses mises à jour, aurait sans doute permis de lever ces difficultés en garantissant une conservation pérenne de ces documents et leur accès sécurisé pour les travailleurs et anciens travailleurs. La gestion de ce système d'information aurait, par exemple, pu être confiée :

- à la Caisse des dépôts et consignations qui assure, depuis le 1^{er} janvier 2020, le déploiement du portail du compte personnel de formation (CPF) : chaque salarié peut ainsi gérer ses droits à formation sur ce portail et chaque employeur peut abonder le CPF de ses salariés en s'authentifiant *via* un téléservice du site www.net-entreprises.fr ;

¹ Insee, « En 2019, 61 % des entreprises classiques créées cinq ans plus tôt sont toujours actives », collection « Insee Première », n° 1852, avril 2021.

- ou au groupement d'intérêt public¹ (GIP) « Modernisation des déclarations sociales » qui met à la disposition des entreprises la plateforme www.net-entreprises.fr pour échanger avec les organismes de sécurité sociale, notamment pour la déclaration sociale nominative, et leur permet de bénéficier d'un identifiant numérique leur donnant accès à l'ensemble des sites administratifs partenaires de la plateforme pour réaliser leurs démarches.

Par conséquent, la commission a adopté un amendement COM-130 rectifié de ses rapporteurs posant le principe d'un dépôt dématérialisé du DUERP pour garantir la pérennité de sa conservation et de sa mise à disposition sur un temps long, sur un portail numérique géré par les organisations professionnelles d'employeurs représentatives au niveau national et interprofessionnel. Ces organisations arrêteraient le cahier des charges du déploiement et du fonctionnement du portail numérique préalablement validé par la commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), ainsi que les statuts de l'organisme gestionnaire du portail, ces éléments devant être agréés par le ministre du travail.

Le cahier des charges devra, en particulier, définir les conditions garantissant la protection du secret industriel et commercial dont certaines données pourraient transparaître dans le DUERP. En l'absence d'agrément du cahier des charges et des statuts de l'organisme gestionnaire, il appartiendra au Gouvernement de fixer les conditions de déploiement de ce dépôt dématérialisé.

Afin de laisser aux entreprises le temps de se préparer à cette dématérialisation, l'entrée en vigueur de l'obligation de dépôt dématérialisé sera échelonnée selon la taille de l'entreprise : elle interviendra à compter du 1^{er} juillet 2023 pour les entreprises de plus de 150 salariés et, pour les autres entreprises, à compter de dates fixées par décret en fonction des effectifs et, au plus tard, à compter du 1^{er} juillet 2024.

Cette avancée est cohérente avec les orientations de l'ANI dans lequel les partenaires sociaux « *encouragent la mise en œuvre d'une version numérisée du DUERP.* »

Le ministère du travail a confirmé, dans ses réponses adressées au questionnaire des rapporteurs, qu'en pratique les DUERP sont élaborés soit à partir de logiciels ou d'applications dédiés², soit directement à partir des applications bureautiques³. La direction générale du travail estime ainsi que

¹ Rassemblant une diversité de partenaires dont notamment la caisse nationale de l'assurance maladie, la caisse nationale d'allocations familiales, la caisse nationale d'assurance vieillesse, la CCMSA, Pôle Emploi, l'Ursaff caisse nationale, les organisations patronales et syndicales, l'Unédic ou encore la fédération nationale de la mutualité française.

² Développés en interne dans les grandes entreprises, fournis par les organismes de branches tels que l'OPPBTP, ou par les SPST, ou encore à disposition sur Internet tels que les outils pour développés par l'INRS pour les TPE.

³ Par exemple, sous la forme de tableaux Excel.

l'ensemble des DUERP existe sous forme dématérialisée dans les entreprises, mais sous des formats divers et sans méthodologie commune ni structuration commune au niveau national et intersectoriel.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 2 bis

Négociation annuelle sur la qualité des conditions de travail

Cet article, ajouté par l'Assemblée nationale, propose de compléter la liste des thèmes des négociations obligatoires au sein des entreprises afin de mentionner celui de la qualité des conditions de travail.

La commission l'a adopté avec modifications.

I - Le dispositif proposé

A. Une rationalisation des dispositions relatives aux négociations obligatoires résultant des ordonnances de 2017

L'ordonnance du 22 septembre 2017¹ a mis en œuvre une **volonté de simplification des thèmes de négociation obligatoire**.

Le code du travail définit ainsi désormais ce qui relève de **l'ordre public**, la **marge de négociation** des partenaires sociaux et les **dispositions supplétives** s'appliquant à défaut d'accord :

- les entreprises dans lesquelles il existe des sections syndicales doivent engager **au moins une fois tous les 4 ans** une négociation sur la **rémunération, le temps de travail et le partage de la valeur ajoutée** ainsi qu'une négociation sur **l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes et la qualité de vie au travail** (art. L. 2242-1) ;

- elles peuvent conclure un **accord de méthode** déterminant notamment la périodicité et le contenu des thèmes de négociation obligatoire, dans le respect des dispositions d'ordre public (art. L. 2242-10) ;

- **à défaut d'accord** sur sa périodicité et son contenu, la négociation sur l'égalité professionnelle et sur la qualité de vie au travail doit avoir lieu **tous les ans** (art. L. 2242-13). Dans ce cas, le contenu de cette négociation est fixé de manière impérative par l'article L. 2242-17, qui comporte 8 items.

¹ Ordonnance n° 2017-1385 du 22 septembre 2017 relative au renforcement de la négociation collective.

Contenu impératif de la négociation sur l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes et la qualité de vie au travail

L'article L. 2242-17 du code du travail définit, à titre supplétif, le contenu de la négociation sur l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes et la qualité de vie au travail. En l'absence d'accord de méthode et de calendrier, cette négociation doit porter chaque année sur :

1° l'articulation entre la vie personnelle et la vie professionnelle pour les salariés ;

2° les objectifs et les mesures permettant d'atteindre l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes, notamment en matière de suppression des écarts de rémunération, d'accès à l'emploi, de formation professionnelle, de déroulement de carrière et de promotion professionnelle, de conditions de travail et d'emploi, en particulier pour les salariés à temps partiel, et de mixité des emplois ;

3° Les mesures permettant de lutter contre toute discrimination en matière de recrutement, d'emploi et d'accès à la formation professionnelle ;

4° Les mesures relatives à l'insertion professionnelle et au maintien dans l'emploi des travailleurs handicapés ;

5° Les modalités de définition d'un régime de prévoyance ;

6° L'exercice du droit d'expression directe et collective des salariés, notamment au moyen des outils numériques disponibles dans l'entreprise ;

7° Les modalités du plein exercice par le salarié de son droit à la déconnexion et la mise en place par l'entreprise de dispositifs de régulation de l'utilisation des outils numériques, en vue d'assurer le respect des temps de repos et de congé ainsi que de la vie personnelle et familiale.

B. L'ajout d'un nouveau thème optionnel

Issu d'un amendement porté par les députés de plusieurs groupes parlementaires et adopté en commission avec un avis de sagesse des rapporteuses, le présent article visait initialement à compléter la liste des thèmes obligatoires définie à l'article L. 2242-17 du code du travail.

Un amendement des rapporteuses adopté en séance publique a transféré ces dispositions vers un **nouvel article L. 2242-19-1** aux termes duquel la négociation « *peut également porter* » sur la qualité des conditions de travail, notamment sur la santé et la sécurité au travail et la prévention des risques professionnels et qu'elle « *peut s'appuyer* » sur les acteurs régionaux et locaux de prévention des risques professionnels. Ce nouvel article s'inscrit dans la section relative aux **dispositions supplétives**, applicables à défaut d'accord de méthode.

II - La position de la commission

La réforme mise en œuvre en 2017 visait, tout en définissant un ordre public, à **laisser les partenaires sociaux de l'entreprise s'approprier les thèmes et la périodicité des négociations** tout en précisant, à titre supplétif, les thèmes qui doivent obligatoirement être abordés en l'absence d'accord de méthode.

La liste, déjà relativement longue, prévue à l'article L. 2242-17 ne fait donc nullement obstacle à ce que les partenaires sociaux, même en l'absence d'un accord de méthode, abordent d'autres sujets. Mentionner des thèmes qui pourraient être abordés à titre supplétif mais facultatif **n'apporte donc rien au droit existant.**

Pour autant, malgré la portée limitée de la mesure proposée, les rapporteurs considèrent que la mention de la qualité des conditions de travail parmi les thèmes pouvant faire l'objet de négociations en entreprise constitue une incitation adressée aux partenaires sociaux à se saisir de ces sujets importants. **Ils sont donc favorables au dispositif proposé.**

La commission a adopté les amendements identiques **COM-48** et **COM-89** déposés par Mesdames Poncet Monge et Poumirol visant à ajouter la qualité des conditions de travail parmi les thèmes de la négociation collective en entreprise.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 2 ter

Prise en compte des situations de polyexpositions pour les travailleurs exposés à des risques chimiques

Cet article, inséré par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, précise que les règles de prévention pour la santé et la sécurité des travailleurs exposés à des risques chimiques doivent tenir compte des situations de polyexpositions.

La commission a inséré à cet article une disposition tendant à prévoir que l'examen médical obligatoirement réalisé par le médecin du travail pour tous les travailleurs bénéficiant ou ayant bénéficié au cours de leur carrière d'un suivi individuel renforcé au titre de l'exposition à des risques particuliers devra intervenir dans les meilleurs délais après la cessation de l'exposition et non plus seulement avant leur départ à la retraite.

La commission a adopté l'article ainsi modifié.

I – Le dispositif proposé : assurer une meilleure protection des salariés en situation de polyexpositions chimiques

L'article 2 *ter* de la proposition de loi a été introduit en commission des affaires sociales à l'Assemblée nationale, par deux amendements identiques des groupe Libertés et territoires et Les Républicains avec l'avis favorable des rapporteures.

À l'issue de l'examen du texte par la commission, cet article comportait initialement deux dispositions :

- son 1^o précise, à l'article L. 4412-1 du code du travail, que les règles particulières de prévention des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs exposés à des risques chimiques, qui sont définies par décret en Conseil d'État¹, doivent « *ten[ir] compte des situations de polyexpositions* ». Cette disposition permet de mettre en relief l'importance de la protection des travailleurs face aux expositions à de multiples agents chimiques qui, en interagissant, peuvent produire des effets « cocktail » susceptibles de présenter des risques aggravés pour la santé. Cette disposition va plus loin que l'évaluation des risques combinés résultant d'une exposition à plusieurs agents chimiques mentionnée à l'article R. 4412-7 du code du travail, en permettant d'inclure dans le champ de cette évaluation les effets de polyexpositions quels que soient les risques concernés, tels que les expositions simultanées à des risques chimiques et au bruit ou à des risques chimiques et à des températures élevées ;

- son 2^o prévoyait d'étendre le suivi individuel renforcé, prévu par l'article L. 4624-2 du code du travail pour les travailleurs exposés à des risques particuliers et que doit assurer le service de santé au travail, à tout travailleur qui aurait, au cours de sa carrière, été exposé à des risques chimiques mentionnés à l'article L. 4412-1 du code du travail et précisés par décret. Cette disposition entendait ne plus restreindre ce suivi renforcé aux seuls travailleurs évoluant de façon contemporaine sur un poste exposé à des risques particuliers, en ouvrant le bénéfice, dans une logique de suivi de post-exposition, aux travailleurs qui auraient été exposés à des risques chimiques mais auraient, par la suite, changé de poste.

Toutefois, en séance, un amendement déposé par un député du groupe Les Républicains, l'Assemblée nationale a supprimé le 2^o de l'article 2 *ter* au motif qu'il présentait des difficultés d'application. Il a en effet semblé à l'auteur de l'amendement délicat de déterminer par décret les agents chimiques pouvant justifier la mise en œuvre d'un suivi individuel renforcé post-exposition.

¹ En application du 3^o de l'article L. 4111-6 du code du travail.

II - La position de la commission : un renforcement du suivi post-exposition s'appuyant sur le triptyque médecin du travail-médecin traitant-médecin conseil

L'amélioration de la prise en compte des situations de polyexpositions chimiques s'inscrit dans le sillage de plusieurs rapports, dont ceux du professeur Paul Frimat¹ et du député Pierre Dharréville², appelant à une vigilance renforcée à l'égard des expositions combinées à plusieurs substances dangereuses et de la dimension plurifactorielle des pathologies associées.

La commission estime, néanmoins, que la protection des travailleurs exposés à des risques chimiques requiert, compte tenu de l'effet différé que peuvent exercer certains agents chimiques dangereux, un suivi post-exposition qui passe par un renforcement du partage de l'information et de la coordination au sein du triptyque médecin du travail-médecin traitant-médecin conseil de l'assurance maladie. À cet égard, la saisie des données d'exposition dans le dossier médical partagé et le dossier médical de santé au travail et l'accès réciproque à ces données pour les professionnels de santé chargés du suivi du travailleur joueront un rôle déterminant que la commission a souhaité mettre en avant en adoptant plusieurs amendements en ce sens aux articles 11 et 12 de la proposition de loi - d'autant que la fiche « pénibilité » a été supprimée en 2015³ et que ne subsistent désormais des fiches d'exposition que pour trois risques⁴ -.

À l'initiative de notre collègue Alain Milon, rapporteur du projet de loi ratifiant les ordonnances portant réforme du code du travail⁵ - dites ordonnances « Macron » -, a été inséré en 2018 dans le code du travail un article L. 4624-2-1 instituant un examen médical obligatoire par le médecin du travail pour tous les travailleurs bénéficiant ou ayant bénéficié d'un suivi individuel renforcé au titre de l'exposition à des risques particuliers⁶ avant leur départ à la retraite. Cet examen est destiné à établir

¹ Paul Frimat, *mission relative à la prévention et à la prise en compte de l'exposition des travailleurs aux agents chimiques dangereux*, rapport remis à la ministre du travail et à la ministre des solidarités et de la santé le 31 août 2018.

² Rapport de M. Pierre Dharréville fait au nom de la commission d'enquête de l'Assemblée nationale sur les maladies et pathologies professionnelles dans l'industrie (risques chimiques, psychosociaux ou physiques) et les moyens à déployer pour leur élimination, déposé le 19 juillet 2018.

³ Elle a été remplacée par la déclaration dématérialisée par l'employeur pour les travailleurs exposés à l'un des six facteurs de pénibilité ouvrant droit à compensation au titre du compte professionnel de prévention (milieu hyperbare, températures extrêmes, bruit, travail de nuit, travail en équipes successives alternantes travail répétitif) au-delà des seuils après application des mesures de protection.

⁴ La fiche d'exposition à l'amiante (article R. 4412-10 du code du travail), la fiche de sécurité pour les interventions ou travaux en milieu hyperbare (article R. 4461-13 du code du travail) et la fiche d'exposition aux rayonnements optiques artificiels (article R. 4452-23 du code du travail).

⁵ Loi n° 2018-217 du 29 mars 2018 ratifiant diverses ordonnances prises sur le fondement de la loi n° 2017-1340 du 15 septembre 2017 d'habilitation à prendre par ordonnances les mesures pour le renforcement du dialogue social.

⁶ En application de l'article L. 4624-1 du code du travail.

une traçabilité et un état des lieux, à date, des expositions. S'il constate une exposition à certains risques dangereux, notamment chimiques, le médecin du travail a la faculté de mettre en place une surveillance post-professionnelle en lien avec le médecin traitant.

Toutefois, plus de trois ans après sa création par la loi, la visite médicale obligatoire de fin de carrière pour les travailleurs faisant ou ayant fait l'objet d'un suivi individuel renforcé¹ n'est toujours pas mise en œuvre. Le ministère du travail indique que les mesures réglementaires sont en cours d'adoption et devraient être publiées à l'été 2021.

Par ailleurs, la surveillance médicale post-professionnelle prise en charge par la sécurité sociale, dans le cadre du fonds national des accidents du travail, présente plusieurs limites :

- l'article D. 461-23 du code de la sécurité sociale prévoit une surveillance médicale post-professionnelle réservées aux personnes ayant cessé d'être exposées à des risques professionnels susceptibles d'entraîner certaines affections respiratoires, liées au travail dans les mines ou à l'inhalation de poussières minérales ou de fumées ;

- l'article D. 461-25 du même code ouvre le bénéfice d'une surveillance médicale post-professionnelle aux personnes qui ont été exposées au cours de leur carrière à des agents cancérigènes ou à des rayons ionisants à la condition qu'elles soient inactives, c'est-à-dire à la recherche d'un emploi ou retraitées.

Enfin, la traçabilité par le médecin du travail des expositions aux risques susceptibles d'affecter la santé des travailleurs sur le long terme gagnerait à être renforcée. Pour rappel, une ordonnance du 22 septembre 2017² a supprimé la fiche de pénibilité, autrefois émarginée par l'employeur et le médecin du travail, et les expositions aux facteurs de pénibilité font désormais l'objet d'une déclaration dématérialisée par l'employeur aux seules caisses de sécurité sociale en cas d'exposition au-delà de certains seuils³, le médecin du travail étant destinataire des déclarations « SIR »⁴ de l'employeur. En outre, le médecin du travail est tenu de consigner dans le dossier médical en santé au travail (DMST) les données d'exposition du travailleur⁵ et dans un dossier médical individuel les données d'exposition pour les travailleurs exposés à des agents chimiques dangereux pour la santé⁶.

¹ Selon des données de l'association Présance, 16 % des salariés suivis par les SSTI étaient en suivi individuel renforcé en 2019.

² Ordonnance n° 2017-1389 du 22 septembre 2017 relative à la prévention et à la prise en compte des effets de l'exposition à certains facteurs de risques professionnels et au compte professionnel de prévention.

³ Article L. 4163-1 du code du travail.

⁴ Qui identifient les salariés que l'employeur place en suivi individuel renforcé.

⁵ En application de l'article L. 4624-8 du code du travail.

⁶ En application de l'article D. 4412-54 du code du travail.

Par conséquent, la commission considère indispensable de renforcer le dispositif de suivi post-exposition des salariés exposés au cours de leur carrière à des risques dangereux pour leur santé, en renforçant la traçabilité de ces expositions et en ne conditionnant pas le déclenchement de ce suivi au départ à la retraite ou à l'inactivité. En effet, compte tenu des évolutions susceptibles d'intervenir dans les parcours professionnels, un travailleur peut être amené à changer de poste ou de métier au cours de sa carrière. La cessation de l'exposition à des risques particuliers n'est alors pas nécessairement concomitante au départ à la retraite, et peut intervenir bien avant.

La commission a ainsi adopté, à l'initiative de ses rapporteurs, un amendement COM-131 visant à ne plus restreindre au seul moment du départ à la retraite le déclenchement du suivi post-exposition. Il est ainsi prévu que l'examen médical par le médecin du travail pouvant donner lieu à un suivi post-exposition doit intervenir dès la cessation de l'exposition ou, en cas de maintien de l'exposition en fin de carrière, avant le départ à la retraite. La notion de surveillance post-professionnelle est, en conséquence, élargie à celle de surveillance post-exposition et sa mise en place ne sera plus une faculté pour le médecin du travail : celui-ci devra systématiquement la mettre en place, en lien avec le médecin traitant et le médecin conseil, s'il constate une exposition du travailleur à certains risques dangereux susceptibles d'affecter sa santé sur le long terme.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 3

Création du passeport de prévention

Cet article institue un passeport de prévention recensant l'ensemble des éléments certifiant les qualifications acquises par le travailleur à l'occasion de formations relatives à la santé et à la sécurité au travail.

La commission a ouvert le bénéfice du passeport de prévention aux demandeurs d'emploi et a fixé à six mois à compter de la promulgation de la loi le délai imparti au comité national de prévention et de santé au travail pour définir les modalités de mise en œuvre de ce passeport. À défaut de décision à l'issue de ce délai, ces modalités seront définies par voie réglementaire.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

I – Le dispositif proposé : un passeport prévention dont les modalités de déploiement sont renvoyées à la concertation

L'ANI du 9 décembre 2020 rappelle que « la formation des salariés dans le domaine de la santé et la sécurité au travail relève de la responsabilité de

l'employeur »¹. Partant du constat que « pour certains secteurs d'activités, la multiplicité des formations obligatoires ou recommandées peut rendre difficile l'articulation des différents parcours de formation », les partenaires sociaux plaident pour une rationalisation des formations en santé et sécurité au travail. Ils proposent ainsi la mise en place progressive d'un « passeport prévention » pour les salariés qui doit permettre « d'éviter les formations surabondantes et parfois même redondantes ».

Ce passeport est appelé à regrouper les attestations, certificats et diplômes obtenus en matière de santé et sécurité au travail. Renseigné par les organismes de formation et l'employeur pour les formations délivrées à son initiative, il a vocation à attester de la réalisation et du suivi par le salarié de ces formations. À ce titre, l'ANI prévoit que le passeport prévention sera mis à la disposition de l'employeur dans le respect des règles relatives à la protection des données personnelles.

En pratique, ce passeport doit, par exemple, permettre à l'employeur de disposer de la visibilité nécessaire sur les qualifications acquises en santé et sécurité au travail par un salarié nouvellement recruté ainsi que sur la durée de validité réglementaire de ces qualifications, notamment s'agissant de formations obligatoires telles que la formation « Service de sécurité incendie et d'assistance à personnes » (Ssiap) pour les responsables de la sécurité incendie ou encore la formation « Certificat d'aptitude à la conduite en sécurité » (Caces) pour les caristes et conducteurs d'engins de manutention ou de chantier.

L'article 3 de la proposition de loi entend traduire cette préconisation de l'ANI dans la loi, en complétant les dispositions du code du travail relatives à l'obligation générale d'information et de formation de l'employeur en matière de santé et sécurité au travail par un nouvel article L. 4141-5 qui institue le passeport prévention. Celui-ci devra recenser « l'ensemble des formations suivies par le travailleur et relatives à la sécurité et à la prévention des risques professionnels, dont les formations obligatoires, ainsi que les attestations, certificats et diplômes obtenus dans ce cadre ».

Il est, en outre, renvoyé au nouveau comité national de prévention et de santé au travail (CNPST)² le soin de déterminer les modalités de mise en œuvre du passeport prévention qui devront, par la suite, être approuvées par voie réglementaire.

¹ Aux termes de l'article L. 4141-2 du code du travail, « l'employeur organise une formation pratique et appropriée à la sécurité ». En application de l'article L. 4141-4 du même, le financement de ces actions de formation est à la charge de l'employeur.

² Instance se substituant au groupe permanent d'orientation (GPO) du conseil d'orientation des conditions de travail (COCT) avec des compétences élargies et créé par l'article 25 de la proposition de loi.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Dans son avis sur la proposition de loi, le Conseil d'État a pointé un risque d'incompétence négative pour le législateur dès lors que l'article 3 « ne définit ni la nature des droits et des obligations qui seront attachés au passeport formation ni les personnes responsables de son alimentation et les conséquences en cas de manquement aux obligations en résultant. » Le Conseil d'État a ainsi appelé le législateur à définir les caractéristiques essentielles du passeport prévention, notamment s'agissant des personnes responsables de son alimentation, et a posé la question de son rattachement au compte personnel de formation (CPF) et au passeport d'orientation, de formation et de compétences mentionné à l'article L. 6323-8 du code du travail.

La commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a adopté un amendement de ses rapporteures tendant à réécrire l'article 3 de la proposition de loi afin de tenir compte des observations du Conseil d'État.

Il est ainsi prévu qu'il reviendra à l'employeur de verser dans le passeport de prévention les attestations, certificats et diplômes obtenus par le travailleur dans le cadre de formations relatives à la santé et à la sécurité au travail dispensées à l'initiative de l'employeur. Les organismes de formation seront également appelés à renseigner le passeport selon les mêmes modalités pour les formations qu'ils dispensent. Pour sa part, le travailleur aura la possibilité, s'il le souhaite, d'inscrire dans son passeport les éléments de qualification résultant des formations qu'il aura suivies de sa propre initiative.

Afin d'articuler le passeport de prévention avec le compte personnel de formation, il est précisé que le passeport de prévention « intègre » le passeport d'orientation, de formation et de compétences. Dans l'exposé des motifs de leur amendement, les rapporteures de l'Assemblée nationale indiquent souhaiter que les deux dispositifs puissent mutualiser les outils développés dans le cadre du site www.moncompteformation.gouv.fr par la caisse des dépôts et consignations, chargée de la gestion du CPF.

Les modalités d'accès de l'employeur aux informations contenues dans le passeport de prévention sont, en outre, précisées. En pratique, l'employeur aura d'office accès aux données qu'il aura lui-même versées puisque celles-ci ont logiquement vocation à apparaître sur l'interface par laquelle il les aura saisies. Le travailleur pourra également autoriser l'employeur à consulter l'ensemble des données consignées dans le passeport de prévention, y compris celles que l'employeur n'y aura pas versées, sous réserve du respect des règles de protection des données personnelles.

Enfin, il appartiendra au CNPST de définir les modalités de mise en œuvre du passeport de prévention et de sa mise à la disposition de l'employeur dans un délai qui sera déterminé par décret. En l'absence de décision du CNPST dans ce délai, il reviendra au pouvoir réglementaire de les définir, par la voie d'un décret en Conseil d'État.

En séance, les députés n'ont modifié l'article 3 de la proposition de loi qu'à la marge, en adoptant trois amendements rédactionnels.

III - La position de la commission : ouvrir le bénéfice du passeport de prévention aux demandeurs d'emploi

Certaines personnes auditionnées par les rapporteurs ont émis la crainte que le passeport de prévention serve à décharger l'employeur de sa responsabilité à l'égard du salarié en matière de santé et sécurité au travail, ses obligations dans ce domaine étant remplies par la seule saisie d'informations relatives à la formation. Les rapporteurs ne partagent pas cette analyse : le passeport de prévention se conçoit précisément comme un outil au service d'une meilleure prévention en santé au travail, en renforçant la traçabilité des formations en santé et sécurité au travail suivies par le travailleur. Il doit permettre d'objectiver les moyens consentis par l'employeur pour accompagner son salarié dans sa formation. Il assurera également la visibilité et la lisibilité nécessaires, tant pour l'employeur que pour le travailleur, pour identifier les compétences qui ont été acquises et celles qui restent à acquérir ou à renouveler pour assurer un haut niveau de protection de la santé et de la sécurité du travailleur. Il réduira ainsi les risques de redondances dans les formations suivies par le travailleur au cours de son parcours.

Dans sa version adoptée par l'Assemblée nationale, le passeport de prévention « *intègre* » le passeport d'orientation, de formation et de compétences. Pourtant, dans l'exposé des motifs de leur amendement, les rapporteurs de l'Assemblée nationale ont bien indiqué souhaiter que le premier « *soit intégré* » au second. Le passeport d'orientation, de formation et de compétences recouvre en effet un champ plus large, en recensant l'ensemble des qualifications et compétences acquises par le travailleur au cours de sa carrière. Par ailleurs, les rapporteurs de la commission des affaires sociales du Sénat relèvent que la création du passeport d'orientation, de formation et de compétences n'a pas de caractère obligatoire : son ouverture est laissée à la discrétion du titulaire du CPF. L'article L. 6323-8 du code du travail prévoit, en effet, que le système d'information du compte personnel de formation « *intègre la possibilité, pour chaque titulaire du compte, de disposer d'un passeport d'orientation, de formations et de compétences* ».

Dans ses réponses adressées au questionnaire des rapporteurs, la direction générale du travail indique qu'à l'heure actuelle, le passeport

d'orientation, de formation et de compétences n'existe pas encore. Il serait en cours de création et son développement ne devrait pas être achevé avant la fin 2021. Prévu pour tous les salariés et demandeurs d'emploi, il pourrait concerner plus de 25 millions de comptes potentiels.

Dans ces conditions, la commission a adopté, à l'initiative de ses rapporteurs, un amendement COM-132 tendant à préciser que le passeport de prévention « *est intégré* » au passeport d'orientation, de formation et de compétences lorsque celui a été ouvert par le travailleur.

En outre, la commission a étendu aux demandeurs d'emploi la possibilité d'ouvrir un passeport de prévention afin d'y renseigner les formations suivies en santé et sécurité au travail et les habilitations acquises à cette occasion (amendement COM-133). Bien que l'ANI du 9 décembre 2020 prévoit que « *l'extension de son bénéfice aux demandeurs d'emplois, et la portabilité de ce document d'une entreprise ou d'un secteur d'activité à un autre feront l'objet d'une évaluation préalable* », la commission estime que le passeport de prévention peut constituer un outil précieux au service de la réinsertion professionnelle en mettant en avant les qualifications et les efforts de formation engagés par le demandeur d'emploi dans les domaines de la santé et de la sécurité au travail.

Enfin, afin de s'assurer que le passeport de prévention sera déployé dans des délais raisonnables, la commission a souhaité préciser le délai imparti au CNPST pour en définir les modalités de mise en œuvre et de mise à disposition de l'employeur (amendement COM-134). Plutôt que de laisser à un décret le soin de fixer ce délai, elle a précisé que le CNPST devra se prononcer dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la loi. En l'absence de décision du comité passé ce délai, il reviendra au pouvoir réglementaire de s'y substituer.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 4

Extension des missions des services de santé au travail

Cet article étend les missions des services de prévention et de santé au travail à l'accompagnement dans l'évaluation des risques professionnels et à la promotion de la santé sur le lieu de travail, dans un objectif de décroisement de la santé au travail et de la santé publique.

La commission a souhaité reconnaître, dans la loi, la contribution des SPST à la réalisation d'objectifs de santé publique afin de préserver, au cours de la vie professionnelle, un état de santé du travailleur compatible avec son maintien en emploi. Elle a également inscrit, dans les missions des SPST, l'accompagnement des employeurs et des travailleurs dans l'analyse d'impact sur la santé de changements organisationnels importants et a donné une base législative au concept de qualité de vie et des conditions de travail.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

I - Le dispositif proposé : une extension des missions des services de santé au travail participant d'un renforcement de la prévention primaire

Aux termes de l'article L. 4622-2 du code du travail, « les services de santé au travail ont pour mission exclusive d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail. » À cette fin, leur sont confiées quatre types de missions :

- mettre en œuvre des actions de santé au travail visant à préserver la santé physique et mentale des travailleurs ;

- conseiller les employeurs, les travailleurs et leurs représentants sur les mesures nécessaires pour :

- prévenir et réduire les risques professionnels ;
- améliorer les conditions de travail ;
- prévenir la consommation d'alcool et de drogue sur le lieu de travail ;
- prévenir le harcèlement sexuel ou moral ;
- prévenir ou réduire l'exposition aux facteurs de pénibilité¹ ;
- prévenir la désinsertion professionnelle et contribuer au maintien dans l'emploi ;

- assurer la surveillance de l'état de santé des travailleurs en fonction des risques pour leur santé au travail et leur sécurité ainsi que pour celle des tiers, des effets de l'exposition aux facteurs de pénibilité et de leur âge ;

¹ Mentionnés à l'article L. 4161-1 du code du travail.

- suivre les expositions professionnelles et contribuer à leur traçabilité et à la veille sanitaire.

L'article 2 de la proposition de loi reconnaît aux services de prévention et de santé au travail un rôle dans l'accompagnement de l'employeur dans l'évaluation des risques professionnels qu'il doit mener en application de l'article L. 4121-3 du code du travail, en vue notamment de l'établissement du DUERP. Le 1° de l'article 4 de la proposition de loi transcrit cette responsabilité dans la liste des missions attribuées aux SPST par l'article L. 4622-2 du code du travail, en précisant qu'ils « *apportent leur aide à l'entreprise, de manière pluridisciplinaire pour l'évaluation et la prévention des risques professionnels* ».

Par ailleurs, la contribution de la santé au travail à la réalisation d'objectifs de santé publique a été mise en avant dans plusieurs plans nationaux de santé portés par le ministère de la santé qui préconisent une approche décloisonnée de la santé publique en développant la prévention dans tous les milieux et tout au long de la vie. La stratégie nationale de santé pour 2018-2022 appelle ainsi à « *développer la prévention en milieu professionnel dans une approche globale de la santé* », et le plan national de santé publique « *Priorité prévention* » comporte un volet « *Ma santé au travail* » mettant l'accent sur « *l'intégration de la santé au travail dans le parcours de santé des salariés* » et la promotion sur les lieux de travail d'initiatives répondant à des enjeux de santé publique, tels que les « *lieux de santé sans tabac* » et la prévention des troubles musculo-squelettiques (TMS) par les activités physiques et sportives. En outre, le premier axe stratégique du troisième plan national santé au travail (PNST 3) pour la période 2016-2020 vise à « *donner la priorité à la prévention primaire et au développement de la culture de la prévention* ».

Dès lors, afin d'acter la contribution de la santé au travail aux objectifs de santé publique, le 2° de l'article 3 de la proposition de loi complète la liste des missions des SPST en introduisant, à l'article L. 4622-2 du code du travail, une cinquième mission : les SPST doivent ainsi « *particip[e]r à des actions de promotion de la santé sur le lieu de travail, dont des campagnes de vaccination et de dépistage* ». À titre d'exemple, les services de santé au travail ont été autorisés¹, dans le cadre de la lutte contre l'épidémie de covid-19, à vacciner des travailleurs : au 5 mai 2021, 535 075 vaccinations contre la covid-19 auraient été réalisées par les SST.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

La commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a adopté, avec l'avis favorable des rapporteuses, un amendement déposé par des députés du groupe La République en marche visant à préciser que

¹ 3° de l'article premier de l'ordonnance n° 2020-1502 du 2 décembre 2020 adaptant les conditions d'exercice des missions des services de santé au travail à l'urgence sanitaire.

les SPST, dans leur mission de conseil auprès des employeurs, des travailleurs et de leurs représentants en vue d'améliorer les conditions de travail, tiennent compte, le cas échéant, « *des particularités du télétravail* ». Par cette disposition, les auteurs de l'amendement entendent inviter les SPST à porter une attention particulière à l'impact sur la santé du télétravail qui s'est considérablement développé au cours de la crise sanitaire¹ liée à la covid-19, notamment pour les cadres². Ils estiment que ce mode d'organisation du travail a vocation à se pérenniser dans le fonctionnement de nombreuses entreprises et que son impact sur la santé appelle une vigilance particulière.

À l'initiative de ses rapporteures, la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a également précisé – au nouveau 5° ajouté par l'article 3 de la proposition de loi à l'article L. 4622-1 du code du travail – que les actions de promotion de la santé sur le lieu de travail auxquelles participeront les SPST devront s'inscrire dans le cadre de la stratégie nationale de santé prévue à l'article L. 1411-1-1 du code de la santé publique. Selon les rapporteures, cette garantie de cohérence entre les actions de promotion de la santé mobilisant les SPST et la stratégie nationale de santé est de nature à répondre aux observations du Conseil d'État sur l'article 4 de la proposition de loi. Dans son avis sur la proposition de loi, celui-ci a en effet pointé un risque d'incohérence entre la disposition confiant aux SPST la mission de participer à des actions de promotion de la santé, dont des campagnes de vaccination et de dépistage, et le champ strict de l'intervention des services de santé au travail fixé par le premier alinéa de l'article L. 4622-2 du code du travail, aux termes duquel « *les services de santé au travail ont pour mission exclusive d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail.* »

Un autre amendement, déposé par des députés du groupe Mouvement démocrate et adopté par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale avec l'avis favorable des rapporteures, a modifié l'article 4 de la proposition de loi afin de confier une mission supplémentaire de santé publique aux SPST : ceux-ci devront participer à des actions de promotion de la santé par l'incitation à la pratique sportive. La commission

¹ Aux termes de l'article L. 1222-11 du code du travail, « en cas de circonstances exceptionnelles, notamment de menace d'épidémie, ou en cas de force majeure, la mise en œuvre du télétravail peut être considérée comme un aménagement du poste de travail rendu nécessaire pour permettre la continuité de l'activité de l'entreprise et garantir la protection des salariés. »

² Dans étude d'octobre 2020, l'INSEE constate que « le travail à domicile a bondi, notamment chez les cadres » pendant le confinement : « pendant le confinement, parmi les personnes qui ont travaillé au moins une heure pendant la semaine, près d'une sur deux (47 %) a travaillé à son domicile au cours des quatre dernières semaines, soit deux fois plus qu'en 2019 » et « pendant le confinement, pour ceux qui ont travaillé, le travail à domicile a été très majoritaire pour les cadres (81 %) » (Yves Jauneau et Joëlle Vidalenc, « *Durée travaillée et travail à domicile pendant le confinement : des différences marquées selon les professions* », collection Insee Focus, n° 207, 14 octobre 2020).

a, en revanche, écarté un amendement visant à autoriser les médecins du travail à prescrire une activité physique adaptée aux besoins du travailleur.

En séance, l'Assemblée nationale a adopté un amendement déposé par des députés du groupe La République en marche, ayant reçu les avis favorables de la commission et du Gouvernement, tendant à inclure l'information et la sensibilisation aux situations de handicap au travail dans les actions de promotion de la santé sur le lieu de travail auxquelles devront participer les SPST.

III - La position de la commission : la nécessaire reconnaissance de la contribution des SPST à la santé publique

- Si le télétravail a vraisemblablement vocation à exercer un impact durable sur l'organisation du travail dans nombre d'entreprises, la précision introduite à l'article 4 de la proposition de loi, selon laquelle les SPST, dans leurs conseils prodigués aux employeurs et travailleurs pour améliorer les conditions de travail, tiennent compte « *le cas échéant des particularités du télétravail* » ne présente pas de valeur ajoutée sur le plan normatif. L'impact sur la santé des travailleurs des modalités d'organisation du travail fait déjà partie de la réflexion des services de santé au travail dans leur analyse des risques professionnels : le télétravail est l'une de ces modalités, au même titre que d'autres dispositifs permettant de concilier vie professionnelle et contraintes personnelles, comme le temps partiel.

Il convient également de rappeler que les partenaires sociaux ont conclu, le 26 novembre 2020, un accord national interprofessionnel « *pour une mise en œuvre réussie du télétravail* », qui a été étendu par un arrêté du 2 avril 2021¹. Cet ANI aborde un certain nombre de problématiques liées au télétravail, dont la préservation de la relation de travail avec le salarié et la prévention de l'isolement, l'adaptation des pratiques managériales, la prise en compte de l'impact du télétravail pour les nouveaux salariés ou les alternants ou le recours au télétravail pour les salariés en situation de handicap ou atteints d'une maladie chronique évolutive ou invalidante ou pour les aidants familiaux.

La prise en compte de l'organisation du travail dans la prévention des risques professionnels est, du reste, déjà renforcée par l'article 2 de la proposition de loi qui inclut l'organisation du travail dans le champ de l'évaluation des risques professionnels que l'employeur doit mener avec l'aide du SPST. Enfin, il est difficile de saisir la portée de cette précision et ce que recouvre exactement l'expression de « *particularités du télétravail* » : il n'est pas précisé si le SPST doit s'interroger sur l'apport du télétravail en termes d'amélioration des conditions de travail, se cantonner à l'analyse de

¹ Arrêté du 2 avril 2021 portant extension de l'accord national interprofessionnel pour une mise en œuvre réussie du télétravail.

ses incidences sur la santé du travailleur ou du collectif de travail, ou s'intéresser à sa faisabilité ou encore à son opportunité.

Compte tenu du caractère peu opérant de cette précision et de sa faible portée normative, la commission l'a supprimée (amendement COM-136) pour la remplacer par la reconnaissance d'une mission des SPST dans l'accompagnement des employeurs et des travailleurs dans l'évaluation et la prévention des risques professionnels associés aux changements organisationnels susceptibles d'avoir un impact sur la santé et la sécurité des travailleurs (amendement COM-137). En effet, la commission a estimé, à l'article 2 de la proposition de loi, que la précision selon laquelle le SPST apporte son aide à l'évaluation des risques professionnels « *particulièrement lors de l'élaboration d'un projet de restructuration* » ne présentait pas de valeur ajoutée sur le plan normatif. Elle estime plus opérant de modifier l'article 4 de la proposition afin de préciser cet enjeu dans les missions des SPST listées à l'article L. 4622-2 du code du travail.

- L'ANI du 9 décembre 2020 procède à la reconnaissance du concept de qualité de vie et des conditions de travail (QVCT), qui succède à la notion de qualité de vie au travail (QVT), et détaille la place que doit occuper cette approche dans le renforcement de la santé au travail. Les partenaires sociaux appellent ainsi à mieux articuler la QVT avec la santé au travail, en soulignant que « *la qualité de vie au travail et son corollaire la qualité des conditions de travail participent à la qualité du travail et à la prévention primaire.* » Ils recommandent que les entreprises s'emparent de cet enjeu dans une « démarche d'entreprise pragmatique et progressive » qui respecte les spécificités de chaque entreprise. Pour ce faire, l'accompagnement des entreprises devra pouvoir s'appuyer sur le SPST, l'association régionale d'amélioration des conditions de travail (Aract) et le service de prévention de la Carsat.

Afin d'acter la place de la QVCT comme levier de prévention, l'amendement COM-136 adopté par la commission reconnaît une mission aux SPST dans l'amélioration de la QVCT.

- En outre, le fait que la participation des SPST à des actions de promotion de la santé sur le lieu de travail, dont des campagnes de vaccination et de dépistage, devra s'inscrire dans le cadre de la stratégie nationale de santé ne lève pas le risque soulevé par le Conseil d'État d'incohérence avec la règle selon laquelle les services de santé au travail ont pour mission exclusive d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail. Il n'est pas en effet précisé si les campagnes de vaccination ou de dépistage se cantonneront à la prévention ou au dépistage d'affections en lien avec un risque professionnel. L'articulation avec la stratégie nationale de santé semble plutôt suggérer une contribution des SPST aux objectifs de santé publique. L'ajout en séance par l'Assemblée nationale d'une mission des SPST dans la promotion de la santé par le sport renforce cette logique.

Conformément à l'approche « *One Health* » (« Une seule santé »), la santé au travail constitue une des composantes d'une santé globale qui doit tenir du compte du *continuum* des expositions tout au long de la vie. C'est à ce titre que le plan « Priorité prévention » préconise notamment « *la prévention des risques traumatiques liés aux gestes professionnels répétitifs et/ou contraignants (lombalgies chroniques et TMS au sens large) en promouvant les activités physiques et sportives.* »

Partageant cette approche, la commission est favorable à une reconnaissance de la contribution des SPST à l'atteinte d'objectifs nationaux de santé publique. Il convient d'en tenir compte dans les dispositions définissant les missions des SPST, en réactualisant la règle selon laquelle ils interviennent exclusivement pour prévenir toute altération de la santé des travailleurs du fait du travail. Comme le suggère le Conseil d'État, la commission a ainsi adopté un amendement COM-135 modifiant le premier alinéa de l'article L. 4622-2 du code du travail pour y remplacer le mot « *exclusive* » par le mot « *principale* » et précisant que les SPST contribuent à la réalisation d'objectifs de santé publique afin de préserver, au cours de la vie professionnelle, un état de santé du travailleur compatible avec son maintien en emploi. Ce même amendement procède également à une clarification rédactionnelle en regroupant au sein d'un seul et même alinéa les actions de promotion de la santé réalisées par les SPST sur le lieu de travail.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 5

Intégration des services de prévention et de santé au travail dans les structures territoriales de coopération sanitaire

Cet article ouvre la possibilité aux services de prévention et de santé au travail de participer aux structures territoriales de coopération sanitaire que sont les communautés professionnelles territoriales de santé et les dispositifs d'appui coordonné.

La commission a adopté cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé : la reconnaissance de la place des SPST dans les structures territoriales de coopération sanitaire

• Créées par la loi « Santé » du 26 janvier 2016¹, les CPTS sont constituées à l'initiative des professionnels de santé qui souhaitent s'organiser autour d'un projet de santé sur un territoire d'action bien déterminé. Les CPTS ont pour objectif d'assurer une meilleure coordination

¹ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

des professionnels de santé sur ce territoire et de contribuer ainsi à une meilleure structuration des parcours de santé et à la réalisation des objectifs du projet régional de santé. Aux termes de l'article L. 1434-12 du code de la santé publique, une CPTS est composée :

- de professionnels de santé regroupés, le cas échéant, sous la forme d'une ou plusieurs équipes de soins primaires, c'est-à-dire des ensembles de professionnels de santé rassemblés autour de médecins généralistes de premier recours ;

- d'acteurs de soins de premier ou deuxième recours ;

- d'acteurs médicosociaux et sociaux.

Sur son site Internet¹, la fédération des CPTS dénombre 642 CPTS sur le territoire national à des stades d'avancement néanmoins différents :

- 118 CPTS auraient signé un accord conventionnel interprofessionnel (ACI), contrat de financement tripartite conclu avec la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de rattachement et l'agence régionale de santé (ARS), et seraient ainsi pleinement opérationnelles ;

- 31 CPTS seraient en négociation de leur ACI ;

- 202 CPTS auraient fait valider leur lettre d'intention par l'ARS et seraient en cours de construction de leur projet de santé ;

- 291 CPTS seraient en phase de pré-projet.

Dans une logique de décloisonnement de la médecine du travail et de la médecine de ville, le 1^o de l'article 5 de la proposition de loi modifie l'article L. 1434-12 du code de la santé publique afin de faire figurer les services de prévention et de santé au travail dans la catégorie des acteurs médicosociaux et sociaux susceptibles de participer à une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS).

- Également créés par la loi « Santé » du 26 janvier 2016, les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) des parcours de santé complexes étaient initialement conçus comme des plateformes territoriales d'appui à la coordination constituées par les ARS, par convention avec un ou plusieurs acteurs du système de santé, en soutien aux professionnels de santé, sociaux et médicosociaux confrontés à des prises en charge complexes². Ces fonctions d'appui, qui pouvaient être assurées par une équipe de soins primaires ou une CPTS, devaient notamment permettre de prévenir les hospitalisations inutiles ou évitables et les ruptures de parcours.

¹ Consulté le 31 mai 2021 (la date de mise à jour de la page Internet correspondante n'est pas précisée).

² Selon les termes de la loi « Santé » du 26 janvier 2016, le parcours était considéré comme complexe « lorsque l'état de santé, le handicap ou la situation sociale du patient rend nécessaire l'intervention de plusieurs catégories de professionnels de santé, sociaux ou médico-sociaux. »

Le développement des DAC qui s'en est suivi a été marqué par un éparpillement et une très grande hétérogénéité des initiatives, au travers de la constitution des réseaux de santé, des centres locaux d'information et de coordination (CLIC), des plateformes territoriales d'appui (PTA), des coordinations territoriales d'appui (CTA) du programme relatif aux parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (Paerpa) ou encore de la méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie (MAIA). À l'initiative du Sénat, la loi « Santé » du 26 juillet 2019¹ est venue rationaliser le paysage des DAC afin de le rendre plus lisible pour les professionnels et la population, en définissant les services attendus d'un DAC et en instituant une gouvernance de ces DAC assurant une représentation équilibrée des acteurs sociaux, médicosociaux et sanitaires.

Afin d'impliquer les SPST dans l'animation des DAC, le 2° de l'article 5 de la proposition de loi insère dans le code de la santé publique un nouvel article L. 6327-5-1 ouvrant la possibilité aux SPST, pour l'exercice de leurs missions, d'intégrer les DAC. La rédaction est la même que celle retenue pour les CLIC - guichets d'accueil et d'information destinés aux personnes âgées - qui, en application de l'article L. 6327-5 peuvent intégrer les DAC sur délibération du conseil départemental.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Dans son avis sur la proposition de loi, le Conseil d'État a suggéré deux ajustements dont a tenu compte la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale en adoptant deux amendements de ses rapporteures :

- le premier tend à mentionner les SPST comme acteur à part entière susceptible de participer à une CPTS, plutôt que de les rattacher à la catégorie des acteurs sociaux et médicosociaux ;

- le second tient compte du fait que les SPST se positionnent comme utilisateurs, et non comme prestataires, des DAC. Dès lors, le texte adopté par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, le 2° de l'article 5 de la proposition de loi modifie l'article L. 6327-1 du code de la santé publique afin de faire figurer les SPST aux côtés des professionnels de santé et des structures qui les emploient susceptibles de solliciter un appui à la coordination des parcours de santé complexes.

En séance, l'Assemblée nationale n'a adopté qu'un amendement rédactionnel à l'article 5 de la proposition de loi.

¹ Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

III - La position de la commission : un décloisonnement bienvenu de la médecine du travail et de la médecine de ville

Les CPTS jouent un rôle déterminant pour la structuration territoriale des soins afin de faciliter la coordination des professionnels de santé dans une logique de renforcement de la prévention et de la continuité de la prise en charge. Dans un contexte d'augmentation des maladies chroniques, voire des situations de polypathologies, qui peuvent pour partie entretenir un lien avec l'activité professionnelle, les SPST ont tout leur rôle à jouer dans cette coordination.

Dans leur rapport d'information sur la santé au travail d'octobre 2019¹, les rapporteurs ont d'ailleurs insisté sur la nécessité de « *décloisonner la médecine du travail et la médecine de ville et hospitalière* », en proposant notamment un renforcement du dialogue entre le médecin du travail et le médecin traitant ainsi que l'établissement de conventions de partenariat entre les services de santé au travail et les centres hospitaliers universitaires (CHU) disposant de centres de consultation de pathologie professionnelle (CCPP)² et les agences sanitaires impliquées dans le réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P) « *afin de déployer une politique de prévention primaire au sein des entreprises et de mieux détecter les maladies d'origine professionnelle.* »

La commission a adopté cet article sans modification.

Article 6

Présentation d'un volet « politique de santé au travail » au sein du rapport annexé au projet de loi de finances relatif à la politique de santé publique

Cet article prévoit que le « jaune budgétaire » consacré à la prévention et à la promotion de la santé, annexé au projet de loi de finances, doit comporter un volet détaillant les orientations, les moyens et les résultats de la politique de santé au travail et de prévention des risques professionnels dans les secteurs public et privé.

La commission a supprimé la référence aux plans d'actions liés à la réduction de l'absentéisme afin de ne pas multiplier les focus thématiques au sein d'un volet s'insérant déjà dans un document au champ très vaste, et d'en préserver ainsi la lisibilité.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

¹ Pour un service universel de santé au travail, rapport d'information n° 10 (2019-2020) de M. Stéphane Artano et Mme Pascale Gruny, fait au nom de la commission des affaires sociales du Sénat, déposé le 2 octobre 2019.

² Également parfois dénommés centres régionaux de pathologies professionnelles et environnementales (CRPPE).

I – Le dispositif proposé : le renforcement de l’information du Parlement sur la politique de santé au travail

L’article 6 de la proposition de loi complète le contenu du rapport sur la prévention et la promotion de la santé qui doit être annexé, chaque année, au projet de loi de finances en application du 29° du I de l’article 179 de la loi de finances pour 2020¹. Prenant acte du fait que la santé au travail participe de la politique globale de santé publique, il est ainsi prévu que ce « jaune budgétaire » devra comporter un volet présentant les orientations, les moyens et les résultats en matière de politique de santé au travail et de prévention des risques professionnels au sein du secteur public et du secteur privé.

II – Les modifications adoptées par l’Assemblée nationale

En séance, l’Assemblée nationale a adopté un amendement déposé par des députés du groupe La République en marche, accepté par la commission et le Gouvernement, visant à inclure une présentation des plans d’actions liés à la réduction de l’absentéisme dans le volet sur la santé au travail du jaune budgétaire sur la prévention et la promotion de la santé.

III – La position de la commission : préserver la lisibilité de l’information budgétaire

Toujours soucieuse de garantir aux parlementaires une information la plus transparente et la plus complète possible sur les moyens et les résultats des politiques publiques, la commission est favorable à l’insertion d’un volet dédié à la santé au travail au sein du jaune budgétaire consacré à la politique de santé publique. Jusqu’ici, la santé au travail ne constituait qu’un simple sous-axe de l’axe « Santé des adultes » au sein du jaune budgétaire.

En revanche, elle s’interroge sur l’opportunité de prévoir dans la loi un focus obligatoire sur les actions conduites dans la lutte contre l’absentéisme. Si la multiplication des arrêts de travail ou maladie au sein d’une entreprise peut constituer un signal d’alerte sur une éventuelle dégradation des conditions de travail, l’absentéisme n’est pas le seul défi qui se pose à la politique de santé au travail. La réduction de l’absentéisme constitue d’ailleurs, en soi, l’un des objectifs de la prévention de la désinsertion professionnelle, mais pas le seul. En outre, d’autres défis de la politique de santé au travail pourraient légitimement mériter un focus : la meilleure reconnaissance de l’origine professionnelle des pathologies, la surveillance post-exposition et post-professionnelle, l’amélioration de la qualité de vie au travail...

¹ Loi n° 2019-1479 du 28 décembre 2019 de finances pour 2020.

Il convient de ne pas multiplier les focus thématiques au sein d'un volet s'insérant déjà dans un document au champ très vaste. Afin de ne pas perdre en lisibilité, la commission a ainsi adopté un amendement COM-138 supprimant la référence aux plans d'actions liés à la réduction de l'absentéisme dans le contenu du volet « santé au travail » du jaune budgétaire sur la politique de santé publique.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 7

Contrôle de la conformité des équipements de travail et de protection

Cet article précise les règles relatives au contrôle de la conformité des équipements de travail et de protection, notamment afin de tenir compte d'exigences récemment imposées par le droit de l'Union européenne.

La commission a adopté cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

A. Les dispositions, essentiellement de nature réglementaire, relatives au contrôle de la conformité des équipements de travail et de protection

1. Dispositions relatives à la conception et à la mise sur le marché des équipements et au contrôle de la conformité

Le code du travail comprend des **dispositions relatives à la conception et à la mise sur le marché des équipements de travail et des moyens de protection**, regroupées au sein du titre Ier du livre III de la quatrième partie.

Le chapitre I^{er} prévoit des règles générales.

L'article L. 4311-1 prévoit ainsi que les équipements de travail destinés à être exposés, mis en vente, vendus, importés, loués, mis à disposition ou cédés sont « *conçus et construits de sorte que leur mise en place, leur utilisation, leur réglage, leur maintenance [...] n'exposent pas les personnes à un risque d'atteinte à leur santé ou leur sécurité* ». Les moyens de protection doivent de même être conçus et fabriqués de manière à protéger les personnes contre les risques pour lesquels ils sont prévus¹.

¹ Le citoyen dérouté par cette apparente tautologie pourra utilement se reporter aux dispositions, de l'article L. 4311-2, qui précise que les équipements de travail sont les « machines, appareils, outils, engins, matériels et installations » et que les moyens de protection sont « les protecteurs et dispositifs de protection, les équipements et produits de protection individuelle ».

L'article L. 4311-3 prohibe l'exposition, la mise en vente, l'importation, la location, la mise à disposition ou la cession d'équipements de travail ou de moyens de protection qui ne répondent pas aux règles techniques et aux procédures de certification, définies respectivement aux chapitre II et III du même titre¹.

L'article L. 4311-6 énumère **les agents de contrôle** habilités à constater par procès-verbal, en dehors des lieux d'utilisation des équipements de travail et moyens de protection, les infractions aux dispositions des articles L. 4311-1 à L. 4311-4. Il mentionne :

- les agents de l'inspection du travail ;
- les agents des douanes ;
- les agents de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes ;
- les ingénieurs des mines et les ingénieurs de l'industrie et des mines.

Le chapitre II, relatif aux règles techniques de conception, ne comprend aucune disposition de nature législative, l'ensemble de ces règles relevant du domaine réglementaire.

Le chapitre III, comporte un unique article L. 4313-1, aux termes duquel l'autorité administrative habilitée à contrôler la conformité des équipements de travail et des moyens de protection peut demander au fabricant ou à l'importateur de lui communiquer une documentation technique, dans le respect du secret professionnel. Les autres dispositions relatives à la certification de conformité relèvent du domaine réglementaire.

Le chapitre IV, composé d'un unique article L. 4314-1, prévoit une **procédure de sauvegarde** permettant d'empêcher l'utilisation, la mise en vente, l'importation, la location ou la mise à disposition d'équipements de travail ou de moyens de protection ne répondant pas aux règles techniques applicables.

2. Exigences européennes

Ces dispositions, essentiellement de nature réglementaire, sont fortement encadrées par le droit européen, dont les exigences ont récemment été précisées et renforcées par le règlement n° 2019/1020 du 20 juin 2019².

Ce règlement impose notamment aux États-membres de notifier à la commission, avant le 16 octobre 2021, le régime de sanctions qu'ils ont mis en place (article 41).

¹ L'article L. 4311-4 permet une dérogation à ces dispositions afin de permettre l'exposition et l'importation d'équipements neufs dans des foires et salons autorisés.

² Règlement (UE) 2019/1020 du Parlement et du Conseil du 20 juin 2019 sur la surveillance du marché et la conformité des produits.

Le règlement européen du 20 juin 2020

La libre circulation des biens au sein du marché unique européen s'accompagne d'une harmonisation des réglementations techniques applicables aux produits mis sur le marché, visant à assurer un « niveau élevé de protection » des intérêts publics tels que, notamment, la santé et la sécurité sur le lieu de travail et la protection du consommateur¹.

Le règlement du 20 juin 2020 a précisé les obligations des États-membres en matière de surveillance du marché.

L'article 10 de ce règlement impose aux États-membres d'organiser et d'assurer la surveillance du marché, notamment en désignant une ou plusieurs autorités de surveillance. Il est précisé que les États-membres doivent veiller à ce que ces autorités de surveillance du marché disposent des ressources nécessaires à la bonne exécution de leurs fonctions.

L'article 11 confie aux autorités désignées par les États la responsabilité de garantir une surveillance efficace du marché, de faire adopter le cas échéant par les opérateurs économiques de mesures correctives ou de prendre elles-mêmes des mesures appropriées et proportionnées.

L'article 14 impose aux États-membres de conférer aux autorités de surveillance du marché les pouvoirs nécessaires, dont notamment des pouvoirs d'enquête, d'injonction et de sanction.

L'article 16 impose aux autorités de surveillance de prendre les mesures appropriées lorsqu'un produit n'est pas conforme à la législation d'harmonisation de l'Union ou est susceptible de compromettre la santé ou la sécurité des utilisateurs. Ces mesures peuvent aller jusqu'à l'interdiction de mise sur le marché, le retrait ou le rappel ou encore la destruction.

L'article 41 laisse enfin aux États-membres le soin de déterminer le régime des sanctions applicables en cas de violation des dispositions du règlement ou de la législation d'harmonisation de l'Union. Il précise que les sanctions doivent être effectives, proportionnées et dissuasives.

Les États-membres doivent notifier à la Commission européenne, au plus tard le 16 octobre 2021, les dispositions prises dans ce cadre.

B. Le dispositif initial, dépourvu de portée normative

Dans sa rédaction initiale, le présent article insérait au sein de l'article L. 4314-1 un alinéa définissant la « *surveillance du marché* » comme devant contribuer à garantir la conformité des équipements et à assurer ainsi la sécurité des travailleurs et protéger leur santé. Cet alinéa précisait en outre que les autorités administratives compétentes s'assurent du respect par les opérateurs de leurs obligations et mettent en œuvre les mesures appropriées et proportionnées.

¹ Ces objectifs sont mentionnés dans les considérants du règlement du 20 juin 2019.

Saisi par le président de l'Assemblée nationale, le Conseil d'État a observé que les dispositions introduites par le présent article étaient dépourvues de valeur normative.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

En séance publique, un amendement des rapporteuses, identique à un amendement du Gouvernement finalement retiré, a intégralement réécrit le dispositif.

A. Surveillance de marché

La rédaction adoptée par l'Assemblée nationale **modifie l'intitulé du chapitre** dédié à la procédure de sauvegarde, afin qu'il devienne « *Surveillance de marché* » (2°).

Le 3° crée un nouvel article, numéroté **L. 4314-1** tendant à définir le rôle des autorités administratives chargées de la surveillance du marché au sens du règlement n° 2019/1020.

Ces autorités, qui doivent être désignées par un décret en Conseil d'État, auraient pour missions de s'assurer du respect par les opérateurs économiques de leurs obligations et de mettre en œuvre pouvoirs et mesures prévus par le droit européen¹. Elles peuvent pour cela habilitier des agents selon des modalités définies par décret en Conseil d'État.

L'actuel article L. 4314-1, relatif à la procédure de sauvegarde, **devient ainsi l'article L. 4314-2**. Il est par ailleurs complété (4°) afin de permettre, dans le cadre d'une procédure de sauvegarde, le retrait du marché ou le rappel d'équipements et de moyens de protection non conformes.

B. Pouvoirs de contrôle

Le livre VII de la partie du code du travail consacrée à la santé et à la sécurité au travail est relatif au contrôle. Son titre IV comprend les **dispositions pénales**. Son titre V est relatif aux **amendes** qui peuvent être prononcées et recouvrées par l'autorité administrative

1. Dispositions pénales

Au chapitre I^{er} du titre relatif aux dispositions pénales, l'article L. 4741-9 prévoit une peine de 3 750 euros d'amende en cas de méconnaissance fautive, par une personne autre que l'employeur, des dispositions des articles L. 4311-1 à L. 4311-4, et L. 4314-1 actuels notamment.

Le présent article tend à remplacer ces dispositions par un régime plus sévère, faisant directement référence non pas aux dispositions du code du travail mais à la réglementation européenne.

¹ La rédaction proposée renvoie aux pouvoirs et mesures appropriées et proportionnées mentionnées aux articles 14 et 16 du règlement du 20 juin 2019.

Le 6° crée ainsi un nouveau chapitre VI, intitulé « *Infractions aux règles relatives à la conception, la fabrication et la mise sur le marché des équipements de travail et des équipements de protection individuelle* ».

Ce chapitre serait composé d'un unique article **L. 4746-1**, qui punit de deux ans d'emprisonnement et 500 000 euros d'amende le fait de mettre sur le marché ou de mettre à disposition sur le marché¹ un équipement de travail ou un équipement de protection non-conforme aux règles techniques ou aux exigences de santé et de sécurité prévues par les règlements européens² (1°). La même peine s'appliquerait en cas de mise sur le marché ou à disposition d'un équipement n'ayant pas fait l'objet de la procédure d'évaluation de la conformité qui lui est applicable (2°).

Par coordination, le 5° modifie l'article L. 4741-9 afin de supprimer la référence aux articles L. 4311-1 à L. 4311-4 ainsi qu'à l'article L. 4314-1³.

De même, le 1° modifie l'article L. 4111-6 afin de remplacer la mention des mêmes dispositions par une mention du nouvel article L. 4746-1.

2. Amendes administratives

Aux termes de l'article L. 4751-1, les amendes administratives prononcées en cas d'infraction aux obligations en matière de santé et de sécurité au travail ne peuvent être prononcées et recouvrées par l'autorité administrative que sur le rapport d'un agent de contrôle de l'inspection du travail⁴. Les règles relatives au prononcé de telles amendes sont prévues aux articles L. 8115-4 à L. 8115-7.

Le 7° du présent article permet aux autorités de surveillance du marché de prononcer des amendes administratives pour manquement aux obligations nées des cas de non-respect des injonctions qu'elles prononcent.

Il crée à cet effet un chapitre V au sein du titre relatif aux amendes administratives. Intitulé « *Manquements aux règles concernant la conception, la fabrication et la mise sur le marché des équipements de travail et des équipements de protection individuelle* », ce nouveau chapitre comporte quatre articles numérotés L. 4755-1 à L. 4755-4.

¹ Aux termes du règlement du 20 juin 2019, la « mise sur le marché » désigne la première mise à disposition d'un produit sur le marché de l'Union. La « mise à disposition sur le marché » désigne toute fourniture d'un produit destiné à être distribué, consommé ou utilisé sur le marché de l'Union dans le cadre d'une activité commerciale.

² Annexe II du règlement (UE) n° 2016/425 du 9 mars 2016 relatif aux équipements de protection individuelle et règlement (UE) n° 167/2013 du Parlement et du Conseil du 5 février 2013 relatif à la réception et à la surveillance du marché des véhicules agricoles et forestiers.

³ L'amende pénale prévue par cet article demeure applicable pour les autres infractions visées.

⁴ L'article L. 8115-1 permet à l'autorité administrative de prononcer, sur le rapport d'un agent de contrôle de l'inspection du travail, des amendes administratives en cas de manquements à certaines règles, relatives notamment aux durées maximales du travail, aux installations sanitaires et aux prescriptions techniques de protection.

L'article L. 4755-1 permet aux autorités de surveillance du marché compétentes de prononcer des amendes administratives sur le rapport non seulement de l'inspection du travail mais également d'un des agents de contrôle compétents en application de l'article L. 4311-6 ou de l'article L. 4314-1.

La procédure suivie serait celle, définie aux articles L. 8115-4 à L. 8115-7, applicable aux amendes administratives proposées par l'inspection du travail, à l'exception de l'obligation d'informer le comité social et économique (CSE) de l'entreprise fautive. Cette exception est rappelée à l'article L. 4755-2, qui écarte l'application de l'article L. 4751-2.

Aux termes de l'article L. 4755-3, les amendes administratives pourraient être prononcées à l'encontre d'un opérateur économique en cas de méconnaissance d'une mesure prise en application du nouvel article L. 4314-2, relatif à la procédure de sauvegarde, ou d'une mesure prise sur le fondement du 3) de l'article 16 du règlement européen du 20 juin 2019, qui prévoit notamment des injonctions de mise en conformité, de retrait ou de rappel des produits non-conformes, d'apposition d'avertissement voire de destruction.

Le montant maximal de ces amendes serait de 500 000 euros, ou du double en cas de nouveau manquement dans un délai de deux ans.

L'article L. 4755-4 renvoie les modalités d'application du chapitre à un décret en Conseil d'État.

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

III - La position de la commission

Les rapporteurs notent que le présent article n'a guère de lien avec l'accord national interprofessionnel de décembre 2020. Ils relèvent par ailleurs que le Conseil d'État avait pointé l'absence de valeur normative de la rédaction qui figurait dans le texte initial.

Le travail des rapporteuses à l'Assemblée nationale a néanmoins permis de lui donner davantage de portée, puisque la version du présent article adoptée à l'Assemblée nationale permet d'adapter le code du travail aux exigences posées par le droit de l'Union européenne en matière d'équipements de protection individuelle, de surveillance de marché et des sanctions applicables en cas de manquement à ces obligations. Les rapporteurs considèrent que le présent article tire les conséquences des obligations posées par le droit de l'Union et qu'il convient dès lors de l'adopter.

La commission a adopté le présent article sans modification.

TITRE II

DÉFINIR L'OFFRE DE SERVICES À FOURNIR PAR LES SERVICES DE PRÉVENTION ET SANTÉ AU TRAVAIL AUX ENTREPRISES ET AUX SALARIÉS, NOTAMMENT EN MATIÈRE DE PRÉVENTION ET D'ACCOMPAGNEMENT

Article 8

Mise en place d'une offre socle et d'une offre complémentaire par les services de prévention et de santé au travail interentreprises ainsi que d'une procédure de certification

Cet article prévoit que les services de prévention et de santé au travail interentreprises (SPSTI) mettront en place, obligatoirement, un ensemble socle de services ainsi que, de manière facultative, une offre de services complémentaires. Il prévoit en outre que chaque SPSTI fera l'objet d'une procédure de certification par un organisme indépendant.

En commission, l'Assemblée nationale a par ailleurs élevé au niveau législatif la procédure d'agrément à laquelle sont soumis tous les services de santé au travail.

La commission a adopté cet article en y apportant plusieurs modifications visant notamment à préciser la définition de l'offre socle de services, à soumettre l'agrément de chaque SPSTI à l'avis du CNPST, à instituer une procédure d'administration provisoire en cas de défaillance grave du service et à prévoir que les référentiels de la certification seront définis sur proposition du CNPST.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

I - Le dispositif proposé : améliorer la qualité des services rendus par les SSTI

A. Le constat partagé des insuffisances et de l'hétérogénéité des services rendus par les SSTI

1. Des services soumis à des obligations de moyens et de résultats

Toutes les entreprises qui ne disposent pas d'un service autonome de santé en travail¹ sont tenues d'adhérer à un service de santé au travail interentreprises (SSTI)².

Les SSTI sont obligatoirement constitués sous la forme d'organismes à but non lucratif, dotés de la personnalité civile et de l'autonomie

¹ Un tel service peut être institué lorsque l'effectif de l'entreprise atteint au moins 500 salariés (article D. 4622-5 du code du travail).

² Art. D. 4622-14 du code du travail.

financière¹ ; il s'agit, en pratique, d'associations « loi de 1901 » dont les membres sont des employeurs.

Selon l'IGAS², la France comptait 235 SSTI en 2019, leur nombre ayant diminué au cours des dernières années sous l'effet de fusions encouragées par les directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS)³. Ces services assurent le suivi de plus de 16 millions de salariés et comptent près de 80 % de très petites entreprises (TPE) parmi leurs adhérents.

Les **missions des SSTI**, communes à l'ensemble des services de santé au travail, sont définies par l'article L. 4622-2 du code du travail :

- conduire les actions de santé au travail, dans le but de préserver la santé physique et mentale des travailleurs tout au long de leur parcours professionnel ;

- conseiller les employeurs, les travailleurs et leurs représentants ;

- assurer la surveillance de l'état de santé des travailleurs ;

- participer au suivi et contribuer à la traçabilité des expositions professionnelles et à la veille sanitaire.

Chaque SST fait l'objet d'un **agrément d'une durée de cinq ans délivré par l'autorité administrative** après avis du médecin inspecteur du travail⁴. La DREETS confère ainsi au service une compétence sur un territoire et pour un ou plusieurs secteurs d'activité. Lorsque le DREETS constate que le fonctionnement du SST ne satisfait pas aux obligations fixées par le code du travail, il peut raccourcir la durée de l'agrément, sous réserve d'un engagement précis et daté de mise en conformité de la part du SST, ou y mettre fin⁵.

Par ailleurs, les priorités des SSTI sont précisées dans le cadre d'un **contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) conclu entre le service, la DREETS et la CARSAT**, après avis des organisations d'employeurs, des organisations syndicales représentatives au niveau national et de l'agence régionale de santé (ARS)⁶. Conclu pour une durée maximale de cinq ans, il peut être révisé par voie d'avenant⁷. Cet outil opérationnel complète ainsi l'agrément avec des obligations de moyens ou des objectifs de résultats. Bien qu'il constitue une obligation légale, la couverture des services reste incomplète mais elle progresse : selon l'IGAS,

¹ Art. D. 4622-15 du code du travail.

² D. Chaumel, B. Maurice et J.-P. Viquant, « Évaluation des services de santé au travail interentreprises (SSTI) », rapport IGAS, février 2020.

³ Les DREETS ont succédé au 1^{er} avril 2021 aux DIRECCTE.

⁴ Art. D. 4622-48 du code du travail.

⁵ Art. D. 4622-51 du code du travail.

⁶ Art. L. 4622-10 du code du travail.

⁷ Art. D. 4622-47 du code du travail.

78 % des SSTI avaient conclu un CPOM en 2019 contre 56 % deux ans plus tôt.

Dans le secteur du bâtiment et des travaux publics (BTP), et à l'initiative de la profession, les CPOM ont en pratique été élargis à l'Organisme professionnel de prévention du BTP (OPPBT) avec la conclusion de plusieurs conventions quadripartites.

Le directeur du SSTI met enfin en œuvre, en lien avec l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail et sous l'autorité du président, les actions approuvées par le conseil d'administration dans le cadre d'un **projet de service pluriannuel** définissant les priorités d'action du service¹.

2. Des services rendus hétérogènes et une régulation insuffisante

Les partenaires sociaux se sont accordés dans l'ANI du 9 décembre 2020 sur le diagnostic d'une « *grande hétérogénéité* » des prestations rendues par les SSTI, notamment en matière de prévention pour laquelle il existe une forte attente, tant de la part des employeurs que des salariés.

Le rapport d'information de vos rapporteurs relevait en effet que « *certaines SSTI, bien qu'ayant obtenu leur agrément, ne satisfont pas pleinement à leurs exigences réglementaires minimales. Plusieurs services peinent encore à développer des actions de prévention sur le milieu de travail et se cantonnent à la délivrance de certificats d'aptitude, sans pouvoir consacrer une partie de leur activité à l'étude de postes en entreprise et au conseil des employeurs et des instances de dialogue social sur l'analyse et l'évaluation des risques professionnels.* »²

Dans son rapport d'évaluation des SSTI de 2020, l'IGAS confirme que la politique d'agrément « *n'a qu'une portée limitée sur l'amélioration du fonctionnement des SSTI* ». Les critiques formulées contre cette procédure portent notamment sur l'absence d'orientations nationales harmonisées et sur un contrôle excessivement centré sur les moyens et l'organisation des SSTI. En outre, **les décisions de retrait d'agrément de la DIRECCTE ont peu de conséquences pratiques puisqu'elles ne mettent pas fin à l'activité du service**. Il s'avère en effet particulièrement difficile dans une situation de monopole territorial de retirer « sèchement » l'agrément d'un SSTI sous peine de priver à court terme les salariés du secteur de couverture par un service de santé. Les DIRECCTE préfèrent ainsi délivrer aux SSTI défaillants des agréments conditionnels et limités dans le temps.

Quant aux CPOM, leur bilan apparaît mitigé après deux générations de contractualisation : selon l'IGAS, « *les acteurs concernés s'en sont diversement emparés, avec des actions en nombre trop important et peu évaluables* ». Le rapport Artano-Gruny constatait pour sa part que, du fait de leur

¹ Art. L. 4622-16 du code du travail.

² « Pour un service universel de santé au travail », rapport d'information n° 10 (2019-2020) de M. Stéphane Artano et Mme Pascale Gruny, fait au nom de la commission des affaires sociales, 2 octobre 2019.

hétérogénéité, les CPOM ne constituent pas encore le levier d'une politique de prévention de proximité au bénéfice des entreprises.

L'article 8 de la proposition de loi s'attache ainsi, à la suite de l'ANI, à répondre à la nécessité de **faire évoluer l'offre des SSTI** « *dans une approche de service rendu aux employeurs, aux salariés et à leurs représentants* ».

B. La redéfinition de l'offre de services des SSTI

Le 1° du I prévoit, dans un nouvel article L. 4622-9-1 du code du travail, que le **SSTI**, qui devient un service de prévention et de santé au travail (SPSTI)¹, **fournit d'une part à ses entreprises adhérentes et à leurs travailleurs** « *un ensemble socle de services obligatoires* » dans trois matières :

- la prévention des risques professionnels ;
- le suivi individuel des travailleurs ;
- la prévention de la désinsertion professionnelle.

La liste et les modalités de cet ensemble de services seraient définies par le nouveau comité national de prévention et de santé au travail (CNPST) créé au sein du conseil d'orientation des conditions de travail (COCT) (cf. **article 25**) et approuvées par voie réglementaire.

D'autre part, le SPSTI propose également « *une offre de services complémentaires qu'il détermine* ».

La proposition de loi transpose ainsi les propositions de l'ANI du 9 décembre 2020 relatives à l'offre de service des SPSTI.

Le 2° modifie en conséquence l'article L. 4622-10 du code du travail pour préciser que les priorités spécifiques de chaque SPSTI, précisées dans le CPOM, seraient déterminées dans le respect de l'obligation de fournir un ensemble socle de services.

C. L'introduction d'une procédure de certification

Le 1° du I prévoit en outre, dans un nouvel article L. 4622-9-2 du code du travail, que **chaque SPSTI doit faire l'objet d'une procédure de certification réalisée par un organisme indépendant et accrédité**. Cette certification vise à porter une appréciation à l'aide de référentiels sur trois aspects :

- la qualité et l'effectivité des services rendus dans le cadre de l'ensemble socle de services ;
- l'organisation et la continuité du service, l'activité effective, les procédures suivies ;
- la gestion financière, la tarification et son évolution.

¹ Cf. article 1^{er}.

Les référentiels servant de base à la certification des SPSTI ainsi que les principes guidant l'accréditation des organismes indépendants seraient définis par le CNPST et approuvés par voie réglementaire.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

A. Les modifications apportées en commission

1. L'inscription dans la loi de la procédure d'agrément

Le Conseil d'État avait préconisé, dans son avis sur la proposition de loi, de **donner une base légale au principe de l'agrément**. La commission des affaires sociales a donc adopté, à l'initiative des rapporteuses, un amendement visant à élever au niveau législatif, dans un nouvel article L. 4622-9-1-1 du code du travail, cette procédure à laquelle est soumis chaque SPSTI.

Il est précisé que **l'agrément tient compte, le cas échéant, des résultats de la procédure de certification**.

La durée de l'agrément est fixée à cinq ans, comme le prévoit actuellement l'article D. 4622-48 du code du travail.

L'autorité administrative pourra toujours diminuer cette durée ou mettre fin à l'agrément si elle constate des manquements de la part du SPSTI.

2. Les modifications apportées au rôle du CNPST

Le Conseil d'État avait estimé dans son avis que « *la délégation donnée au CNPST pour définir l'ensemble du régime de certification des services de santé au travail présent[ait] une fragilité constitutionnelle.* » En effet, le législateur peut confier à une autorité publique autre que le Premier ministre le soin de fixer les normes permettant de mettre en œuvre une loi à condition que cette habilitation ne concerne que des mesures de portée limitée tant par leur champ d'application que par leur contenu¹.

Un amendement des rapporteuses adopté en commission a donc précisé que **les référentiels et les principes guidant l'élaboration du cahier des charges de certification seraient fixés par voie réglementaire, après avis du CNPST**. L'accréditation sera mise en œuvre selon les modalités de droit commun, encadrées par la loi du 4 août 2008 de modernisation de l'économie².

Concernant la définition de l'offre socle de services, un autre amendement des rapporteuses a prévu qu'**en cas de carence du CNPST, la liste et les modalités de ces services seraient déterminées par décret en Conseil d'État**.

3. Les précisions apportées aux critères de la certification

¹ Décision n° 89-260 DC du 28 juillet 1989.

² Loi n° 2008-776 du 4 août 2008 de modernisation de l'économie – Article 137.

Un amendement des rapporteures a ajouté un nouveau critère devant être apprécié dans le cadre de la certification : celui de la **conformité du traitement des données personnelles au règlement général de l'Union européenne sur la protection des données (RGPD)¹ et à la loi « Informatique et libertés »².**

Un autre amendement des rapporteures a précisé qu'une appréciation devrait être portée sur « *la qualité des procédures suivies* ».

4. Les précisions apportées à l'offre de services

À l'initiative des rapporteures, **la commission a donné à l'offre de services complémentaires un caractère facultatif.**

Elle a enfin adopté trois amendements rédactionnels.

B. Les modifications apportées en séance publique

1. Les améliorations apportées à la procédure d'agrément

En séance publique, l'Assemblée nationale a adopté à l'initiative des rapporteures un amendement précisant que **l'agrément s'applique aussi bien aux services de prévention et de santé au travail autonomes qu'aux SPSTI.**

En outre, trois amendements identiques déposés par des membres du groupe Les Républicains prévoient qu'un **cahier des charges national de cet agrément sera défini par décret.** L'ANI du 9 décembre 2020 appelle en effet à l'élaboration, avec les partenaires sociaux, d'un tel cahier des charges national afin de « *garantir une application homogène et transparente de l'agrément administratif dans toutes les régions* ».

2. L'encadrement des CPOM des services de branche

L'Assemblée nationale a adopté deux amendements identiques de Dominique Da Silva (La République en Marche) ainsi que de Jeanine Dubié et des membres du groupe Liberté et Territoires, précisant que **les CPOM des services de santé au travail de branche doivent intégrer les priorités définies par la branche professionnelle.**

3. L'adaptation aux services de santé au travail agricoles

À l'initiative du groupe Mouvement Démocrate et Démocrates apparentés, l'Assemblée nationale a adopté un amendement visant à **adapter les dispositions de l'article 8 au mode d'organisation spécifique des services de sécurité et de santé au travail en agriculture (services SST).** La Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) est ainsi appelée à assurer la coordination de la mise en œuvre de l'ensemble socle de services par les services SST. Elle pourra en outre proposer une offre de services complémentaires, délivrée par les services SST.

¹ Règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données.

² Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

La liste et les modalités de mise en œuvre de l'ensemble socle de services devront être déterminées par décret après avis du CNPST, de même que les référentiels et principes guidant l'élaboration du cahier des charges de la certification des services SST. Le cahier des charges fera l'objet d'adaptations pour prendre en compte l'organisation spécifique de ces services au sein des caisses de MSA.

L'Assemblée a enfin adopté trois amendements rédactionnels ou de coordination des rapporteures.

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

III - La position de la commission : mieux définir l'offre socle et renforcer le contrôle des SPSTI

En mentionnant explicitement la prévention au sein de l'ensemble socle de services devant être fournis par les SPSTI, ces dispositions contribuent à donner corps à l'objectif de placer la prévention primaire au cœur du système de santé au travail.

La définition d'un ensemble socle de services assuré en contrepartie de la cotisation des employeurs répond à l'une des préconisations formulées par l'IGAS en 2020. Quant à la mise en place d'une procédure de certification, elle avait été recommandée par plusieurs rapports, dont le rapport Artano-Gruny de 2019, et appelée de leurs vœux par les partenaires sociaux.

On peut néanmoins s'interroger sur la capacité des SPSTI à s'affirmer comme les principaux référents en matière de prévention. Ainsi, l'ouverture à une offre de services complémentaires facturés fait craindre que les SPSTI privilégient ces derniers au détriment de la prévention.

Afin de garantir que les SPSTI proposeront à l'ensemble des entreprises adhérentes et à leurs salariés l'offre la plus complète et la plus homogène possible, la commission a donc adopté un amendement (COM-140) précisant que **l'ensemble socle de services devra couvrir l'intégralité des missions prévues par la loi en matière de prévention des risques professionnels, de suivi individuel des travailleurs et de prévention de la désinsertion professionnelle.**

En outre, cet article élève au niveau législatif la procédure d'agrément sans toutefois renforcer sa portée. Sur la proposition des rapporteurs, la commission a prévu, en cohérence avec la réforme de la gouvernance territoriale de la santé au travail prévue à l'article 26, que **le comité régional de prévention et de santé au travail (CRPST) formule un avis sur l'agrément** de chaque SPSTI relevant de son ressort territorial (amendement COM-141).

En complément de l'agrément, la commission a souhaité doter l'autorité administrative d'un outil plus efficace et constructif en instituant,

en cas de difficultés graves d'organisation ou de fonctionnement rencontrés par un SPSTI, un régime d'administration provisoire devant permettre, sans interrompre le service, de lui donner les moyens de se réorganiser, notamment lorsque sa gouvernance est défailante (amendement COM-142).

Afin de préserver la capacité d'initiative des partenaires sociaux sur la certification, la commission a adopté un amendement COM-143 des rapporteurs prévoyant que **les référentiels et les principes guidant l'élaboration du cahier des charges** seront fixés par voie réglementaire **sur proposition du CNPST**. A défaut de proposition du comité à l'issue d'un délai déterminé, ces référentiels et ces principes seraient déterminés par décret en Conseil d'État.

Enfin, la commission a adopté un amendement COM-189 visant à soumettre à l'avis de l'Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics (OPPBTP) le CPOM de tout service de prévention et de santé au travail interentreprises (SPSTI) opérant dans le secteur du bâtiment, en considérant qu'il serait trop complexe de généraliser les conventions quadripartites dans ce secteur.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article additionnel après l'article 8

Recours par les services de prévention et de santé au travail autonomes aux compétences des SPSTI

Cet article, inséré par la commission, vise à permettre aux services de prévention et de santé au travail autonomes (SPSTA) de recourir par convention aux compétences des services de prévention et de santé au travail interentreprises (SPSTI).

La commission a adopté cet article additionnel.

Cet article additionnel a été inséré par l'adoption de **deux amendements identiques** de nos collègues Dominique Estrosi-Sassone (COM-20) et Emilienne Poumirol et les membres du groupe Socialiste, écologiste et républicain (COM-65).

Dans l'accord national interprofessionnel (ANI) du 9 décembre 2020, les partenaires sociaux ont considéré que les services de prévention et de santé au travail autonomes (SPSTA) devaient s'inscrire dans la même dynamique de qualité que les services de prévention et de santé au travail interentreprises (SPSTI) et qu'il serait donc utile qu'ils puissent bénéficier de compétences identiques, y compris en matière de prévention de la désinsertion professionnelle, afin de répondre à l'ensemble des besoins des employeurs et des salariés.

L'ANI a ainsi prévu que, s'ils ne peuvent assumer en propre certaines missions, les SPSTA puissent « solliciter les compétences d'un SPSTI par convention ou contrat de prestations facturées. »

Cet article additionnel vise à transposer ce point de l'ANI en ouvrant, à l'article L. 4622-4 du code du travail, la possibilité d'une coopération entre SPSTI et SPSTA.

Les rapporteurs considèrent que, si les SPSTI ne disposent pas forcément des ressources médicales suffisantes pour répondre à de telles demandes supplémentaires, la conclusion d'une convention garantit le caractère opérationnel de la mesure, qui pourrait contribuer à garantir à l'ensemble des salariés du territoire un suivi homogène.

La commission a adopté cet article additionnel ainsi rédigé.

Article 9

Réforme de la tarification des services de prévention et de santé au travail interentreprises

Cet article prévoit des modalités de tarification adaptées à la redéfinition de l'offre des services de prévention et de santé au travail interentreprises (SPSTI).

La commission a adopté cet article après avoir exclu le mode de calcul des cotisations en équivalent temps plein (ETP) et prévu un encadrement de leur montant par référence au coût moyen de l'offre socle de services.

I - Le dispositif proposé : une mise à jour des règles de tarification des SSTI

A. Des modalités de tarification qui manquent de transparence

Les SSTI, associations « loi de 1901 » dont les membres sont des employeurs, appartiennent conformément à la jurisprudence à la catégorie des organismes à but non lucratif, à gestion désintéressée mais ayant une activité lucrative.

Les dépenses afférentes aux services de santé au travail sont à la charge des employeurs. L'article L. 4622-6 du code du travail dispose que, dans le cas des SSTI, **ces frais sont répartis** « *proportionnellement au nombre des salariés* ».

La seule exception, résultant de la loi du 7 juillet 2016 relative à la liberté de la création, à l'architecture et au patrimoine¹, prévoit une répartition proportionnelle à la masse salariale pour certaines professions (mannequins, journalistes pigistes, professions artistiques).

En pratique, de nombreux SSTI se sont écartés du principe de répartition *per capita* prévue par la loi en fixant des cotisations assises sur la masse salariale.

La Cour de cassation a toutefois récemment rappelé que « *la cotisation doit être fixée à une somme, par salarié équivalent temps plein [ETP] de l'entreprise², correspondant au montant total des dépenses engagées par le service de santé interentreprises auquel adhère l'employeur rapporté au nombre total de salariés pris en charge par l'organisme* » ; elle a cependant nuancé ce principe en précisant que « *seul peut être appliqué le cas échéant à ce calcul un coefficient déterminé correspondant au nombre de salariés nécessitant une surveillance médicale renforcée* »³.

L'IGAS a pu constater dans son rapport d'évaluation des SSTI de 2020⁴ que la situation financière de ces services est « *globalement bonne* ». En revanche, **du fait de l'hétérogénéité des services rendus (cf. article 8), leur tarification, qui s'avère également variable, est souvent questionnée**. Alors que le coût des SSTI pour les entreprises adhérentes est estimé à un peu moins de 100 euros par salarié couvert en moyenne, l'IGAS fait état d'une forte dispersion des montants (entre 57 et 162 euros annuels par salarié). Or, faute de transparence sur les dépenses et le coût effectif moyen des SSTI, l'IGAS juge « *impossible de déterminer quels sont les écarts objectivement justifiés* ».

Les partenaires sociaux se sont ainsi prononcés, dans l'accord national interprofessionnel (ANI) du 9 décembre 2020, en faveur d'une tarification plus transparente en lien avec la redéfinition de l'offre de services des SSTI. Ainsi, **les entreprises souhaitant obtenir des prestations complémentaires au-delà de l'ensemble socle de services fournis en contrepartie de la cotisation devraient se voir facturer le coût de ces actions dans un cadre à déterminer dans la certification**.

¹ Loi n° 2016-925 du 7 juillet 2016 relative à la liberté de la création, à l'architecture et au patrimoine.

² En pratique, les salariés à temps partiel doivent donc être pris en compte au prorata de leur temps de travail.

³ Cour de cassation, chambre sociale, arrêt n° 1293 du 19 septembre 2018 (17-16.219).

⁴ D. Chaumel, B. Maurice et J.-P. Viquant, « Évaluation des services de santé au travail interentreprises (SSTI) », rapport IGAS, février 2020.

Les partenaires sociaux ont en outre convenu que **l'assemblée générale du service de prévention et de santé au travail interentreprises (SPSTI) doit se prononcer sur le niveau des cotisations**, lequel est « *contenu dans un seuil plafond qu'elle fixera* », **sous réserve que l'amplitude des cotisations n'excède pas 20 % du coût moyen national de l'offre socle**. L'ANI considère comme « *essentiel d'établir un contrôle financier strict, en toute transparence* » permettant aux administrateurs « *d'avoir une maîtrise des coûts et d'assurer un niveau de cotisation en cohérence avec le budget voté.* »

B. Une adaptation à la redéfinition de l'offre de services des SPSTI

L'article 9 de la proposition de loi modifie l'article L. 4622-6 du code du travail afin de revoir les modalités de tarification des SSTI en cohérence avec la refonte de leur offre de services (*cf. article 8*).

Le 1° prévoit, d'une part, que la règle actuelle reposant sur une cotisation proportionnelle couvrant l'ensemble des services rendus, continuera de s'appliquer aux services communs à plusieurs établissements ou à plusieurs entreprises constituant une unité économique et sociale (UES).

D'autre part, il dispose que **les SPSTI feront l'objet d'une double tarification** :

- les « *services obligatoires* » (c'est-à-dire l'ensemble socle de services introduit par l'article 8) feront l'objet d'une cotisation « *proportionnelle au nombre de travailleurs suivis* » ;

- les services complémentaires proposés, ainsi que l'offre spécifique de services destinés aux travailleurs indépendants (*cf. article 17*), feront l'objet d'une tarification sur la base d'une grille tarifaire.

Il est précisé que **le barème des cotisations et la grille tarifaire sont approuvés par l'assemblée générale** du SPSTI. Est ainsi consacré dans la loi le rôle de l'assemblée générale, laquelle n'y est actuellement pas mentionnée (*cf. article 20*).

Le 2° opère une coordination au sein du même article.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

A. Les modifications apportées en commission

À l'initiative des rapporteuses, **la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a confié au conseil d'administration du SPSTI la compétence d'approbation du montant des cotisations et de la grille tarifaire**, ces derniers étant désormais simplement « *portés à la connaissance de l'assemblée générale* ». La commission a ainsi contredit, sans justification apparente, un point sur lequel s'étaient accordés les partenaires sociaux dans l'ANI (*cf. supra*).

B. Les modifications apportées en séance publique

En séance publique, l'Assemblée nationale est revenue, par l'adoption de cinq amendements identiques déposés par des membres des groupes Les Républicains et Mouvement démocrate et Démocrates apparentés, sur la modification effectuée en commission. **Elle a ainsi rétabli la compétence d'approbation du montant des cotisations et de la grille tarifaire de l'assemblée générale** du SPSTI.

En outre, un amendement du groupe Mouvement démocrate et Démocrates apparentés a précisé les **modalités d'application de la réforme aux services de santé et sécurité au travail en agriculture**. Le taux de la cotisation, ainsi que la répartition des recettes et compensations de charges des caisses de mutualité sociale agricole (MSA), resteront ainsi fixés par la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA). De plus, la CCMSA serait compétente pour fixer, le cas échéant, la grille tarifaire applicable à l'offre de services complémentaires.

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

III - La position de la commission : rendre plus équitable et homogène le calcul des cotisations

La rédaction adoptée par l'Assemblée nationale va dans le sens souhaité par les partenaires sociaux, en cohérence avec la redéfinition de l'offre de services des SSTI.

Malgré la diversité des pratiques actuelles, cet article réaffirme le principe d'une cotisation proportionnelle au nombre de travailleurs. Il rend cependant la tarification plus juste en intégrant dans l'assiette l'ensemble des « *travailleurs suivis* », qui recouvre toute personne placée à quelque titre que ce soit sous l'autorité de l'employeur, et non les seuls salariés. Faute de précision contraire, la jurisprudence de la Cour de cassation selon laquelle l'effectif doit être comptabilisé en ETP demeurerait applicable.

Toutefois, **les rapporteurs considèrent que le mode de calcul en ETP ne reflète pas la réalité de la mission des SPST** : en matière de prévention et de santé au travail, un salarié à temps partiel doit faire l'objet du même suivi qu'un salarié à temps plein. De plus, il est inéquitable à l'égard des services localisés dans des territoires qui comptent une proportion importante de travailleurs saisonniers ; en sens contraire, il est moins favorable aux employeurs ou aux secteurs d'activité qui ont le moins recours aux contrats courts.

Une modification de ce mode de calcul permettrait en outre de mettre fin aux contentieux causés par la diversité actuelle des pratiques, certains SSTI continuant à privilégier d'autres méthodes de tarification que le calcul en ETP.

Sur la proposition des rapporteurs, la commission a ainsi adopté un amendement (COM-144) précisant que **le nombre de travailleurs suivis doit être calculé de telle sorte que chaque travailleur compte pour une unité, et non proratisé en ETP.**

Conformément à la position des partenaires sociaux exprimée dans l'ANI, la commission a par ailleurs souhaité **encadrer la fixation du niveau des cotisations par le SPSTI dans un « tunnel » défini par référence au coût moyen de l'ensemble socle de services** (amendement COM-145). Les modalités de cet encadrement pourront être précisées par voie réglementaire après qu'aura été réalisée une étude au niveau national des déterminants des coûts des SPSTI.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 10

Renforcement de la transparence des documents produits par les SPSTI

Cet article prévoit la communication et la publication par les services de prévention et de santé au travail (SPSTI) d'une liste de documents en vue de renforcer la transparence de leur activité.

La commission a modifié cet article afin de renvoyer au décret la liste exhaustive des documents devant être communiqués et publiés.

I - Le dispositif proposé : renforcer les obligations de communication des SPSTI auprès de leurs adhérents et du public

A. Des obligations documentaires actuellement limitées

Les obligations documentaires des services de santé au travail interentreprises (SSTI) sont actuellement définies au niveau réglementaire.

Les SSTI doivent communiquer leurs **statuts** et, le cas échéant, leur règlement intérieur aux employeurs lors de leur demande d'adhésion, accompagnés de la grille des cotisations et d'un document détaillant les contreparties individualisées de l'adhésion¹.

Pour chaque entreprise adhérente, une **fiche d'entreprise** est établie dans l'année qui suit son adhésion par l'équipe pluridisciplinaire. Elle est transmise à l'employeur qui la présente au comité social et économique (CSE). Elle est également tenue à la disposition de la DIRECCTE et peut être consultée par les agents des CARSAT².

¹ Art. D. 4622-22 du code du travail.

² Art. R. 4624-46 à R. 4624-50 du code du travail.

Par ailleurs, le **rapport annuel d'activité**, établi par le médecin du travail pour les entreprises dont il a la charge en application de l'article L. 4624-1 du code du travail, est remis au conseil d'administration et, selon les cas, au CSE interentreprises et à la commission de contrôle¹.

La **synthèse annuelle d'activité** établie par le directeur du service, qui rend compte de la réalisation des actions approuvées dans le cadre du projet pluriannuel de service prévu à l'article L. 4622-16, doit être remise aux mêmes organes.

Quant aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) qui lient les SSTI à la DIRECCTE et à la CARSAT², ils sont actuellement publiés mais ne doivent pas faire l'objet d'une communication spécifique aux adhérents.

B. Un principe de transparence matérialisé dans la loi

L'article 10 introduit au niveau législatif, dans un nouvel article L. 4622-16-1 du code du travail, **l'obligation pour le SSTI**, désormais dénommé service de prévention et de santé au travail (SPSTI) (cf. article 1^{er}), **de communiquer à ses adhérents ainsi qu'au nouveau comité régional de prévention et de santé au travail (CRPST)³ et de rendre publics une liste de documents** dont il dispose ou qu'il produit. Il s'agit :

- de ses statuts ;
- des résultats de sa dernière procédure de certification, en application des dispositions de l'article 8 ;
- du CPOM ;
- du projet de service pluriannuel ;
- de l'ensemble socle de services défini par le comité national de prévention et de santé au travail (CNPST) en application des dispositions de l'article 8 ;
- de l'offre de services complémentaires que le SPSTI peut déterminer en application de l'article 8 ;
- du dernier rapport annuel d'activité établi par le médecin du travail ;
- des indicateurs de son activité, « dont la typologie des travailleurs suivis en fonction de leur statut » ;
- du barème de cotisations, de la grille tarifaire et de leurs évolutions.

Un décret doit préciser les conditions de transmission et de publicité de ces documents.

¹ Art. D. 4624-52 du code du travail.

² Art. L. 4622-10 du code du travail.

³ Cf. article 26.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

A. Les modifications apportées en commission

À l'Assemblée nationale, la commission des affaires sociales a adopté un amendement de notre collègue députée Catherine Fabre (groupe La République en Marche) précisant que **le rapport annuel d'activité comprend des données relatives à l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes.**

La commission a également adopté un amendement rédactionnel et un amendement de coordination des rapporteures.

B. Les modifications apportées en séance publique

En séance publique, l'Assemblée nationale a adopté un amendement rédactionnel de la députée Jeanine Dubié (groupe Libertés et Territoires).

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

III - La position de la commission : rétablir la répartition entre la loi et le règlement

L'objectif de renforcer la transparence des SPSTI, notamment à l'égard des adhérents ainsi que des autorités de régulation, est louable et les rapporteurs approuvent l'inscription de ce principe dans la loi.

En revanche, comme l'a relevé le Conseil d'État dans son avis sur la proposition de loi, **la liste exhaustive des documents devant être communiqués et publiés pourrait utilement être renvoyée au décret.**

D'une part, il paraît contreproductif de fixer dans la loi une liste limitative de documents.

D'autre part, le partage entre la loi et le règlement apparaît ici d'autant moins cohérent que l'obligation pour le SPSTI d'établir certains des documents mentionnés dans cet article, à l'image des statuts, est fixée au niveau réglementaire. Par ailleurs, l'obligation de communiquer d'autres documents non mentionnés dans cet article, telle la synthèse annuelle transmise à l'assemblée générale, reste définie au niveau réglementaire.

Sur la proposition des rapporteurs, la commission a donc adopté un **amendement renvoyant au décret la liste des documents devant être publiés et communiqués**, à l'exception du contenu de l'offre socle et de l'offre complémentaire, du montant des cotisations et de la grille tarifaire (amendement COM-146). Par coordination, le contenu du rapport annuel d'activité, qui doit désormais comprendre des données relatives à l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes, serait précisé à l'article L. 4622-16 du code du travail pour souligner le rôle du directeur du SPSTI de

rendre compte des actions mises en œuvre dans le cadre du projet de service pluriannuel.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 11

Accès des professionnels de santé des services de prévention et de santé au travail au dossier médical partagé du travailleur

Cet article ouvre au médecin du travail l'accès au dossier médical partagé du travailleur sous réserve du consentement exprès de ce dernier, dans un objectif de renforcement de la coordination du parcours de santé du travailleur entre la médecine du travail et la médecine de ville.

La commission a prévu la possibilité pour le travailleur d'accorder l'accès à son DMP non seulement au médecin du travail mais également à tout professionnel de santé du SPST participant à son suivi médical, dont l'infirmier de santé au travail. Elle a également modifié l'article afin de prévoir que l'accord du travailleur ne pourra pas être accordé oralement et que la demande d'accès devra faire l'objet d'une procédure dématérialisée, afin que le travailleur ne s'estime pas contraint d'accorder l'accès à son DMP lors d'un entretien avec la médecine du travail.

La commission a adopté cet article ainsi modifié

I – Le dispositif proposé : l'approfondissement du dialogue entre la médecine du travail et la médecine de ville

A. Un décroisement entre la médecine du travail et la médecine de ville amorcé par la loi « Santé » du 24 juillet 2019

L'article 51 de la loi « Santé »¹ du 24 juillet 2019 a prévu d'intégrer le dossier médical en santé au travail (DMST) du travailleur dans son dossier médical partagé (DMP) à compter du 1^{er} juillet 2021. Alors que le DMST ne pouvait jusqu'ici être communiqué qu'à un médecin choisi par le travailleur à la demande expresse de ce dernier, le DMST pourra, une fois intégré au DMP, être accessible à tout professionnel de santé prenant en charge le travailleur, sauf opposition de sa part. Le même article 51 a également supprimé, à l'article L. 1111-18 du code de la santé publique, l'interdiction pour la médecine du travail d'avoir accès au DMP par la possibilité pour la médecine du travail d'y accéder dans le but unique d'y verser des documents, tels que des fiches d'exposition.

¹ Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

Dans leur rapport d'information sur la santé au travail d'octobre 2019¹, les rapporteurs de la commission des affaires sociales du Sénat ont appelé à poursuivre le renforcement de la collaboration entre la médecine du travail et de la médecine de ville, en proposant de permettre au salarié de consentir à l'accès, total ou partiel, à son DMP par le médecin du travail, en préservant la possibilité pour le salarié de revenir à tout moment sur les conditions de cet accès afin qu'il puisse « *décider de la nature des informations issues de son parcours de soins en ville ou à l'hôpital qu'il souhaite porter à la connaissance du médecin du travail.* » Ce partage d'informations entre la médecine du travail et la médecine de ville doit permettre de mieux adapter l'environnement professionnel du travailleur à son état de santé, en facilitant le cas échéant la prise en compte par le médecin du travail des éventuelles contraintes du parcours de soins du travailleur - par exemple, en cas de maladie chronique ou de cancer - pour anticiper les aménagements nécessaires à son maintien en emploi.

Pour mémoire, selon des informations de la caisse nationale de l'assurance maladie, 9,3 millions de DMP étaient ouverts en juillet 2020. L'ouverture du DMP deviendra automatique au plus tard le 1^{er} janvier 2022², au même moment où devra intervenir l'ouverture automatique de l'espace numérique de santé dont le DMP constitue une composante socle.

B. L'extension de l'accès des professionnels de santé des SPST au DMP

L'article 11 de la proposition de loi ouvre l'accès au DMP à tout professionnel chargé du suivi de santé d'un travailleur dans le cadre de la médecine du travail sous réserve du consentement de l'intéressé :

- son 1^o modifie le III de l'article L. 1111-17 du code de la santé publique afin d'élargir le champ des professionnels susceptibles d'accéder au DMP d'une personne, sous réserve que celle-ci y ait consenti après avoir été préalablement informée : aux côtés des professionnels participant à la prise en charge d'une personne dans le cadre de la médecine de ville ou hospitalière, sont ajoutés les professionnels participant « *au suivi de son état de santé en application de l'article L. 4624-1 du code du travail* », c'est-à-dire le médecin du travail, et sous l'autorité de celui-ci, le collaborateur médecin³, l'interne en médecine du travail et l'infirmier ;

¹ Pour un service universel de santé au travail, rapport d'information n° 10 (2019-2020) de M. Stéphane Artano et Mme Pascale Gruny, fait au nom de la commission des affaires sociales du Sénat, déposé le 2 octobre 2019.

² Article 98 de la loi n° 2020-1525 du 7 décembre 2020 d'accélération et de simplification de l'action publique.

³ En application de l'article L. 4623-1 du code du travail, il s'agit d'un médecin, non spécialiste en médecine du travail et engagé dans une formation en vue de l'obtention de cette qualification auprès de l'ordre des médecins, qui exerce sous l'autorité d'un médecin du travail d'un service de santé au travail.

- son 2° supprime le quatrième alinéa de l'article L. 1111-18 du code de la santé publique, aux termes duquel « *le dossier médical partagé n'est pas accessible dans le cadre de la médecine du travail.* » L'article 51 de la loi « Santé » du 24 juillet 2019 avait modifié cet alinéa pour qu'il prévoie, à compter du 1^{er} juillet 2021, que « *dans le cadre de la médecine du travail, le dossier médical partagé est accessible uniquement pour y déposer des documents.* »

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

A. En commission

Afin de tenir compte des observations du Conseil d'État, la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a adopté un amendement de réécriture de l'article 11 de la proposition de loi, présenté par ses rapporteures.

- D'une part, dans son avis sur la proposition de loi, le Conseil d'État a rappelé que « *le salarié ne bénéficie pas du libre choix du médecin du travail ou du professionnel du service de santé au travail qui assure son suivi* » et que « *le dossier médical partagé contient des informations médicales, le cas échéant très anciennes, qui ne sont pas toutes nécessaires à l'exercice des missions de la médecine du travail.* » En résulte une différence de situation entre, d'une part, la relation entretenue par le travailleur avec le médecin du travail et, d'autre part, le colloque singulier qui s'établit entre le patient et son médecin traitant ou spécialiste, qui peut justifier des modalités d'accès au DMP différentes.

L'amendement adopté par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale en tire les conséquences en limitant la possibilité d'accès au DMP au seul médecin du travail et la conditionne au consentement exprès du travailleur et à son information préalable quant aux possibilités de restreindre l'accès au contenu de ce dossier. Il convient de rappeler qu'un consentement manifesté expressément n'emporte pas nécessairement la production d'un écrit : une approbation orale peut suffire, pour autant qu'elle soit donnée sans équivoque.

À titre de comparaison, le III de l'article L. 1111-17 du code de la santé publique prévoit que le professionnel de santé participant à la prise en charge d'un patient peut accéder à son DMP « *sous réserve du consentement de la personne préalablement informée* ». L'article R. 1111-38 du même code permet, en outre, au titulaire du DMP de décider que des informations du DMP ne soient pas accessibles aux professionnels de santé autorisés à accéder à son dossier. L'article R. 1111-41 dudit code précise que le consentement pour l'accès au DMP donné au professionnel de santé membre d'une équipe de soins est réputé donné à l'ensemble des professionnels de santé membres de cette équipe ; en revanche, dans les autres cas, le consentement doit être donné directement par le patient au professionnel concerné, sauf l'hypothèse où un professionnel de santé

recueille le consentement pour le compte d'un autre avec l'accord et l'information du patient.

• D'autre part, le Conseil d'État a estimé nécessaire de compléter les garanties de confidentialité entourant l'accès par le médecin du travail aux informations contenues dans le DMP en prévoyant qu'« aucune conséquence ne saurait être tirée du refus du salarié d'autoriser le médecin du travail à accéder à son dossier médical partagé » et que les informations acquises par la consultation du DMP sont exclues de celles que le médecin du travail est tenu, en cas de litige devant le conseil de prud'hommes, de communiquer au médecin mandaté par l'employeur.

En conséquence, l'amendement adopté par la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale entend :

- faciliter l'expression par le travailleur d'un éventuel refus à une demande d'accès à son DMP formulée par le médecin du travail : est ainsi inséré dans le code du travail un nouvel article L. 4624-8-1 précisant que le travailleur peut s'opposer à l'accès des professionnels chargés du suivi de son état de santé en application de l'article L. 4624-1 du même code, que ce refus ne constitue pas une faute, ni ne peut servir de fondement à un avis d'inaptitude et que ce refus n'est pas porté à la connaissance de l'employeur ;

- empêcher, en cas de litige prud'homal concernant un avis du médecin du travail, qu'il puisse être exigé de ce dernier la communication d'informations issues du DMP.

B. En séance

En séance, les députés ont adopté, à l'initiative des rapporteuses de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale deux amendements rédactionnels et un amendement procédant à une coordination au sein de l'article 51 de la loi « Santé » du 24 juillet 2019.

III - La position de la commission : préserver la relation de confiance entre le travailleur et la médecine du travail

Conformément aux propositions formulées par les rapporteurs dans leur rapport d'information d'octobre 2019 sur la santé au travail, la commission est convaincue que le décloisonnement de la médecine du travail et de la médecine de ville et hospitalière passe par un renforcement du partage, dans le strict respect du secret médical, d'informations de nature à faciliter la coordination du parcours de soins du travailleur et à faciliter la conciliation de sa vie professionnelle et des contraintes éventuelles liées à son état de santé ou à sa prise en charge.

Aux termes de l'article L. 4623-8 du code du travail, le médecin du travail exerce ses missions dans les conditions d'indépendance professionnelles définies et garanties par loi. Les autres professionnels de santé du service de santé au travail participant, en application de l'article L. 4624-1 du même code, au suivi individuel de l'état de santé du travailleur – c'est-à-dire le collaborateur médecin, l'interne en médecine du travail et l'infirmier de santé au travail – interviennent sous l'autorité du médecin du travail qui anime et coordonne l'équipe pluridisciplinaire. Ils sont donc soumis aux mêmes conditions d'indépendance professionnelle. Le médecin du travail et les autres professionnels de santé membres de l'équipe pluridisciplinaire sont, en outre, soumis aux exigences déontologiques de protection du secret professionnel propres à leur profession médicale¹ ou paramédicale².

Compte tenu du renforcement du statut de l'infirmier en santé au travail et du rôle déterminant qu'il a vocation à jouer dans le suivi du travailleur dans le cadre des délégations de tâches, la commission estime indispensable d'ouvrir la possibilité que l'accès au DMP soit accordé par le travailleur non seulement au médecin du travail mais également à tout autre professionnel de santé qui, sous l'autorité du médecin du travail, intervient dans le suivi individuel de son état de santé. À l'initiative de ses rapporteurs, elle a adopté un amendement COM-147 en ce sens qui prévoit également la possibilité pour le médecin praticien correspondant d'avoir accès au DMP avec l'accord du travailleur. L'amendement précise également que l'accès peut être consenti pour « *tout ou partie* » du DMP, en cohérence avec la reconnaissance de la possibilité pour le titulaire de restreindre cet accès.

Au travers de cet amendement, la commission a également tenu à préserver la relation de confiance entre le médecin du travail et le travailleur sur la question épineuse du partage du DMP. Afin que le travailleur ne s'estime pas contraint d'accorder l'accès à son DMP lors d'un entretien avec le médecin du travail, elle a adopté un précisant que l'accès ne pourra pas être accordé oralement. La demande d'accès devra ainsi faire l'objet d'une procédure dématérialisée conduisant à alerter le titulaire du DMP *via* l'application ou le site de consultation du DMP qu'une demande d'accès a été formulée par son médecin du travail. Il sera informé de la possibilité

¹ Aux termes de l'article R. 4127-4 du code de la santé publique, « le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris. »

² Aux termes de l'article R. 4312-4 du code de la santé publique, « le secret professionnel s'impose à tout infirmier ou infirmière et à tout étudiant infirmier dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, lu, entendu, constaté ou compris. L'infirmier ou l'infirmière instruit ses collaborateurs de leurs obligations en matière de secret professionnel et veille à ce qu'ils s'y conforment. »

d'ignorer cette demande, de la refuser ou de restreindre l'accès au contenu de son dossier.

Dans un souci de renforcement de la protection du travailleur, cet amendement prévoit, en outre, que les informations recueillies dans le dossier médical partagé restent confidentielles et ne peuvent être communiquées ni à l'employeur de la personne ni à un employeur auprès duquel la personne sollicite un emploi. Cette précision reprend la rédaction du III de l'article L. 4163-1 du code du travail qui interdit à tout employeur s'acquittant de son obligation de déclaration relative à l'exposition du travailleur à certains facteurs de risques professionnels de communiquer les informations contenues dans cette déclaration à un autre employeur auprès duquel le travailleur sollicite un emploi.

Enfin, la commission a adopté un amendement COM-193 de coordination visant à préciser que le décret d'État prévu par l'article L. 1111-21 du code de la santé publique pour déterminer les conditions d'utilisation du DMP par les professionnels de santé devra tenir compte des nouvelles dispositions permettant son accès aux professionnels de santé des SPST.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 12

Modalités d'accès au dossier médical en santé au travail

Cet article permet aux professionnels de santé prenant en charge le travailleur en dehors de son contexte professionnel d'avoir accès à son dossier médical en santé au travail (DMST) dont les conditions de consultation et d'alimentation seront sécurisées et simplifiées par le biais de l'identifiant national de santé. Est posé, en outre, le principe de la portabilité de ce dossier tout au long de la vie professionnelle du travailleur en permettant son transfert entre SPST compétents.

La commission a consacré le DMST comme l'outil central de la collecte des données d'exposition professionnelle et a précisé son articulation avec le DMP en prévoyant que celui-ci comportera, avec l'accord de l'intéressé, un volet « santé au travail » dans lequel seront versés les éléments du DMST nécessaires au développement de la prévention ainsi qu'à la coordination, à la qualité et à la continuité des soins.

I - Le dispositif proposé : un renforcement de l'interconnexion entre le DMST et le DMP

A. Un rapprochement récent du DMST et du DMP...

• Auparavant inscrit dans la partie réglementaire du code du travail¹, le dossier médical en santé au travail (DMST) a été introduit dans la loi à l'occasion de l'examen de la réforme des retraites de 2010². Aux termes de l'article L. 4624-8 du code du travail, le DMST est constitué par le médecin du travail et retrace :

- les informations relatives à l'état de santé du travailleur ;
- les expositions auxquelles il a été soumis ;
- les avis et propositions du médecin du travail, notamment les avis d'aptitude ou d'inaptitude, les mesures individuelles d'aménagement, d'adaptation ou de transformation du poste et les mesures d'aménagement du temps de travail justifiées par des considérations relatives à l'âge ou à l'état de santé physique et mental du travailleur.

En outre, la Haute Autorité de santé (HAS) a publié en janvier 2009 des recommandations de bonne pratique sur les objectifs, le contenu et les principes de tenue et d'utilisation du DMST.

Pour certains travailleurs faisant l'objet d'une surveillance médicale renforcée, des informations relatives à leurs expositions et à leurs examens complémentaires sont consignées dans des dossiers médicaux complémentaires au DMST - sans qu'il soit toujours précisé s'ils en sont distincts ou s'ils y sont versés - ou sont versées directement dans le DMST :

- aux termes de l'article R. 4412-54 du code du travail, le médecin du travail est tenu de constituer un dossier médical individuel pour chaque travailleur exposé à des agents chimiques dangereux pour la santé, sans qu'il soit précisé si ce dossier médical est distinct du DMST ou s'il en constitue une composante. Ce dossier médical individuel doit être conservé pendant au moins 50 ans après la fin de la période d'exposition ;

- de même, un « *dossier médical spécial* » doit être tenu par le médecin du travail pour chaque travailleur susceptible d'être exposé à des agents biologiques pathogènes³, devant être conservé dix ans après la cessation de l'exposition, voire 40 ans en fonction de l'agent pathogène. En revanche, il est précisé qu'une mention spéciale de ce dossier doit être faite au sein du DMST du travailleur ;

¹ Jusqu'en 2012, l'article D. 4624-46 du code du travail prévoyait qu'« au moment de la visite d'embauche, le médecin du travail constitue un dossier médical qu'il ne peut communiquer qu'au médecin inspecteur du travail, ou, à la demande de l'intéressé, au médecin de son choix. »

² Loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites.

³ Article R. 4426-8 du code du travail.

- pour les travailleurs exposés aux rayonnements ionisants, les éléments spécifiques de leur suivi sont versés au DMST¹. Dans leur cas, le DMST est conservé jusqu'à ce que le travailleur ait atteint l'âge de 75 ans et, en tout état de cause, pendant une période d'au moins 50 ans à compter de la fin de l'activité professionnelle exposante ;

- le DMST des travailleurs exerçant en milieu hyperbare doit être conservé pour une durée minimale de vingt ans².

• Le DMST est créé à l'occasion de la visite d'information et de prévention par le professionnel de santé chargé de l'assurer sous l'autorité du médecin du travail – le collaborateur médecin, l'interne en médecine du travail ou l'infirmier en santé au travail – ou lors de l'examen médical d'aptitude effectué par le médecin du travail à l'embauche des travailleurs faisant l'objet d'un suivi individuel renforcé.

En application de l'article L. 4624-8 du code du travail, le DMST est transmis par le médecin du travail en cas de risque pour la santé publique ou à sa demande au médecin inspecteur du travail. Il peut également être communiqué à un autre médecin du travail pour la continuité de la prise en charge, sauf refus du travailleur. Le travailleur ou, en cas de décès, ses ayants-droit peuvent demander la communication du DMST.

• En l'état du droit en vigueur, le DMST ne peut être communiqué qu'au médecin choisi par le travailleur. Toutefois, l'article 51 de la loi « Santé »³ du 24 juillet 2019 a prévu d'intégrer le dossier médical en santé au travail (DMST) du travailleur dans son dossier médical partagé (DMP) à compter du 1^{er} juillet 2021. À compter de cette date, le DMST est ainsi censé être accessible à tout professionnel de santé prenant en charge le travailleur, sauf opposition de sa part.

B. ... renforcé par la proposition de loi

L'article 12 de la proposition de loi modifie l'article L. 4624-8 du code du travail, relatif au DMST, dans sa rédaction résultant de l'article 51 de la loi « Santé » du 24 juillet 2019 appelée à entrer en vigueur à compter du 1^{er} juillet 2021 :

- le 2^o complète l'article L. 4624-8 du code du travail par quatre alinéas visant à :

➤ sécuriser les conditions de saisie des données dans le DMST et d'accès au DMST, en prévoyant que, pour chaque titulaire, l'identifiant du DMST est l'identifiant national de santé mentionné à l'article L. 1111-8-1 du code de santé publique, c'est-à-dire le numéro d'inscription au répertoire

¹ Article R. 4451-83 du code du travail.

² Article 35 du décret n° 90-277 du 28 mars 1990 relatif à la protection des travailleurs intervenant en milieu hyperbare.

³ Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

national d'identification des personnes physiques (NIR). Le recours au NIR permettra de renforcer et de sécuriser le référencement des données de santé du travailleur ;

➤ étendre le champ des professionnels susceptibles d'avoir accès au DMST :

- il est désormais clairement précisé que le DMST est accessible aux professionnels de santé en charge du suivi médical du travailleur en application de l'article L. 4624-1 du code du travail, c'est-à-dire le médecin du travail, le collaborateur médecin, l'interne en médecine du travail et l'infirmier en santé au travail ;

- il est prévu que tous les autres professionnels de santé participant à la prise en charge du travailleur en dehors de la médecine du travail pourront avoir accès au DMST, dans les mêmes conditions que le DMP, à savoir avec le consentement de la personne préalablement informée ;

➤ poser le principe d'un partage de l'accès au DMST entre plusieurs SPST lorsque le travailleur relève de plusieurs SPST et de portabilité du DMST d'un SPST à un autre en cas de changement de service compétent, afin d'assurer la continuité du suivi du travailleur ;

➤ renvoyer à un décret en Conseil d'État, pris après avis de la CNIL, le soin de fixer les modalités de mise en œuvre de ces dispositions ;

- par coordination, le 1^o supprime les phrases initialement inscrites à l'article L. 4624-8 du code du travail relatives aux éléments modifiés par le 2^o : sont ainsi supprimées, d'une part, la disposition selon laquelle le DMST est accessible aux professionnels de santé prenant en charge le travailleur en ville ou à l'hôpital sauf opposition de l'intéressé et, d'autre part, la disposition selon laquelle le DMST peut être communiqué à un autre médecin du travail dans la continuité de la prise en charge sauf refus du travailleur.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

A. En commission

Outre plusieurs amendements rédactionnels, de précision et de coordination, la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a adopté plusieurs tendant à modifier l'article 12 de la proposition de loi :

- un amendement de ses rapporteuses limite le contenu des informations accessibles aux professionnels de santé exerçant sous l'autorité du médecin du travail et aux professionnels de santé de ville ou hospitaliers aux seuls éléments nécessaires à la coordination des soins. Par cet amendement, elles ont souhaité tenir compte des observations du Conseil d'État qui, dans son avis sur la proposition de loi, rappelle que « *certaines informations figurant habituellement dans les dossiers médicaux en santé au travail*

et relatives par exemple à l'employeur du salarié ou à leurs relations de travail ne relèvent pas de la logique ayant présidé à la création du dossier médical partagé » et considère que « permettre à tout professionnel de santé d'y avoir accès porterait au droit au respect de la vie privée une atteinte qui n'est pas justifiée par l'objectif de protection de la santé » ;

- un amendement de députés du groupe La République en marche, ayant reçu l'avis favorable des rapporteuses, précise que le DMST pourra être accessible « *uniquement à des fins de consultation* » afin de préserver le monopole de la médecine du travail dans l'alimentation du DMST. Toutefois, il est à noter que cette précision concerne l'accès au DMST autant des professionnels de santé de ville ou hospitaliers que des professionnels de santé exerçant sous l'autorité du médecin du travail, restreignant ainsi l'accès au DMST dont bénéficient aujourd'hui ces derniers ;

- un amendement des rapporteuses précise les modalités de consentement du travailleur à l'accès des professionnels de santé, autres que le médecin du travail : le DMST leur sera accessible « *sous réserve du consentement du travailleur préalablement informé* ».

B. En séance

En séance, l'Assemblée nationale a adopté un amendement, accepté par la commission et le Gouvernement et déposé par des députés du groupe Les Républicains, ouvrant la possibilité pour le médecin praticien correspondant d'ouvrir un DMST et d'y accéder. En effet, il est prévu, par l'article 21 de la proposition de loi, que le médecin praticien correspondant, disposant d'une formation en médecine du travail, contribue, en lien avec le médecin du travail, au suivi médical du travailleur, à l'exception du suivi médical renforcé des travailleurs exposés à des risques particuliers.

L'Assemblée nationale a adopté un second amendement, avec les avis favorables de la commission et du Gouvernement, reprenant la formulation proposée par le Conseil d'État pour définir le contenu des informations du DMST qui seront accessibles aux professionnels de santé exerçant sous l'autorité du médecin du travail et aux professionnels de santé de ville et hospitaliers : il s'agira des éléments nécessaires au développement de la prévention ainsi qu'à la coordination, la qualité et la continuité des soins.

III - La position de la commission : mieux articuler le DMST et le DMP et faire du DMST un outil opérationnel de suivi des expositions professionnelles

Les rapporteurs de la commission des affaires sociales du Sénat relèvent que, dans son avis sur la proposition de loi, le Conseil d'État a suggéré de délimiter le contenu des informations du DMST versées au DMP. Il a rappelé, en effet, que l'article 51 de la loi « Santé » du 24 juillet 2019

prévoit l'intégration du DMST au sein du DMP à compter du 1^{er} juillet 2021. Or l'article 12 de la proposition de loi transmise par l'Assemblée nationale ne revient pas sur la première phrase de l'article L. 4624-8 du code du travail qui disposera, à compter du 1^{er} juillet 2021, que le DMST est « *intégré au dossier médical partagé* ». Dans ces conditions, le Conseil d'État a préconisé de limiter cette intégration dans le DMP aux seules informations du DMST nécessaires au développement de la prévention ainsi qu'à la coordination, à la qualité et à la continuité des soins. En outre, par souci de clarté, le Conseil d'État a suggéré de faire mention du DMST à l'article L. 1111-15 du code de la santé publique, qui liste les différentes sources d'alimentation du DMP.

Dès lors, à l'initiative de ses rapporteurs, la commission a adopté un amendement COM-149 visant à supprimer, à l'article L. 4624-8 du code du travail, la disposition selon laquelle le DMST est intégré au DMP et à préciser, en contrepartie, que ce sont les éléments nécessaires au développement de la prévention ainsi qu'à la coordination, à la qualité et à la continuité des soins qui seront versés dans un volet spécifique concernant la santé au travail au sein du DMP. Par coordination, l'existence de ce volet « santé au travail » est inscrite à l'article L. 1111-15 du code de la santé publique et il est précisé qu'il reviendra à la Haute Autorité de santé de définir les catégories d'informations issues du DMST susceptibles d'être intégrées dans ce volet du DMP. Il convient, en effet, d'assurer une homogénéité dans les versements d'éléments du DMST dans les DMP.

En outre, l'amendement COM-149 inscrit dans la loi le principe selon lequel le médecin du travail ou tout autre professionnel de santé participant au suivi médical du travail doit reporter dans le dossier médical en santé au travail (DMST) toute donnée d'exposition à un ou plusieurs des facteurs de risques professionnels mentionnés à l'article L. 4161-1 du code du travail¹ ou toute autre donnée d'exposition à un risque professionnel qu'il estime susceptible d'affecter l'état de santé du travailleur. La saisie de ces informations dans le DMST - et par voie de conséquence dans le volet « santé au travail » du DMP si le travailleur y consent - permettra d'assurer la traçabilité des expositions tant pour le médecin du travail que le médecin traitant ou tout autre professionnel de santé prenant en charge la personne concernée. Il est également précisé, par analogie avec les déclarations dématérialisées d'exposition aux facteurs de pénibilité réalisées par l'employeur, que les données d'exposition saisies par le médecin du travail sont confidentielles et ne peuvent être communiquées à un employeur auprès duquel le travailleur sollicite un emploi.

Par ailleurs, l'amendement COM-149 opère une distinction dans les modalités d'accès au DMST entre les professionnels de santé chargés du suivi médical du travailleur qui exercent sous l'autorité du médecin du

¹ Ces dix facteurs de pénibilité sont : manutentions manuelles de charges, postures pénibles, vibrations mécaniques, agents chimiques dangereux, travail en milieu hyperbare, températures extrêmes, bruit, travail de nuit, travail en équipes successives alternantes et travail répétitif.

travail et les professionnels de santé de ville et hospitalier. En effet, l'article 12 de la proposition de loi transmise par l'Assemblée nationale met ces deux catégories de professionnels de santé sur le même plan dans leur accès au DMST alors que leurs rôles vis-à-vis du travailleur/patient sont différents :

- les professionnels de santé chargés du suivi médical du travailleur, que sont le collaborateur médecin, l'interne en médecine du travail et l'infirmier de santé au travail, de même qu'à l'avenir le médecin praticien correspondant, sont appelés non seulement à consulter des informations qui dépassent les seules données de prévention et de coordination, notamment des informations socio-administratives ou relatives au poste occupé par le travailleur, mais également à alimenter le DMST. C'est en particulier le cas des professionnels de santé qui, sous l'autorité du médecin, assurent la visite d'information et de prévention et peuvent être amenés, dans le cadre du protocole de délégation de tâches défini par le médecin du travail, à saisir dans le DMST les conclusions de cette visite et les principales orientations ou recommandations évoquées à cette occasion. En outre, l'article R. 4624-11 du code du travail prévoit que tout professionnel de santé du SPST chargé d'assurer la visite d'information et de prévention est tenu d'ouvrir un DMST. Il y a donc lieu de ne pas limiter aux seuls médecin du travail et médecin praticien correspondant la possibilité d'ouvrir un DMST et d'y avoir accès, aussi longtemps que cette ouverture et cet accès sont réalisés conformément au protocole de délégation de tâches ;

- pour les professionnels de santé de ville ou hospitaliers, l'accès au DMST obéit à une logique de coordination du parcours de soins et doit leur permettre de tenir compte de l'environnement professionnel du patient afin, le cas échéant, d'adapter sa prise en charge.

Dans ces conditions, l'amendement COM-149 précise que les professionnels de santé exerçant sous l'autorité du médecin du travail ont accès au DMST, sauf opposition du travailleur, et que les professionnels de santé de ville et hospitalier n'auront accès, uniquement à des fins de consultation, qu'aux informations du DMST versées dans le volet « santé au travail » du DMP, sous réserve du consentement du travailleur préalablement informé.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 13

**Intégration des données issues des dossiers médicaux en santé au travail
dans le système national de données de santé**

Cet article vise à intégrer dans le système national de données de santé les données issues des dossiers médicaux en santé au travail dans un objectif de développement de la recherche en santé au travail.

La commission a étendu aux SPST des obligations de mise en conformité avec les référentiels d'interopérabilité et de sécurité afin de garantir une exploitation optimale des données issues de la santé au travail.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

I - Le dispositif proposé : renforcer l'alimentation du système national de données de santé en données de santé au travail

A. Une exploitation encore limitée des données de la santé au travail en raison d'une dématérialisation et d'une interopérabilité insuffisantes

Créé par la loi « Santé » du 26 janvier 2016¹, le système national de données de santé (SNDS) a vu le champ des données qu'il collecte élargi par la loi « Santé » du 24 juillet 2019 pour comprendre aujourd'hui onze grandes sources de données de santé :

- les données issues des systèmes d'information hospitaliers (SIH) mis en œuvre par les établissements de santé publics et privés qui comprennent les données médicales nominatives saisies par les praticiens hospitaliers nécessaires à l'analyse de l'activité et à la facturation de celle-ci ;

- les données issues du système national d'information interrégimes de l'assurance maladie (Sniiram), qui correspondent aux dépenses des régimes d'assurance maladie ;

- les données sur les causes de décès restituées sur les certificats de décès et collectées par le centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDC) de l'institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) ;

- les données médicosociales du système d'information alimenté par les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) et géré par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ;

- un échantillon représentatif des données de remboursement par bénéficiaire transmises par des organismes d'assurance maladie complémentaire ;

- des données recueillies à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic, de soins ou de suivi social ou médicosocial, destinées aux

¹ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

professionnels et organismes de santé et donnant lieu à une prise en charge par l'assurance maladie ou par la branche AT-MP ;

- des données relatives à la perte d'autonomie ;
- des données à caractère personnel des enquêtes dans le domaine de la santé ;
- les données recueillies lors des visites médicales et de dépistage obligatoires réalisées au cours de la scolarité ;
- les données recueillies par les services de protection maternelle et infantile ;
- les données de santé recueillies lors des visites d'information et de prévention réalisées par les services de santé au travail.

Afin de maximiser la mise à disposition de ces données à des fins de recherche et de renforcement de l'efficacité des soins, la loi « Santé » du 24 juillet 2019 a également créé la plateforme des données de santé (PDS) – plus connue sous le nom de *Health Data Hub* –, succédant à l'institut national des données de santé. Elle a pour missions principales de réunir, d'organiser et de mettre à disposition les données du SNDS, d'assurer le secrétariat des demandes de traitement et de vérifier le caractère d'intérêt public de ces demandes et de contribuer à l'élaboration de référentiels et de méthodologies de référence auxquels doivent se conformer les responsables de traitement.

Lors de son audition par la commission des affaires sociales du Sénat le 14 avril 2021, Mme Méлина Le Barbier, directrice adjointe de la direction « Santé environnement et travail » de Santé publique France, a appelé à développer l'accès aux données des services de santé au travail et à renforcer l'interopérabilité de leurs systèmes d'information afin de faciliter la conduite d'études de biosurveillance, en soulignant « *l'enjeu important que constituent les données recueillies dans les SST, tant pour renseigner sur les pathologies que sur les expositions* ». Dans le même esprit, M. Henri Bastos, directeur adjoint de l'évaluation des risques à l'agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) a préconisé, lors de la même audition, la mise en place d'« *un plan de dématérialisation progressive et de numérisation des données en santé au travail dans les SST et entreprises – notamment les fiches d'entreprises, les données d'exposition et de santé dans le respect de l'ensemble des secrets (industriel, commercial, médical, statistique) – permettant une meilleure mise à disposition, par exemple dans une base de données nationale exploitable à des fins de recherche et de production de connaissances.* »

B. L'intégration des données de santé des DMST dans le SNDS

Afin de faciliter l'accès aux données de santé issues des services de santé au travail à des fins de recherche, l'article 13 de la proposition prévoit qu'en sus des données de santé recueillies lors des visites d'information et de prévention, seront intégrées dans le SNDS les données de santé issues des dossiers médicaux en santé au travail.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Dans son avis sur la proposition de loi, le Conseil d'État a relevé que les données issues des visites d'information et de prévention sont déjà incluses dans les DMST. En outre, il a souligné que la proposition de loi ne visait que l'intégration des données de santé issues des DMST, excluant ainsi les données relatives à l'emploi et aux activités professionnelles des salariés.

Afin de tenir compte de ces observations, la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a adopté un amendement de ses rapporteurs prévoyant, au 11° de l'article L. 1461-1 du code de la santé publique, que les données de santé au travail intégrées au SNDS sont celles issues des DMST – celles-ci englobant par définition les données recueillies à l'occasion des visites d'information et de prévention –. En outre, est supprimée la restriction des données collectées aux seules données de santé : en effet, les données ayant trait à l'activité professionnelle des travailleurs présentent un intérêt évident pour la recherche épidémiologique en permettant de faire le lien entre l'apparition de pathologies et certaines expositions professionnelles.

III - La position de la commission : étendre aux SPST des obligations de mise en conformité avec les référentiels d'interopérabilité et de sécurité

Si elle partage pleinement l'objectif de développement de la recherche en santé au travail, la commission rappelle que l'exploitation des données issues des services de santé au travail est conditionnée à leur standardisation et à leur interopérabilité. Or la numérisation des DMST reste variable au sein des services de santé au travail, et comme le souligne le Conseil d'État dans son avis sur la proposition de loi, le contenu du DMST « peut être assez disparate d'un service de santé au travail à l'autre, en l'absence d'encadrement réglementaire. »

Dans ces conditions, la commission a adopté, à l'initiative de ses rapporteurs, un amendement COM-150 introduisant une obligation pour les SPST de garantir la sécurité et l'interopérabilité des données de santé à caractère personnel qu'ils collectent dans le cadre de leurs missions afin de permettre l'exploitation, le partage et la confidentialité de ces données. Par analogie avec les obligations d'interopérabilité des systèmes d'information en santé qu'elle a renforcées pour les établissements et professionnels de

santé lors de l'examen de la loi « Santé » du 24 juillet 2019, la commission a ainsi prévu que les SPST devront se conformer, à une échéance définie par décret et, au plus tard le 1^{er} janvier 2024, aux référentiels d'interopérabilité et de sécurité élaborés par l'agence du numérique en santé, le cas échéant adaptés aux spécificités de l'activité des SPST. Afin de garantir le respect de cette obligation, il est prévu que la conformité à ces référentiels constituera une condition de la certification des SPST.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

TITRE III

MIEUX ACCOMPAGNER CERTAINS PUBLICS, NOTAMMENT VULNÉRABLES, ET LUTTER CONTRE LA DÉSINSERTION PROFESSIONNELLE

Article 14

Création d'une cellule de prévention de la désinsertion professionnelle au sein des SPSTI

Cet article vise à doter tous les services de prévention et de santé au travail interentreprises d'une cellule pluridisciplinaire de prévention de la désinsertion professionnelle.

La commission a modifié cet article afin de prévoir des garanties sur la composition et la coordination de cette cellule. Elle a également introduit la possibilité de mutualiser la cellule entre plusieurs SPSTI et supprimé la notion superfétatoire de plan de retour au travail.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

I - Le dispositif proposé

A. Un thème mobilisant de multiples intervenants, parmi lesquels les SST

La prévention de la désinsertion professionnelle (PDP), qui n'a pas de définition légale, a une acception proche de celle du maintien en emploi. Il s'agit des actions qui ont pour objectif de permettre à des personnes dont les problèmes de santé ou le handicap restreignent l'aptitude professionnelle de rester en activité ou de la reprendre, soit par maintien dans l'emploi, soit par changement d'activité ou d'emploi. En outre, le terme de prévention de la désinsertion professionnelle prend en compte la nécessaire continuité entre les différents niveaux de prévention (primaire, secondaire et tertiaire).

Selon l'IGAS, entre 1 et 2 millions de salariés sont, à un moment donné, exposés à court ou moyen terme au risque de désinsertion professionnelle¹.

Dans le prolongement des orientations du Conseil d'orientation des conditions de travail (COCT), le **troisième plan santé au travail (PST 3)** consacre à ce sujet un objectif opérationnel à part entière intitulé « Prévenir la désinsertion professionnelle et maintenir en emploi » décliné en quatre actions :

- améliorer la lisibilité et l'accessibilité aux droits pour les travailleurs en risque de désinsertion professionnelle ;

- mettre en place une offre régionale coordonnée d'accompagnement des travailleurs et des entreprises ;

- élaborer des solutions permettant le maintien en emploi des travailleurs atteints de maladies chroniques évolutives ;

- développer, mobiliser et diffuser les connaissances et les outils concourant au maintien en emploi.

Ce plan a conduit à la mise en œuvre de mesures telles que la cartographie du maintien en emploi conçue par la délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle (DGEFP) et ses partenaires de la convention multipartite pour l'emploi des personnes en situation de handicap. Des actions visant à mieux connaître le risque de désinsertion professionnelle et ses causes ont également été engagées.

La prévention de la désinsertion professionnelle fait partie, depuis 2011², des objectifs de la mission de conseil aux employeurs, aux salariés et à leurs représentants des services de santé au travail (SST) énumérés à l'article L. 4622-2 du code du travail. Cette mission est généralement déclinée dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) que les SST doivent conclure avec la DREETS et la CARSAT.

Il s'agit également d'une priorité affichée des branches AT-MP et maladie. Les COG maladie et AT-MP contiennent ainsi des engagements tendant à renforcer les relations avec les SST à des fins de repérage des salariés en risque de désinsertion professionnelle. Dans ce cadre, la CNAM a lancé en février 2020, dans cinq territoires, une expérimentation reposant sur le triptyque services sociaux de l'assurance maladie, services médicaux et SST, visant à identifier très précocement les personnes à haut risque de désinsertion professionnelle. Les caisses locales de sécurité sociale (CARSAT et CPAM) disposent en outre de cellules PDP avec des organisations variables.

¹ P. Aballea, M.-A. du Mesnil du Buisson, « La prévention de la désinsertion professionnelle des salariés malades ou handicapés », rapport IGAS, décembre 2017.

² Loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail.

Enfin, l'AGEFIPH et les acteurs de l'emploi des personnes handicapées, notamment les organismes de prestation spécialisée (OPS), sont naturellement des acteurs essentiels en matière de prévention de la désinsertion professionnelle.

B. L'appel à la mobilisation d'une équipe dédiée au sein des SST

Dans son rapport précité de 2017 dédié à la prévention de la désinsertion professionnelle, l'IGAS faisait le constat que si les SST sont « *en première ligne pour apporter un service de proximité, tant au salarié qu'à l'employeur* », « **leur degré d'implication et les moyens dont ils disposent pour accompagner les processus de maintien en emploi restent très hétérogènes** ». Le rapport recommandait ainsi de « *soutenir, par le biais des agréments ou des contrats d'objectifs, le développement dans les services de santé au travail d'équipes pluridisciplinaires de prévention de la désinsertion professionnelle et les échanges de pratiques entre elles.* »

De même la Haute autorité de santé (HAS) recommandait-elle en février 2019 « *que les services de santé au travail mettent en œuvre une organisation dédiée spécifiquement au maintien en emploi avec le soutien de leur direction pour que les moyens humains et matériels adéquats puissent être alloués.* »¹

L'ANI du 9 décembre 2020 a suivi ces recommandations en prévoyant la mise en place, au sein des services de prévention et de santé au travail interentreprises (SPSTI), de **cellules de prévention de la désinsertion professionnelle visant à mieux articuler leur action en matière de PDP avec celle des autres acteurs locaux**. Il s'agit de permettre aux cellules PDP d'apporter aux situations individuelles des solutions personnalisées et de proximité en privilégiant le maintien au poste avec son aménagement. Dès lors qu'une situation de désinsertion professionnelle serait repérée, **un plan de retour au travail pourrait être formalisé entre l'employeur, le salarié et la cellule**, permettant l'analyse et l'identification du risque de désinsertion professionnelle afin de mettre en œuvre des mesures identifiées ciblant le milieu de travail et les conditions de travail. À défaut, il serait recherché toute forme de reclassement interne ou externe.

L'ANI précise que **l'activité des cellules PDP doit permettre de tirer des enseignements en matière de prévention dans une approche individuelle et collective** pour alimenter la politique de prévention des entreprises. Ainsi, le médecin du travail pourrait être amené à constater, « *sur la base d'un certain nombre d'éléments* », la nécessité d'une démarche collective de prévention de la désinsertion professionnelle et à proposer au chef d'entreprise des mesures d'accompagnement adaptées.

¹ Santé et maintien en emploi : prévention de la désinsertion professionnelle des travailleurs. Recommandation de bonne pratique, HAS, février 2019.

Il est prévu que les cellules PDP s'engagent par convention avec les structures territoriales de maintien dans l'emploi afin de s'intégrer dans les réseaux déjà existants.

L'ANI prévoit enfin que les comités régionaux de prévention et de santé au travail (CRPST), créés par l'article 26 de la proposition de loi, seront destinataires des « *éléments quantitatifs* » qui leur permettront de procéder au suivi et à l'évaluation périodique des actions de PDP engagées.

C. La création d'une cellule pluridisciplinaire dédiée dans les SPSTI

L'article 14 de la proposition de loi prévoit, dans un nouvel article L. 4622-8-1 du code du travail, la **création d'une cellule pluridisciplinaire de prévention de la désinsertion professionnelle dans chaque SPSTI**. Celle-ci serait chargée :

- de proposer des actions de sensibilisation ;
- d'identifier les situations individuelles ;
- de proposer, en lien avec l'employeur et le salarié, un **plan de retour au travail** comprenant notamment des mesures individuelles d'aménagement, d'adaptation ou de transformation du poste de travail favorisant le retour au travail.

Il est précisé que cette cellule PDP effectuera ses missions en collaboration avec :

- les professionnels de santé en charge des soins ;
- les services médicaux de l'assurance maladie, notamment dans le cadre de leurs actions de prévention, d'éducation et d'information sanitaires et de leur action sanitaire et sociale destinées en priorité aux populations exposées au risque de précarité ainsi que dans le cadre du contrôle médical ;
- les organismes en charge de l'insertion professionnelle.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

A. Les modifications apportées en commission

À l'Assemblée nationale, la commission des affaires sociales a étendu, à l'initiative du député Thierry Michels et des membres du groupe La République en Marche, la liste des organismes avec lesquels la cellule PDP sera appelée à collaborer. Sont ainsi mentionnés :

- l'ensemble des organismes locaux et régionaux d'assurance maladie et le service social de la CARSAT ;
- les acteurs chargés de l'emploi accompagné ;
- les acteurs de la compensation du handicap et ceux de la préorientation et de la réadaptation professionnelle.

La commission a par ailleurs adopté quatre amendements rédactionnels des rapporteures.

B. Les modifications apportées en séance publique

En séance publique, l'Assemblée nationale a adopté deux nouveaux amendements rédactionnels des rapporteures.

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

III - La position de la commission

A. L'ajout de garanties sur la composition de la cellule

Le manque de coordination des acteurs est la principale faille de la prévention de la désertion professionnelle, ce qui amène un grand nombre de personnes à être licenciées pour inaptitude sans avoir été accompagnées. Ainsi, un nombre trop peu élevé de signalements sont actuellement adressés aux Cap emploi pour que leur intervention soit efficace. Pour les entreprises relevant d'un SPSTI, les cellules PDP pourraient permettre d'assurer le lien qui fait actuellement défaut.

Une proposition en ce sens figurait dans le rapport de Stéphane Artano et Pascale Gruny de 2019¹. Il semble pertinent d'inscrire cette obligation dans la loi afin de prévenir les disparités territoriales.

Si le texte prévoit que la cellule PDP doit être pluridisciplinaire, il ne fixe toutefois **aucune exigence quant à sa composition**, ce qui laisse courir un risque de disparités territoriales et entre secteurs professionnels. Il semble en effet difficile de figer cette composition dans la loi tant les situations locales et les moyens à la disposition des services peuvent différer. Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) conclu entre l'autorité administrative, la CARSAT et le SPSTI pourrait en revanche être le bon vecteur pour fixer ces exigences.

Par ailleurs, les rapporteurs considèrent que le rôle du médecin du travail est essentiel. Celui-ci doit être au cœur du dispositif et en coordonner l'action.

La commission a donc adopté un amendement COM-151 prévoyant :

- que **le CPOM fixe des exigences minimales quant à la composition de la cellule PDP ;**

- que **l'animation et la coordination de cette cellule doit incomber à un médecin du travail.**

¹ « Pour un service universel de santé au travail », rapport d'information n° 10 (2019-2020) de M. Stéphane Artano et Mme Pascale Gruny, fait au nom de la commission des affaires sociales, 2 octobre 2019.

B. La possibilité de mutualiser la cellule entre plusieurs SPSTI

Reste que la pénurie de médecins du travail ne permettra peut-être pas à ces cellules de se saisir de toutes les situations de désinsertion professionnelle.

L'accord national interprofessionnel (ANI) du 9 décembre 2020 prévoit la possibilité de mutualiser la cellule entre plusieurs SPSTI opérant dans le même secteur géographique. Cette disposition, absente du texte adopté par l'Assemblée nationale, semble pertinente pour les services n'ayant pas la masse critique pour avoir les moyens de mettre en place ce dispositif. Sur la proposition des rapporteurs, la commission a introduit la **possibilité de mutualiser, sur autorisation de l'autorité administrative, la cellule PDP entre plusieurs SPSTI** agréés dans la même région (amendement COM-153).

C. La suppression de dispositions redondantes

Enfin, le « **plan de retour au travail** » introduit par l'article 14 reproduit inutilement des dispositions déjà prévues à l'article L. 4624-3 du code du travail concernant les mesures individuelles d'aménagement, d'adaptation ou de transformation du poste de travail, ou encore des mesures d'aménagement du temps de travail pouvant être proposées par le médecin du travail, et qui pourront le cas échéant être proposées par la cellule PDP. La commission a adopté un amendement COM-152 renvoyant plus simplement aux dispositions existantes pour définir les missions de la cellule.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 14 bis

Amélioration du partage d'informations entre les organismes d'assurance maladie et les SPST

Cet article, inséré en commission par l'Assemblée nationale, vise à faciliter les échanges d'informations entre les organismes d'assurance maladie et les services de prévention et de santé au travail (SPST) à des fins de prévention de la désinsertion professionnelle.

La commission a modifié cet article de manière à prévoir des avis du Conseil d'État et de la CNIL sur le décret précisant le contenu des informations transmises, et à étendre aux SPST autonomes l'obligation de remontée d'informations aux organismes de sécurité sociale.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

A. Une nécessaire coordination entre les acteurs de la PDP

De multiples acteurs interviennent en matière de prévention de la désinsertion professionnelle (PDP). En particulier, les organismes régionaux ou locaux de sécurité sociale disposent, avec des modalités d'organisation différentes selon les territoires, de leurs « cellules PDP » qui devraient laisser la place à des plateformes de PDP. Pour leur part, les services de santé au travail (SST) se voient confier par la proposition de loi un rôle renforcé dans ce domaine (cf. article 14). Les acteurs compétents en matière d'emploi des personnes handicapées sont par ailleurs naturellement présents sur ce sujet.

Cette dispersion des acteurs et la complexité du sujet appellent une fluidification des relations et une coordination améliorée entre leurs équipes chargées de la PDP.

Issu d'un amendement déposé par la députée Catherine Fabre (La République en Marche) et adopté en commission à l'Assemblée nationale, **l'article 14 bis prévoit des échanges d'informations réciproques** entre les organismes de sécurité sociale et les SPST à des fins de prévention de la désinsertion professionnelle. Son **III** fixe au **1^{er} janvier 2024** l'entrée en vigueur de ses dispositions.

B. La transmission des arrêts de travail aux SPST

Le **I** rend possible, dans un nouvel article L. 315-4 du code de la sécurité sociale, une **transmission de l'organisme de sécurité sociale au service de prévention et de santé au travail (SPST) d'informations relatives aux arrêts de travail d'un salarié** dans deux cas :

- lorsque ces arrêts de travail remplissent des conditions fixées par décret ;

- lorsqu'ils font apparaître un risque de désinsertion professionnelle.

Les conditions de cette transmission, qui serait **soumise à l'accord du salarié concerné**, seraient fixées par décret. Ce décret précisera le contenu des informations transmises ainsi que les conditions dans lesquelles cette transmission, réalisée de façon dématérialisée, sera effectuée.

Le cas échéant, elle se déroulera selon les modalités définies au **II** de l'article L. 1110-4 du code de la santé publique, qui dispose qu'« *un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social.* »

C. L'information des organismes de sécurité sociale par la cellule PDP

Le II prévoit réciproquement, dans un nouvel article L. 4622-8-2 du code du travail, que **la cellule pluridisciplinaire de prévention de la désinsertion professionnelle (cellule PDP)**, créée dans chaque SPSTI par l'article 14 de la proposition de loi, **informe les organismes de sécurité sociale lorsqu'elle accompagne des travailleurs qui ont fait l'objet de la transmission d'informations** prévue au I. Sous réserve de l'accord du travailleur, elle transmet des informations relatives au poste et aux conditions de travail de l'intéressé.

Les services devant recevoir ces informations sont :

- le service du contrôle médical ;
- les organismes locaux et régionaux d'assurance maladie ;
- le service social de la CARSAT.

Les modalités de cette information doivent être définies par décret.

D. Les modifications apportées en séance publique

En séance publique, l'Assemblée nationale a adopté deux amendements rédactionnels à l'initiative des rapporteuses.

II - La position de la commission

L'absence de visibilité des SST sur les arrêts de travail des salariés en risque de désinsertion professionnelle, notamment lorsqu'ils sont répétés, est un frein à l'action en faveur de leur maintien en emploi. Dans cette perspective, les rapporteurs reconnaissent l'intérêt des dispositions du I.

Les échanges d'informations prévus dans cet article permettent en effet de donner corps au rôle pivot qu'entend donner la proposition de loi aux SPST en matière de prévention de la désinsertion professionnelle.

Toutefois, il importe que ces échanges de données personnelles soient dûment encadrés. Sur la proposition des rapporteurs, la commission a donc souhaité que le décret précisant le contenu des informations transmises soit pris après **avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL)** (amendement COM-154). Un amendement COM-29 de notre collègue Philippe Mouiller a par ailleurs précisé qu'il s'agirait d'un décret en Conseil d'État.

La commission a par ailleurs relevé **une asymétrie dans les obligations prévues par cet article** : l'information des organismes de sécurité sociale, qui relève de la cellule de prévention de la désinsertion professionnelle instituée par l'article 14, ne concerne donc que les SPSTI et non les SPST autonomes. Elle a donc adopté, à l'initiative des rapporteurs, un **amendement COM-155 étendant cette obligation d'information à l'ensemble des SPST**, dès lors qu'ils accompagnent un travailleur présentant un risque identifié de désinsertion professionnelle.

Elle a enfin adopté un amendement COM-191 des rapporteurs visant à garantir **l'applicabilité de cet article à Saint-Pierre-et-Miquelon**.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 14 ter

Rôle du référent handicap en matière de prévention de la désinsertion professionnelle des personnes en situation de handicap

Cet article, inséré en commission par l'Assemblée nationale, vise à associer le référent handicap aux actions de maintien en emploi des personnes en situation de handicap.

La commission a précisé les dispositions de cet article en prévoyant explicitement la participation du référent handicap au rendez-vous de liaison à la demande du travailleur concerné et en le soumettant en conséquence à une obligation de discrétion.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale : faire du référent handicap un acteur de la prévention de la désinsertion professionnelle

A. Le référent handicap, un nouvel acteur au rôle peu encadré

La loi du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel¹ a rendu obligatoire la **désignation, dans toutes les entreprises employant au moins 250 salariés, d'un référent** « chargé d'orienter, d'informer et d'accompagner les personnes en situation de handicap »².

Si les textes ne précisent pas davantage la définition de cette fonction, celle-ci recouvre généralement, selon l'AGEFIPH³, quatre dimensions :

- un « tiers de confiance » qui informe, oriente et accompagne les personnes en situation de handicap ;

¹ Loi n° 2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel.

² Art. L. 5213-6-1 du code du travail.

³ Association de gestion du Fonds pour l'insertion des personnes handicapées.

- une « interface » chargée de faire le lien entre les différents acteurs internes et externes à l'entreprise ;
- un « pilote de projets », chargé de contribuer à la construction d'un plan d'actions, voire d'une politique handicap de l'entreprise ;
- un « ambassadeur » de l'emploi des personnes handicapées.

En tout état de cause, la loi ne confie actuellement au référent handicap **aucun rôle particulier en matière de prévention de la désinsertion professionnelle.**

Afin de professionnaliser ce nouvel acteur et d'accompagner les entreprises dans la mise en place de cette fonction, l'AGEFIPH a créé un réseau des référents handicap et, depuis 2020, une Université du réseau des référents handicap (UFRR) consistant en un séminaire annuel de deux jours de formation et d'échanges.

B. De nouvelles attributions en matière de prévention de la désinsertion professionnelle

L'article 14 *ter* est issu d'un amendement déposé par la députée Caroline Janvier (groupe La République en Marche) et adopté en commission à l'Assemblée nationale.

Il complète l'article L. 5213-6-1 du code du travail pour préciser le rôle du référent handicap en matière de prévention de la désinsertion professionnelle et de maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap.

En premier lieu, il prévoit que le référent « *peut être chargé de faire le lien* » avec le service de prévention et de santé au travail (SPST) « *dans l'objectif de contribuer au maintien dans l'emploi des personnes en situation de handicap et de prévenir la désinsertion professionnelle.* »

En second lieu, il précise que le référent « *peut être associé* » au rendez-vous de préreprise, que la proposition de loi élève au niveau législatif (*cf.* article 18) ainsi qu'aux échanges visant à proposer des mesures individuelles à l'issue de la visite de mi-carrière introduite à l'article 16.

C. Les modifications apportées en séance publique

En séance publique, l'Assemblée nationale a adopté à l'initiative des rapporteuses un amendement de cohérence rédactionnelle remplaçant la dénomination « rendez-vous de préreprise » par celle de « rendez-vous de liaison ».

II - La position de la commission : recentrer et préciser l'intervention du référent handicap

Il ressort des auditions menées par les rapporteurs que **le rôle du référent handicap et ses moyens varient fortement selon les entreprises**, en

fonction notamment du profil des personnes désignées, du temps laissé par l'employeur pour qu'elles puissent se consacrer à cette mission, de la formation dont elles peuvent bénéficier ainsi que de l'engagement de la direction et de l'encadrement de l'entreprise sur le sujet. En outre, on peut relever une asymétrie entre ce dispositif, qui ne concerne que sur les entreprises d'au moins 250 salariés, et l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés (OETH) qui s'impose à tous les employeurs occupant 20 salariés et plus.

Les rapporteurs considèrent cependant que **les attributions introduites par cet article sont insuffisamment précises** et que ces dispositions n'apportent, en l'état, aucune possibilité nouvelle aux référents handicap.

Sur leur proposition, la commission a donc **supprimé la possibilité pour le référent handicap d'« être chargé de faire le lien » avec le SPST**, cette disposition étant trop peu prescriptive et n'ajoutant rien au rôle d'interface que le référent peut actuellement jouer.

La commission a ainsi recentré et précisé l'intervention du référent handicap en matière de PDP en prévoyant plus explicitement sa **participation au rendez-vous de liaison en cas d'arrêt de travail prolongé** ainsi qu'aux échanges visant à proposer des mesures individuelles **à la demande du travailleur concerné**. En conséquence, il serait soumis à une **obligation de discrétion** à l'égard des informations personnelles qu'il pourrait être amené à connaître dans ce cadre (amendement COM-156).

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 15

Intégration des données issues des dossiers médicaux en santé au travail dans le système national de données de santé

Cet article vise à permettre le recours aux pratiques médicales à distance pour permettre le suivi individuel du travailleur.

La commission a rappelé que les plateformes de téléconsultation utilisées dans le cadre de la médecine du travail devront respecter les exigences d'interopérabilité et de sécurité applicables à la télémédecine. Elle a également ouvert la possibilité, avec l'accord du travailleur, d'associer à la téléconsultation son médecin traitant ou un professionnel médical de son choix.

I - Le dispositif proposé : la possibilité pour la médecine du travail d'effectuer une partie du suivi individuel du travailleur à distance

A. La télémédecine, une pratique réservée aux professionnels médicaux en pleine expansion depuis la crise sanitaire liée à la covid-19

Reconnue au niveau législatif par la loi « HPST » du 21 juillet 2009¹, la télémédecine est définie par l'article L. 6316-1 du code de la santé publique comme « *une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication* » qui « *met en rapport un professionnel médical avec un ou plusieurs professionnels de santé, entre eux ou avec le patient et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient.* » Elle a vocation à :

- permettre d'établir un diagnostic ;
- d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique ;
- de requérir un avis spécialisé ;
- de préparer une décision thérapeutique ;
- de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes ;
- d'effectuer une surveillance de l'état des patients.

Aux termes de l'article R. 6316-1 du code de la santé publique, la télémédecine comprend cinq types d'actes :

- la téléconsultation qui met en relation à distance un professionnel médical avec un patient auprès duquel peut être présent, le cas échéant, un professionnel de santé ou psychologue ;

- la téléexpertise qui permet à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs compétences ;

- la télésurveillance médicale qui permet à un professionnel d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient ;

- la téléassistance médicale qui permet à un professionnel médical d'assister un autre professionnel de santé dans la réalisation d'un acte ;

- la réponse médicale apportée dans le cadre des centres de réception et de régulation des appels des services de l'aide médicale urgente (SAMU) ou de la régulation téléphonique de l'activité de permanence des soins ambulatoires.

¹ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Par définition, la télémédecine doit mettre en relation le patient avec au moins un professionnel médical, c'est-à-dire un médecin, une sage-femme ou un chirurgien-dentiste. Le déploiement de la télémédecine a été rendu possible depuis le 15 septembre 2018, par la signature de l'avenant n° 6 à la convention médicale les 13 et 14 juin 2018. Le recours à la télémédecine s'est considérablement intensifié à la faveur de la crise sanitaire liée à la covid-19, de même que le télésoin qui met en relation le patient avec un professionnel de santé non médical, c'est-à-dire un pharmacien ou un auxiliaire médical (infirmier, masseur-kinésithérapeute, ergothérapeute, psychomotricien...).

Par une instruction en date du 17 mars 2020, les ministères du travail et de l'agriculture ont ainsi autorisé les services de santé au travail à recourir aux téléconsultations afin d'assurer les visites qui doivent être maintenues pendant le confinement « *en accord avec le salarié lorsque cela est possible au regard des nécessités de l'examen et en fonction du rapport bénéfice/risque et des moyens du service.* » Le ministère du travail a rappelé, en outre, sur son site Internet que les téléconsultations doivent s'opérer selon des modalités conformes aux recommandations de la HAS.

B. La pérennisation du recours aux téléconsultations pour assurer le suivi individuel du travailleur

Dans l'ANI du 9 décembre 2020, les partenaires sociaux ont estimé que, « *dans le cadre de [la] digitalisation des SPSTI, la mise en place d'une téléexpertise pour répondre aux exigences de certaines professions, à certaines situations géographiques et à la survenue de crises épidémiques, apparaît comme une alternative nouvelle nécessitant un encadrement de ses modalités d'exécution afin de pouvoir se développer sur l'ensemble du territoire.* » Ils invitent, en outre, à favoriser de « *nouvelles articulations* » entre médecine du travail et médecine de ville, notamment au travers du médecin praticien correspondant et de la télémédecine.

Afin d'accompagner le recours aux téléconsultations dans le cadre de la médecine du travail, l'article 15 de la proposition de loi modifie l'article L. 4624-1 du code du travail afin de :

- reconnaître la possibilité aux professionnels de santé au travail chargés du suivi individuel de l'état de santé du travailleur - c'est-à-dire le médecin du travail, le collaborateur médecin, l'interne en médecine du travail et l'infirmier en santé au travail - de recourir, pour l'exercice de leurs missions à des pratiques médicales à distance relevant de la télémédecine, dans des conditions qui seront précisées par décret (1°) ;

- préciser que le professionnel de santé peut recourir aux pratiques médicales à distance en tenant compte de l'état physique et psychique du travailleur. L'examen médical devra être réalisé en présence du travailleur dans les cas où le professionnel de santé considère que l'état de santé du travailleur ou les risques professionnels auxquels celui-ci est exposé nécessitent un examen physique (2°).

Enfin, le 3° de l'article 15 de la proposition de loi supprime le dernier alinéa de l'article L. 4624-1 du code du travail, prévoyant que le rapport annuel d'activité établi par le médecin du travail pour les entreprises dont il a la charge doit comporter des données présentées par sexe. La suppression de cette disposition tient compte du fait qu'il est déjà prévu, à l'article 10 de la proposition de loi, que les services de prévention et de santé au travail devront communiquer à leurs adhérents et rendre publics leurs rapports annuels d'activité qui devront comprendre des données relatives à l'égalité professionnelle entre les hommes et les femmes.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Dans son avis sur la proposition de loi, le Conseil d'État a estimé que le renvoi aux pratiques médicales à distance de la télémédecine ne s'impose pas « *dès lors que la définition des actes de télémédecine est peu adaptée aux visites et examens réalisés dans le cadre de la médecine du travail* » et qu'il pourrait s'avérer « *trop restrictif car il exclut les visites et examens réalisés par des infirmiers en santé au travail.* »

Afin de tenir compte de ces observations, la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a adopté un amendement de ses rapporteuses modifiant l'article 15 de la proposition de loi afin de prévoir que l'ensemble des professionnels de santé chargés du suivi individuel de l'état de santé du travailleur « *peuvent recourir à des pratiques médicales ou de soins à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication* ». Il est précisé que le consentement du travailleur devra être recueilli préalablement et que la mise en œuvre de ces pratiques devra garantir le respect de la confidentialité des échanges entre le professionnel de santé et le travailleur. La définition des modalités d'application de ces dispositions est renvoyée à un décret en Conseil d'État.

En séance, les députés ont adopté un amendement rédactionnel des rapporteuses de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale.

III - La position de la commission : renforcer la sécurité du recours aux téléconsultations dans le cadre du suivi individuel du travailleur

La commission des affaires sociales du Sénat est favorable au développement de la téléconsultation dans le cadre de la médecine du travail, pour autant que les plateformes utilisées par les SPST respectent les mêmes exigences minimales en termes de sécurité que celles applicables aux plateformes de télémédecine, notamment lorsqu'il s'agit de permettre, *via* ces plateformes, l'échange entre le travailleur et le professionnel de santé du SPST de documents sensibles tels que des résultats d'examens ou des attestations comprenant des informations sur l'état de santé du travailleur.

Dans ces conditions, elle a adopté un amendement COM-157 de ses rapporteurs visant à préciser que les services de prévention et de santé au travail et les professionnels de santé chargés du suivi individuel de l'état de santé du travail s'assurent que l'usage de ces technologies est conforme aux référentiels d'interopérabilité et de sécurité mentionnés à l'article L. 1110-4-1 du code de la santé publique. Les plateformes de téléconsultation utilisées devront ainsi respecter la politique générale de sécurité des systèmes d'information en santé et disposer de la certification « hébergeur de données de santé ».

Par ailleurs, dans leur rapport d'information sur la santé au travail d'octobre 2019¹, les rapporteurs de la commission des affaires sociales du Sénat avaient proposé de « *permettre également des téléconsultations entre le médecin du travail et le médecin traitant afin notamment que les éventuelles contraintes du parcours de soins du patient soient prises en compte dans l'aménagement de ses conditions de travail.* » La participation du médecin traitant ou d'un autre spécialiste, notamment en cas d'affection chronique - oncologue, cardiologue, néphrologue, psychiatre... -, aux échanges entre le médecin du travail et le travailleur peut en effet être de nature à mieux concilier la continuité des soins et le maintien dans l'emploi du travailleur.

Par conséquent, la commission a adopté, à l'initiative de ses rapporteurs, un amendement COM-158 ouvrant la possibilité pour le professionnel de santé du SPST recourant à une téléconsultation de proposer au travailleur, lorsqu'il estime que son état de santé ou les risques professionnels auxquels il est exposé le justifient, d'associer à la téléconsultation le médecin traitant du travailleur ou un autre professionnel médical choisi par le travailleur. Si le travailleur accepte cette proposition, le médecin traitant ou le professionnel médical choisi par le travailleur pourra participer à distance à la téléconsultation ou être présent auprès du travailleur. Cette mobilisation du médecin traitant ou spécialiste

¹ Pour un service universel de santé au travail, rapport d'information n° 10 (2019-2020) de M. Stéphane Artano et Mme Pascale Gruny, fait au nom de la commission des affaires sociales du Sénat, déposé le 2 octobre 2019.

s'inscrirait pleinement dans la logique du paiement au forfait¹ qui a pour but, dans le suivi en particulier de personnes souffrant de pathologies chroniques, de valoriser les efforts de prévention et de coordination des parcours de soins.

La commission a adopté l'article ainsi modifié.

Article 16

Création d'une visite médicale de mi-carrière

Cet article propose la création d'une visite médicale de mi-carrière. Afin de ne pas créer une nouvelle visite obligatoire tout en atteignant l'objectif poursuivi par la création d'une visite de mi-carrière, la commission a transformé cette visite en un renforcement de la visite d'information et de prévention après l'âge de 45 ans.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

I - Le dispositif proposé : la création d'une nouvelle visite médicale obligatoire

Le présent article crée un **nouvel article L. 4624-2-2** au sein du code du travail, aux termes duquel les travailleurs bénéficient d'une **visite médicale de mi-carrière**.

Cette visite doit être organisée **au cours de l'année du quarante-cinquième anniversaire** du travailleur, sauf lorsqu'un **accord de branche** prévoit une échéance différente.

Il est précisé que cette visite **peut être organisée conjointement avec une autre visite médicale** lorsque le travailleur doit être examiné par le médecin du travail dans les deux ans précédant l'échéance.

La rédaction proposée fixe **trois objectifs** à cette visite :

- **établir un état des lieux de l'adéquation entre le poste de travail et l'état de santé du salarié**, en tenant compte des expositions à des facteurs de risques professionnels auxquels il a été soumis ;

- **évaluer les risques de désinsertion professionnelle**, en prenant en compte l'évolution des capacités du travailleur en fonction de son parcours professionnel, de son âge et de son état de santé ;

¹ Dont le forfait patientèle du médecin traitant, le forfait structure pour le médecin traitant et certains spécialistes et la rémunération sur objectifs de santé publique comprenant des indicateurs de participation à une collaboration pluridisciplinaire.

- **sensibiliser** le travailleur sur les enjeux du vieillissement au travail et sur la prévention des risques professionnels.

Les dispositions de l'article L. 4624-3, aux termes desquelles le médecin du travail peut proposer des mesures individuelles d'aménagement, d'adaptation ou de transformation du poste de travail ou des mesures d'aménagement du temps de travail sont reprises. Un **décret en Conseil d'État** doit préciser les modalités d'application de cet article¹.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Outre plusieurs amendements rédactionnels, l'Assemblée nationale a adopté au stade de la commission, un amendement de M. Thierry Michels, supprimé ensuite en séance publique par un amendement du même auteur, qui permettait au référent handicap de transmettre ses observations au médecin du travail en amont de la visite de mi-carrière.

En séance publique, outre un amendement rédactionnel, l'Assemblée nationale a également adopté un amendement de M. Stéphane Viry aux termes duquel la visite de mi-carrière peut être réalisée par **un infirmier de santé au travail exerçant en pratique avancée**. Dans ce cas, l'infirmier ne peut de lui-même proposer les mesures mentionnées à l'article L. 4624-3 mais peut **orienter « sans délai » le travailleur vers le médecin du travail**.

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

III - La position de la commission

A. Une proposition qui semble irréaliste

1. Les règles en vigueur avant la loi « Travail »

Avant le 1^{er} janvier 2017, **les règles relatives au suivi médical des salariés étaient principalement de nature règlementaire**.

Ainsi, l'article R. 4624-10, dans sa rédaction antérieure à cette date, prévoyait un **examen médical de tout salarié par le médecin du travail avant son embauche** ou au plus tard avant la fin de sa période d'essai. Cet examen visait notamment à s'assurer de l'aptitude du salarié à son poste.

Par ailleurs, l'article R. 4624-16 prévoyait des **examens périodiques** ou moins tous les vingt-quatre mois.

En outre, en cas d'arrêt de travail long, des **visites de pré-reprise** et de **reprise** sont prévues respectivement aux articles R. 4624-29 et art. R. 4624-31, toujours en vigueur.

¹ Une renvoi spécifique à un décret était prévu dans la rédaction initiale et a été supprimé par l'Assemblée nationale. L'article L. 4624-10 prévoit déjà que les conditions d'application du chapitre dans lequel s'insèrent les dispositions proposées par le présent article sont précisées par un décret en Conseil d'État.

Enfin, indépendamment des visites médicales obligatoires, le **travailleur peut bénéficier d'examens par la médecine du travail à sa propre initiative ou à celle de son employeur ou du médecin du travail** (art. R. 4624-34 toujours en vigueur).

2. Les évolutions apportées par la loi « Travail »

La loi « Travail » du 8 août 2016¹ a impulsé une **réforme tendant à moderniser ces règles**.

Ainsi que le soulignaient les rapporteurs de ce texte au Sénat, **les moyens humains de la médecine du travail ne permettaient pas d'assurer l'ensemble des visites obligatoires**, alors même que ces visites apparaissaient en décalage avec les besoins des salariés et **réduisaient le temps médical disponible pour d'autres actions**, notamment de prévention.

Ainsi la loi du 8 août 2016 a créé la **visite d'information et de prévention (VIP)**.

En conséquence, le décret du 27 décembre 2016² a supprimé les dispositions relatives à l'examen d'aptitude préalable à l'embauche (sauf s'agissant des salariés particulièrement exposés) ainsi que les visites périodiques.

Pour les travailleurs qui occupent des **postes présentant des risques particuliers**, la VIP est remplacée par un **examen médical d'aptitude**, qui est réalisé avant l'embauche et renouvelé périodiquement (art. L. 4624-2).

La visite d'information et de prévention

Prévue à l'article L. 4624-1 du code du travail, la VIP est effectuée **après l'embauche**³ et peut être assurée par le médecin du travail mais également, sous son autorité, par un collaborateur médecin, par un interne en médecine du travail ou par un infirmier. Les modalités et la périodicité de la VIP doivent prendre en compte les conditions de travail, l'état de santé et l'âge du travailleur ainsi que les risques auquel il est exposé. L'article R. 4624-16 précise toutefois que la périodicité ne peut excéder 5 ans.

3. Une proposition qui va à rebours des réformes récentes

La création d'une visite de mi-carrière proposée par le présent article **s'inscrit à rebours de la logique suivie par la loi de 2016** en créant une nouvelle visite médicale obligatoire, qui devrait obligatoirement être réalisée par un médecin du travail ou par un infirmier en pratique avancée.

¹ Loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels.

² Décret n° 2016-1908 du 27 décembre 2016 relatif à la modernisation de la médecine du travail.

³ L'article R. 4624-10 précise que cette visite est effectuée dans un délai de trois mois à compter de la prise de poste.

Selon l'organisme Présanse, entendu par les rapporteurs, cette visite devrait concerner 4 % des effectifs salariés chaque année et représenterait une charge de travail équivalent à celle de 200 médecins du travail. Par ailleurs, si la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale permet à des infirmiers en pratique avancée (IPA) d'organiser ces visites, il convient de noter qu'il n'existe à ce jour aucun IPA en santé au travail.

Si les rapporteuses de l'Assemblée nationale estiment dans leur rapport être « *convaincues* » que les mesures prévues par la proposition de loi « *ne manqueront pas de produire leurs effets* », et que les SPST seront donc en mesure de faire face à cette nouvelle exigence, cet optimisme peut sembler excessif.

Il est en effet à craindre que, dans le meilleur des cas, cette nouvelle visite obligatoire soit perçue, par les professionnels de la santé au travail comme par nombre de salariés, comme une formalité chronophage empiétant sur la capacité de la médecine du travail à mettre en œuvre des actions de prévention mieux ciblées. On peut surtout s'attendre, compte tenu de la ressource médicale, à ce que cette obligation reste bien souvent lettre morte.

Le risque est donc de réinstaller une situation à laquelle la loi de 2016 avait cherché à remédier.

4. Un ciblage imparfait

Réaliser une photographie de l'état de santé du salarié à 45 ans – ou à l'âge déterminé par la branche – pourra dans certains cas permettre de d'identifier des risques de désinsertion professionnelle. Dans bien des cas, en revanche, cette visite interviendra trop tôt. En effet, un grand nombre de salariés sont, fort heureusement, en parfaite santé à l'âge de 45 ans.

Par ailleurs, la nouvelle visite médicale obligatoire qui est proposée ne bénéficiera pas aux travailleurs qui, pour une raison ou pour un autre, ne sont pas en situation d'emploi salarié l'année de leur 45^{ème} anniversaire. Or, les travailleurs qui connaissent des ruptures dans la seconde partie de leur parcours professionnels sont bien souvent parmi ceux qui connaissent le plus de risques de désinsertion professionnelle ou de problèmes de santé liés au travail.

5. Une proposition alternative

Les rapporteurs partagent le souhait manifesté par les partenaires sociaux de mieux détecter les difficultés de santé afin de pouvoir agir en amont.

Visite de mi-carrière : les stipulations de l'ANI

Les auteurs de la proposition de loi la présentent comme la stricte transposition au niveau législatif des stipulations de l'accord national interprofessionnel du 9 décembre 2020.

S'agissant du suivi des salariés au mitan de leur carrière, l'accord se borne à stipuler que « *la mise en œuvre de la [prévention de la désinsertion professionnelle] exige une approche anticipatrice qui conduit à adapter les outils existants* », notamment en mettant en œuvre une « *visite de mi-carrière* » pour repérer une inadéquation entre le poste de travail et l'état de santé ».

Il semble donc que le législateur peut, sans remettre en cause l'esprit de l'ANI, introduire des dispositions plus opérationnelles que celles adoptées par l'Assemblée nationale.

Sur leur proposition, la commission a adopté un dispositif alternatif (**amendement COM-159**) qui s'inscrit dans la continuité de la réforme de 2016 en **intégrant le suivi des travailleurs en seconde partie de carrière au cadre existant**.

La rédaction adoptée par la commission complète les dispositions relatives à la **visite d'information et de prévention** afin que, **pour les salariés âgés d'au moins 45 ans**, cette visite vise également à apprécier **l'adéquation entre son poste de travail et son état de santé** en tenant compte des facteurs de risques professionnels auquel il est exposé, à évaluer les **risques de désinsertion professionnelle** et à le sensibiliser sur les enjeux du vieillissement au travail et sur la prévention des risques professionnels.

Pour les travailleurs exposés à des risques particuliers, l'amendement adopté par la commission prévoit que **l'examen d'aptitude** renouvelé tous les deux ans sera l'occasion, lorsque le travailleur est âgé d'au moins 45 ans, d'aborder les mêmes sujets. Il prévoit enfin que **l'entretien professionnel** réalisé tous les six ans entre l'employeur et le salarié pour faire un état des lieux sur son parcours soit aussi l'occasion d'aborder ces questions de santé au travail lorsque le salarié est âgé d'au moins 45 ans.

Cette solution présente, aux yeux des rapporteurs, plusieurs avantages : elle s'intègre au cadre existant ; elle vise, en se rattachant à la VIP, un panel de professionnels plus large pour assurer ces missions ; elle permet un suivi régulier du salarié, dont les difficultés n'apparaissent pas forcément autour de 45 ans ; elle concernera les travailleurs qui ne sont pas en situation d'emploi salarié à l'âge de 45 ans.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 17

Suivi médical des travailleurs non-salariés et des travailleurs d'entreprises extérieures intervenant dans l'entreprise

Cet article permet l'affiliation des travailleurs indépendants à des services de prévention et de santé au travail. Il permet par ailleurs au SPST d'une entreprise de suivre l'ensemble des travailleurs intervenant sur son site. La commission a ajouté à cet article la possibilité, pour le chef d'entreprise, de bénéficier de l'offre du SSTI auquel adhère son entreprise, sans augmentation du montant de la cotisation due.

La commission a adopté cet article ainsi modifié

I - Le dispositif proposé

A. Suivi des intérimaires par le SPST de l'entreprise utilisatrice

Aux termes de l'article L. 1251-22 du code du travail, les obligations en matière de santé au travail incombent, s'agissant des salariés intérimaires, aux entreprises de travail temporaire qui les emploient.

Le 1^o du présent article complète cet article afin de prévoir que les salariés intérimaires « *peuvent* » être suivis par le service de prévention et de santé au travail (SPST)¹ de l'entreprise utilisatrice, lorsqu'elle dispose de son propre service. Ce suivi s'exerce alors dans le cadre d'une convention conclue avec l'entreprise de travail temporaire.

B. Affiliation volontaire des travailleurs non-salariés au SPST de leur choix

En l'état actuel du droit, les travailleurs non-salariés, dont les chefs d'entreprise, ne bénéficient pas des dispositions relatives à la santé au travail, prévues au bénéfice des salariés, et ne sont pas suivis par les services de santé au travail.

Le 2^o du présent article complète les dispositions du code du travail relatives aux services de santé au travail en insérant un nouvel article L. 4621-3 aux termes duquel les travailleurs indépendants « *peuvent* » s'affilier au SPST de leur choix. Ils bénéficient alors d'une offre spécifique de services en matière de prévention, de suivi individuel et de prévention de la désinsertion professionnelle.

¹ L'article 1^{er} de la proposition de loi prévoit la transformation des services de santé au travail (SST) en services de prévention et de santé au travail (SPST).

C. Suivi des travailleurs extérieurs intervenant sur le site de l'entreprise

Le 3° du présent article crée un nouvel article L. 4622-5-1 au sein du code du travail tendant à permettre au SPST d'une entreprise de suivre l'ensemble des travailleurs intervenant sur son site. Cela inclut les travailleurs non-salariés, dont le chef d'entreprise, ainsi que les salariés d'entreprises extérieures, prestataires ou sous-traitantes par exemple. Une convention déterminera les conditions dans lesquelles s'effectuera ce suivi.

Ce même article prévoit en outre une responsabilité conjointe en matière de prévention des risques professionnels pour les salariés d'entreprises extérieures intervenant sur le site d'une entreprise disposant de son propre SPST dès lors que les salariés concernés exercent des activités dont la nature et la durée seront précisées par décret.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Au stade de l'examen en commission, l'Assemblée nationale a adopté plusieurs amendements de précision des rapporteuses. Alors que le suivi de l'état de santé des travailleurs intérimaires par le SPST de l'entreprise utilisatrice pouvait, dans la rédaction initiale, faire l'objet d'une convention conclue avec l'entreprise de travail temporaire ou son SPST, la rédaction finalement adoptée supprime la mention de ce dernier.

Un amendement des rapporteuses a par ailleurs modifié la rédaction proposée pour l'article L. 4621-3 afin de tenir compte des recommandations rédactionnelles du Conseil d'État. Cet amendement a également renvoyé à un décret les modalités d'application de cet article.

Les rapporteuses de la proposition de loi ont en outre souhaité préciser à l'article L. 4622-5-1, conformément à une recommandation du Conseil d'État, que le suivi des travailleurs intervenant sur le site de l'entreprise, autres que ses salariés, concerne leur état de santé. Un autre amendement a précisé que la responsabilité conjointe en matière de prévention des risques professionnels correspond aux missions des SPST telles que définies à l'article L. 4622-1 autres que celle relative à la surveillance de l'état de santé des travailleurs.

En séance publique, l'Assemblée nationale n'a adopté qu'un amendement rédactionnel.

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

III - La position de la commission

- Un problème identifié

Le présent article vise à **prendre en compte la situation de travailleurs dont le suivi de l'état de santé est particulièrement déficient**. Ainsi que le soulignait le rapport d'information des rapporteurs sur la santé au travail¹, les **travailleurs indépendants** font face à un certain nombre de risques similaires à ceux auxquels sont exposés les salariés effectuant des travaux de même nature. En outre, la nature même du travail indépendant et la forte responsabilité personnelle qu'elle induit créent des risques psychosociaux spécifiques. Or, cette indépendance peut également conduire à une minimisation ou à un certain déni des problèmes de santé au travail.

Le même rapport soulignait par ailleurs que les **travailleurs intérimaires** sont souvent davantage exposés à certains risques professionnels, alors que leur suivi est rendu plus difficile par la nature de leur travail.

Enfin, dans un contexte de développement de la sous-traitance, les **entreprise sous-traitantes ou prestataires** peuvent avoir des difficultés à mettre en place des actions de suivi et de prévention de la santé de leurs salariés.

Le rapport d'information des rapporteurs proposait plusieurs mesures pour améliorer la prise en compte de la santé au travail de ces travailleurs. Il proposait premièrement **que le chef d'entreprise soit intégré dans la population suivie par le SST dont elle dépend**. S'agissant des **indépendants** qui n'ont pas de salarié, le rapport recommandait leur affiliation obligatoire à un SST, renvoyant à la négociation les modalités de financement de cette affiliation. Le rapport proposait par ailleurs le **suivi des salariés d'entreprises sous-traitantes** par le SST de l'entreprise utilisatrice, dès lors que la prestation dépasse une durée déterminée par décret. Il recommandait enfin la désignation d'un SST compétent pour l'ensemble des travailleurs **intérimaires** à l'échelle d'un territoire.

- L'ANI

Dans l'accord national interprofessionnel du 9 décembre 2020, les partenaires sociaux ont convenu « *d'accompagner les travailleurs indépendants et les dirigeants non-salariés aux fins qu'ils puissent s'engager dans une démarche volontaire de suivi de leur état de santé* » et affirmé la possibilité pour les SPST d'entreprise de suivre les intérimaires intervenant au sein d'une entreprise ainsi que la nécessité d'organiser une coopération entre le SPST de l'entreprise utilisatrice et le SPST auquel adhère l'entreprise sous-traitante.

¹ « Pour un service universel de santé au travail », rapport d'information de M. Stéphane ARTANO et Mme Pascale GRUNY, fait au nom de la commission des affaires sociales, 2 octobre 2019.

- Des réponses dont la portée est incertaine.

Les réponses proposées par le présent article risquent d'être partiellement suivies d'effets. La possibilité pour les travailleurs indépendants de s'affilier à un SPST proposant une offre de services spécifique risque ainsi de rester sans suite si la question du financement de cette affiliation n'est pas traitée. Or, il n'est pas certain qu'un nombre important de travailleurs indépendants souhaite payer une cotisation supplémentaire pour un service dont ils ne voient pas la nécessité. On peut également s'interroger sur la capacité des SPST, compte tenu de leurs ressources limitées, à développer en parallèle de leurs missions actuelles une offre de services spécifique, *a fortiori* si le nombre de travailleurs indépendants affiliés n'atteint pas un seuil critique.

S'agissant du suivi des travailleurs intérimaires et des travailleurs d'entreprises extérieures, le présent article se borne à affirmer une possibilité, dans le cas où l'entreprise utilisatrice dispose de son propre SPST.

Malgré ces risques, les rapporteurs considèrent que les dispositifs proposés constituent **une première étape** pour renforcer la santé au travail de ces travailleurs et qu'ils **correspondent aux conclusions de l'ANI**. Il conviendra toutefois d'accompagner les mesures proposées de dispositifs incitatifs puis d'évaluer la portée des possibilités offertes par le présent article.

Dans le prolongement des mesures ainsi proposées et conformément aux propositions de leur rapport d'information, les rapporteurs ont proposé à la commission un amendement (COM-160) ouvrant **la possibilité pour le chef d'entreprise de bénéficier des services du SPSTI auquel son entreprise adhère**, sans qu'il soit pris en compte pour le calcul de la cotisation due par l'entreprise. La commission a adopté cet amendement.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 17 bis

Mutualisation du suivi de l'état de santé des salariés ayant plusieurs employeurs

Cet article propose de mutualiser le suivi de l'état de santé des travailleurs occupant des emplois identiques auprès d'employeurs différents.

Sur proposition des rapporteurs, la commission l'a supprimé.

I - Le dispositif proposé

Inscrit en séance publique à l'Assemblée nationale sur proposition des rapporteuses et de plusieurs députés de groupes différents, le présent article crée un **nouvel article L. 4624-1-1** au sein du code du travail, aux termes duquel **le suivi de l'état de santé des travailleurs occupant des emplois identiques auprès d'employeurs différents est mutualisé selon des modalités fixées par décret.**

II - La position de la commission

Le présent article vise à répondre à une problématique réelle, mais y apporte une réponse qui, bien que relativement consensuelle, **n'est pas pleinement satisfaisante.**

En effet, il ne propose aucune solution mais se contente de renvoyer à un décret. Son adoption en séance publique semble traduire la difficulté à proposer un dispositif plus concret.

Au cours des débats en séance publique à l'Assemblée nationale, le ministre, tout en considérant qu'il s'agissait d'une piste prometteuse, a exprimé ses doutes sur la possibilité de répondre à cette problématique par décret¹.

Au demeurant, la notion d'emplois « *identiques* » semble peu opérante.

Les rapporteurs considèrent qu'il n'est pas de bonne méthode législative pour le Parlement, quand il ne sait comment résoudre un problème, de s'en remettre au Gouvernement, *a fortiori* lorsque celui-ci indique ne pas être en mesure de le faire par voie réglementaire.

Sur leur proposition, la commission a donc adopté un amendement (COM-161) de suppression du présent article.

La commission a supprimé cet article.

¹ *En séance publique, M. Laurent Pietraszewski s'est ainsi interrogé : « l'amendement de la rapporteure renvoie les modalités d'application à un décret, mais permettra-t-il de répondre à toutes les questions opérationnelles qui se poseront ? » Avant de répondre lui-même à cette question : « Ayant moi aussi pris connaissance de ce dossier, j'en doute. À terme, nous serons obligés de repasser par la loi ».*

Article 17 ter

Modalités de mise en œuvre du suivi de l'état de santé des salariés du particulier employeur

Cet article propose de renvoyer à un décret la définition des modalités de suivi de l'état de santé des salariés de particuliers employeurs.

La commission a supprimé ce renvoi et a introduit un dispositif permettant de mutualiser pour le compte des particuliers employeurs le suivi de l'état de santé de leur salarié, par adhésion à un service de prévention et de santé au travail.

I - Le dispositif proposé

Inséré en séance publique à l'Assemblée nationale sur proposition des rapporteuses, le présent article crée un **nouvel article L. 4625-3** au sein du code du travail aux termes duquel **les modalités de suivi de l'état de santé des salariés du particulier employeur sont déterminées par décret.**

Un sous-amendement de Mme Annie Vidal a élargi l'objet de ce décret au suivi des **assistants maternels.**

II - La position de la commission

Selon la fédération des particuliers employeurs (Fepem), le secteur des particuliers employeurs représente 3,4 millions de particuliers employeurs et 1,4 million de salariés.

Compte tenu des spécificités de cette forme d'emploi, l'article L. 7221-2 du code du travail énumère les dispositions de ce code qui sont applicables aux salariés en question. Sont notamment concernées les dispositions relatives à la surveillance médicale.

Le code du travail permet **des adaptations des règles relatives à l'organisation, au choix et au financement des services de santé au travail ainsi qu'aux modalités de surveillance de l'état de santé pour certaines catégories de travailleurs** dont les conditions d'emploi présentent des spécificités. Ces adaptations ne peuvent néanmoins pas conduire à modifier la périodicité des examens médicaux prévus par le code du travail.

Elles peuvent être mises en œuvre par décret s'agissant des catégories de travailleurs énumérées à l'article L. 4624-1, qui mentionnent notamment les salariés temporaires, ou encore les stagiaires de la formation professionnelle.

Elles peuvent en outre être prévues par un accord de branche étendu pour les catégories de travailleurs énumérées à l'article L. 4625-2, et notamment pour les salariés du particulier employeur.

C'est sur la base de cet article L. 4625-2 qu'a été conclu, le 24 novembre 2016, un accord cadre applicable aux branches des salariés du particulier employeur et des assistants maternels du particulier employeur. Cet accord a été étendu, s'agissant uniquement de la branche des salariés du particulier employeur, par un arrêté du 4 mai 2017.

Cet accord prévoit notamment la création d'un organisme de gestion national (OGN) chargé notamment de **gérer, pour le compte des particuliers employeurs, le suivi individuel de l'état de santé des salariés**. Aux termes de l'accord, le suivi individuel de l'état de santé des salariés du particulier employeur est assuré par des SSTI et, le cas échéant, par des médecins non spécialistes en santé au travail dans le cadre de protocoles conclus avec des SSTI. Chaque employeur adhère à un SSTI par l'intermédiaire de l'OGN.

L'accord prévoit par ailleurs que le suivi des salariés ayant plusieurs employeurs est globalisé (dans la limite de trois postes de travail) et que chaque visite prévue par le code du travail n'est exercée qu'une fois. L'OGN doit mettre à disposition des salariés un « compte santé au travail » compilant l'ensemble des données relatives à son suivi, à l'exclusion de données à caractère médical.

Les partenaires sociaux du secteur ont décidé, dans un premier temps, d'expérimenter ce dispositif afin de s'assurer de son efficacité. **Une expérimentation a ainsi été déployée dans le département du Cher depuis le printemps 2019**. Cette expérimentation a permis aux partenaires sociaux du secteur de tirer de premiers enseignements pour la généralisation d'une organisation de la santé au travail adaptée aux assistants maternels et salariés du particulier employeur :

- il conviendrait de rattacher automatiquement les particuliers employeurs au système de mutualisation, pour s'assurer de l'effectivité du dispositif ;

- l'information du particulier employeur sur la santé au travail des salariés devrait être améliorée ;

- le système déployé doit être à la fois adapté au secteur du particulier employeur et **tenir compte des réalités territoriales** (capacités des services de santé au travail selon les territoriales, possibilités de faire des téléconsultations au moins pour une partie du suivi, etc.)¹.

Les partenaires sociaux ont en outre franchi une étape supplémentaire dans la consolidation des droits sociaux des assistants maternels et salariés du particulier employeur en s'accordant sur la **convergence des deux branches professionnelles** (celle des assistants maternels et celle des autres salariés). Une **convention collective unique a été signée par les partenaires sociaux le 26 mars 2021**. L'article 74 de cette convention prévoit la mise en œuvre de la **surveillance médicale des salariés par la mutualisation des obligations des employeurs au sein d'une association paritaire agissant en leur nom**.

¹ D'après les informations transmises aux rapporteurs par la Fepem.

Cette association, **l'association paritaire nationale interbranches (APNI)**, assure déjà pour le secteur la mutualisation de l'organisation de la formation professionnelle et de certaines actions sociales et culturelles, compte tenu de l'éclatement des employeurs qui ne peuvent pas assurer individuellement ces missions. À compter du 1^{er} janvier 2022, **l'APNI assurera également pour le compte des employeurs la gestion de la prévoyance des salariés**¹, par la collecte des cotisations complémentaire et la sélection d'un organisme de prévoyance pour les salariés du secteur.

Les rapporteurs saluent les avancées réalisées pour renforcer les droits sociaux des assistants maternels et des salariés du particulier employeur, qui sont le fruit d'une concertation de l'ensemble des partenaires sociaux de ce secteur. Dans le prolongement des dispositifs mis en place et suite aux travaux d'expérimentation réalisés, il convient de **donner une base légale solide au déploiement d'un système de santé au travail adapté à l'emploi par un particulier employeur.**

Alors que le présent article renvoie la définition de cette organisation à un décret, les rapporteurs considèrent qu'il est préférable et plus sécurisant de **fixer dans la loi les bases de cette organisation dérogatoire.** La commission a donc adopté **l'amendement COM-162** des rapporteurs qui prévoit que l'APNI sera chargée de mettre en œuvre la prévention des risques et le suivi médical des salariés pour le compte des employeurs. L'APNI désignera le ou les SPST chargés d'assurer ce suivi et les employeurs y adhéreront, au moyen d'une contribution forfaitaire, par son intermédiaire. Il est précisé que les organismes de recouvrement des cotisations sociales assureront pour l'APNI la collecte de cette contribution auprès des employeurs et des informations nécessaires à la mise en œuvre de cette nouvelle mission. Les guichets uniques utilisés par les particuliers employeurs (Cesu et Pajemploi) et gérés par les Urssaf, pourront ainsi intégrer la collecte de cette contribution et des données nécessaires afin de maintenir une organisation simple de la gestion des démarches liées à l'emploi d'un salarié par un particulier.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

¹ En vertu de la loi n° 2021-725 du 8 juin 2021 visant à sécuriser les droits à protection sociale des assistants maternels et des salariés des particuliers employeurs.

Article 18

Aménagement des modalités de l'organisation du retour des travailleurs à leur poste après une absence de longue durée

Cet article propose de permettre au salarié en arrêt de travail de solliciter un rendez-vous de liaison et fait remonter au niveau législatif les dispositions réglementaires relatives aux visites médicales de pré-reprise et de reprise.

La commission a adopté cet article en apportant des modifications aux modalités d'organisation du rendez-vous de liaison.

I - Le dispositif proposé

A. Des visites visant à faciliter la reprise du travail après un arrêt

Les différentes **visites médicales dont bénéficient les salariés ayant connu un arrêt de travail** sont aujourd'hui prévues par des dispositions de nature **règlementaire** du code du travail.

1. La visite de pré-reprise

L'article R. 4624-29 prévoit une **visite de pré-reprise**, organisée par le médecin du travail, à l'initiative du médecin traitant, du médecin conseil de l'assurance maladie ou du travailleur lui-même. Cette visite est **obligatoire pour tout arrêt de travail d'au moins trois mois**.

Au cours de l'examen de pré-reprise, le médecin du travail peut recommander des aménagements et adaptations du poste de travail, formuler des préconisations de reclassement ou recommander des formations professionnelles. Sauf opposition du travailleur, il informe l'employeur et le médecin conseil de ses recommandations.

2. L'examen de reprise

L'article R. 4624-31 prévoit ainsi un **examen de reprise** du travail à l'issue d'un congé de maternité, d'une absence **pour cause de maladie professionnelle ou d'une absence d'au moins 30 jours** pour cause d'accident du travail, de maladie ou d'accident non-professionnel.

Cet examen est réalisé par le médecin du travail. **Il appartient à l'employeur de saisir le service de santé au travail** dès qu'il a connaissance de la date de la fin de l'arrêt de travail ou **au plus tard dans les huit jours qui suivent la reprise** du travail.

B. Une évolution des visites obligatoires

Le présent article tend à **faire remonter au niveau législatif, sans évolution notable du droit applicable**, les dispositions relatives aux visites dont bénéficient les travailleurs après un arrêt de travail. Il propose en outre de créer un entretien professionnel de pré-reprise.

1. Création d'un entretien de pré-reprise

a) Arrêts de travail de droit commun

Le présent article tend tout d'abord à créer un **entretien de pré-reprise** entre le salarié absent pour cause d'incapacité et son employeur.

Le 1° crée un nouvel article au sein du code du travail, initialement numéroté L. 1226-1-2¹, qui, **sans remettre en cause la suspension du contrat** de travail du salarié, **permet l'organisation d'un rendez-vous de pré-reprise** entre le travailleur, l'employeur et, initialement de manière facultative, le service de prévention et de santé au travail (SPST) **lorsque l'absence du salarié résultant d'une maladie ou d'un accident dépasse une durée fixée par décret**. Les salariés pouvant bénéficier de cet entretien sont définis par renvoi au premier alinéa de l'article L. 1226-1, qui prévoit une indemnité complémentaire versée par l'employeur aux salariés ayant une année d'ancienneté.

Dans le cadre de cet entretien, **le salarié est informé qu'il peut bénéficier d'actions** de prévention de la désinsertion professionnelle, d'un examen de pré-reprise **et de mesures d'aménagement** du poste et du temps de travail.

b) Arrêts de travail résultant d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle

Dans la rédaction initiale, un 2° insérait des dispositions similaires dans un nouvel article L. 1226-7-1, applicable aux salariés dont l'arrêt de travail résulte d'un accident de travail autre qu'un accident de trajet ou d'une maladie professionnelle

2. Aménagement des visites de reprise et de pré-reprise

Le 3° fait remonter au niveau législatif les **dispositions relatives aux visites médicales de reprise et de pré-reprise**. Il crée à cet effet deux nouveaux articles L. 4624-2-2 et L. 4624-2-3 à la suite des dispositions relatives au suivi de l'état de santé des travailleurs par la médecine du travail (art. L. 4624-1).

Le **nouvel article L. 4624-2-2** prévoit que, après un congé de maternité ou une absence pour cause d'accident ou de maladie répondant à des conditions fixées par décret, le travailleur bénéficie d'un **examen de reprise**. Dans la rédaction initiale, cet examen pouvait être réalisé par un professionnel de santé au travail. **Le délai dans lequel cet examen doit être organisé doit être fixé par décret**.

¹ Il existe déjà un article L. 1226-1-2 au sein du code du travail.

Le **nouvel article L. 4624-2-3** prévoit, pour toute absence pour incapacité résultant d'une maladie ou d'un accident, le travailleur peut bénéficier d'un **examen de pré-reprise**. Cet examen est réalisé par le médecin du travail et est organisé, dans la rédaction initiale, à l'initiative du travailleur, de l'employeur, des services de l'assurance maladie ou du médecin du travail. Il peut être organisé dès lors que le retour du travailleur à son poste est envisagé et a notamment pour objet d'étudier les mesures d'adaptation du poste de travail.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

A. Entretien de liaison

Au stade de l'examen en commission, l'Assemblée nationale a adopté un amendement de Mme Valérie Six tendant à renommer l'entretien de pré-reprise pour retenir plutôt la notion d'entretien « *de liaison* ».

Elle a également adopté un amendement des rapporteuses, identique à un amendement de Mme Six tendant à **rendre impérative la présence du SPST à cet entretien**. Un amendement des rapporteuses a en outre précisé que **l'entretien est organisé à l'initiative du salarié, l'employeur pouvant l'informer** de cette faculté.

Dans la mesure où les salariés pouvant bénéficier d'un entretien de liaison sont, aux termes du 1^o proposé, tous ceux qui, ayant un an d'ancienneté, sont absents pour cause de maladie ou d'accident quelle qu'en soit l'origine, l'article L. 1226-7-1 initialement proposé pour couvrir les arrêts résultant d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle était superfétatoire. Un amendement des rapporteuses adopté en commission l'a donc supprimé.

B. Visite de reprise

Un amendement des rapporteuses **a restreint au seul médecin du travail la possibilité de réaliser l'examen de reprise**, conformément à une recommandation du Conseil d'État qui observait que cet examen peut déboucher sur un avis d'inaptitude que seul un médecin peut émettre.

C. Visite de pré-reprise

Un amendement des rapporteuses a précisé que la visite de pré-reprise peut également être organisée à l'initiative du médecin traitant, comme c'est le cas aujourd'hui (art. R. 4624-29). À l'inverse, un autre amendement des rapporteuses a supprimé la possibilité pour l'employeur d'être à l'initiative de cet examen, tout en l'obligeant à informer le salarié de sa faculté de le solliciter.

L'Assemblée nationale a en outre adopté six amendements rédactionnels des rapporteuses en commission et un en séance.

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

III - La position de la commission

Les dispositifs faisant l'objet du présent article, qui permettent d'anticiper le retour du salarié à l'issue de longs congés et l'adaptation de son poste de travail, sont essentiels pour la prévention de la désinsertion professionnelle.

A. Visite de pré-reprise et visite de reprise

En ce qui concerne les visites de reprise et de pré-reprise, les dispositions proposées ne modifient pas substantiellement le droit existant. Les rapporteurs notent toutefois que le délai dans lequel doit intervenir l'examen de reprise et la durée d'absence ouvrant le bénéfice de l'examen de pré-reprise seront fixés par décret. Ce renvoi au décret permettrait de prévoir des délais et durées plus courts pour l'organisation de ces visites, comme le recommande les professionnels de la prévention de la désinsertion professionnelle, ce qui rejoint les orientations des rapporteurs émises dans le cadre de leur rapport d'information de 2019.

B. Entretien de liaison

En ouvrant pour le salarié en arrêt de travail la possibilité de bénéficier d'un rendez-vous avec son employeur, le présent article semble avoir une portée assez limitée, formalisant un entretien qui peut déjà être réalisé aujourd'hui. Il donne néanmoins une meilleure visibilité et un cadre aux échanges pouvant se tenir entre l'employeur et le salarié avant son éventuelle reprise du travail, même s'il ne prévoit qu'une information du salarié sur les mesures dont il peut bénéficier.

Outre l'adoption d'un amendement de coordination des rapporteurs (COM-164) la commission a souhaité apporter deux modifications à cet entretien de liaison, à l'initiative des rapporteurs (amendement COM-163). Elle a, d'une part, **supprimé la présence obligatoire du service de prévention et de santé au travail lors de ce rendez-vous**, considérant que cette présence risquait de placer ce service dans une situation délicate au regard de l'employeur et du salarié, notamment au regard du secret médical. Elle a, d'autre part, **réintroduit la possibilité que ce rendez-vous soit organisé à l'initiative de l'employeur**, qui doit préparer au mieux l'éventuel retour du salarié dans l'entreprise et l'informer des mesures dont il peut bénéficier. Ainsi que le recommandait le Conseil d'État dans son avis sur la proposition de loi, il est toutefois précisé, pour la protection du salarié, qu'aucune conséquence ne pourra être tirée du refus du salarié de se rendre à ce rendez-vous.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 18 bis

Encadrement et extension du contrat de rééducation professionnelle en entreprise et de l'essai encadré

Cet article propose de compléter les missions des caisses d'assurance maladie par la prévention de la désinsertion professionnelle et d'inscrire dans la loi les essais encadrés et les contrats de rééducation professionnelle en entreprise.

La commission a adopté cet article en y apportant quelques précisions.

I - Le dispositif proposé

Inséré en séance publique à l'Assemblée nationale sur proposition de Mme Catherine Fabre, le présent article attribue aux caisses d'assurance maladie une mission de prévention de la désinsertion professionnelle et inscrit dans la loi les dispositifs de l'essai encadré et du contrat de rééducation professionnelle en entreprise (CRPE), en élargissant les personnes pouvant y prétendre.

A. Action des caisses de sécurité sociale en matière de prévention de la désinsertion professionnelle

L'article L. 221-1 du code de la sécurité sociale (CSS) définit les missions de la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam). Il lui revient notamment (3°) de « *promouvoir une action de prévention, d'éducation et d'information de nature à améliorer l'état de santé de ses ressortissants* » et de coordonner l'action des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat) et des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM).

L'article L. 262-1 confère aux CPAM et aux Carsat la mission d'exercer une action de prévention, d'éducation et d'information sanitaire ainsi qu'une action sanitaire et sociale. Ces actions sont destinées en priorité « *aux populations exposées au risque de précarité* ».

Le 1° du I du présent article complète l'article L. 221-1, et confie à la Cnam la mission de « *promouvoir la prévention de la désinsertion professionnelle afin de favoriser le maintien dans l'emploi de ses ressortissants dont l'état de santé est dégradé* » et de coordonner l'action des organismes locaux et régionaux et celle du service social des Carsat.

Le 2° du même I complète l'article L. 262-1 et prévoit que les organismes régionaux et locaux d'assurance maladie et le service social des Carsat mettent en œuvre « *des actions de promotion et d'accompagnement de la prévention de la désinsertion professionnelle afin de favoriser le maintien dans l'emploi de leurs ressortissants dont l'état de santé est dégradé* ». Il est précisé que ces actions des caisses locales sont organisées compte tenu de la coordination assurée par la Cnam et qu'elles se font « *en lien, en tant que de besoin, avec les acteurs de la compensation du handicap et les acteurs de la préorientation et de la réadaptation professionnelle* ».

B. Inscription dans la loi de l'essai encadré et du contrat de rééducation professionnelle en entreprise et élargissement du public éligible

L'article L. 323-3-1 du code de la sécurité sociale permet au salarié en arrêt maladie indemnisé de bénéficier **d'actions de formation professionnelle ou d'actions d'évaluation, d'accompagnement, d'information et de conseil**. Ces formations peuvent être suivies après avis du médecin-conseil et avec l'accord de la caisse primaire, qui y participe. Elles doivent être compatibles avec la durée prévisionnelle de l'arrêt de travail.

C'est sur le fondement de cet article du code de la sécurité sociale qu'ont été déployés les essais encadrés et les contrats de rééducation professionnelle en entreprise (CRPE).

Le **CRPE**, géré par l'assurance maladie permet aux assurés déclarés inaptes et reconnus travailleurs handicapés, à l'issue de leur arrêt de travail, de se réaccoutumer à leur ancien métier ou de se former à un nouveau métier. Si l'article L. 5213-3 du code du travail mentionne la possibilité pour les travailleurs handicapés de bénéficier d'une rééducation professionnelle, les modalités du CRPE ne sont pas aujourd'hui précisées dans la loi. Leur mise en œuvre par l'assurance maladie prend la forme d'un CDD d'une durée maximale de 18 mois qui peut être exécuté dans l'entreprise ou dans une autre entreprise, assorti d'un accompagnement et co-financé par l'employeur et l'assurance maladie¹.

L'essai encadré, également géré par l'assurance maladie, est un dispositif permettant au salarié de tester la compatibilité d'un poste de travail avec ses capacités. Il permet ainsi d'évaluer l'adéquation du salarié à son ancien poste de travail ou à un nouveau poste en fonction d'aménagements possibles ainsi que d'évaluer les possibilités d'un reclassement professionnel. Cet essai, effectué dans l'entreprise ou dans une autre entreprise, est d'une durée maximale de 14 jours et il est soumis à l'avis de trois médecins ainsi qu'à une visite d'aptitude à l'essai encadré².

Le **3° du I** du présent article modifie l'article L. 323-3-1, afin de mentionner explicitement l'essai encadré et le CRPE. Les modifications proposées visent plus précisément :

- au **a**, à préciser la mention des caisses primaires afin de viser également les caisses générales de sécurité sociale (CGSS) là où elles existent ;

- au **b**, à modifier les règles d'information du médecin du travail afin que cette responsabilité incombe à la caisse et non plus à l'employeur ;

¹ Selon les informations transmises aux rapporteurs par les services du ministère du travail.

² Selon les informations transmises aux rapporteurs par les services du ministère du travail.

- au c, à compléter l'article afin d'énumérer, de manière non-limitative, les actions d'accompagnement auxquelles les caisses peuvent participer. Sont ainsi mentionnés « *l'essai encadré* », dont les modalités devront être organisées par décret et « *la convention de rééducation professionnelle* », dont il est précisé qu'elle donne lieu au versement d'indemnités selon des modalités définies par décret en Conseil d'État. Il est précisé que ces actions se font « *en lien avec les acteurs de la compensation du handicap et les acteurs de la réadaptation selon les territoires* ».

Le II du présent article propose d'inscrire explicitement dans la loi les modalités du contrat de rééducation professionnelle en entreprise et de l'ouvrir aux travailleurs déclarés inaptes même s'ils ne sont pas reconnus travailleurs handicapés.

Le 4° du II crée un article L. 5213-3-1 du code du travail définissant la **convention de rééducation professionnelle en entreprise**. Aux termes du I de ce nouvel article du code, cette convention est conclue entre l'employeur, le salarié et la caisse d'assurance maladie (CPAM ou CGSS). Elle détermine « *les modalités d'exécution de la rééducation professionnelle* » ainsi que le montant et les conditions de versement de l'indemnité journalière d'assurance maladie.

La rééducation professionnelle peut être assurée par l'employeur (II de l'article L. 5213-3-1 proposé). Dans ce cas elle fait l'objet d'un avenant au contrat de travail, dont il est précisé qu'il ne peut modifier la rémunération. Dans le cas contraire, elle est effectuée selon les modalités prévues à l'article L. 8241-2 qui encadrent le prêt de main d'œuvre, afin de prévoir les cas où le CRPE est effectué dans une autre entreprise.

Si, à l'issue d'une rééducation professionnelle, un salarié démissionne afin d'être embauché par une autre entreprise, il peut continuer à bénéficier des indemnités journalières de l'assurance maladie (III de l'article proposé) Enfin, il est précisé que, lorsque l'entreprise qui a assuré la rééducation professionnelle embauche le salarié dans un emploi similaire, la durée de la mise en situation est déduite de la période d'essai. Aux termes du IV de l'article proposé, un décret en Conseil d'État devra définir ses modalités d'application.

Les 1° et 3° du II portent sur les **personnes éligibles** au CRPE. Le 1° crée un nouvel article L. 1226-1-4 au sein du code du travail qui prévoit que les travailleurs déclarés inaptes ou pour lesquels le médecin du travail a identifié un risque d'inaptitude peuvent bénéficier du CRPE. Le 3° modifie l'article L. 5213-3 du code du travail afin de préciser que les travailleurs handicapés déclarés inaptes peuvent bénéficier du CRPE.

Enfin, par coordination, le 2° du II propose d'apporter un ajout à l'article L. 4622-8-1, créé par l'article 14 de la présente proposition de loi. Cette modification vise à ajouter, parmi les missions de la cellule pluridisciplinaire de prévention de la désinsertion professionnelle, la participation de cette cellule à l'accompagnement vers les dispositifs de prévention de la désinsertion professionnelle.

II - La position de la commission

Les rapporteurs soutiennent les dispositifs de **l'essai encadré** et du **contrat de rééducation professionnelle en entreprise** comme des outils utiles à la prévention de la désinsertion professionnels des travailleurs handicapés et inaptes.

S'ils se sont interrogés sur l'utilité de la mesure proposée, qui vise à inscrire dans la loi des dispositifs déjà existants, ils ont néanmoins considéré que le présent article permettait, en ce qui concerne l'essai encadré et le CRPE :

- de contribuer à mieux informer les employeurs et les salariés sur l'existence de ces dispositifs, qui sont aujourd'hui peu utilisés ;
- d'ouvrir ces dispositifs aux travailleurs inaptes qui ne sont pas reconnus comme travailleurs handicapés ;
- de mieux encadrer ces dispositifs lorsqu'ils sont réalisés au sein d'une entreprise différente de celle qui emploie le salarié.

Pour ces raisons, ils soutiennent les modifications proposées par le présent article.

S'agissant de l'inscription dans la loi des **missions des caisses d'assurance maladie** en faveur de la **prévention de la désinsertion professionnelle**, les rapporteurs considèrent que leur portée est relativement limitée, ces actions pouvant être menées sans cette mention expresse, notamment sur la base des objectifs définis par convention entre l'État et la Cnam. Ils ont toutefois considéré que cette mesure pouvait clarifier les missions des caisses et contribuer à harmoniser les pratiques des caisses locales, tant dans l'hexagone que dans les outre-mer. La commission a en outre adopté deux amendements identiques de M. Milon et Mme Deseyne précisant que les actions de ces caisses pourront s'effectuer, en tant que de besoin, avec le concours « *d'intervenants extérieurs qualifiés* » (amendements **COM-4** et **COM-7**)

La commission a également adopté trois amendements de coordination des rapporteurs (COM-195, COM-190 et COM-192), dont l'un vise à ce que l'ensemble des missions des cellules pluridisciplinaires de prévention de la désinsertion professionnelle soient définies à l'article 14 de la présente proposition de loi.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 18 ter

Ouverture au médecin du travail des mesures d'accompagnement humain de maintien en emploi

Cet article propose de compléter la liste des mesures que le médecin du travail peut proposer, afin de mentionner des mesures d'accompagnement humain de maintien dans l'emploi.

La commission a supprimé cet article.

I - Le dispositif proposé

L'article L. 4624-3 du code du travail permet, de manière générale, au médecin du travail de proposer des mesures individuelles d'aménagement, d'adaptation ou de transformation du poste de travail ou des mesures d'aménagement du temps de travail justifiées notamment par l'âge ou l'état de santé du travailleur

Inséré en séance publique à l'Assemblée nationale sur proposition de M. Thierry Michels, le présent article **ajoute la possibilité pour le médecin du travail de proposer des mesures d'accompagnement humain de maintien dans l'emploi.**

II - La position de la commission

Les rapporteurs se sont interrogés sur la portée normative du présent article, le médecin du travail pouvant déjà proposer au salarié les mesures ajoutées. Ces mesures d'accompagnement humain de maintien dans l'emploi semblent en outre assez logiques à proposer au salarié qui en a besoin, sans qu'il soit nécessaire de les inscrire dans la loi, qui mentionne déjà un large ensemble de mesures pouvant être proposées par le médecin du travail. Pour ces raisons, les rapporteurs ont proposé, par un amendement **COM-165**, de supprimer cet article.

La commission a supprimé cet article.

Article 19

Suppression de la condition d'ancienneté pour bénéficier d'un projet de transition professionnelle au bénéfice des salariés en risque de désinsertion professionnelle

Cet article propose de faciliter l'accès à un projet de transition professionnelle financé par le compte personnel de formation pour les salariés ayant connu un long arrêt de travail.

La commission a adopté cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

La loi pour la liberté de choisir son avenir professionnel¹ a transformé le congé individuel de formation (CIF) en modalité particulière d'utilisation du compte personnel de formation (CPF), dans le cadre d'un **projet de transition professionnelle** (art. L. 6323-17-1 du code du travail).

A. Les exceptions à la condition d'ancienneté pour bénéficier d'un projet de transition professionnelle

L'article L. 6323-17-2 du code du travail définit les conditions pour bénéficier d'un projet de transition professionnelle. Il précise notamment que le salarié doit justifier d'une **ancienneté minimale** dans l'entreprise définie par décret.

L'article D. 6323-9 du code du travail prévoit deux conditions d'ancienneté alternatives :

- soit 24 mois, consécutifs ou non, en tant que salarié dont 12 mois dans l'entreprise ;

- soit 24 mois, consécutifs ou non, en tant que salarié au cours des 5 dernières années, dont 4 mois, consécutifs ou non, en CDD au cours des 12 derniers mois.

Cette ancienneté n'est toutefois **pas requise pour les salariés bénéficiant de l'obligation d'emploi en faveur des travailleurs handicapés (OETH) ni pour les salariés qui ont changé d'emploi à la suite d'un licenciement** pour motif économique ou pour inaptitude n'ayant pas suivi de formation entre leur licenciement et leur réemploi.

B. La création d'une nouvelle exception

Le présent article complète l'article L. 6323-17-2 afin de lever la condition d'ancienneté pour certains salariés ayant connu un arrêt de travail.

¹ Loi n° 2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel.

Il mentionne les salariés qui, dans les 24 mois précédant leur demande, ont connu une **absence au travail résultant d'une maladie professionnelle** ainsi que ceux qui ont connu une **absence supérieure à une durée fixée par décret** résultant d'un accident du travail ou d'une maladie ou d'un accident non-professionnel.

La rédaction initialement proposée précisait en outre que ces salariés sont prioritaires pour bénéficier d'un projet de transition professionnelle.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Un amendement des rapporteuses a supprimé la mention d'une priorité pour le bénéfice d'un projet de transition professionnelle, au motif que la suppression de la condition d'ancienneté suffit à faire des salariés concernés un public prioritaire.

III - La position de la commission

La prévention de la désinsertion professionnelle constitue un axe de travail capital et le présent article apporte une proposition qui, si elle peut être pertinente, ne saurait avoir qu'une portée limitée.

En effet, le présent article propose d'exonérer de condition d'ancienneté les salariés qui ont connu un arrêt de travail relativement long au cours des 24 derniers mois. Or, par hypothèse, ces salariés ont été titulaires d'un contrat de travail salarié pendant au moins une certaine fraction de la période considérée. Nombre d'entre eux remplissent donc déjà la condition prévue par l'article D. 6323-9, à savoir 24 mois en tant que salarié dont 12 mois dans l'entreprise. Une certaine ancienneté en tant que salarié est encore plus probable pour les salariés arrêtés pour maladie professionnelle.

Interrogés par les rapporteurs, les services du ministère du travail ont confirmé que **pour une très grande majorité des salariés, le critère d'ancienneté ne constituait pas un obstacle au bénéfice d'un projet de transition professionnelle pris en charge par le CPF**. Ils ont toutefois précisé que **certains salariés pouvaient ne pas remplir cette condition** lorsqu'ils sont titulaires de contrats de travail courts (par exemple les intermittents ou les pigistes). Le ministère du travail précise en outre que la durée minimale d'absence fixée par décret pourrait être de trois mois.

Si le public éligible est donc relativement limité, les rapporteurs considèrent que la mesure proposée pourra toutefois permettre d'ouvrir les projets de transition professionnelle à des catégories de salariés remplissant difficilement la condition d'ancienneté du fait d'une absence de travail et de la brièveté de leur contrat.

La commission a adopté cet article sans modification.

TITRE IV

RÉORGANISER LA GOUVERNANCE DE LA PRÉVENTION ET DE LA SANTÉ AU TRAVAIL

Article 20

Aménagement des règles de gouvernance interne des SPSTI

Cet article vise à modifier les règles de composition et de fonctionnement des organes de gouvernance interne des services de santé au travail interentreprises.

La commission a adopté cet article en rétablissant les règles de désignation des représentants des employeurs prévues par l'accord national interprofessionnel (ANI) du 9 décembre 2020.

I - Le dispositif proposé : une évolution prévue par l'ANI des règles de gouvernance des SPSTI

A. Des associations régies par des règles de gouvernance particulières

L'article D. 4622-15 du code du travail dispose que les services de santé au travail interentreprises (SSTI) sont constitués sous la forme d'organismes à but non lucratif, dotés de la personnalité civile et de l'autonomie financière. En pratique, il s'agit d'associations « loi de 1901 ». Les partenaires sociaux ont réaffirmé, dans l'accord national interprofessionnel (ANI) du 9 décembre 2020, leur attachement à cette forme juridique.

En tant que tels, ils sont dotés d'une **assemblée générale**, composée de l'ensemble des entreprises adhérentes, qui n'est pas mentionnée dans le code du travail mais que les partenaires sociaux considèrent comme « *l'instance souveraine* » des SSTI.

La loi prévoit cependant que les SSTI sont **administrés paritairement par un conseil d'administration**¹. Celui-ci est composé :

- de représentants des employeurs, **désignés par les entreprises adhérentes** après avis des organisations professionnelles d'employeurs représentatives au plan national interprofessionnel ou professionnel² ;

- de représentants des salariés des entreprises adhérentes, désignés par les organisations syndicales représentatives au niveau national et interprofessionnel.

¹ Art. L. 4622-11 du code du travail.

² Art. D. 4622-19 du code du travail.

La durée du mandat des membres du conseil d'administration est de quatre ans. La présidence du conseil d'administration revient à un représentant des employeurs. Le président dispose d'une voix prépondérante en cas de partage égal des voix. Le poste de trésorier revient pour sa part à un représentant des salariés.

En outre, les SSTI sont dotés d'un **organe de surveillance** sous la forme :

- soit d'un comité social et économique interentreprises constitué par les comités sociaux et économiques (CSE) intéressés ;

- soit d'une **commission de contrôle** composée pour un tiers de représentants des employeurs et pour deux tiers de représentants des salariés, le président étant élu parmi ces derniers¹.

Dans son rapport de 2020 sur l'évaluation des SSTI², l'IGAS a constaté que la commission de contrôle « *ressort très majoritairement comme la modalité de surveillance privilégiée* ».

Cette commission doit être consultée sur le budget du SSTI et son exécution ainsi que sur certaines décisions concernant l'organisation du service ou la carrière des médecins du travail³, et doit obligatoirement recevoir certaines informations⁴. Sa composition et les modalités de désignation de ses membres sont précisées au niveau réglementaire⁵.

Enfin, une **commission médico-technique** a pour mission de formuler des propositions relatives aux priorités du service et aux actions à caractère pluridisciplinaires conduites par ses membres⁶. Elle élabore notamment le projet de service pluriannuel qui est soumis à l'approbation du conseil d'administration⁷.

B. Des modifications visant à renforcer le pilotage des SPSTI par les partenaires sociaux

L'article 20 vise à prendre acte des évolutions souhaitées par les partenaires sociaux dans le cadre de l'ANI du 9 décembre 2020 en matière de gouvernance des SSTI, qui deviennent des services de prévention et de santé au travail (SPSTI).

¹ Art. L. 4622-12 du code du travail.

² D. Chaumel, B. Maurice et J.-P. Viquant, « Évaluation des services de santé au travail interentreprises (SSTI) », rapport IGAS, février 2020.

³ Art. D. 4622-31 du code du travail.

⁴ Art. D. 4622-32 du code du travail.

⁵ Art. D. 4622-33 à D. 4622-36 du code du travail.

⁶ Art. L. 4622-13 du code du travail.

⁷ Art. L. 4622-14 du code du travail.

1. L'inscription dans la loi du rôle de l'assemblée générale

Le **1° consacre**, dans un nouvel article L. 4622-10-1 du code du travail, **l'existence et le rôle de l'assemblée générale du SPSTI**, laquelle se voit attribuer deux fonctions :

- l'approbation des statuts et du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) ;

- l'approbation du barème des cotisations et de la grille tarifaire des services complémentaires offerts par le SPSTI.

Il convient toutefois de remarquer que cette dernière fonction est déjà mentionnée à l'article 9 de la proposition de loi.

2. Les règles relatives à la composition du conseil d'administration

Le **2°** apporte deux modifications aux règles concernant la composition du conseil d'administration.

Il prévoit d'abord que **les représentants des employeurs au sein du conseil seront désignés par les organisations représentatives d'employeurs** au niveau national et interprofessionnel, et non plus par les entreprises adhérentes.

Ensuite, **il confie à un représentant des salariés le poste de vice-président** du conseil d'administration.

Ces deux évolutions correspondent à des souhaits des partenaires sociaux formulés dans l'ANI.

3. Les règles relatives à la composition et aux prérogatives de l'organe de surveillance

Le **3°** élève au niveau législatif, à l'article L. 4622-11 du code du travail, les règles de désignation des membres de la commission de contrôle.

Comme le prévoit actuellement l'article D. 4622-35 du même code, il est précisé que les représentants de salariés sont désignés par les organisations syndicales représentatives au niveau national et interprofessionnel, parmi les salariés des entreprises adhérentes.

Par parallélisme avec l'évolution prévue au **2°** pour le conseil d'administration, **les représentants des employeurs seront désormais désignés par les organisations professionnelles d'employeurs** représentatives au niveau national et interprofessionnel, et non plus par les entreprises adhérentes comme le prévoit actuellement le règlement. Il s'agit là encore d'une évolution introduite par l'ANI.

Par ailleurs, le texte prévoit que **le CSE interentreprises ou la commission de contrôle peut saisir le comité régional de prévention et de santé au travail (CRPST)¹** de l'organisation ou de la gestion du SPSTI.

¹ Cf. article 26.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

A. Les modifications apportées en commission

À l'Assemblée nationale, la commission a supprimé à l'initiative des rapporteuses les dispositions du 1° relatives à l'assemblée générale du SPSTI, considérant que « celle-ci ne pourrait en réalité pas remplir les missions que la proposition de loi lui confiait initialement »¹.

Par ailleurs, conformément au choix des partenaires sociaux exprimé dans l'ANI, la commission a adopté deux amendements identiques des députées Jeanine Dubié (Liberté et Territoires) et Caroline Fiat (La France insoumise) tendant à **limiter à deux mandats consécutifs les fonctions de membre du conseil d'administration et de la commission de contrôle**.

Elle a enfin adopté un amendement rédactionnel des rapporteuses.

B. Les modifications apportées en séance publique

À l'initiative des rapporteuses, l'Assemblée nationale a précisé en séance les **règles relatives à la désignation des représentants des employeurs au conseil d'administration**. Pour les **SPSTI ayant vocation à couvrir un secteur multi-professionnel**, ces représentants seraient ainsi désignés par les organisations d'employeurs reconnues représentatives au niveau du secteur considéré. Pour les **SPSTI ayant vocation à couvrir un champ n'excédant pas celui d'une branche professionnelle**, ils seraient désignés par les organisations représentatives au niveau de cette branche. Les représentants des employeurs au sein de la commission de contrôle seraient désignés dans les mêmes conditions.

Elle a par ailleurs adopté trois amendements rédactionnels des rapporteuses.

L'Assemblée nationale a adopté cet article ainsi modifié.

III - La position de la commission : des retouches modestes rétablies dans les modalités prévues par l'ANI

Dans son rapport précité de 2020, l'IGAS constatait que les SSTI éprouvent généralement des difficultés à faire vivre leurs instances de gouvernance, pourvoir les sièges et renouveler les mandats en leur sein. Plusieurs facteurs seraient en cause, notamment la moindre reconnaissance des SSTI par rapport à d'autres institutions paritaires et le caractère bénévole des fonctions.

¹ Cf. rapport AN n° 3881 de Mmes Charlotte Parmentier-Lecocq et Carole Grandjean, déposé le 11 février 2021, sur la proposition de loi pour renforcer la prévention en santé au travail.

L'IGAS recommandait ainsi de « renforcer l'implication des représentants des employeurs et des représentants des salariés au sein des instances, au travers d'un mode de gouvernance simplifié, d'une meilleure information des entreprises adhérentes et d'une formation plus adaptée des membres de ces instances. » Le rapport préconise notamment d'ouvrir la possibilité de fusionner le conseil d'administration et la commission de contrôle, conformément au choix effectué en pratique par de nombreux SSTI.

Si elles restent en-deçà de ces propositions, les modifications apportées par cet article ont pour l'essentiel été appelées de leurs vœux par les partenaires sociaux. On peut toutefois observer que la limitation à deux mandats de quatre ans consécutifs risque de se heurter au déficit de candidats.

La commission a rétabli, sur la proposition des rapporteurs, la désignation des représentants des employeurs par les organisations patronales représentatives au niveau national et interprofessionnel (amendement COM-166).

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 21

Création du médecin praticien correspondant

Cet article ouvre la possibilité pour un service de prévention et de santé au travail interentreprises de s'adjoindre le concours d'un médecin praticien correspondant, disposant d'une formation en médecine du travail, pour assurer le suivi médical du travailleur, à l'exception du suivi médical renforcé des travailleurs exposés à des facteurs de pénibilité.

La commission a souhaité encadrer le recours au médecin praticien correspondant par l'établissement d'un protocole de collaboration signé avec le directeur et les médecins du travail du service. Elle a également limité la possibilité de mobiliser des médecins praticiens correspondants aux seules zones caractérisées par une insuffisance de l'offre de médecins du travail identifiées par le directeur général de l'agence régionale de santé.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

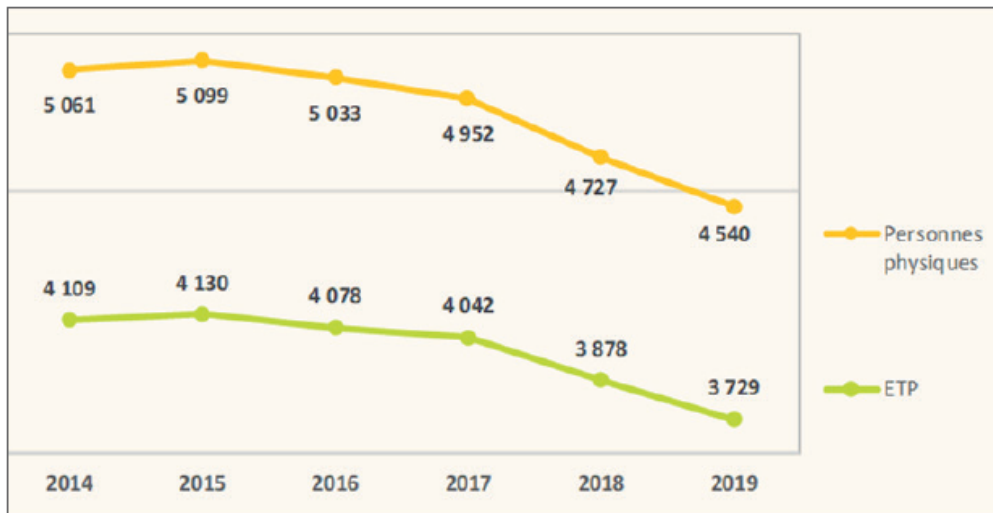
I - Le dispositif proposé : la possibilité pour la médecine de ville d'assurer une partie du suivi individuel du travailleur

A. La mobilisation de la médecine de ville pour faire face aux tensions de l'offre en médecine du travail

Depuis un peu plus de dix ans, les services de santé au travail sont confrontés à une érosion continue de leurs ressources médicales. Selon des données de l'association Présance - créée pour défendre les intérêts

des SSTI au niveau national –, le nombre de médecins du travail et collaborateurs médecins a diminué de près de 11 % en personnes physiques et de 10 % en équivalent temps plein (ETP) au sein des SSTI sur la période 2015-2019.

Évolution des effectifs de médecins du travail et collaborateurs médecins au sein des SSTI



Note : Données issues des rapports de branche, en cours d'année jusqu'en 2015, au 1^{er} janvier à partir de 2016

Source : Présance, Lettre d'informations mensuelles, n° 87, novembre 2019

Dans le même temps, le nombre d'infirmiers de santé en travail continue d'augmenter, de 16 % en 2019 par rapport à 2018, de même que celui des intervenants en prévention des risques professionnels, qui a progressé en 2019 de 6 %. Selon Présance, le nombre de visites réalisées par des infirmiers – qui comprennent les visites d'information et de prévention et les visites intermédiaires – s'est établi à 1,9 million en 2018 et « le nombre de salariés vus par un infirmier continue de progresser et représente plus de 12 % des salariés suivis. »¹

¹ Présance, Lettre d'informations mensuelles, n° 87, novembre 2019.

Répartition des personnels de prévention non médicaux par catégories au sein des SSTI

| Au 1 ^{er} janvier | Personnes physiques | | ETP | |
|---------------------------------|---------------------|------------------------------|---------------|------------------------------|
| | 2019 (nombre) | Evolution par rapport à 2018 | 2019 (nombre) | Evolution par rapport à 2018 |
| Infirmiers en Santé au travail | 2 155 | +16% | 2 027 | +16% |
| ASST / Secrétaires médicaux | 3 882 | -4% | 3 639 | -4% |
| ASST / Assistants Equipe Pluri | 1 103 | +14% | 1 043 | +15% |
| ASST / Assistants Santé-Travail | 1 178 | +6% | 1 110 | +7% |
| Préventeurs | 1 732 | +6% | 1 633 | +6% |

Note : L'extrapolation des données issues de l'échantillon à l'ensemble des SSTI est réalisée à partir des effectifs suivis par les SSTI, voir méthodologie à la fin de ce rapport. Préventeurs (ou IPRP) : Assistants de service social, Epidémiologistes, Ergonomes, Ingénieurs Hygiène Sécurité / Chimistes, Psychologues, Techniciens Hygiène Sécurité, Toxicologues, Formateurs en Santé au Travail, Documentalistes.

Source : Présance, Lettre d'informations mensuelles, n° 87, novembre 2019

Dans leur rapport de 2017¹ sur l'attractivité et la formation des professions de santé au travail, l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) et l'inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche (IGAENR) ont pointé le déficit d'attractivité de la spécialité de la médecine du travail. Ce constat reste valable aujourd'hui. À l'issue des ECN de 2020, la spécialité « médecine et santé au travail » a compté 25 postes restés vacants, seule la psychiatrie enregistrant un nombre de places laissées libres supérieur, à 58². Selon le classement des spécialités préférées des internes établi par le webmagazine destiné aux jeunes médecins « *What's up doc ?* » - qui se fonde sur le rang de classement moyen des internes ayant choisi la spécialité -, la spécialité « médecine et santé au travail » est restée la dernière des 44 spécialités choisies par les internes pour la session 2019-2020, derrière la biologie médicale et la santé publique.

Les auteurs du rapport précité de l'IGAS et de l'IGAENR de 2017 ont considéré qu'« *il peut donc être estimé grossièrement que les services de santé au travail devraient disposer de 4 200 médecins environ à l'horizon de dix ans* » et que ce nombre devrait permettre d'assurer le suivi de l'état de santé des salariés du secteur privé dans les conditions résultant de la réforme de la santé au travail de 2016³ « *pour autant qu'il y ait suffisamment d'infirmiers de santé au travail pour permettre les nécessaires évolutions organisationnelles et partages des tâches* ».

En attendant néanmoins que la loi du 8 août 2016 produise ses pleins effets dans le domaine de la santé au travail et compte tenu de la persistance vraisemblable, y compris après 2030, de fortes disparités entre les territoires dans la répartition des médecins du travail, des mesures s'imposent afin de garantir un suivi médical des travailleurs de qualité sur l'ensemble du

¹ Xavier Chastel, Hamid Siahmed, et Patrice Blemont, Attractivité et formation des professions de santé au travail, rapport de l'inspection générale des affaires sociales et de l'inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche, n° 2017-023R (IGAS) et n° 2017-057 (IGAENR), août 2017.

² Selon des données publiées par la MACSF sur son site Internet (<http://www.macsf.fr/actualites/infographie-bilan-ecn-2020>).

³ Loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels.

territoire. Dans ce contexte, les rapporteurs, dans leur rapport d'information sur la santé au travail d'octobre 2019¹, ont formulé plusieurs propositions afin de « *renforcer l'attractivité de la médecine du travail* », d'« *expérimenter une plus grande fluidité entre la médecine du travail et les autres spécialités médicales* » et de « *renforcer la pluridisciplinarité au sein des services de santé au travail* ».

Dans le même esprit, l'ANI du 9 décembre 2020 appelle chaque SPSTI à constituer, parmi les médecins de ville, « *une liste de médecins praticiens correspondants volontaires et formés pour assurer une partie du suivi médicoprofessionnel des seuls salariés relevant de la catégorie des bénéficiaires des visites d'information et de prévention* », c'est-à-dire les travailleurs ne devant pas faire l'objet d'un suivi médical renforcé.

B. La création du médecin praticien correspondant : la traduction d'une proposition de l'accord national interprofessionnel

Le 1^o de l'article 21 de la proposition de loi inscrit à l'article L. 4623-1 du code du travail, relatif aux conditions requises pour exercer la médecine du travail, une troisième dérogation² à la condition de détention du diplôme de la spécialité « médecine et santé au travail » pour exercer une partie des missions dévolues au médecin du travail : il est ainsi prévu qu'un médecin praticien correspondant, disposant d'une formation en médecine du travail, peut contribuer au suivi médical des travailleurs, à l'exception de ceux nécessitant un suivi médical renforcé en application de l'article L. 4624-1 du code du travail. Les modalités de formation et les conditions de cette contribution devront être définies par décret.

Le médecin praticien correspondant ayant vocation à être mobilisé au sein des médecins exerçant en ville, le 2^o de l'article 21 de la proposition de loi précise, à l'article L. 4623-3 du code du travail qui pose le principe selon lequel « *le médecin du travail est un médecin autant que possible employé à temps complet qui ne pratique pas la médecine de clientèle courante* », que cette « *interdiction* » n'est pas applicable au médecin praticien correspondant.

Enfin, le 3^o de l'article 21 de la proposition de loi inscrit le médecin praticien correspondant dans la liste des professionnels de santé chargés, avec le médecin du travail, d'assurer le suivi individuel de l'état de santé du travailleur et définie par le premier alinéa de l'article L. 4624-1 du code du travail : néanmoins, à la différence du collaborateur médecin, de l'interne en médecine du travail et de l'infirmier en santé au travail, qui interviennent sous l'autorité du médecin du travail, le médecin praticien correspondant n'est pas placé sous l'autorité de celui-ci.

¹ Pour un service universel de santé au travail, rapport d'information n° 10 (2019-2020) de M. Stéphane Artano et Mme Pascale Gruny, fait au nom de la commission des affaires sociales du Sénat, déposé le 2 octobre 2019.

² Les deux premières concernent la possibilité pour un service de santé au travail de recruter un interne en médecine du travail ou un collaborateur médecin non spécialiste en médecine du travail et engagé dans une formation en vue de l'obtention de cette qualification auprès de l'ordre des médecins. Ces deux professionnels exercent sous l'autorité du médecin du travail.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Outre plusieurs amendements rédactionnels, la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a modifié l'article 21 de la proposition de loi principalement sur trois points :

- un amendement de ses rapporteures est venu préciser que le médecin praticien correspondant contribuera au suivi médical du travailleur « *en lien avec le médecin du travail* ». En effet, dans son avis sur la proposition de loi, le Conseil d'État a estimé que le médecin du travail « *devrait être étroitement associé à la définition du périmètre des missions dévolues au médecin praticien correspondant, lesquelles devraient être exercées, si ce n'est sous son autorité, au moins « en lien » avec lui* » ;

- un amendement déposé par plusieurs députés du groupe La République en marche, adopté avec l'avis favorable des rapporteures, interdit le cumul de la fonction de médecin praticien correspondant avec celle de médecin traitant ;

- un amendement de ses rapporteures renvoie à la définition des conditions de mise en œuvre de la fonction de médecin praticien correspondant à un décret en Conseil d'État, plutôt qu'à un décret simple.

En séance, les députés ont adopté un amendement rédactionnel.

III - La position de la commission : mieux encadrer le recours au médecin praticien correspondant et le limiter aux zones sous-dotées en médecins du travail

Dans leur rapport d'information sur la santé au travail d'octobre 2019¹, les rapporteurs de la commission des affaires sociales du Sénat avaient proposé d'« *autoriser, dans des zones sous-dotées en médecins du travail, la signature d'un protocole de collaboration entre le SST et des médecins non spécialisés en médecine du travail pour assurer le suivi médical de travailleurs.* » Ils avaient ainsi envisagé que ces protocoles s'inspirent de ceux établis par les SSTI, en application de l'article L. 4625-2 du code du travail, avec des médecins non spécialisés en médecine du travail pour effectuer le suivi médical des salariés du particulier employeur, des assistants maternels et des mannequins. Ces protocoles prévoient, en effet, « *les garanties en termes de formation des médecins non spécialistes, les modalités de leur exercice au sein du service de santé au travail ainsi que l'incompatibilité entre la fonction de médecin de soin du travailleur ou de l'employeur et le suivi médical du travailleur prévu par le protocole.* »

¹ Pour un service universel de santé au travail, rapport d'information n° 10 (2019-2020) de M. Stéphane Artano et Mme Pascale Gruny, fait au nom de la commission des affaires sociales du Sénat, déposé le 2 octobre 2019.

Conformément à l'esprit de cette proposition, la commission a adopté, à l'initiative de ses rapporteurs, un amendement COM-167 prévoyant que le médecin praticien correspondant conclut avec le SPSTI un protocole, signé à la fois par le directeur du SPSTI et les médecins du travail de l'équipe pluridisciplinaire, qui définit les garanties en termes de formation du médecin praticien correspondant et les modalités de son exercice au sein du SPSTI. Le modèle de ce protocole sera fixé par un arrêté conjoint des ministres du travail et de la santé. Ce protocole devrait permettre, le cas échéant, au SPSTI de prévoir des exigences particulières en termes de formation ou de qualification du médecin praticien correspondant adaptées aux besoins des bassins d'emploi couverts. Il a vocation à intégrer pleinement l'intervention du médecin praticien correspondant dans la poursuite des objectifs du projet de service pluriannuel du SPST, en lui faisant partager à la fois l'approche populationnelle du service, adaptée aux spécificités des branches, secteurs d'activité et métiers suivis, et son approche par risque, selon les priorités fixées par le SPST en matière de prévention des risques chimiques, des troubles moteurs et musculo-squelettiques ou encore des risques psychosociaux.

En outre, l'amendement circonscrit la possibilité de recourir aux médecins praticiens correspondants aux territoires pour lesquels un déficit de médecins du travail a été identifié par l'ARS. La rédaction correspondante s'inspire de celle du 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique qui confie au directeur général de l'ARS la mission de déterminer, par arrêté après concertation avec les représentants des professionnels de santé concernés, les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins.

La commission rappelle l'approche prudente que le Parlement avait privilégiée en 2018, lors de l'examen du projet de loi pour la liberté de choisir son avenir professionnel, dans la mobilisation de la médecine de ville pour assurer la visite d'information et de prévention (VIP) d'un apprenti dans les deux mois suivant son recrutement. Conformément à l'article 11 de la loi « Avenir professionnel »¹, la réalisation de la VIP en secteur ambulatoire s'inscrit dans une expérimentation qui doit s'achever le 31 décembre 2021 prévoit ainsi que cette dérogation a un caractère expérimental. Elle n'est, en outre, autorisée que si le service de santé au travail établit qu'aucun professionnel de santé mentionné au premier alinéa de l'article L. 4624-1 du code du travail n'est disponible pour réaliser cette visite dans les deux mois suivant l'embauche de l'apprenti.

¹ Loi n° 2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel.

Le décret d'application¹ de cette expérimentation prévoit, en outre, que la VIP ne peut être réalisée par le médecin traitant de l'apprenti que si aucun médecin de ville ayant conclu une convention avec le SPST n'est disponible ou lorsqu'aucune convention de ce type n'a été conclue par le SPST et à la condition que l'apprenti ait préalablement donné son accord.

Pour mémoire, le médecin agréé par le préfet pour effectuer le contrôle médical de l'aptitude à la conduite ne peut être le médecin traitant de la personne².

Par ailleurs, par parallélisme des formes avec le dispositif de médecin praticien correspondant, la commission a relevé les exigences en termes de formation applicables aux médecins non spécialistes en médecine du travail qui peuvent déjà être mobilisés à Saint-Pierre-et-Miquelon en cas d'absence sur le territoire de médecin du travail, en application de l'article L. 4822-1 du code du travail (amendement COM-185). Dans cette hypothèse, le médecin devra justifier d'une formation en médecine du travail pour assurer le suivi médical de travailleurs sur ce territoire.

Enfin, la commission a adopté un amendement COM-168 rédactionnel.

La commission a adopté l'article ainsi modifié.

Article additionnel après l'article 21

**Expérimentation de l'extension du droit de prescription
des médecins du travail**

Cet article, inséré par la commission, vise à permettre une expérimentation, dans trois régions volontaires, pour une durée de cinq ans, de la possibilité pour le médecin du travail de prescrire des arrêts de travail ainsi que des soins, examens et produits de santé strictement nécessaires à la prévention de l'altération de la santé du travailleur du fait de son travail ou à la promotion d'un état de santé compatible avec son maintien en emploi.

À l'heure actuelle, les médecins du travail ne peuvent prescrire que des examens complémentaires et paracliniques³, des vaccinations et des substituts nicotiques. Ils ne peuvent pas prescrire de thérapeutiques en dehors de situations d'urgence. Or un certain nombre de médecins du travail

¹ Décret n° 2018-1340 du 28 décembre 2018 portant sur l'expérimentation relative à la réalisation de la visite d'information et de prévention des apprentis par un professionnel de santé de la médecine de ville.

² Article R. 226-2 du code de la route.

³ Sur le fondement de l'article R. 4624-35 du code du travail, ces examens peuvent être prescrits dans le cadre d'un dépistage lié au poste de travail. Ils ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie mais sont à la charge des SST.

peuvent être amenés à acquérir des qualifications complémentaires dans la prévention et la prise en charge d'affections susceptibles d'être liées à des risques professionnels ou d'être aggravées par de tels risques, notamment en allergologie et en addictologie.

Dans le contexte de la crise sanitaire liée à la covid-19, une ordonnance du 2 décembre 2020¹ est venu permettre, jusqu'au 30 septembre 2021, aux médecins du travail de prescrire ou renouveler un arrêt de travail en cas d'infection ou de suspicion d'infection par le SARS-CoV-2, et de prescrire et réaliser des tests de détection du SARS-CoV-2.

Afin de valoriser ces compétences et de renforcer l'attractivité de la médecine du travail, la commission a adopté un amendement COM-169 de ses rapporteurs visant à autoriser l'expérimentation, dans trois régions volontaires dont une en outre-mer et pour une durée de cinq ans, de la possibilité pour le médecin du travail de prescrire des arrêts de travail ainsi que des soins, examens et produits de santé strictement nécessaires à la prévention de l'altération de la santé du travailleur du fait de son travail ou à la promotion d'un état de santé compatible avec son maintien en emploi. Le droit de prescrire sera conditionné à une qualification complémentaire en allergologie, en addictologie, en médecine du sport, en nutrition ou dans le domaine de la douleur, acquise par la voie d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC) ou de la validation d'une formation spécialisée transversale.

En outre, selon les rapporteurs, un autre élément d'attractivité de la spécialité est à chercher dans la possibilité pour les étudiants de médecine de réaliser un stage au sein d'un service de prévention et de santé au travail avant la validation du deuxième cycle afin de leur permettre de découvrir les enjeux de la médecine du travail préalablement au choix de leur internat.

En application d'un arrêté de 2013², les stages obligatoirement accomplis par les étudiants du deuxième cycle des études de médecine incluent des stages dans des unités de soins hospitalières et des stages chez un ou des médecins généralistes. Ces étudiants n'ont donc pas l'occasion de se familiariser avec les objectifs et la pratique de la santé au travail en service de santé au travail avant la validation de leur deuxième cycle. Ils ne peuvent l'envisager qu'après la validation de leur deuxième cycle, à l'occasion du stage librement choisi par l'étudiant avant la nomination en qualité d'interne, c'est-à-dire à un moment où ils ont déjà choisi leur spécialité.

¹ Ordonnance n° 2020-1502 du 2 décembre 2020 adaptant les conditions d'exercice des missions des services de santé au travail à l'urgence sanitaire.

² Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales.

Or la découverte des enjeux de la santé au travail au cours de l'externat peut être l'occasion de susciter l'intérêt des étudiants pour la spécialité « médecine et santé au travail » en internat, qui est aujourd'hui la spécialité la moins prisée des internes. Afin de renforcer l'attractivité de cette spécialité, la commission invite donc le Gouvernement à inclure dans les stages que doivent accomplir les étudiants au cours de leur deuxième cycle d'études de médecine la possibilité d'un stage réalisé auprès d'un SPST, au cours duquel ils seraient amenés à participer à des actions en milieu de travail sous la responsabilité d'un médecin du travail, le cas échéant en alternance avec le stage obligatoire effectué auprès d'un médecin généraliste.

La commission a adopté cet article additionnel ainsi rédigé.

Article 22

Obligation pour le médecin du travail de consacrer un tiers de son temps de travail aux actions en milieu de travail

Cet article rehausse au niveau législatif l'obligation pour le médecin du travail de consacrer le tiers de son temps de travail à des actions en milieu de travail.

La commission a précisé que le tiers-temps consacré par le médecin du travail aux actions en milieu de travail s'entend comme un minimum afin qu'il puisse être augmenté à l'appréciation du médecin si la situation des entreprises le justifie.

I - Le dispositif proposé : l'inscription dans la loi du tiers temps du médecin du travail dédié aux actions en milieu de travail

L'obligation pour le médecin du travail de consacrer le tiers de son temps de travail à des actions en milieu de travail est aujourd'hui inscrite dans la partie réglementaire du code du travail. Aux termes de l'article R. 4624-4 du code du travail, l'employeur ou le président du SSTI doit prendre toutes les mesures nécessaires pour permettre au médecin du travail de dédier à ses missions en milieu de travail le tiers de son temps de travail. Ce temps doit comporter au moins 150 demi-journées de travail effectif chaque année pour un médecin à plein temps.

Il est précisé que ce tiers-temps comprend également le temps consacré par le médecin du travail à sa mission d'animation et de coordination de l'équipe pluridisciplinaire en santé au travail, dont les réunions de coordination avec les collaborateurs médecins, les infirmiers en santé au travail et les intervenants en prévention des risques professionnels. Un certain nombre des actions en milieu de travail peuvent en effet être déléguées par le médecin du travail aux autres membres de l'équipe pluridisciplinaire disposant des compétences requises : ces actions

étant réalisées sous sa responsabilité, le temps consacré par le médecin du travail à coordonner les interventions en milieu de travail de ses collaborateurs est donc comptabilisé dans son obligation de tiers-temps.

Par ailleurs, l'article R. 4624-1 du code du travail établit une liste indicative d'actions en milieu de travail.

La liste des actions en milieu de travail établie par l'article R. 4624-1 du code du travail

- 1° La visite des lieux de travail ;
- 2° L'étude de postes en vue de l'amélioration des conditions de travail, de leur adaptation dans certaines situations ou du maintien dans l'emploi ;
- 3° L'identification et l'analyse des risques professionnels ;
- 4° L'élaboration et la mise à jour de la fiche d'entreprise ;
- 5° La délivrance de conseils en matière d'organisation des secours et des services d'urgence ;
- 6° La participation aux réunions du comité social et économique ;
- 7° La réalisation de mesures métrologiques ;
- 8° L'animation de campagnes d'information et de sensibilisation aux questions de santé publique en rapport avec l'activité professionnelle ;
- 9° Les enquêtes épidémiologiques ;
- 10° La formation aux risques spécifiques ;
- 11° L'étude de toute nouvelle technique de production ;
- 12° L'élaboration des actions de formation à la sécurité prévues à l'article L. 4141-2 et à celle des secouristes.

Il ressort des auditions menées par les rapporteurs que, dans les faits, le respect effectif de cette obligation est variable selon les SSTI et dépend des moyens accordés par ces derniers pour permettre aux médecins du travail de ménager du temps pour intervenir en entreprise. Or un certain nombre de SSTI semblent privilégier, pour l'heure, le nombre de visites réalisées par le médecin du travail afin d'objectiver les efforts consentis par le SSTI pour assurer le suivi médical des travailleurs.

Dans ces conditions, l'article 22 de la proposition de loi rehausse au niveau législatif l'obligation pour le médecin du travail de consacrer le tiers de son temps de travail à ses missions en milieu de travail, en l'inscrivant dans un nouvel article L. 4623-3-1 du code du travail. Afin de garantir le respect de cette obligation, il est précisé que le chef d'établissement ou le directeur du SPST devra prendre toutes les mesures pour permettre au médecin du travail de participer aux instances internes de l'entreprise et aux instances territoriales de coordination – telles que les CPTS – dans le cadre des deux autres tiers de son temps de travail.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

La commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a adopté, à l'article 22 de la proposition de loi, un amendement rédactionnel.

III - La position de la commission : faire du tiers-temps un minimum en termes d'investissement du médecin du travail dans les actions en milieu de travail

La commission est particulièrement attachée à ce que le médecin du travail réalise des actions en milieu de travail afin d'actualiser régulièrement sa connaissance de l'entreprise, des conditions de travail des salariés et des risques auxquels ceux-ci se trouvent exposés. Elle estime que le tiers-temps dédié aux missions en milieu de travail constitue une exigence minimale : il ne doit pas *a contrario* être interprété, notamment par les instances dirigeantes du SPST, comme l'impossibilité pour le médecin du travail de consacrer plus du tiers de son temps de travail à des actions au sein d'une entreprise dont les spécificités ou la situation particulière pourrait le justifier. Elle a donc adopté un amendement COM-170 rectifié de ses rapporteurs précisant que le médecin du travail doit consacrer « *au moins* » un tiers de son temps de travail à des actions en milieu de travail.

Par ailleurs, en adoptant cet amendement, la commission a souhaité réserver au pouvoir réglementaire le soin de déterminer les types d'actions qui pourront être comptabilisées dans le calcul de ce tiers-temps. Elle a donc supprimé les dispositions introduites par l'Assemblée nationale tendant à préciser que la participation aux instances internes de l'entreprise et aux instances territoriales de coordination doit être effectuée en dehors du tiers-temps. En effet, la commission estime que la participation aux instances internes de l'entreprise doit être considérée comme une action en milieu de travail et donc bien entrer dans la comptabilisation du tiers-temps, comme c'est du reste le cas aujourd'hui en application du 6° de l'article R. 4624-1 du code du travail.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 23

**Création du statut d'infirmier en santé au travail
et possibilité pour les infirmiers en pratique avancée
d'exercer en service de prévention et de santé au travail**

Cet article consacre dans la loi le statut d'infirmier en santé au travail et permet aux infirmiers en pratique avancée d'exercer au sein d'un service de prévention et de santé au travail.

La commission a précisé que la formation spécifique conditionnant le titre d'infirmier de santé au travail devra être de niveau universitaire et que le titre correspondant pourra être obtenu par la validation des acquis de l'expérience. Elle a en outre clarifié les modalités de prise en charge de la formation par l'employeur des infirmiers qu'il aurait recrutés et qui ne justifieraient pas encore d'une telle formation.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

I - Le dispositif proposé : la consécration législative du statut de l'infirmier de santé au travail

L'accord national interprofessionnel du 9 décembre 2020 propose que la mission médicale des SPSTI puisse bénéficier de l'apport des infirmiers en pratique avancée, qui disposent de compétences théoriques et pratiques pour exécuter des actes d'évaluation et de conclusion cliniques, de même que des actes de surveillance clinique et paraclinique. Dans le même esprit, les rapporteurs de la commission des affaires sociales du Sénat, dans leur rapport d'information sur la santé au travail d'octobre 2019¹, avaient préconisé d'élargir le champ de l'exercice infirmier en pratique avancée à l'appui à la médecine du travail, en envisageant la possibilité pour des infirmiers en pratique avancée de développer des compétences dans le diagnostic de certains risques professionnels, tels que les troubles musculo-squelettiques, les troubles auditifs ou encore les problèmes respiratoires.

Pour rappel, en application de l'article L. 4301-1 du code de la santé publique, les infirmiers peuvent exercer en pratique avancée :

- au sein d'une équipe de soins primaires ;
- au sein d'une équipe de soins en établissement de santé, en établissement médicosocial ou en hôpital des armées ;
- en assistance d'un médecin spécialiste en pratique ambulatoire.

¹ Pour un service universel de santé au travail, rapport d'information n° 10 (2019-2020) de M. Stéphane Artano et Mme Pascale Gruny, fait au nom de la commission des affaires sociales du Sénat, déposé le 2 octobre 2019.

En outre, un décret du 18 juillet 2018¹ cantonne l'exercice infirmier en pratique avancée aux aires thérapeutiques suivantes :

- pathologies chroniques stabilisées, prévention et polyopathologies courantes en soins primaires, la liste de ces pathologies étant fixée par arrêté du ministre chargé de la santé ;
- oncologie et héματο-oncologie ;
- maladie rénale chronique, dialyse et transplantation rénale ;
- psychiatrie et santé mentale.

Dans un contexte où la collaboration entre le médecin du travail et l'infirmier en santé au travail a vocation à s'intensifier dans le cadre de la délégation de tâches, l'article 23 de la proposition entend donner une base législative à la reconnaissance de l'expertise spécifique de l'infirmier de santé au travail.

Son I introduit ainsi, dans le chapitre III du titre II du livre VI du code du travail, une nouvelle section 2 définissant le statut de l'infirmier de santé au travail exerçant en SPST. Cette section comprend trois articles :

- le nouvel article L. 4623-10 prévoit que, dans les conditions de déontologie professionnelle définies et garanties par la loi, l'infirmier de santé au travail assure les missions qui lui sont dévolues par le code du travail ou déléguées par le médecin du travail, dans la limite des compétences prévues pour les infirmiers par le code de la santé publique ;

- le nouvel article L. 4623-11 conditionne la qualité d'infirmier de santé au travail au sein d'un SPST à la détention du diplôme d'État d'infirmier ou de l'autorisation d'exercer sans limitation, ainsi qu'à la validation d'une formation spécifique en santé au travail qui devra être définie par décret en Conseil d'État. Dans le cas où l'infirmier recruté par le SPST n'a pas suivi une telle formation, son employeur devra l'y inscrire au cours des douze mois suivant son recrutement. L'employeur devra également favoriser sa formation continue. Est en outre précisé que les tâches déléguées à l'infirmier de santé au travail tiennent compte de ses qualifications complémentaires ;

- le nouvel article L. 4623-11 renvoie à un décret en Conseil d'État la définition des modalités d'application de la section.

Le II de l'article 23 de la proposition de loi modifie l'article L. 4301-1 du code de la santé publique afin d'inclure, dans les lieux possibles de l'exercice infirmier en pratique avancée, le SPST. Le concours des infirmiers en pratique avancée sera complémentaire de l'intervention des autres professionnels de santé appartenant à l'équipe pluridisciplinaire du SPST.

¹ Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Outre un amendement rédactionnel, la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a adopté deux amendements :

- un amendement déposé par des députés du groupe Agir ensemble, ayant reçu l'avis favorable des rapporteuses, complète les obligations du SPST dans la prise en charge de la formation en santé au travail de l'infirmier qu'il a recruté et qui n'aurait pas préalablement suivi cette formation. Outre l'obligation d'inscrire l'infirmier à cette formation dans les douze mois suivant le recrutement, il est précisé que le SPST doit, dans tous les cas, s'acquitter de cette obligation avant le terme de son contrat. Cette disposition vise à prévenir tout risque de voir des SPST recourir à des contrats à durée déterminée de moins de douze mois pour contourner l'obligation de prise en charge de la formation de l'infirmier de santé au travail ;

- un amendement des rapporteuses précise que l'infirmier en pratique avancée exerçant au sein d'un SPST intervient « *en assistance d'un médecin du travail* ».

III - La position de la commission : garantir le niveau et la qualité de la formation des infirmiers de santé au travail

Dès lors que les infirmiers en santé au travail sont appelés à participer de façon croissante au suivi médical des travailleurs dans le cadre de la délégation de tâches, il convient de garantir la qualité de la formation spécifique en santé au travail conditionnant le bénéfice du titre d'infirmier de santé au travail. Cette formation doit répondre à des standards d'enseignement universitaire et comporter des enseignements à la fois théoriques et pratiques, par exemple dans le cadre de diplômes universitaires ou interuniversitaires en santé au travail d'une durée d'un ou deux ans. À l'heure actuelle, selon des informations de la direction générale du travail, il existe un diplôme universitaire et un diplôme interuniversitaire ainsi que des licences professionnelles en santé au travail, la plupart de ces diplômes pouvant être rendus accessibles par validation des acquis de l'expérience.

À l'initiative de ses rapporteurs, la commission des affaires sociales du Sénat a donc précisé que l'infirmier de santé au travail devra disposer d'une formation universitaire d'enseignement théorique et pratique en santé au travail définie par décret en Conseil d'État (amendement COM-171). Cette exigence d'un niveau universitaire est cohérente avec le fait que les infirmiers en pratique avancée, dont la qualification est reconnue au grade de *master*, pourront également intervenir dans les SPST.

Conformément au principe de reconnaissance mutuelle des titres et compétences dans les domaines médical et paramédical entre États membres de l'Union européenne, la reconnaissance de la qualité d'infirmier en santé au travail pourra également être acquise dans le cadre d'une formation reconnue équivalente par un État membre.

Par ailleurs, l'amendement prévoit que le diplôme d'infirmier de santé au travail pourra être obtenu par la validation des acquis de l'expérience.

Enfin, la commission a adopté un amendement COM-172 visant à clarifier les conditions de la prise en charge de la formation de l'infirmier recruté par un SPST et qui n'aurait pas déjà suivi la formation spécifique en santé au travail prévue par la réglementation : s'il revient à l'employeur de l'y inscrire dans les douze mois suivant le recrutement, il lui incombe logiquement de prendre en charge cette formation qui a un caractère obligatoire.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 24

Reconnaissance législative de la délégation de tâches au sein de l'équipe pluridisciplinaire du service de prévention et de santé au travail

Cet article consacre dans la loi la possibilité pour le médecin du travail de déléguer certaines de ses missions aux membres de l'équipe pluridisciplinaire du SPST disposant des compétences requises. Il réaffirme également le rôle du directeur du SPST dans l'organisation et le fonctionnement de ce dernier.

La commission a supprimé la possibilité pour le médecin du travail de déléguer ses missions d'animation et de coordination de l'équipe pluridisciplinaire qui constituent le cœur de ses fonctions managériales.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

I - Le dispositif proposé : la consécration législative de la délégation de tâches par le médecin du travail au sein de l'équipe pluridisciplinaire

La délégation de tâches au sein de l'équipe pluridisciplinaire des services de santé au travail est aujourd'hui permise par l'article R. 4623-14 du code du travail, aux termes duquel « *le médecin du travail peut confier certaines activités, sous sa responsabilité, dans le cadre de protocoles écrits, aux collaborateurs médecins, aux internes, aux candidats à l'autorisation d'exercice, aux infirmiers, aux assistants de service de santé au travail ou, lorsqu'elle est mise en place, aux membres de l'équipe pluridisciplinaire.* » Pour les professions dont l'exercice est encadré par le code de la santé publique, les tâches déléguées sont exercées dans la limite des compétences des professionnels de santé définies par ce code.

- Le 1° de l'article 24 de la proposition de loi vise à consacrer au niveau législatif cette possibilité de délégation de tâches en l'inscrivant à l'article L. 4622-8 du code du travail :

- son *b* renvoie à un décret en Conseil d'État le soin de définir les conditions dans lesquelles le médecin du travail peut déléguer certaines de ses missions prévues par le code du travail aux membres de l'équipe pluridisciplinaire disposant de la qualification nécessaire ;

- son *a* étend la possibilité de délégation de tâches aux missions du médecin du travail dans l'animation et la coordination de l'équipe pluridisciplinaire.

- Le 2° de l'article 24 de la proposition de loi tend à renforcer l'autonomie du directeur du SPST dans la gestion de ce dernier. À l'heure actuelle, aux termes de l'article L. 4622-16 du code du travail, le directeur « met en œuvre, en lien avec l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail et sous l'autorité du président, les actions approuvées par le conseil d'administration dans le cadre du projet de service pluriannuel. » La proposition de loi réécrit cette disposition afin de prévoir que « le directeur prend les décisions relatives à l'organisation et au fonctionnement du service nécessaires à la mise en œuvre des dispositions législatives et réglementaires ainsi que des objectifs et prescriptions du contrats d'objectifs et de moyens et du projet de service pluriannuel. » La dimension exécutive du rôle du directeur du SPST est ainsi réaffirmée, les références aux actions approuvées par le conseil d'administration et à l'autorité du président de ce conseil, de même qu'au lien avec l'équipe pluridisciplinaire sont supprimées.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

La commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a modifié l'article 24 de la proposition de loi sur trois points :

- un amendement déposé par des députés du groupe La République en marche, sous-amendé par les rapporteuses, fait figurer dans la composition de l'équipe pluridisciplinaire les masseurs-kinésithérapeutes ;

- un amendement des rapporteuses précise que les tâches déléguées par le médecin du travail aux autres membres de l'équipe pluridisciplinaire sont exercées « sous sa responsabilité ». Cette modification tient compte des observations du Conseil d'État sur l'article 24 de la proposition de loi ;

- un second amendement des rapporteuses rappelle que les missions déléguées par le médecin du travail à d'autres professionnels de santé de l'équipe pluridisciplinaire sont exercées dans la limite des compétences prévues pour ces professionnels dans le code de la santé publique. Cette précision est inspirée des recommandations du Conseil d'État dans son avis sur la proposition de loi.

En séance, les députés ont adopté, avec des avis favorables de la commission et du Gouvernement, un amendement déposé par des députés du groupe Agir ensemble visant à intégrer les ergothérapeutes dans l'équipe pluridisciplinaire.

III - La position de la commission : préserver le rôle pivot du médecin du travail dans l'animation et la coordination de l'équipe pluridisciplinaire

Aux termes de l'article L. 4622-8 du code du travail, l'équipe pluridisciplinaire des services de santé au travail comprend des médecins du travail, des collaborateurs médecins, des internes en médecine du travail, des intervenants en prévention des risques professionnels et des infirmiers. Elle peut être complétée par les assistants de services de santé au travail ainsi que par des professionnels recrutés après avis des médecins du travail. Il est ainsi d'ores et déjà possible pour des services de santé au travail de faire appel à des masseurs-kinésithérapeutes, à des ergothérapeutes ou encore à des psychomotriciens.

La prise en compte des enjeux de santé au travail dans le parcours de formation des masseurs-kinésithérapeutes a été renforcée, notamment dans la prévention des affections de l'appareil locomoteur, du handicap et des troubles musculo-squelettiques. Selon l'association France Kiné Prévention, cinq masseurs-kinésithérapeutes exerceraient aujourd'hui en services de santé au travail. Ce nombre ne tient cependant pas compte du recours des services de santé au travail aux masseurs-kinésithérapeutes par la voie de prestations extérieures. Les masseurs-kinésithérapeutes sont habilités à intervenir en prévention sans prescription médicale, alors que les ergothérapeutes et les psychomotriciens ne peuvent être consultés que sur prescription médicale.

L'article L. 4622-8 du code du travail permettant déjà aux services de santé au travail de faire appel à des masseurs-kinésithérapeutes, des ergothérapeutes ou des psychomotriciens, la commission n'estime pas nécessaire d'énumérer dans la loi tous les types de professionnels susceptibles d'être mobilisés par le service de santé au travail pour renforcer son équipe pluridisciplinaire - d'autant que l'article 24 de la proposition de loi ne fait pas explicitement référence aux psychomotriciens, qui ont aussi leur rôle à jouer en prévention des risques professionnels -.

Plutôt que de lister dans la loi ces professions au risque d'en oublier une et de préserver la marge d'appréciation du médecin du travail et du directeur du SPST pour décider du type d'auxiliaire médical qu'ils souhaitent mobiliser, la commission a adopté un amendement COM-173 de ses rapporteurs tendant à remplacer, dans les professionnels susceptibles d'être recrutés par le SPST pour compléter l'équipe pluridisciplinaire, la référence aux masseurs-kinésithérapeutes et aux ergothérapeutes par une référence plus générique aux auxiliaires médicaux compétents en santé

au travail. Cette référence inclut logiquement les masseurs-kinésithérapeutes, les ergothérapeutes et les psychomotriciens.

À l'initiative de ses rapporteurs, la commission a également adopté un amendement COM-174 supprimant la possibilité pour le médecin du travail de déléguer l'animation et la coordination de l'équipe pluridisciplinaire. Ces fonctions managériales sont au cœur des missions du médecin du travail qui est le seul professionnel de l'équipe pluridisciplinaire disposant d'un statut protégé. C'est précisément de cette mission d'animation et de coordination que découle la possibilité pour le médecin du travail de déléguer, toujours sous sa responsabilité, d'autres tâches en lien avec le suivi médical des travailleurs, et c'est à ce titre qu'il dispose d'un statut protégé.

La commission a, en outre, rappelé, au sein de l'article de L. 4622-8 relatif à la composition de l'équipe pluridisciplinaire, que les SPST peuvent s'appuyer sur un réseau de médecins praticiens correspondants, parmi des médecins de ville volontaires, afin d'assurer une partie du suivi médical des salariés relevant de la catégorie des bénéficiaires des visites d'information et de prévention (amendement COM-33 rectifié).

Par deux amendements identiques COM-139 et COM-125, la commission a, par ailleurs, précisé que les délégations de tâches décidées par les médecins du travail devront s'inscrire dans le respect du projet de service pluriannuel du SPST. Il s'agit de s'assurer que les délégations organisées contribuent à la réalisation des objectifs fixés par ce projet de service. Certains SPST s'engagent en effet, dans leur projet de service pluriannuel, sur une organisation adaptée aux contraintes de la démographie médicale : ils peuvent à ce titre fixer à leur équipe pluridisciplinaire des objectifs en termes de formation et de délégations de tâches au profit des collaborateurs des médecins du travail, tout particulièrement des collaborateurs médecins et des internes en médecine du travail, pour préparer le remplacement des médecins du travail s'approchant de l'âge de départ à la retraite. Ils peuvent également confier aux médecins du travail le soin d'intégrer de façon plus importante les infirmiers de santé au travail et les préventeurs dans le suivi individuel du travailleur. Compte tenu de la montée en compétences des infirmiers de santé au travail et de la contribution des infirmiers de pratique avancée, les médecins du travail pourront, par exemple, être encouragés à les mobiliser, par des délégations de tâches, dans le suivi clinique des travailleurs.

Par un amendement COM-117 rectifié, la commission a souhaité préciser l'articulation du rôle du directeur du SPSTI avec celui de la gouvernance du service : les décisions du directeur doivent bien s'inscrire dans le respect des orientations approuvées par le conseil d'administration dans le cadre du projet de service pluriannuel.

Enfin, outre un amendement COM-175 de précision, la commission a adopté un amendement COM-186 permettant d'adapter, par décret, dans la collectivité d'outre-mer de Saint-Pierre-et-Miquelon la composition de l'équipe pluridisciplinaire à la situation des ressources médicales disponibles sur le territoire. Cette possibilité de déroger au droit commun est cohérente avec la disposition permettant déjà à l'État d'autoriser un médecin non spécialisé en médecine du travail à y exercer l'activité de médecin du travail¹.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 25

Création du comité national de prévention et de santé au travail au sein du conseil d'orientation des conditions de travail

Cet article crée, au sein du conseil d'orientation des conditions de travail (COCT), un comité national de prévention et de santé au travail (CNPST) appelé à se substituer au groupe permanent d'orientation du COCT.

La commission a complété la composition du CNPST, afin d'y inclure des représentants de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole, et a précisé ses missions afin de tenir pleinement compte des propositions de l'ANI du 9 décembre 2020.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

I - Le dispositif proposé : une instance qui donne aux partenaires sociaux des responsabilités opérationnelles dans le pilotage de la santé au travail

A. Le COCT : une instance nationale de concertation sociale au cœur de l'élaboration des politiques publiques en santé et sécurité au travail

Aux termes de l'article L. 4641-1 du code du travail, le COCT est une instance consultative placée auprès du ministre du travail intervenant dans les domaines de la santé et de la sécurité au travail. Il est chargé de :

- participer à l'élaboration des orientations stratégiques des politiques publiques nationales ;
- contribuer à la définition de la position française sur les questions stratégiques aux niveaux européen et international ;
- se prononcer pour avis sur les projets de textes législatifs et réglementaires en santé et sécurité au travail ;
- participer à la coordination des acteurs intervenant en santé et sécurité au travail.

¹ Article L. 4822-1 du code du travail.

Présidé par le ministre du travail, il est composé de représentants de l'État, de représentants des organisations professionnelles d'employeurs représentatives au niveau national, de représentants des organisations syndicales de salariés représentatives au niveau national, de représentants des organismes nationaux de sécurité sociale, de représentants des organismes nationaux d'expertise et de prévention, ainsi que de personnalités qualifiées.

Le COCT comprend une formation consultative, la commission générale, chargée de se prononcer pour avis sur les projets de textes législatifs et réglementaires, et deux formations d'orientation que sont le conseil national d'orientation des conditions de travail et le groupe permanent d'orientation (GPO) des conditions de travail. Le GPO est plus particulièrement chargé, entre autres missions, de proposer les orientations du plan santé au travail (PST), de participer à l'élaboration de la politique publique en santé et sécurité au travail et de participer à la coordination des acteurs de la santé au travail¹. Présidé par le vice-président du COCT – actuellement, M. Dominique Giorgi –, le GPO constitue le bureau du COCT et comprend des représentants de trois collèges : des représentants des partenaires sociaux, des représentants des départements ministériels et des représentants des organismes nationaux de sécurité sociale, d'expertise et de prévention.

Dans l'ANI du 9 décembre 2020, les partenaires sociaux ont appelé à élargir les missions du GPO au sein du COCT en le transformant en comité national de prévention et de santé au travail et en conservant une composition tripartite articulée autour des trois collèges actuels du GPO.

B. Le renforcement du pilotage de la politique de santé au travail par la création du comité national de prévention et de santé au travail

L'article 25 de la proposition de loi introduit, dans le code du travail, un nouvel article L. 4641-2-1 créant, au sein du COCT, un comité national de prévention et de santé au travail (CNPST) censé se substituer au GPO, aujourd'hui régi par la partie réglementaire du code, avec des missions élargies. Alors que l'ANI suggérerait de maintenir l'équilibre tripartite actuel du GPO dans la composition du CNPST, la proposition de loi prévoit pour ce dernier une composition exclusivement paritaire, comprenant uniquement des représentants des organisations professionnelles d'employeurs et des organisations syndicales de salariés représentatives au niveau national.

Trois missions sont, en outre, attribuées au CNPST :

- participer à l'élaboration des politiques publiques en matière de santé au travail et à la coordination des acteurs intervenant dans ces domaines ;

¹ Article R. 4641-7 du code du travail.

- définir la liste et les modalités de mise en œuvre des services obligatoires en matière de prévention, de suivi individuel des travailleurs et de prévention de la désinsertion professionnelle ;

- élaborer des référentiels et les principes guidant l'accréditation des organismes indépendants chargés de certifier les SPST.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

A. En commission

Dès lors que le CNPST et ses déclinaisons régionales, les comités régionaux de prévention et de santé au travail (CRPST), sont constitués au sein respectivement du COCT et des comités régionaux d'orientation des conditions de travail (Croct), le Conseil d'État, dans son avis sur la proposition de loi, a suggéré de compléter les missions du COCT et des CROCT et de renvoyer au pouvoir réglementaire le soin de préciser celles de ces missions qui devront être exercées par le CNPST et les CRPST.

Cette option n'a néanmoins pas été retenue par l'Assemblée nationale qui a maintenu dans la proposition de loi l'énumération des missions du CNPST. À l'initiative de ses rapporteures, la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a adopté quatre amendements tendant à :

- prévoir la présence de représentants de l'État et de la caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) dans la composition du CNPST, conformément à l'équilibre tripartite actuel du GPO ;

- préciser que l'énumération des missions du CNPST dans la loi n'est pas exhaustive, afin de ménager la possibilité pour le pouvoir réglementaire de lui attribuer des missions complémentaires afin d'englober l'intégralité de celles aujourd'hui exercées par le GPO. À titre d'exemple, les missions actuelles du GPO de contribution à la définition de la position française sur les questions stratégiques aux niveaux européen et international en matière de santé et sécurité au travail ou encore de participation à la coordination des groupes permanents régionaux d'orientation ne sont pas listées par la proposition de loi ;

- actualiser la mission du CNPST relative à la définition de l'offre socle de services des SPST en tenant compte de la formulation retenue à l'article 8 de la proposition de loi.

B. En séance

En séance, outre un amendement de cohérence, l'Assemblée nationale a adopté :

- un amendement du député Paul Christophe du groupe Agir ensemble, ayant reçu des avis favorables de la commission et du Gouvernement, complétant les missions du CNPST afin de prévoir qu'il

détermine les modalités de mise en œuvre et les conditions de mise à la disposition de l'employeur du passeport de prévention, en cohérence avec l'article 3 de la proposition de loi ;

- un amendement des rapporteurs de la commission des affaires sociales, accepté par le Gouvernement, précisant que les délibérations du CNPST dans le cadre de ses missions prévues aux 2° à 4° du nouvel article L. 4641-2-1 du code du travail – à savoir la définition de l'offre socle de services des SPST, l'avis sur les référentiels et principes guidant l'élaboration du cahier des charges de la certification des SPST et la définition des modalités de mise en œuvre du passeport de prévention – sont adoptées par les seuls représentants des partenaires sociaux, conformément à l'esprit de l'ANI du 9 décembre 2020.

III – La position de la commission : compléter les missions du CNPST conformément aux orientations de l'ANI

La commission des affaires sociales du Sénat approuve la mise en place du CNPST qui, dans l'architecture qui en est proposée par le texte de l'Assemblée nationale, est globalement fidèle aux préconisations de l'ANI. Elle a adopté un amendement COM-177 de ses rapporteurs visant à préciser ses missions afin de tenir pleinement compte des propositions de l'ANI. Il est ainsi prévu que le CNPST devra :

- participer à l'élaboration du plan santé au travail pour lequel il devra formuler des propositions au ministre chargé du travail, qui constitue aujourd'hui une des missions fondamentales du GPO ;

- contribuer à la définition des indicateurs permettant d'évaluer la qualité de la mise en œuvre par les SPST de l'offre socle de services ;

- suivre le déploiement du passeport de prévention.

La commission a également complété la composition du CNPST pour y prévoir la présence de représentants de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA). Celle-ci a toute sa place dans la définition de l'offre socle de services ou des référentiels guidant l'élaboration du cahier des charges de la certification, dans un objectif d'homogénéisation de l'offre de services des services de santé au travail, ainsi que dans la coordination des acteurs de la santé au travail (amendement COM-176).

Enfin, outre un amendement COM-118 rectifié de précision, la commission a adopté un amendement COM-178 renvoyant à un décret en Conseil d'État le soin de déterminer les missions du CNPST – dès lors que celles prévues par la loi ont vocation à être complétées pour englober celles déjà exercées par le GPO –, sa composition, son organisation et son fonctionnement.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 26

**Création du comité national de prévention et de santé au travail
au sein du conseil d'orientation des conditions de travail**

Cet article crée, au sein de chaque comité régional d'orientation des conditions de travail (Croct), un comité régional de prévention et de santé au travail (CRPST) appelé à se substituer au groupe permanent régional d'orientation du Croct.

La commission a complété la composition des CRPST afin d'y prévoir la présence de représentants du réseau régional de la mutualité sociale agricole. Elle a également précisé leurs missions, notamment en les chargeant de se prononcer pour avis sur l'agrément des SPST par l'autorité administrative ou sur le renouvellement de cet agrément.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

I - Le dispositif proposé : une instance régionale d'animation de la santé au travail

En application de l'article L. 4641-4 du code du travail, un comité régional d'orientation des conditions de travail (Croct) est placé auprès de chaque représentant de l'État dans la région. Il est chargé de participer à l'élaboration et au suivi des politiques publiques régionales en matière de santé, de sécurité au travail et de conditions de travail ainsi qu'à la coordination des acteurs intervenant dans cette matière au niveau régional.

Conformément à l'article R. 4641-15 du même code, le Croct comprend en son sein un groupe permanent régional d'orientation (GPRO) exerçant une fonction d'orientation dans le domaine de la politique de santé et de sécurité au travail et d'amélioration des conditions de travail. Présidé par le préfet de région, il comprend un collège de représentants des administrations régionales de l'État, un collège de représentants des organisations d'employeurs et de salariés représentatives au niveau national, un collège de représentants des organismes régionaux de sécurité sociale, d'expertise et de prévention et un collège de personnalités qualifiées.

L'article 26 de la proposition de loi acte la proposition de l'ANI du 9 décembre 2020 de substituer aux GPRO des comités de prévention et de santé au travail (CRPST) aux missions élargies :

- son 2° complète la section 2 du chapitre I^{er} du titre IV du livre VI de la quatrième partie du code du travail par deux nouveaux articles consacrés aux CRPST :

➤ le nouvel article L. 4641-5 définit les contours du CRPST. Composé de représentants des organisations professionnelles d'employeurs et syndicales de salariés représentatives au niveau national, il est chargé de

promouvoir l'action en réseau de l'ensemble des acteurs régionaux et locaux de la prévention des risques professionnels, de contribuer à la coordination des outils de prévention mis à disposition des entreprises et de suivre l'évaluation de la qualité des SPST ;

➤ le nouvel article L. 4641-6 renvoie à un décret en Conseil d'État le soin de déterminer l'organisation, les missions, la composition et le fonctionnement du Croct et du CRPST ;

- par coordination avec l'introduction dans le code du travail d'un nouvel article L. 4641-6, son 1^o supprime le dernier alinéa de l'article L. 4641-4 du même code prévoyant qu'un décret en Conseil d'État détermine l'organisation, les missions, la composition et le fonctionnement des Croct.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

A. En commission

La commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a adopté deux amendements de ses rapporteures tendant à :

- prévoir la présence de représentants de l'État et de la caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) dans la composition du CRPST ;

- préciser que l'énumération des missions du CRPST dans la loi n'est pas exhaustive, afin de ménager la possibilité pour le pouvoir réglementaire de lui attribuer des missions complémentaires afin d'englober celles aujourd'hui exercées par le GPRO.

B. En séance

En séance, l'Assemblée nationale a adopté un amendement rédactionnel.

III - La position de la commission : renforcer le rôle du CRPST dans le pilotage de l'offre régionale des SPST

La commission des affaires sociales du Sénat a adopté un amendement COM-180 de ses rapporteurs visant à préciser les missions du CRPST afin de tenir pleinement compte des propositions de l'ANI du 9 décembre 2020 mais aussi du renforcement de son rôle dans le contrôle de la qualité de l'offre des SPST. Il est ainsi prévu que le CNPST devra :

- formuler les orientations du plan régional santé au travail et participer au suivi de sa mise en œuvre. Cette mission est mise en avant par l'ANI du 9 décembre 2020 comme la première mission du CRPST ;

- formuler un avis sur l'agrément des SPST ou son renouvellement par l'autorité administrative.

Enfin, outre un amendement COM-119 de précision, elle a également complété la composition du CRPST pour y prévoir la présence de représentants du réseau régional des caisses de mutualité sociale agricole (amendement COM-179).

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

Article 27

**Habilitation du Gouvernement à légiférer par ordonnance
sur le regroupement de l'agence nationale pour l'amélioration
des conditions de travail et le réseau des associations régionales
pour l'amélioration des conditions de travail**

Cet article habilite le Gouvernement à prendre par voie d'ordonnance, dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la loi, toute mesure relevant du domaine de la loi pour procéder au regroupement au sein de l'agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact) des associations régionales pour l'amélioration des conditions de travail (Aract).

La modification des relations entre l'Anact et le réseau des Aract relevant du pouvoir réglementaire, la commission a supprimé cet article.

I - Le dispositif proposé : une demande initiale de rapport sur l'évolution des relations juridiques et financières entre l'Anact et les Aract

Dans sa version initiale, l'article 27 de la proposition de loi prévoyait la remise par le Gouvernement au Parlement, avant le 30 juin 2021, d'un rapport sur la modification des relations juridiques et financières entre l'agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact), établissement public administratif placé sous la tutelle du ministre du travail, et les associations régionales pour l'amélioration des conditions de travail (Aract) afin de mettre le réseau formé par ces entités en conformité avec les règles de la commande publique.

Pour rappel, dans un référé du 24 mai 2019¹, la Cour des comptes avait appelé à une sécurisation juridique du réseau Anact-Aract, en relevant des fragilités que les rapporteurs de la commission des affaires sociales du Sénat ont rappelées dans leur rapport d'information sur la santé au travail d'octobre 2019² :

¹ Cour des comptes, référé, « L'agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail et ses relations avec le réseau des associations régionales pour l'amélioration des conditions de travail », 24 mai 2019, disponible sur www.ccomptes.fr.

² Pour un service universel de santé au travail, rapport d'information n° 10 (2019-2020) de M. Stéphane Artano et Mme Pascale Gruny, fait au nom de la commission des affaires sociales du Sénat, déposé le 2 octobre 2019.

« - une partie des ressources de l'Anact et des Aract découle de la conclusion de contrats de prestations de services, principalement avec des établissements publics. Or ces contrats interviennent dans des domaines relevant du champ concurrentiel sans que l'Anact ou les Aract, qui sont respectivement des personnes morales de droit public et des personnes de droit privé soumises aux règles de la commande publique, aient été mises en concurrence avec d'autres prestataires de personnes publiques ;

- les Aract ne sont pas dotées d'un comptable public alors même qu'elles sont en partie financées par des personnes publiques, dont l'Anact et les Direccte¹, afin de mettre en œuvre les missions de service public qui leur sont déléguées. »

L'évolution au cours des cinq dernières années des effectifs et des moyens de l'Anact et des Aract est la suivante :

- pour l'Anact :

| ANACT | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|--|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| CHARGES | € | € | € | en € | en € |
| <u>Personnel</u> | 5 045 470 | 5 207 039 | 5 027 728 | 5 099 469 | 5 037 283 |
| <u>Sous-total fonctionnements</u> | 4 770 112 | 4 477 054 | 3 997 590 | 3 444 431 | 2 709 451 |
| <u>Sous-total investissements</u> | 290 166 | 506 629 | 192 188 | 279 512 | 219 122 |
| <u>Sous-total crédits d'intervention</u> | 6 443 097 | 5 642 032 | 5 213 450 | 5 032 639 | 4 263 049 |
| Total des charges | 16 258 679 | 15 326 125 | 14 238 768 | 13 576 539 | 12 009 783 |
| PRODUITS | | | | | |
| <u>Subvention pour charges de SP</u> | 10 076 259 | 10 060 000 | 10 030 000 | 9 950 000 | 9 860 000 |
| <u>Sous-total recettes propres</u> | 3 024 758 | 2 617 263 | 2 224 781 | 1 822 636 | 1 216 447 |
| <u>FACT</u> | 2 606 886 | 1 331 770 | 1 250 292 | 1 881 299 | 1 824 000 |
| Total des produits | 15 707 903 | 14 009 033 | 13 505 073 | 13 653 935 | 12 900 447 |
| Plafond d'emplois (ETPT) | 76 | 75 | 74 | 72 | 70 |
| Effectifs (ETPT) sous plafond | 74,8 | 73,5 | 71,1 | 68,5 | 67,9 |
| Effectifs (ETPT) hors plafond | 2,9 | 6,1 | 5,6 | 6,0 | 5,9 |

Source : Agence nationale d'amélioration des conditions de travail

¹ Directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi, regroupées, à compter du 1^{er} avril 2021, avec les directions régionales de la cohésion sociales pour devenir les directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités.

- pour les Aract :

| | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 |
|------------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Budgets en € | 21 505 719 | 20 887 093 | 19 790 272 | 18 510 436 | 18 817 758 |
| Effectifs en ETP | 199 | 197 | 190 | 184 | 178 |

Source : Agence nationale d'amélioration des conditions de travail

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale : l'habilitation du Gouvernement à modifier le réseau Anact-Aract par ordonnance

A. En commission

La commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale n'a pas modifié l'article 27 de la proposition de loi.

B. En séance

En séance, les députés ont adopté un amendement du Gouvernement, ayant reçu l'avis favorable de la commission, visant à autoriser ce dernier à légiférer par ordonnance, dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la loi, afin de :

- définir les conditions permettant le regroupement des Aract au sein de l'Anact ;

- d'adapter l'organisation, les missions et le fonctionnement de l'agence issue de ce regroupement, ce qui suppose de modifier les articles L. 4641-1 et suivants du code du travail ;

- de préciser les conditions du transfert à cette agence des biens, droits et obligations des associations régionales.

Un projet de loi de ratification de l'ordonnance devra être déposé au plus tard le dernier jour du troisième mois suivant sa publication.

Le Gouvernement a indiqué, devant l'Assemblée nationale, qu'il s'était engagé, en réponse au référé de la Cour des comptes, à donner suite aux recommandations de cette dernière et qu'à cet effet, une mission préparatoire de l'IGAS avait été lancée et sera complétée par une consultation de l'ensemble des parties prenantes.

III - La position de la commission : une nécessaire réforme des relations entre l'Anact et les Aract ne nécessitant pas une modification de la loi

La commission des affaires sociales du Sénat avait déjà appelé de ses vœux une clarification des relations entre l'Anact et les Aract dans le rapport d'information sur la santé au travail d'octobre 2019 de ses rapporteurs. Favorable au regroupement des Aract au sein de l'Anact, elle estime que cette réforme devra veiller à préserver un réseau de structures régionales paritaires permettant de décliner sur le territoire une

politique d'amélioration des conditions de travail adaptée aux spécificités de chaque région.

En revanche, la commission considère qu'il n'est pas nécessaire de modifier la loi pour procéder à un tel regroupement. Les Aract sont en effet des associations régionales paritaires dont l'existence est codifiée dans la partie réglementaire du code du travail¹. Il peut donc être procédé à la fusion de ces structures avec l'Anact par voie réglementaire, sans qu'il soit besoin de modifier la loi.

C'est du reste l'option qu'avait déjà retenue le Gouvernement en 2015, à la suite d'un premier référé de la Cour des comptes de 2011² lui recommandant de modifier le schéma des relations financières et juridiques entre l'Anact et l'Aract : c'est par un décret du 31 juillet 2015³ que le Gouvernement avait alors consacré le rôle de pilotage du réseau des Aract par l'Anact. En réponse au second référé de la Cour des comptes sur le réseau Anact-Aract de 2019, la ministre du travail de l'époque avait d'ailleurs clairement indiqué à la Cour que le projet de réforme de ce réseau était « *de nature réglementaire et non législative* » et pourrait intervenir avant la fin 2021, sans préjudice de la discussion d'un éventuel texte législatif sur le système de santé au travail.

Il n'y a donc pas lieu d'habiliter le Gouvernement à légiférer par ordonnance pour opérer le regroupement des Aract au sein de l'Anact. Par deux amendements COM-181 et COM-81 identiques, la commission a ainsi supprimé l'article 27 de la proposition de loi.

La commission a supprimé cet article.

¹ Article R. 4642-2 du code du travail.

² Cour des comptes, référé, « L'agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail et ses relations avec le réseau des associations régionales pour l'amélioration des conditions de travail », 31 août 2011, disponible sur www.ccomptes.fr.

³ Décret n° 2015-968 du 31 juillet 2015 relatif aux missions et au fonctionnement de l'agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail.

Article 28

**Formation des membres de la délégation du personnel du CSE
en santé au travail**

Cet article propose d'augmenter le nombre d'heures de formation en santé, sécurité et conditions de travail dont bénéficient les élus au comité social et économique d'entreprise.

La commission a adopté cet article sans modification.

I - Le dispositif proposé

A. La fusion des instances représentatives du personnel

L'ordonnance du 22 septembre 2018 a prévu la **fusion des anciennes instances représentatives du personnel** (IRP) en un comité social et économique d'entreprise (CSE). Le CSE, prévu à l'article L. 2311-2 du code du travail, a ainsi vocation à exercer à la fois les compétences qui étaient dévolues au comité d'entreprise (CE) et celles du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT).

La délégation du personnel au sein du CSE a ainsi notamment pour mission de contribuer à « *promouvoir la santé, la sécurité et l'amélioration des conditions de travail* » (art. L. 2312-2).

Le CSE doit également procéder à l'analyse des risques professionnels (art. L. 2312-9) et procéder, à intervalle régulier, à des inspections en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail (art. L. 2312-13).

Des dispositions spécifiques concernent les entreprises d'au moins 50 salariés et, parmi celles-ci, certaines portent plus particulièrement sur les entreprises d'au moins 300 salariés.

Ainsi, pour les entreprises ou établissements d'au moins 300 salariés, une commission santé et sécurité au travail (CSSCT) est créée au sein du CSE (art. L. 2315-36). La CSSCT se voit confier, par délégation du CSE, tout ou partie de ses attributions relatives à la santé, à la sécurité et aux conditions de travail (art. L. 2315-38).

Une CSSCT peut également être créée au sein du CSE d'entreprises de 50 à 300 salariés sur décision de l'inspection du travail (art. L. 2315-37).

B. Les obligations de formation en santé, sécurité et conditions de travail

Au sein de la section du code du travail applicable quelle que soit la taille de l'entreprise, l'article L. 2315-18 prévoit que **les membres de la délégation du personnel au CSE**, ainsi que le référent en matière de lutte contre le harcèlement sexuel et les agissements sexistes prévu par

l'article L. 2314-1, **bénéficient de « la formation nécessaire à l'exercice de leurs missions » en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail (SSCT)** dans des conditions déterminées par un décret en Conseil d'État. Cette formation est **financée par l'employeur**.

L'article L. 2315-40, applicable aux entreprises d'au moins 50 salariés, prévoit que la durée minimale des formations en question est de **trois jours dans les entreprises de 50 à moins de 300 salariés et de cinq jours pour les entreprises d'au moins 300 salariés**.

C. Un renforcement de la formation

Le **a** du 1° du présent article modifie l'article L. 2315-18, afin de **fixer une durée minimale des formations en SSCT** dans l'ensemble des entreprises. Dans la rédaction initiale, il était proposé de fixer cette durée minimale à cinq jours pour un premier mandat et trois jours pour un renouvellement.

Par coordination, le 3° abroge l'article L. 2315-40, relatif à la durée minimale des formations pour les entreprises d'au moins 50 salariés.

D. Le financement par les Opco de la formation en SSCT dans les entreprises de moins de 50 salariés

Le 2° crée une nouvelle sous-section 4 au sein de la section relative aux CSE des entreprises de moins de 50 salariés, intitulée « *formation en santé, sécurité et conditions de travail* ». Cette nouvelle sous-section est composée d'un unique article L. 2315-22-1 aux termes duquel **les formations en SSCT peuvent être prises en charge par les opérateurs de compétences (Opco)** au titre de leurs actions utiles au développement des compétences au bénéfice des entreprises de moins de 50 salariés.

Par coordination, le **b** du 1° modifie la disposition de l'article L. 2315-18 aux termes de laquelle le financement des formations en SSCT est prise en charge par l'employeur.

Par cohérence, le 5° complète l'article L. 6332-1, relatif aux missions des Opco, afin de prévoir (nouveau 6° du I de cet article) qu'ils financent les formations en matière de SSCT des membres de la délégation du personnel du CSE et du référent en matière de lutte contre le harcèlement sexuel et les agissements sexistes au sein des entreprises de moins de 50 salariés.

De même, le 6° ajoute un 4° à l'article L. 6332-1-3 relatif aux dépenses que les Opco peuvent prendre en charge.

E. La formation des salariés désignés

Aux termes de l'article L. 4644-1, l'employeur peut désigner des salariés « *compétents pour s'occuper des activités de protection et de prévention des risques professionnels de l'entreprise* ». Ces salariés bénéficient, « *à leur demande* » d'une formation en matière de santé au travail.

Le 4° modifie cet article afin de supprimer les mots « à leur demande ». Il supprime en outre des références périmées et les remplace par une référence aux articles L. 2315-16 à L. 2315-18. Il ressort de ces renvois que la formation des salariés désignés par l'employeur devra avoir la même durée minimale que celle des élus du personnel en matière de SSCT et qu'elle devra être financée par l'employeur.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

En commission, l'Assemblée nationale a adopté un amendement rédactionnel des rapporteures.

En séance publique, l'Assemblée nationale a adopté sept amendements identiques provenant de différents groupes politiques, sous-amendé pour des raisons rédactionnelles par les rapporteures, afin de porter à cinq jours la durée minimale de la formation dans le cas du renouvellement du mandat d'un membre de la CSSCT dans les entreprises d'au moins 300 salariés.

III - La position de la commission

Le présent article a pour effet de **fixer à cinq jours la durée minimale de la formation en SSCT des élus au CSE, quelle que soit la taille de l'entreprise**. Cela constitue une augmentation pour les entreprises de moins de 50 salariés, pour lesquelles aucun minimum légal n'existait, ainsi que pour les entreprises de 50 à 299 salariés, pour lesquelles le minimum était fixé à trois jours.

Durée minimale de la formation en SSCT des élus au CSE

| | Droit actuel | Dispositions proposées |
|--|----------------------|---|
| Entreprises de moins de 50 salariés | Pas de minimum légal | Cinq jours (possibilité de financement par l'Opco) |
| Entreprises de 50 à 299 salariés | Trois jours | Cinq jours (trois jours pour un renouvellement) |
| Entreprises de plus de 300 salariés | Cinq jours | Cinq jours |

Source : commission des affaires sociales

Les rapporteurs soutiennent le renforcement de la formation en santé, sécurité et conditions de travail pour les élus du personnel, compte

tenu de la complexité de ces sujets et des risques professionnels, quelle que soit la taille de l'entreprise. Le renforcement de la formation en SSCT et son intégration dans le cadre des dispositifs de formation professionnelle correspondent aux orientations fixées par les partenaires sociaux dans l'ANI. Pour ces raisons, les rapporteurs sont favorables aux mesures proposées par le présent article.

La commission a adopté cet article sans modification.

Article 28 bis

Remise par le Gouvernement au Parlement d'un rapport d'évaluation du recours au dispositif du médecin praticien correspondant

Cet article, inséré par l'Assemblée nationale en séance, prévoit la remise, dans un délai de deux ans à compter de la promulgation de la loi, par le Gouvernement au Parlement d'un rapport d'évaluation du recours au dispositif du médecin praticien correspondant.

Conformément à sa position constante sur les demandes de rapport adressées au Gouvernement, la commission a supprimé cet article.

I - Le dispositif proposé : une demande de rapport sur l'évaluation du recours au médecin praticien correspondant

En séance, l'Assemblée nationale a adopté un amendement déposé par des députés du groupe UDI et indépendants, ayant reçu les avis favorables de la commission et du Gouvernement, prévoyant la remise, dans un délai de deux ans à compter de la promulgation de la loi, par le Gouvernement au Parlement d'un rapport d'évaluation du recours au dispositif du médecin praticien correspondant.

II - La position de la commission : supprimer une demande de rapport

Conformément à sa position constante contre les demandes de rapport adressées au Gouvernement, la commission a supprimé l'article 28 *bis* de la proposition de loi (amendement COM-182).

La commission a supprimé cet article.

TITRE V

DISPOSITIONS FINALES

Article 29

Entrée en vigueur de la proposition de loi

Cet article fixe les modalités d'entrée en vigueur de la proposition de loi.

La commission a supprimé la possibilité d'anticiper par décret la date d'entrée en vigueur fixée dans la loi au 31 mars 2022.

I - Le dispositif proposé

Le présent article définit la date d'entrée en vigueur de la proposition de loi.

Le **I** prévoit que la loi entrera en vigueur à une date fixée par décret et au plus tard le 31 mars 2022.

Le **II** précise que les mandats des membres des conseils d'administration des services de prévention et de santé au travail expirent de plein droit à la date d'entrée en vigueur de la loi.

Les conseils d'administration des nouveaux SPST seront désignés et élus conformément aux dispositions introduites par la proposition de loi dans un délai qui sera déterminé par le décret mentionné au I.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Au stade de l'examen en commission, l'Assemblée nationale a adopté deux amendements rédactionnels des rapporteuses.

III - La position de la commission

Outre deux amendements de coordination et de portée rédactionnelle (COM-184 et COM-188), les rapporteurs ont considéré qu'il n'était **ni souhaitable ni nécessaire que la date d'entrée en vigueur de la proposition de loi puisse être anticipée par décret**. Les acteurs de la santé au travail doivent disposer du temps nécessaire pour s'adapter aux nouveaux dispositifs proposés. En outre, les services du ministère du travail, interrogés par les rapporteurs, ont indiqué qu'il n'était pas envisagé d'anticiper cette date par décret. La commission a donc, en adoptant l'amendement COM-187 des rapporteurs, supprimé cette possibilité.

La commission a adopté cet article ainsi modifié.

EXAMEN EN COMMISSION

I. AUDITION DE M. PHILIPPE GARABIOU SECRÉTAIRE GÉNÉRAL DU CONSEIL D'ORIENTATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL (COCT)

Mme Catherine Deroche, présidente. – Nous entamons maintenant nos travaux sur la proposition de loi adoptée par l'Assemblée nationale pour la prévention en santé au travail, avec l'audition de M. Philippe Garabiol, secrétaire général du conseil d'orientation des conditions de travail (COCT).

Nous n'avons pas encore de calendrier pour l'inscription à l'ordre du jour de ce texte mais le Gouvernement a fait part de son souhait de le voir aboutir rapidement.

J'indique que cette audition fait l'objet d'une captation vidéo retransmise en direct sur le site du Sénat et disponible en vidéo à la demande.

Le COCT est placé auprès du ministre chargé du travail. Il est chargé d'orienter la politique publique de santé au travail et d'examiner les textes de toute nature concourant directement à la mise en œuvre de cette politique. Il comporte plusieurs formations.

Le COCT est doté d'un conseil d'orientation qui comprend les partenaires sociaux, les représentants des administrations et des organismes de prévention ainsi que des personnalités qualifiées.

Nous souhaiterions ce matin échanger avec vous, Monsieur le secrétaire général, sur le texte qui sera prochainement soumis à l'examen de notre commission.

Ce texte, déposé le 23 décembre 2020 par les députées Charlotte Parmentier-Lecocq et Carole Grandjean et plusieurs de leurs collègues, transpose l'accord national interprofessionnel (ANI) conclu le 10 décembre 2020 par les partenaires sociaux en vue de réformer la santé au travail. Il a été adopté par l'Assemblée nationale le 17 février 2021.

La proposition de loi renforce la prévention au sein des entreprises et cherche à rapprocher santé publique et santé au travail.

Elle renforce les missions des services de santé au travail (SST), qui devront notamment mettre en place une cellule dédiée à la prévention de la désinsertion professionnelle. Elle acte la création du passeport prévention. Elle réorganise aussi la gouvernance de la santé au travail.

Comme pour toutes les transpositions d'ANI, la marge de manœuvre du Parlement est étroite car la démocratie sociale s'est exprimée avant la démocratie politique. Il s'agit donc de faire valoir l'intérêt général tout en respectant les équilibres définis par les partenaires sociaux.

Je vais vous laisser la parole, Monsieur Garabiol, pour exposer la façon dont ce texte répond aux enjeux de ce sujet complexe sur lequel notre commission s'est penchée à l'occasion d'un rapport d'information de nos collègues Pascale Gruny et Stéphane Artano, qui sont également rapporteurs de la proposition de loi.

M. Philippe Garabiol, secrétaire général du Conseil d'orientation des conditions de travail (COCT). – *Les partenaires sociaux se sont emparés du sujet depuis longtemps. Le fondement même de l'appréhension des accidents du travail et des maladies professionnelles (AT-MP) remonte à plus d'un siècle et constitue la base de notre législation du travail.*

Les partenaires sociaux se sont aussi, plus récemment, emparés du sujet de la prévention grâce aux plans santé au travail (PST). Le dernier plan consistait à passer d'une logique de réparation à une logique de prévention primaire. Des progrès ont été accomplis. Dans cette logique d'amélioration continue, à la suite de plusieurs rapports parlementaires, ils ont à nouveau travaillé sur les enjeux et la rénovation de la santé au travail.

À ce titre, le groupe permanent d'orientation (GPO) du COCT a été sollicité pour travailler sur une réforme possible. Après avoir travaillé pendant plus d'un an, nous n'avons pas abouti complètement mais le diagnostic, très simple, était posé : une pénurie de médecins du travail ; une offre de services des services de santé au travail interentreprises (SSTI) aléatoire et inégale sur le territoire ; une exclusion ou une prise en charge insatisfaisante de certains publics professionnels, notamment au regard de la prévention de la désinsertion professionnelle.

Ces éléments ont conduit les partenaires sociaux à réfléchir ensemble et, finalement, grâce aux travaux accomplis au sein du GPO, à conclure l'ANI du 9 décembre, qui cherche à répondre à un ensemble de problématiques afin d'améliorer le service rendu, d'offrir une égalité de traitement aux entreprises, quelles que soient leur taille et leur localisation, mais aussi de tendre vers un plus grand universalisme de la santé au travail en cherchant à inclure les indépendants. Compte tenu de la pénurie objective de médecins du travail, la volonté des partenaires sociaux a été de les soutenir grâce à des médecins praticiens conseils et des infirmiers en santé au travail en pratique avancée. Les orientations de l'ANI ont donc été mûrement réfléchies et font l'objet d'un quasi consensus entre les partenaires sociaux. Elles suivent de plus un chemin de démocratie sociale exemplaire : c'est la première fois qu'une proposition de loi reprend l'intégralité des grandes orientations d'un ANI.

Mme Pascale Gruny. – *Ma première question est très générale : la délégation aux entreprises du Sénat a récemment reçu certains partenaires sociaux qui estiment que la proposition de loi ne va pas suffisamment loin en matière de prévention, alors qu'il s'agissait d'un des principaux objectifs de l'ANI. Quelles sont vos observations et vos attentes sur ce point ?*

L'ANI est le fruit d'une longue négociation, les partenaires sociaux ayant échoué, en 2019, à se mettre d'accord au sein du COCT. Quelles sont vos observations sur le processus qui a abouti à cet accord ?

S'agissant du renforcement de la qualité de l'offre de services des services de prévention et de santé au travail (SPST), quel est l'impact attendu de leur procédure de certification ? Comment garantir que cette certification sera suffisamment exigeante ? Le comité national de prévention et de santé au travail (CNPST) devrait-il jouer un rôle dans l'élaboration du cahier des charges ? Concernant l'agrément des SPSTI, dont le principe est porté au niveau de la loi, faut-il envisager des sanctions administratives graduées en cas de manquement ? Que pensez-vous de la proposition de soumettre tout agrément pour avis au comité régional de prévention et de la santé au travail (CRPST) ?

Les nouvelles modalités de financement des SPSTI prévues par la proposition de loi vous semblent-elles de nature à améliorer le service rendu ?

La mise en place de cellules de prévention de la désinsertion professionnelle au sein des SPSTI a été préconisée par plusieurs rapports et appelée de leurs vœux par les partenaires sociaux. La proposition de loi vous semble-t-elle suffisamment ambitieuse sur ce point et répond-elle aux attentes des partenaires sociaux ? Pourquoi ce dispositif ne s'appliquerait-il pas aux SPST autonomes ?

Peut-on s'attendre à ce qu'une adhésion facultative des travailleurs indépendants à un SPST produise des effets substantiels ? Faut-il aller vers une affiliation obligatoire ?

M. Philippe Garabiol. – *Je vais tenter de répondre brièvement et complètement.*

Concernant l'insuffisance de prévention, la proposition de loi n'est pas une fin en soi : elle sera complétée par des textes réglementaires, mais aussi par le nouveau PST (PST 4) qui inscrira les schémas d'orientation de la loi dans une traduction plus matérielle. Enfin, il y aura la réalité de terrain avec des entreprises, des préventeurs, les Direccte et les CRPST qui seront responsables de la mise en œuvre de la prévention primaire. Celle-ci relève de la responsabilité du chef d'entreprise, mais pas uniquement : elle est d'abord un enjeu collectif. La proposition de loi ne va peut-être pas jusqu'au bout, mais ce n'est pas son rôle. Sauf si les partenaires sociaux donnent des exemples précis, j'estime donc qu'elle remplit son rôle sur ce point. Il y a une dynamique en marche pour renforcer la prévention sur le terrain et tous les acteurs y sont favorables, ce qui est exceptionnel.

L'échec du GPO a été relatif : l'ensemble des partenaires sociaux ont trouvé un grand nombre de points d'accord et nous étions tout près de conclure. L'échec reposait sur trois points : le mode de financement des SST, la question de l'apport de la médecine ambulatoire en appui de la médecine du travail et la place de la qualité de vie au travail (QVT) dans l'économie de la prévention. Sur ces points, il a fallu du temps pour rencontrer un point de consensus.

L'ANI a bénéficié de circonstances malheureusement favorables avec la crise pandémique. Il a aussi bénéficié de l'accord rencontré par les partenaires sociaux sur le télétravail. Les obstacles qui existaient en juillet 2019 ont ainsi disparu et ont permis un accord dont tout le monde se félicite.

La certification visera le mode d'exercice des SST, leur organisation mais aussi la qualité apportée par leur offre de service aux entreprises. Elle vise donc un meilleur encadrement des SST. Sur ce point, il y a un accord général, y compris des SST : l'association Présanse a déjà travaillé sur un processus de certification. Il y a un souhait de tous les acteurs de rationaliser l'offre car le constat d'une inégalité territoriale et d'une inégalité de traitement des entreprises et des salariés est partagé. L'objectif est de résorber ces inégalités.

Faut-il des sanctions ? La sanction la plus redoutable est l'absence d'agrément. Si un SST ne répond pas aux exigences de la certification, cela posera effectivement la question de son agrément. La seule sanction graduée qui serait opérationnelle serait la réduction de la durée de l'agrément, mais je ne suis pas sûr que cela soit d'une efficacité absolue. La menace de non-renouvellement de l'agrément, accompagnée d'injonctions mais aussi d'appui, devrait permettre de redresser la situation. L'objectif est de permettre au SST de trouver les solutions pour remédier à ses déficiences, éventuellement avec la coopération d'un autre SST voire une fusion.

Le CNPST souhaite participer, et participera, à l'élaboration du cahier des charges relatif à la certification en lien avec la direction générale du travail (DGT).

Il semblerait effectivement opportun que le CRPST puisse donner son avis au directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (Direccte) sur l'agrément. Ce serait dans la logique d'une gouvernance territoriale de la santé au travail. Cet avis ne lierait pas le Direccte. Il serait aussi souhaitable que le CRPST ait connaissance d'un ensemble d'indicateurs liés aux SPST.

S'agissant des modalités de financement, je crois qu'à partir du moment où l'on distingue clairement l'offre socle et l'offre facultative, on aboutit à une vérité des prix. Il pourra y avoir quelques différences sur l'offre socle, qui ne devraient pas être exorbitantes. Pour les services complémentaires, en revanche, il pourra y avoir des différences substantielles : nous serons sur un marché. Par suite, les entreprises pourront comparer les prix et les services et avoir des exigences. Les SST sont, sur ce point aussi, en accord avec ces distinctions. Le mode de financement retenu me semble donc favorable à l'amélioration de la qualité.

La prévention de la désinsertion professionnelle est également au cœur de cette notion de qualité. Il s'agit d'ailleurs du point d'accord le plus important au sein du GPO, à partir d'un constat partagé de relatif échec. Comme le soulignait un de ses membres, à chaque fois que quelqu'un doit partir pour un motif d'inaptitude, c'est un échec pour l'entreprise.

Or il existe des moyens d'améliorer les choses, comme la visite de mi-carrière, les visites de pré-reprise, etc.

Les résultats en matière de lutte contre la désinsertion professionnelle seront donc un indicateur majeur de réussite de la politique de santé au travail. La proposition de loi répond aux attentes des partenaires sociaux de ce point de vue.

S'agissant des services de santé autonomes, la logique de l'ANI est de considérer qu'ils sont englobés dans les prestations de santé au travail. Les services de santé, qu'ils soient autonomes ou interentreprises, doivent répondre aux mêmes exigences. Les services de santé autonomes, qui sont un peu moins de 200, répondent de manière satisfaisante aux besoins de l'entreprise et des salariés. Mais l'objectif est bien que la politique de lutte contre la désinsertion professionnelle n'oublie personne, quelle que soit la taille de l'employeur.

Pour ce qui concerne les indépendants, nous devons tendre vers un universalisme. Au sein du GPO, les partenaires sociaux se sont montrés unanimes pour inclure les indépendants dans le dispositif de santé au travail car les carrières ne sont désormais plus linéaires d'un point de vue statutaire. Or la prévention doit naturellement concerner l'ensemble de la carrière. Des expérimentations ont déjà eu lieu en Occitanie, notamment à Montpellier, et ont donné des résultats positifs. Il serait donc souhaitable que la proposition de loi ouvre cette possibilité.

Je relève que l'U2P est d'accord sur le principe d'une extension sur une base volontaire. Un tel mécanisme non obligatoire comporterait néanmoins le risque que les autoentrepreneurs non affiliés présentent des lacunes en matière de santé au travail. Nous devrions alors conduire un travail de conviction sur le terrain auprès des plus fragiles.

M. Stéphane Artano, rapporteur. – *Je relève que, pour l'examen de cette proposition de loi, le Parlement se trouve dans un cadre contraint puisque nous sommes invités à transposer dans la loi les dispositions de l'ANI. Donc, même si je me félicite du succès relatif de la démocratie sociale, je constate que le périmètre de ce texte n'est ni celui du rapport de Mme Charlotte Parmentier-Lecocq ni celui que Pacale Gruny et moi-même avions suggéré.*

J'aurai quatre questions.

Tout d'abord, je rejoins Pascale Gruny sur le volet « prévention primaire ». Cette proposition de loi contient une généralisation à toutes les entreprises de la définition d'un programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail, en complément du DURP. Est-ce que cela vous semble aller dans le bon sens et y a-t-il accord sur ce point entre les organisations représentatives, patronales et syndicales ?

Au sujet de l'article 2 et de l'intégration de l'organisation du travail dans le champ de l'évaluation des risques professionnels par l'employeur, toujours dans le cadre du DURP, je constate que ce point fait toujours débat aujourd'hui. Considérez-vous, comme certaines organisations, que cela va au-delà du cadre de l'ANI ? De manière plus générale, comment renforcer la lutte contre la prévention des risques psycho-sociaux au travail ?

S'agissant du décloisonnement de la médecine du travail et de son rapprochement avec la médecine de ville, quelle lecture faites-vous de la création du médecin praticien correspondant par la proposition de loi ? Qu'est-ce qui justifie le non-cumul des fonctions de médecin praticien correspondant et de médecin traitant ?

Enfin, quel bilan faites-vous de la mobilisation de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) et de Santé publique France (SpF) pour l'évaluation des liens entre les expositions professionnelles et certaines pathologies, notamment par la création ou l'actualisation de tableaux des maladies professionnelles. En particulier, les travaux de la commission dédiée du COCT s'appuient-ils sur cette expertise pour l'examen des maladies professionnelles ?

M. Philippe Garabiol. – *S'agissant du caractère universel du programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail, il n'y a ni accord ni désaccord des partenaires sociaux, puisqu'ils n'en ont pas débattu. Toutefois, le dialogue social a fait émerger quelques lignes fortes : l'égalité de traitement, l'universalisme et, en termes de méthode, l'accompagnement des TPE et des PME afin d'aider ces entreprises à remplir leurs obligations. Des organismes travaillent sur ce sujet, par exemple l'Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics (OPPBTP), ou l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS). La question est donc moins celle des objectifs que celle de la méthode. Nous ne devons pas passer brutalement d'une dynamique de concertation, créatrice de consensus, à une logique de méfiance et de répression. En tout cas, je soutiens l'inclusion d'un objectif d'universalisme de la santé au travail dans la proposition de loi.*

Au sujet de l'organisation du travail, celle-ci est mentionnée à deux reprises dans l'ANI, dont une fois de manière très explicite. Elle n'est donc pas hors champ et, de fait, elle peut être un facteur de risques professionnels, notamment pour les « maux du siècle » que sont les troubles musculo-squelettiques ou les risques psycho-sociaux. La proposition ne répond sans doute pas complètement à cette problématique, mais le pourrait-elle ? La réponse se trouve, me semble-t-il, dans l'analyse des risques et dans la capacité des services de prévention et de santé au travail à faire face à ces nouveaux enjeux.

Le décloisonnement de la médecine du travail me semble salubre, d'autant que nous manquons de médecins du travail. Ceux-ci ne sont, de mémoire, que 4 300, soit 3 600 emplois en équivalent temps plein (ETP). Il faut donc un nouveau vivier. Peut-être même que certains médecins de ville seront tentés par une réorientation vers la médecine du travail.

Mme Catherine Deroche, présidente. – *Attention de ne pas accentuer la désertification médicale de certains territoires !*

M. Philippe Garabiol. – *En tout cas, Monsieur Artano, les membres du GPO ne veulent pas que les médecins praticiens correspondants puissent être les médecins traitants des travailleurs qu'ils suivent car ils se trouveraient, dans l'entreprise, dans la même situation qu'un médecin du travail. Il ne faut pas créer de situations de potentiels conflits d'intérêts.*

Enfin, sur le rôle de l'ANSÉS, la commission spécialisée du COCT s'appuie bien sur ses travaux. L'élaboration du tableau des maladies professionnelles est du ressort du ministre, mais il s'appuie sur l'avis du COCT qui repose lui-même sur une analyse scientifique produite par l'ANSÉS. Chacun est donc dans son rôle et le processus est, me semble-t-il, satisfaisant.

Mme Frédérique Puissat. – *Partant du constat que les obligations résultant de la sédimentation de dispositions législatives successives rendaient le droit trop complexe, les réformes menées ces dernières années ont cherché à laisser davantage les partenaires sociaux définir leur propre agenda social. En parallèle, la réforme des institutions représentatives du personnel a conduit à la création de comités sociaux et économiques d'entreprises dont l'ordre du jour est particulièrement chargé.*

Dans ce contexte, est-il pertinent de confier de nouvelles responsabilités aux CSE et de définir de nouveaux thèmes de négociation obligatoire ? Cela fait-il écho à une stipulation de l'ANI ?

Je note qu'une tendance similaire est à l'œuvre dans le projet de loi dit « Climat et résilience ».

M. Philippe Mouiller. – *Vous vous êtes réjoui que cette proposition de loi transpose les stipulations d'un accord national interprofessionnel. Je pense toutefois qu'il aurait été utile que ce texte ne se borne pas à reprendre l'accord des partenaires sociaux mais cherche à aller plus loin, quitte à ce que le Gouvernement en prenne l'initiative. Il faudrait par exemple traiter le sujet de la pénurie de médecins du travail, qui me semble être la principale difficulté et qui ne saurait être réglée par un recours accru à la médecine de ville. Le débat doit être celui de l'attractivité de la médecine du travail.*

Pouvez-vous nous éclairer sur ce que prévoit la proposition de loi en ce qui concerne l'articulation entre le dossier médical partagé et le dossier médical en santé au travail ?

En cherchant à renforcer le pilotage de la santé au travail, ce texte ne risque-t-il pas de créer des lourdeurs administratives ? Je m'interroge sur l'impact réel des dispositions de cette proposition de loi, même si elle part d'une bonne intention.

M. Olivier Henno. – *En matière de santé au travail, l'accent mis sur la prévention sonne comme une évidemment une bonne chose, d'autant plus au vu des évolutions du monde du travail. Il me semble surtout qu'il faut débureaucratiser la santé au travail.*

La médecine du travail en tant que spécialité médicale est-elle toujours pertinente, au vu de la complexification des problématiques de santé au travail ?

Mme Jocelyne Guidez. – *Quelle est la place des aidants familiaux dans cette proposition de loi ?*

M. Philippe Garabiol. – *Dans le cadre de l'ANI, les partenaires sociaux se sont mis d'accord pour que les entreprises s'emparent davantage de la question de la santé au travail. Il me semble que le CSE ou, lorsqu'elle existe, la commission santé, sécurité et conditions de travail (CSSCT) est le lieu idoine pour cela. Une meilleure prise en compte de la santé au travail de tous les travailleurs répond à des enjeux éthiques mais également de performance économique.*

Il ne m'appartient pas de me prononcer sur l'opportunité d'une proposition de loi par rapport à un projet de loi.

La question de la lourdeur administrative est une vraie question. Il me semble indiscutable qu'une gouvernance globale renforcée doit être mise en place. Cela passe nécessairement par la mise en place d'indicateurs et d'un reporting. Les tâches administratives n'ont pas vocation à être uniquement effectuées par les médecins du travail, fort heureusement. Au demeurant, la demande d'un meilleur encadrement, qui doit permettre de renforcer la qualité du service rendu, émane des services de santé au travail eux-mêmes.

S'agissant de la médecine du travail en tant que spécialité, je me permettrai une analogie avec la géographie, dont on a longtemps nié la qualité de discipline à part entière. La pénurie de médecins du travail est en effet un enjeu majeur. Je rappelle que la moyenne d'âge des médecins du travail est de 56 ans et que leur nombre baisse de 4 % par an. Il faut renforcer l'attractivité de cette spécialité aux yeux des étudiants en médecine. Bernard Salengro, qui est désormais président de l'INRS, a formulé des propositions à ce sujet. Il ne me semble pas que la rémunération soit un facteur si déterminant qu'on le dit parfois. En revanche, le fait que les médecins du travail ne puissent pas prescrire et n'aient pas un rôle curatif peut sans doute nuire à l'image de la spécialité aux yeux des étudiants. Il faudrait peut-être expérimenter la possibilité de prescrire dans certains cas, sans transformer le médecin du travail en médecin traitant.

La proposition de loi n'aborde pas la question des aidants familiaux. D'une manière plus globale, il faut améliorer la prise en compte des parcours professionnels à l'éclipse, mais cela ne relève pas uniquement de la loi.

Mme Michelle Meunier. – *Ne faudrait-il pas créer une « socio-vigilance » en matière de santé au travail sur le modèle de la pharmacovigilance ?*

Mme Laurence Cohen. – *Je reste interrogative sur les déserts médicaux. J'y vois un paradoxe : d'un côté, vous confirmez, dès votre propos liminaire, le manque criant de médecins du travail – et nous sommes nombreux à le dénoncer au sein de la commission des affaires sociales ; de l'autre, nous avons l'impression que l'on passe, pardonnez-moi l'expression, la patate chaude aux médecins généralistes dont on manque partout, et pas seulement dans les zones rurales. En quoi cela arrangera-t-il les choses ? On ne disposera toujours pas suffisamment de médecins du travail et on confiera des missions supplémentaires à des médecins généralistes qui sont déjà en nombre insuffisant.*

Je ne vois pas d'unanimité parmi les partenaires sociaux sur cet accord. La confédération générale du travail (CGT) et la confédération française des travailleurs chrétiens (CFTC) ne l'ont pas signé. Dans ses communiqués, la fédération nationale des accidentés du travail et des handicapés (Fnath) exprime sa colère contre cette proposition de loi, en déplorant que, sous couvert de protection des salariés, on sécurise les employeurs.

Mme Annick Jacquemet. – On voit la difficulté à mettre en place une médecine préventive du travail confrontée à un manque de médecins. Pour autant, les entreprises acquittent tous les ans des cotisations obligatoires non négligeables au titre des services de santé au travail. De quel recours disposent-elles si le service n'est pas fait ? Où va cet argent ? Les cotisations viennent alimenter des structures associatives qui n'ont pas les moyens matériels ou humains d'assurer leur service.

Ma collègue évoquait l'intégration des indépendants parmi les travailleurs suivis par les services de santé au travail : cela alourdirait la charge de travail des médecins du travail et autres professionnels de santé.

M. Philippe Garabiol. – La sociovigilance est un champ qu'il faut investiguer, car la science de la prévention en est encore à ses balbutiements. Le COCT appuie certaines recherches, et l'ANSéS et l'institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS) s'y intéressent aussi. Il est temps désormais d'élever cette question aux échelles française et européenne. Une chaire internationale de la santé au travail devrait être prochainement créée à Bordeaux et présidée par le professeur Loïc Lerouge. Une de ces missions pourrait être d'élaborer un schéma de création de cette sociovigilance. Les membres du groupe permanent d'orientation (GPO) vont s'investir sur cette question passionnante encore en friche.

Après quelques hésitations, la CFTC a bien signé l'ANI. En revanche, la CGT ne l'a pas signé en estimant que l'accord ne répondait pas au niveau d'exigence qui était celui de la fédération. La CGT a toujours prôné la création d'une branche sur le modèle de la mutualité sociale agricole (MSA), choix qui n'a pas été retenu. Pour autant, je ne pense pas que la CGT ne participera pas aux travaux qui permettront de mettre en route ce texte, tout simplement parce qu'il y a la volonté de rendre plus opérationnelle la santé au travail. Au sein des groupes permanents régionaux d'orientation (GPRO), futurs comités régionaux de prévention et de santé au travail (CRPST), les représentants syndicaux, notamment la CGT, jouent un rôle important. Il faut donc bien distinguer l'ANI, la proposition de loi, le plan santé-travail et, enfin, la gouvernance sur le terrain.

La Fnath est effectivement très clairement opposée au projet. Je ne pense pas que la proposition de loi sécurise davantage les employeurs qu'aujourd'hui. Je ne vois pas en quoi la proposition de loi modifierait le curseur dans un sens comme dans l'autre.

Dans l'ANI, il est en effet fait mention, pour mémoire, de la dernière jurisprudence qui tend à mieux encadrer la responsabilité de l'employeur. Ce n'est pas pour autant que les employeurs s'estiment mieux protégés. En réalité, la jurisprudence a évolué et a cherché à se stabiliser. Les affaires qui alimentent la doctrine sont excessivement limitées. On peut considérer qu'un équilibre existe et qu'il satisfait l'ensemble des acteurs. Ce n'est pas un point déterminant, à mon sens, pour mettre en œuvre une réforme de la prévention et de la santé des travailleurs.

L'enjeu des cotisations est le même que celui qui se pose quand vous êtes membre d'une copropriété. Il est normal de se demander où va l'argent. Mais, comme dans le cadre d'une copropriété, vous êtes adhérent d'une association qui doit rendre des comptes : elle dispose d'un président, d'un trésorier, d'une assemblée générale devant laquelle a obligatoirement lieu le report des comptes. Si l'ensemble des membres affiliés n'ont pas été conviés à une assemblée générale, ses décisions peuvent être remises en cause.

J'en reviens à la question des indicateurs et de la nécessité d'encadrer les services de prévention et de santé au travail. Si des dysfonctionnements majeurs sont constatés dans l'organisation des services et leurs relations avec des adhérents qui sont aussi des clients, il y a matière à réfléchir sur la certification. On peut envisager une certification sous réserve et des exigences de la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (Dircecte) et du CRPST pour une amélioration de la situation. L'existence d'indicateurs, d'un encadrement et d'un reporting permettra, à mon sens, d'obliger à se réformer les services de santé au travail qui, pour l'instant, sont déficients. L'objectif est totalement partagé, autant par les employeurs que par les représentants des salariés, pour mettre fin à des dysfonctionnements majeurs qui ne sont pas majoritaires mais qui existent.

Mme Catherine Deroche. – *Nous vous remercions pour ces explications.*

Ce point de l'ordre du jour a fait l'objet d'une captation vidéo qui est disponible [en ligne sur le site du Sénat](#).

**II. AUDITION DE MM. RICHARD ABADIE
DIRECTEUR DE L'AGENCE NATIONALE
POUR L'AMÉLIORATION DES CONDITIONS DE TRAVAIL (ANACT),
STÉPHANE PIMBERT, DIRECTEUR GÉNÉRAL
DE L'INSTITUT NATIONAL DE RECHERCHE ET DE SÉCURITÉ POUR
LA PRÉVENTION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET
DES MALADIES PROFESSIONNELLES (INRS),
DU PR GÉRARD LASFARGUES, CONSEILLER SCIENTIFIQUE AUPRÈS
DU DIRECTEUR GÉNÉRAL ET M. HENRI BASTOS, DIRECTEUR
ADJOINT DE L'ÉVALUATION DES RISQUES, VOLET SANTÉ-
TRAVAIL DE L'AGENCE NATIONALE DE SÉCURITÉ SANITAIRE DE
L'ALIMENTATION, DE L'ENVIRONNEMENT ET DU TRAVAIL
(ANSÉS) ET DE MME MÉLINA LE BARBIER, DIRECTRICE-ADJOINTE
DE LA DIRECTION SANTÉ-ENVIRONNEMENT-TRAVAIL DE SANTÉ
PUBLIQUE FRANCE**

Mme Catherine Deroche. – Mes chers collègues, nous poursuivons nos travaux sur la proposition de loi adoptée par l'Assemblée nationale pour la prévention en santé au travail, avec l'audition des agences compétentes dans ce domaine. Nous n'avons toujours pas de calendrier pour l'inscription à l'ordre du jour de ce texte qui pourrait intervenir début juillet. J'indique que cette audition fait l'objet d'une captation vidéo retransmise en direct sur le site du Sénat et disponible en vidéo à la demande.

Nous entendons ce matin M. Richard Abadie, directeur de l'agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact), M. Stéphane Pimbert, directeur général de l'institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS). À distance, nous avons le professeur Gérard Lasfargues, conseiller scientifique auprès du directeur général de l'agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSÉS) et M. Henri Bastos, directeur adjoint de l'évaluation des risques, volet santé-travail du même organisme, ainsi que Mme Mélina Le Barbier, directrice-adjointe de la Direction santé environnement et travail de Santé publique France.

Je vais vous laisser la parole cinq minutes chacun pour exposer la façon dont ce texte répond aux enjeux de ce sujet complexe, avant que nos collègues Pascale Gruny et Stéphane Artano, rapporteurs de la proposition de loi, ne vous posent leurs questions avant que les commissaires qui souhaitent vous interroger ne le fassent.

M. Richard Abadie, directeur de l'ANACT. – De notre point de vue, la proposition de loi permet de porter une approche large et ouverte de la santé au travail, et conforte ainsi les évolutions initiées dans le 3^e plan santé au travail (PST) et les deux accords nationaux interprofessionnels (ANI) de 2013 et 2020 qui ont joué un rôle majeur dans l'orientation des actions de l'Anact et son réseau.

Je pense notamment à la volonté d'accorder la priorité à la prévention primaire

– c'était le premier axe du PST – et de promouvoir le travail comme un facteur de santé

– c'était son deuxième axe – mais aussi de mobiliser davantage le dialogue social en appui des actions de prévention – ce qui constituait une partie du troisième axe. Les potentielles contributions de l'Anact sur le contenu de ce texte s'inscrivent donc dans ce cadre. Pour ce faire, je vous propose d'évoquer rapidement deux séries de repères, non pour sous-entendre qu'ils ne seraient pas intégrés dans la proposition de loi, mais pour favoriser une lecture globale des pratiques initiées dans ce texte.

La première série est liée à la volonté de renforcer la prévention au sein des entreprises : c'est l'intitulé du titre premier. On invite à favoriser, dans les entreprises, des pratiques de prévention qui soient davantage intégrées à des actes de gestion quotidiens. Cela justifie, de notre point de vue, d'agir sur l'organisation du travail (horaires, process...) mais aussi d'accompagner des projets de transformation et de changement au sein des entreprises (robotisation, numérisation, fusion et recomposition économique, développement du travail à distance...). Ceux-ci nécessitent d'associer les personnes concernées, si l'on veut agir sur la santé au travail.

De la même façon, il est important de renforcer le dialogue social avec les instances représentatives du personnel, mais aussi professionnel avec et entre travailleurs. En effet, ils jouent un rôle majeur dans toute démarche d'amélioration continue, dont relèvent les mesures de prévention. Il importe de pouvoir prendre en compte les propositions des principaux concernés.

Il serait utile de faire évoluer les modalités de management et d'enrichir les actions de prévention et de construction de parcours professionnels pour permettre à chacun de travailler en bonne santé, d'être compétent et motivé tout au long de sa carrière. Au final, il faut conduire des démarches transversales, visant à répondre à la fois aux préoccupations économiques et sociales de la direction mais aussi à celles des salariés et de leurs représentants.

La deuxième série de repères pour renforcer la prévention au sein des entreprises est liée à la volonté d'accompagner certains publics – notamment vulnérables – et de lutter contre la désinsertion professionnelle. C'est l'intitulé du titre III. De notre point de vue, cela implique d'appréhender, le plus en amont possible et tout au long du parcours professionnel, les expositions à certaines contraintes, comme l'usure professionnelle, et les moyens de les prévenir. Cela implique aussi de traiter et de suivre individuellement les personnes exposées tout en se donnant les moyens d'en tirer des enseignements plus collectifs pour alimenter la politique de prévention des entreprises, comme cela est écrit dans l'ANI. Cela suppose enfin de non seulement définir le contenu des formations utiles en matière de prévention et de les concentrer dans un passeport prévention comme le propose le texte, mais aussi de développer des environnements et de réunir des conditions qui favorisent les apprentissages ou le développement des compétences, voire des savoir-faire pruden-tiels par les travailleurs. Je prendrai l'exemple des actions de formation en situation de travail (Afest). L'ANI y fait explicitement référence pour privilégier

les mises en situation dans et en dehors de l'entreprise et prévenir ainsi la désinsertion professionnelle. Le dispositif est déjà introduit dans le code du travail – ce pour quoi on ne le retrouve pas dans ce texte – mais il gagnerait à être davantage mobilisé.

En conclusion, ce texte invite à renouveler notre lecture de l'ensemble des dispositions du code du travail. Cette lecture sera combinée et nourrie par l'analyse des pratiques innovantes menées par nombre d'entreprises et de secteurs. Ce serait le sens de notre contribution.

M. Stéphane Pimbert, directeur général de l'institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS). – Je vais d'abord rappeler ce qu'est l'INRS. C'est une association créée en 1947 par les partenaires sociaux et la caisse nationale de l'assurance-maladie (CNAM) : sa gouvernance est donc paritaire. Sa mission est la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (AT-MP) avec un périmètre regroupant tous les risques. Ils ont, bien évidemment, évolué depuis 1947. Les risques étaient alors situés dans les mines et les usines. Désormais, nous nous occupons de quatre grands domaines : les risques chimiques – qui représentent 30 % de notre activité – les risques biologiques, les risques physiques et mécaniques, et les risques organisationnels et situations de travail – qui regroupent des questions d'organisation, les troubles musculo-squelettiques (TMS) et les risques psychosociaux. Nous disposons de quatre moyens d'action : les études et recherches, la formation – notamment des médecins du travail et des élus du personnel –, l'information et la communication à travers le web – notre site enregistre 30 000 connexions par jour –, et enfin l'assistance et l'appui aux caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat), aux pouvoirs publics et aux entreprises. Nous avons 579 salariés et un budget de 79 millions d'euros, constitué principalement par le fonds national des accidents du travail.

Pourquoi trouve-t-on que cette réforme va dans le bon sens ? Elle va dans la direction de la prévention, qui est notre mission, comme le faisaient le PST 3 et l'ANI de décembre 2020 qui soulignaient cet objectif et l'accompagnaient de moyens. Dès l'exposé des motifs du texte de l'Assemblée nationale, l'importance de la prévention et de la santé au travail est réaffirmée. Renforcer la prévention est essentiel. Il y a quelques années, l'objectif principal était la réparation : on est donc passé à une logique de prévention, qui va largement dans le bon sens.

Deuxième chose : l'optimisation du travail des acteurs est importante à nos yeux. Nous nous coordonnons régulièrement au niveau national. Au niveau local, l'INRS a deux types de relais principaux : les Carsat, qui ont un rôle majeur, y compris en prévention, et les services de santé au travail (SST). La volonté d'optimiser, de coordonner et de rendre cohérent le fonctionnement des SST compte beaucoup pour nous, même si nous aurions aimé une meilleure structuration.

Leur rôle est important. Ce sont les acteurs les plus proches de l'entreprise, de l'employeur et des salariés. Le texte étend les missions des SST vers la prévention, le suivi des salariés, l'aide à l'évaluation des risques dans l'entreprise ou encore la participation à la promotion de la santé sur le lieu de travail : c'est essentiel à nos yeux. Il faudra toutefois gérer les aspects de ressources humaines et financières.

Voilà ce que l'INRS pouvait dire de cette proposition de loi en relation avec le renforcement de la prévention, l'amélioration, l'homogénéité et la coordination des services, ainsi que sur l'aspect gouvernance.

Sur les publics vulnérables et la lutte contre la désinsertion professionnelle, l'INRS est moins présente, si ce n'est à travers des études et recherches. Les acteurs nationaux et leurs déclinaisons locales sont beaucoup plus présents.

Professeur Gérard Lasfargues, conseiller scientifique auprès du directeur général de l'agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSéS). – *Sur le principe, tout ce qui peut permettre de faire avancer la prévention – et notamment la prévention primaire – en santé au travail est vu d'un œil favorable par l'agence de sécurité sanitaire qu'est l'ANSéS. Ses missions premières consistent à fournir aux autorités l'information nécessaire à la prise de décision concernant la prévention des risques professionnels et à appuyer les principales politiques publiques en la matière.*

L'agence contribue fortement à la connaissance des dangers en matière de santé au travail, des expositions professionnelles – notamment pour les risques émergents (nanoparticules, pesticides, perturbateurs endocriniens...) – et elle contribue aussi, en particulier via le réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P), à l'évaluation des risques dans le champ de la santé au travail, et à l'élaboration de la réglementation nationale ou européenne – je pense aux produits chimiques dans le cadre des règlements REACH (« Registration, Evaluation, Authorisation and Restriction of Chemicals » – Enregistrement, évaluation, autorisation et restriction des substances chimiques) et CLP (« Classification, Labelling, Packaging » – Classification, étiquetage et emballage des substances chimiques et mélanges), aux produits pharmaceutiques ou biocides. Elle contribue aussi à l'élaboration de valeurs de référence pour protéger les travailleurs, comme les valeurs limites d'exposition professionnelle ou les valeurs limites biologiques, dans les fluides biologiques des organismes des travailleurs.

L'agence a déjà nourri plusieurs précédents rapports de ses propositions, dont le rapport Frimat ou celui de la députée Charlotte Lecocq. Nous avons pu expliquer à chaque fois nos missions et nos actions dans la prévention des risques professionnels, mais nous avons également pu faire des propositions pour pérenniser, renforcer, compléter et conforter les dispositifs existants, notamment pour le suivi des expositions collectives – que ce soit les enquêtes ou les registres –, pour développer les études relatives à la biosurveillance des expositions professionnelles, notamment aux produits chimiques, et pour améliorer le recueil et l'exploitation des données et des informations par les professionnels de santé au travail. M. Pimbert en parlait : ce point nous paraît important si on veut faire avancer la prévention primaire, notamment dans les petites et moyennes entreprises

(PME), qui constituent le nœud du tissu industriel français. Nous avons également recommandé une véritable impulsion politique pour la dématérialisation des données de santé et d'exposition enregistrées par les SST, ainsi que la dématérialisation et l'enregistrement du suivi des documents uniques d'évaluation des risques professionnels (DUERP). Nous sommes satisfaits que ces sujets puissent être abordés dans cette nouvelle loi et dans cette mise en avant de la prévention primaire.

Il nous paraît important de renforcer l'harmonisation des pratiques d'accompagnement et de prévention en direction des différentes catégories de travailleurs et de travailleuses, au-delà des protections qui s'attachent à leur régime de protection sociale et leur statut d'emploi, selon qu'ils relèvent du régime général, agricole, de la fonction publique, des indépendants... Cette meilleure harmonisation effective des lois et réglementations en la matière permettrait d'éviter les laissés pour compte.

Mme Mélina Le Barbier, directrice adjointe de la direction santé environnement et travail de Santé publique France. – Santé publique France est l'agence nationale de santé publique, sous tutelle du ministère des solidarités et de la santé. L'agence est également engagée dans une convention cadre tripartite avec la direction générale du travail.

À Santé publique France, nous souhaitons souligner trois points par rapport à cette proposition de loi qui conforte l'ANI de décembre 2020. Tout ce qui renforce et réaffirme l'importance de la prévention nous paraît positif. Le premier point mettra en lumière les différents axes de travail complémentaires dans lesquels s'inscrivent les travaux de l'agence : l'importance de continuer les travaux pour mieux comprendre et prévenir les risques professionnels, et mieux appréhender l'organisation du travail et ses effets sur la santé. Nous insistons sur la nécessité d'adopter une approche complémentaire, qui tend à se développer : la promotion de la santé publique en milieu de travail, qui favorise l'adoption de comportements favorables à la santé dans ces environnements. Le deuxième point concerne le renforcement des systèmes de surveillance, l'accès aux données des services de santé au travail et l'interopérabilité des systèmes. Le troisième point vise à tirer certains enseignements de la crise sanitaire actuelle.

Sur le premier point, qui concerne le décloisonnement entre santé publique et santé au travail, Santé publique France recommande de continuer les travaux visant à la compréhension des risques professionnels, de l'organisation du travail et de ses effets sur la santé. Nous produisons des données pour appuyer les pouvoirs publics, les régimes de protection sociale et les partenaires sociaux. Sur le volet des expositions, nous pouvons citer : la surveillance des fréquences et des intensités des expositions professionnelles via les travaux de matrice en pleine exposition ou encore les travaux de biosurveillance en milieu professionnel ; le volet sur les pathologies, avec des systèmes et des études de surveillance spécifique de certaines pathologies, comme le dispositif national de surveillance de mésothéliomes ou d'autres cancers, la surveillance des TMS, ou de la santé mentale ; le développement de dispositifs de surveillance épidémiologique pour certains types de travailleurs, comme les cohortes Coset-MSA et Coset-Indépendants pour les travailleurs agricoles et indépendants.

Il faut souligner l'importance des dispositifs de surveillance – surveillance des expositions et des pathologies et caractérisation des impacts – pour continuer à améliorer la prévention des risques professionnels, la reconnaissance des maladies, et finalement améliorer la connaissance sur le lien entre exposition professionnelle, organisation du travail et santé. Il faut aussi, en parallèle, insister sur la nécessité de développer des actions de santé publique en milieu professionnel. L'enjeu est de mieux articuler les ressources de la santé au travail et celles de la santé publique, qui ont déjà été évoquées dans le PST 3, et les orientations qui doivent pouvoir être concrétisées et sont discutées pour l'établissement du PST 4 pour prendre en compte les attentes et évolutions sociétales. Santé publique France pilote actuellement les réflexions pour promouvoir des comportements favorables à la santé dans les environnements de travail pour l'établissement du prochain PST 4.

De par son périmètre, Santé publique France accompagne cette volonté de décloisonnement entre la santé publique et la santé au travail.

Le deuxième point concerne le renforcement des systèmes de surveillance, l'accès aux données des services de santé au travail et l'interopérabilité des systèmes. Notre proposition rejoint les recommandations formulées par l'ANSÉS et l'INRS à l'instant relatives à la promotion et l'acquisition des connaissances. Nous souhaitons renforcer certains systèmes de surveillance, qui s'appuient sur des SST parfois fragiles : on se tourne en effet vers des acteurs de terrains très sollicités (médecins du travail et médecins inspecteurs). Il faut réfléchir aussi à une évolution et à une stabilisation de la méthode de collecte. Nous rappelons l'enjeu important que constituent les données recueillies dans les SST, tant pour renseigner sur les pathologies que sur les expositions. Je fais le lien avec ce que soulignait l'ANSÉS sur le volet expositions, proposant de développer des études relatives à la biosurveillance et d'aller vers une centralisation de ces données. C'est l'une des perspectives du prochain programme national de biosurveillance, géré par Santé publique France. Se pose ensuite la question de l'interopérabilité et du regroupement des données.

Le dernier point consiste à se demander quels enseignements tirer de la crise sanitaire de la covid. Les travailleurs sont soumis, pendant cette crise, à des changements massifs de leurs conditions de travail. Les mesures prises ont eu des conséquences diverses : elles ont accéléré le déploiement de nouvelles modalités d'organisation du travail, conduit à des mesures de prévention, et mais ont aussi entraîné des impossibilités de travailler pour certaines catégories de travailleurs. Ces nouveautés, ainsi que les difficultés économiques qui vont découler de la perte ou de la diminution des revenus auront un effet néfaste sur la santé physique et mentale. Il est important de pouvoir documenter l'impact de ces modifications majeures d'organisation, de l'arrêt ou de la diminution des activités, et de tirer certains enseignements sur les besoins identifiés pendant cette crise sanitaire, qu'il s'agisse du décloisonnement ou de l'anticipation sur certains sujets émergents et/ou soulignés par la crise actuelle (risques biologiques et risques liés au changement climatique).

En définitive, à l'agence, nous accompagnons le décroisement entre santé publique et santé au travail et nous nous inscrivons dans cette surveillance épidémiologique en lien avec nos partenaires. Travailler en collaboration avec d'autres organismes, mais en étant clair sur le non-chevauchement des compétences, est aussi un de nos objectifs.

Mme Pascale Gruny, rapporteur. – *La mobilisation de l'ANSéS et de Santé publique France dans l'évaluation des liens entre les expositions professionnelles et le développement de certaines pathologies, notamment pour la création ou la réactualisation de tableaux de maladies professionnelles, vous semble-t-elle satisfaisante ? Faudrait-il, selon vous, la renforcer et la formaliser dans la loi, ainsi que dans les procédures d'examen des tableaux de maladies professionnelles ?*

La proposition de loi aurait-elle mérité, selon vous, de contenir des mesures plus poussées en matière de prévention et de traçabilité de l'exposition au risque chimique, s'inspirant du rapport du professeur Frimat de 2018 (simplification de la réglementation, renforcement des sanctions, création d'un dossier d'entreprise pour agréger les données d'exposition) ? À ce propos, j'ai eu l'occasion de participer à une audition des syndicats de salariés au sein de la délégation sénatoriale aux entreprises, qui trouvaient que la prévention n'était pas suffisamment mise en avant dans le texte qui nous arrive au Sénat. J'aurais voulu savoir si vous partagez ce sentiment.

De nombreux acteurs interviennent en matière de prévention de la désinsertion professionnelle : le ministère du travail, l'assurance-maladie, la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), les agences et les acteurs de terrains. Comment améliorer leur coordination, et quel bilan faites-vous des dispositifs existants visant à prévenir la désinsertion ? Quelles sont les actions envisagées par vos agences dans ce domaine ?

Les cellules de prévention de la désinsertion professionnelle créées par la proposition de loi permettront-elles la prise en compte de cette thématique par les acteurs de terrain que sont les SST et les entreprises ? La proposition de loi va-t-elle suffisamment loin sur ce point ? Les cellules auront-elles la capacité d'identifier les situations individuelles problématiques comme elle le prévoit ? Quelle sera leur capacité d'action ? Selon vous, des exigences minimales devront-elles être définies concernant notamment leur composition et leur coordination ?

Les très petites entreprises (TPE) et les petites PME ne sont pas à mon sens suffisamment inscrites à l'intérieur de cette réforme. Or elles sont, depuis toujours, assez éloignées des SST – notamment parce qu'il n'y a plus ces visites annuelles – et les médecins du travail, moins nombreux, et leurs équipes pluridisciplinaires ont peu de temps à leur consacrer. On dit que la santé publique et la santé au travail sont mariées : je le crois bien, et je trouve donc cela assez dommage.

J'ai enfin une question pour M. Abadie : la fusion entre l'Anact et les agences régionales pour l'amélioration des conditions de travail (Aract) est-elle encore d'actualité ? Je n'ai pas pu assister à votre dernier conseil d'administration, mais j'en ai lu le compte rendu. Le big bang sur la gouvernance et l'organisation de la santé au travail n'a pas eu lieu. On parle de cette fusion, mais je trouve qu'il faut partir d'abord du terrain, puis aller vers Paris, et pas l'inverse. Je n'y suis donc pas vraiment favorable.

Enfin, nous avons auditionné hier la fédération des particuliers employeurs de France (Fepem) et quelque chose a retenu notre attention : le développement important des cancers du sein chez les assistantes maternelles. Comme suivez-vous les maladies et expositions au sein de cette catégorie de travailleurs, et avez-vous quelque chose à apporter sur le sujet ?

M. Richard Abadie. – *Je commence par répondre à l'avant-dernière question. Nous souscrivons tout à fait à l'idée de partir du terrain, et non l'inverse. Si la réforme d'organisation du réseau Anact-Aract se fait, c'est dans ce sens-là. Elle se fera en fonction du vote de cette proposition de loi, qui offre une opportunité de parachever et optimiser l'organisation de l'agence, qui aura bientôt cinquante ans. Selon nous ce regroupement peut répondre à de véritables enjeux, être cohérent avec l'histoire du réseau, et constituer un objectif atteignable.*

Il est adapté aux enjeux car il vise à simplifier les relations entre les différents échelons du réseau – le national et le régional – et entre régions, mais aussi à mettre fin à ce que la Cour de comptes a nommé une « insécurité juridique » résultant essentiellement de l'articulation entre le statut d'établissement public administratif de l'Anact et le régime associatif de droit privé des Aract. C'est un sujet structurel d'organisation, et la Cour des comptes avait fait référence à la possibilité de l'intégration à la même personne morale, qui n'a pas pour objet de centraliser le fonctionnement. Tout le travail de concertation engagé va dans ce sens.

Ce regroupement est cohérent avec l'histoire du réseau. L'Anact a été créée en 1973, autour de l'amélioration des conditions de travail. Ce n'est que dix ans après qu'a commencé la création des premières Aract. Ce processus s'est étalé jusqu'en 2009. Des associations régionales ont été créées dans chaque région, quand un consensus en ce sens entre les partenaires territoriaux apparaissait : cela faisait partie des conditions. Dès 1989, s'est engagée une deuxième phase visant à renforcer la coordination de ces différentes entités, créées pendant les dernières années. Est alors apparue la notion de réseau : on parle aujourd'hui du réseau Anact-Aract. Il réunit les 165 associations et l'établissement public. Cela s'est concrétisé en 1989 avec une charte, informelle dans un premier temps et signée par les différentes entités, puis le décret du 31 juillet 2015 a acté dans le code du travail l'existence de ce réseau. Depuis, des démarches de mutualisation voire de regroupement dans le cadre de la réforme territoriale ont été menées.

Il constitue un objectif atteignable, car les associations et l'établissement public ont déjà des pratiques de gestion mutualisée des ressources, notamment sur les fonctions support ou transverses. Nous partageons la même offre de formation interne ainsi que certains systèmes d'information (messagerie, sites internet mutualisés). Nous sommes positionnés autour d'objectifs communs dans le cadre du contrat d'objectif et de performance de l'agence et des lettres d'orientation signées annuellement par le directeur général du travail et le délégué général à l'emploi et à la formation professionnelle, qui contribuent au financement de l'ensemble du réseau. Nos programmes d'activité sont construits autour des mêmes priorités. Notre fonctionnement est de plus en plus imbriqué, entre l'échelon national et les régions. On appelle cela un continuum, qui va de la veille au transfert, en passant par l'expérimentation et la capitalisation. La légitimité de nos actions est d'intervenir dans les entreprises, d'en tirer des enseignements, de les modéliser et les capitaliser pour les transférer au plus grand nombre d'entre elles. Cela se fait autour d'une offre socle co-construite et initiée aux différents niveaux : ni Paris, ni Lyon ne décident ce tout ce qui est fait. En revanche, il existe bien une capacité de capitalisation. Les initiatives sont coordonnées et capitalisées.

Pour terminer sur ce sujet, comme toute transformation, ce projet suscite des points de vigilance. Nous avons pris le temps de les identifier en interne avec les différents administrateurs : nous avons d'abord la volonté de préserver l'arbitrage territorial et la capacité d'initiative en région, avec un schéma clair de délégation des responsabilités pour satisfaire à l'application du principe de subsidiarité. C'est ce qui nous guide dans nos réflexions : tout ce qui pourra être décidé et fait au plus près du terrain le sera à ce niveau. Le deuxième point de vigilance consiste à conserver une instance paritaire régionale. C'est l'ADN et la légitimité du réseau. Il continuerait ainsi d'avoir un rôle important dans le déclenchement des actions les plus appropriées au contexte local mais aussi dans la coordination. Ce sera le cas, au sein du comité régional d'orientation des conditions de travail (CROCT), des différentes offres des acteurs régionaux. Nous tenons à sécuriser le modèle économique et financier en permettant de nouer des partenariats tant nationaux que régionaux, et à accompagner l'évolution des compétences en garantissant une place pour tout le personnel. Dernier point : il faut associer les différentes parties prenantes – les administrateurs comme le personnel. Pour le personnel, nous avons l'avantage d'avoir une instance supralégale, le dialogue social réseau, qui réunit les représentants des différentes entités et les représentants du personnel des Aract et de l'Anact.

Nous avons, par ailleurs, pour objectif, de contribuer prioritairement à la santé au travail dans les TPE et PME. On ne parvient pas à se démultiplier dans la totalité d'entre elles. En s'appuyant aussi sur les services de prévention et de santé au travail, nous considérons que l'entrée sectorielle ou territoriale, visant à proposer à ces TPE et PME de travailler ensemble dans le cadre de démarches de prévention ou de promotion de la santé au travail, est plutôt efficace. Nous l'avons notamment fait avec la profession des boulangers pour porter des démarches de qualité de vie au travail adaptés à la taille et aux spécificités du métier.

S'agissant de la coordination des différents acteurs contribuant à la prévention de la désinsertion professionnelle, nous tenons à dire que la création de la cellule est importante car elle permettrait de jouer un rôle pivot ou d'interface entre eux. Ce texte permet d'y répondre : il y a besoin d'un acteur qui puisse intervenir dans la totalité des entreprises. Les SST sont les plus appropriés en la matière. Ils pourront le faire si cela s'accompagne d'un travail avec l'ensemble des acteurs concernés pour définir une stratégie commune et essayer de définir à quel niveau il convient d'intervenir. Ils devront se demander quelle est leur contribution respective, afin qu'il n'y ait pas de redondance en la matière.

De notre point de vue, cela implique d'agir sur deux dimensions. L'une est temporelle : des acteurs aident à traiter des troubles avérés pour éviter les complications de santé et compenser les difficultés rencontrées, mais proposent aussi des mesures visant à agir le plus en amont possible afin de préserver des personnes qui ne présentent pas encore de problèmes de santé. La visite de mi-carrière nous semble une initiative intéressante pour aider à ce travail d'anticipation. L'autre dimension de la stratégie touche à l'échelle qui va du micro au macro : il faut suivre et traiter individuellement les personnes concernées et se donner les moyens d'en tirer des conséquences plus collectives. En ce sens, je rappelle que les articles 1 à 4 de l'ANI indiquent explicitement que l'activité des cellules de prévention de la désinsertion professionnelle devrait permettre de tirer des enseignements en matière de prévention dans une approche collective, pour alimenter la politique de prévention des entreprises. Selon nous, ce n'est peut-être pas assez développé. Cela nécessiterait de prévoir et d'organiser le travail de consolidation et de capitalisation de toutes ces données, qu'elles soient individuelles, au niveau de l'entreprise, d'un territoire ou d'un secteur d'activité. À titre d'exemple, je citerai un projet initié et soutenu dans le cadre du fonds d'amélioration des conditions de travail : IODA (Inaptitudes en Occitanie, Diagnostic et Analyses) essaie de consolider des données individuelles et d'évaluer, sur un territoire ou sur certains métiers, si la sur-représentativité de déclarations d'inaptitude est significative et doit orienter des mesures de prévention.

Voilà en ce qui concerne la coordination des acteurs. Je pourrais aussi développer l'importance des instances représentatives du personnel et des managers de proximité en la matière ou le rôle que pourraient prendre les SST pour les sensibiliser, les outiller et pour les éclairer avec les données que la cellule de désinsertion professionnelle collectera. Même si ce n'est pas nominatif, les entretiens de mi-carrière peuvent produire des données qui nourriraient utilement le dialogue social au sein des entreprises pour mener des politiques actives de prévention de la désinsertion professionnelle.

M. Stéphane Pimbert. – *Les TPE-PME constituent évidemment notre principale cible car elles composent 98 % des entreprises en France. C'est une cible importante pour la prévention. Ce texte affiche une volonté d'aller vers les entreprises et de donner un accès rapide et de qualité aux SST. C'est important, au même titre que l'appui aux entreprises. À peine 50 % des entreprises complètent chaque année le document unique d'évaluation des risques. Si elles n'évaluent pas, il se peut qu'elles mènent des actions, mais ce document est, pour l'INRS, le socle de la*

prévention. Si on donne les moyens à des SST d'aider les entreprises, notamment les petites entreprises qui, prises par d'autres tâches, ne le font pas.

Un autre aspect intéressant est le tiers temps. Il est rappelé dans le texte de l'Assemblée. Il doit être une réalité. Pour les médecins du travail, c'est quelque chose d'important. J'imagine que les actions de promotion de la santé au travail en entreprise toucheront surtout les TPE-PME. Nous jugeons favorablement cet appui au profit des petites entreprises qui n'ont pas de ressources internes (comme des ingénieurs sécurité) pour faire de la promotion de la santé au travail. On peut toujours faire plus : il faudra être vigilant sur les aspects financiers et les moyens, mais cela va dans le sens de la prévention vers les TPE et PME.

La prévention est clairement l'axe du texte. Il comporte des éléments sur l'optimisation de la prévention primaire, avec le rôle des services de santé au travail, une orientation sur la prévention secondaire dans les démarches de repérage et de dépistage, et enfin l'optimisation de la prévention tertiaire, avec la prévention de la désinsertion professionnelle (PDP). Cette orientation en faveur de la prévention est positive, même si, encore une fois, il faut être vigilant quant aux moyens humains et financiers qui la soutiendront.

L'INRS n'est pas un acteur important dans le domaine de la prévention de la désinsertion. Nous avons mené des recherches sur le maintien dans l'emploi, avec notamment une expérimentation « cadre vert ». Elle consiste à aider les personnels à rester dans leur poste grâce des aménagements et à l'implication des managers, des SST, des collègues et de la direction. Cette expérimentation intéressante a été mise en place dans plusieurs grandes entreprises en France : Airbus, Carrefour, etc. L'enjeu fort, expliqué dans le texte, se situe du côté de la coordination des acteurs. C'est plutôt la CNAM qui agit. Elle a mené une expérimentation « case manager » de suivi pour aider les personnes à rester dans l'emploi. Un travail de la CNAM est mené avec les acteurs, du côté de l'assurance-maladie et de la branche AT-MP. Nous ne sommes pas vraiment acteurs sur ce sujet.

Sur la prévention et la traçabilité du risque chimique, je l'ai dit : le risque chimique représente 30 % de notre activité, que ce soit en recherche, en assistance, en expertise, en formation ou en information. C'est un sujet qui, depuis 1947, est devenu majeur. On s'aperçoit, à travers le texte, que l'historique du document unique est conservé. Cela peut permettre d'examiner les actions, s'il y a eu une évolution, si le plan d'action a porté ses fruits, et ce sur plusieurs années – je crois que c'est quarante ans – et non année par année. Sur le risque chimique, on considère qu'il faut être à la fois actif et vigilant. Je vois surtout un aspect collectif dans le texte, et j'ai moins vu l'aspect individuel. Je crois savoir que dans le cadre de l'ANI, des discussions ont été échangées à propos du risque chimique. Selon nous, c'est un sujet important sur lequel on peut aller assez loin.

Vous avez posé une question précise sur les salariés chez les particuliers employeurs. Je n'ai pas la réponse. Je demanderai en interne à nos experts si nous avons déjà travaillé dessus. Parallèlement, le sujet de l'aide ou de l'intervention à domicile, voire de l'aide aux soins, est très important. C'est un concentré de tous les risques qui existent – routier, chute de plain-pied, TMS.

M. Henri Bastos, directeur adjoint de l'évaluation des risques, volet santé-travail de l'ANSÉS. – J'ai noté plusieurs questions qui nous concernent. La première touchait à l'évolution du dispositif d'évolution des tableaux de maladies professionnelles. En 2018, les pouvoirs publics ont voulu séparer la phase d'expertise préalable à la création ou à la modification des tableaux de maladies professionnelles, de la phase de négociation et de discussion politico-sociale dans les commissions de maladies professionnelles dans lesquelles siègent les partenaires sociaux. La phase d'expertise préalable a été confiée à l'ANSÉS ou à tout autre organisme qui puisse conduire des expertises robustes, pluridisciplinaires et indépendantes.

Nous avons monté un groupe de travail pluridisciplinaire sur cette question. Nous avons récemment mis en ligne un rapport fondateur illustrant la méthodologie sur laquelle nous nous basons pour répondre aux différentes saisines des pouvoirs publics. La première saisine portait sur l'analyse du lien entre l'exposition aux pesticides et le cancer de la prostate. Nous avons restitué le rapport aux pouvoirs publics et aux partenaires sociaux dans les différentes commissions du régime général – la commission spécialisée n° 4 relative aux pathologies professionnelles (CS4) du conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT) – et du régime agricole – la commission supérieure des maladies professionnelles en agriculture (Cosmap). Nos expertises se réalisent indépendamment du statut d'emploi, ou en tout cas, du régime d'assurance sociale. La deuxième saisine porte sur le lien entre l'amiante et les cancers du larynx, des ovaires et les cancers colorectaux. Nous rendrons probablement ce rapport d'ici à la fin de l'année.

La mise en ligne de ces rapports intervient à l'issue d'une phase de discussion laissée aux partenaires sociaux pour aboutir à un consensus sur la décision de créer un tableau ou non et d'en fixer les conditions. Le premier rapport finalisé sur les pesticides et le cancer de la prostate ne sera donc normalement pas publié avant septembre.

Vous nous posez également une question sur la situation actuelle : nous semble-t-elle satisfaisante ? En un sens, oui. Elle répond à la volonté des pouvoirs publics de séparer la phase d'expertise et la phase politico-sociale, qui pouvait aboutir à des blocages au sein de ces commissions, notamment sur la phase d'expertise. Elle permet aux pouvoirs publics une meilleure prise en compte de l'évolution des connaissances scientifiques, ainsi qu'une certaine transparence : l'ensemble des rapports de l'agence sont rendus publics sur Internet. Nous laissons aux partenaires sociaux la phase nécessaire de l'examen de la pertinence de créer un tableau ou d'en fixer certaines modalités. Cela permettra à chaque partie prenante, dans la reconnaissance des maladies professionnelles, de se saisir des dernières informations scientifiques pour faire valoir leurs droits, qu'il s'agisse des entreprises ou des salariés assurés qui souhaitent demander une réparation en lien avec leur activité de travail, ou encore des différents acteurs du processus, comme la caisse d'assurance-maladie.

Pour autant, il nous semble que cette phase d'expertise confiée à l'agence n'améliorera pas par elle seule la capacité du système actuel à remplir les objectifs de reconnaissance et de prévention. Des questionnements se posent sur la meilleure prise en compte des maladies multifactorielles et la problématique de la présomption d'origine qui pose un certain nombre de difficultés. Vous les aviez d'ailleurs rappelées, madame la sénatrice Gruny et monsieur le sénateur Artano, dans votre rapport de 2019.

On peut faire des constats ou des propositions sur la meilleure prise en compte, ou bien la fixation d'un délai entre la restitution de l'expertise et la prise d'un décret. On a eu récemment connaissance d'une enquête de la 6^{ème} chambre de la Cour des comptes qui a interrogé les partenaires sociaux qui siègent dans les commissions de maladie professionnelles sur la fixation et le meilleur encadrement des délais dont l'administration dispose pour effectuer la publication des décrets qui créent ou modifient des tableaux. Il me semble que c'est une bonne idée.

Je vous cite un exemple : un nouveau tableau est en passe d'être créé, le tableau 101 du régime général, pour les affections cancéreuses provoquées par le trichloréthylène (comme le cancer primitif du rein). Il résulte d'un rapport d'expertise finalisé et présenté à la commission des maladies professionnelles du COCT en juin 2017. Le délai est donc assez long. Ce n'est pas le cas pour tous les tableaux, mais l'encadrement des délais pour la prise de ces décrets d'évolution des tableaux pourrait être intéressante.

Je ne suis pas sûr que nous soyons légitimes pour nous prononcer sur la formalisation du rôle de l'agence par la loi. Il nous semble toutefois qu'il serait intéressant de sécuriser le rôle de l'ANSéS. Les modalités de répartition des responsabilités entre l'ANSéS, l'État et les commissions de maladies professionnelles ont été fixées dans un tableau. Il est toutefois possible de saisir d'autres agences. Nous nous sommes organisés pour monter un groupe de travail et pour mobiliser des ressources – il y a d'ailleurs eu un transfert de ressources entre le ministère du travail et l'ANSéS pour cette nouvelle mission qui nous est confiée. A minima, on serait rassurés d'être sécurisés dans ce rôle mais pas forcément par une inscription dans la loi.

Sur les autres questions, je ne reviendrai pas sur ce qu'a dit M. Pimbert sur la prise en compte des propositions du rapport Frimat, notamment sur les questions de traçabilité. La proposition de loi est intéressante en ce qu'elle améliore la traçabilité collective et longitudinale des expositions professionnelles, du fait de la conservation par les employeurs et de la transmission aux SST de documents de prévention des entreprises. Il nous semble aussi qu'il faut accompagner ce mouvement par une dématérialisation et une diffusion des documents à des fins d'utilisation scientifique. Nous avons ainsi repris des éléments du rapport pour en faire des propositions d'action dans le cadre de la préparation du nouveau PST 4. Nous souhaitons un plan de dématérialisation progressive et de numérisation des données en santé au travail dans les SST et entreprises – notamment les fiches d'entreprises, les données d'exposition et de santé dans le respect de l'ensemble des secrets (industriel, commercial, médical, statistique) – permettant une meilleure

mise à disposition, par exemple dans une base de données nationale exploitable à des fins de recherche et de production de connaissances.

Nous ne travaillons pas vraiment sur les questions de désinsertion, donc je ne répondrai pas sur cette partie.

Vous nous avez par ailleurs interrogés sur des remontées de possibles liens entre le cancer du sein et l'activité d'assistante maternelle. Je peux simplement vous dire que nous avons produit une expertise des dangers liés au travail de nuit : ce facteur de risque est identifié comme en lien probable avec le développement de cancer du sein. Je n'ai pas connaissance que nous ayons identifié cette profession comme profession à risque, mais nous allons nous pencher dessus. Il existe par ailleurs une initiative de la confédération française démocratique du travail (CFDT)-Lorraine à ce sujet, qui tente de répertorier des cancers du sein, notamment chez le personnel médical. Cela peut être intéressant à regarder.

Mme Mélina Le Barbier. – *Les sujets de santé publique et santé au travail étaient historiquement cloisonnés pour des raisons institutionnelles et réglementaires. On observe aujourd'hui une volonté de mutualiser les compétences et les connaissances. On va vers une prise de conscience de l'importance du développement de la promotion de la santé en milieu de travail pour contribuer à l'amélioration des environnements de travail (au niveau physique ou psychosocial).*

Ce développement doit se faire dans le respect des missions propres à chaque secteur. Le lien entre santé publique et santé au travail ne fait pas l'objet d'une vision unique et partagée entre les différents acteurs. Plusieurs articulations sont possibles. Cela va du modèle d'intervention qui vise à modifier des comportements individuels à travers des actions éducatives, jusqu'à des démarches plus intégrées, qui agissent sur plusieurs facteurs (personnels, collectifs, comportementaux, environnementaux). L'enjeu d'une meilleure articulation entre santé publique et santé au travail a été formulé dans le PST 3. On développe et on poursuit les réflexions dans le PST 4. Des propositions sont en cours de discussion, avec comme premier objectif de faciliter la compréhension des enjeux communs et des connaissances. Différents jalons sont évoqués : le renforcement des connaissances, de l'articulation, le développement d'actions concertées et coordonnées pour pouvoir impulser de la prévention et de la promotion de la santé sur certains thèmes multifactoriels qui ont un impact sanitaire et socio-professionnel élevé. Des discussions sont en cours, notamment pour voir comment s'engouffrer dans cette voie-là, en travaillant soit sur des thématiques comme les maladies cardiovasculaires soit sur des thématiques d'actualité comme le changement climatique. La question des TPE et PME est également soulevée au sein des groupes de travail qui discutent de cet axe-là. Elles ont été identifiées comme une cible privilégiée pour commencer à développer ces actions. Santé publique France résulte du rapprochement entre l'ex-institut de veille sanitaire (InVS) et l'ex-institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpés). Nous regroupons donc les volets santé-travail et promotion des actions de santé publique. Nous pourrions accompagner le mouvement.

Sur la seconde question concernant les tableaux de maladies professionnelles, mon collègue Henri Bastos a décrit les obligations réglementaires de l'ANSÉS. C'est principalement par les systèmes de surveillance qui sont mis en place sur les expositions et les pathologies, ainsi que par les données issues des études, que Santé publique France contribue à l'expertise indépendante en santé au travail. Nos travaux, de par leur caractère public, doivent servir à ces différentes commissions et à ce groupe de travail qui discute des tableaux des maladies professionnelles. C'est donc par la production de données que nous concourons à ces réflexions. Par exemple, dans le cadre de la saisine sur le lien entre les pesticides – dont la chlordécone – et le cancer de la prostate, le groupe de travail de l'ANSÉS a demandé à Santé publique France les données disponibles pour identifier les professions et travaux exposant à ces substances. Nous mobilisons nos outils, comme Matphyto et les outils de biosurveillance.

Cela fait le lien avec votre troisième question sur les risques chimiques. Beaucoup de choses ont été dites sur la question, et le lien avec le rapport Frimat a été fait. Je veux redire que la trajectoire prise avec cette loi est intéressante et qu'on peut aller plus loin pour avoir accès aux données collectées. Nous avons souhaité le souligner, dans le propos liminaire, sur le renforcement de l'accès aux données – puisque nous souffrons aussi d'une difficulté d'accès aux données des SST. On pallie cela, sur le risque chimique, par les collaborations avec nos collègues comme l'INRS, avec les bases qu'ils ont développées sur le risque chimique.

Je veux insister sur ce qui est envisagé dans le domaine des risques chimiques : les enquêtes et la biosurveillance, notamment la centralisation des résultats d'analyse des biomarqueurs et tous les projets liés aux multi-expositions. Il est envisagé de poursuivre des travaux à multi-exposition à partir des données des SST.

La dernière question portait sur le cancer du sein. Je n'ai pas de réponse directe sur le lien avec la profession d'assistante maternelle. Je vous informe toutefois du fait que nous avons terminé l'étape de faisabilité pour la mise en place d'un système de surveillance des cancers en lien avec l'activité professionnelle (SyCaPro), au niveau national. Cela permettra de soutenir les axes identifiés dans le PST 3 – notamment la surveillance épidémiologique et la recherche sur les cancers professionnels – en faisant le lien entre les données issues du système national des données de santé (SNDS) et les historiques professionnels de la CNAM.

Mme Catherine Deroche. – *Vous travaillez avec les registres du cancer ?*

Mme Mélina Le Barbier. – *Absolument. Lors de l'étape de faisabilité, nous avons testé la mise en place des systèmes de surveillance sur deux registres. Nous avons travaillé et fait une restitution avec les registres réunis au sein du réseau FRANCIM (réseau français du registre des cancers).*

Mme Michelle Meunier. – *Je voudrais vous entendre sur le concept de sociovigilance, développé par une chercheuse française. Le secrétaire du COCT nous a dit son intérêt pour cette question et nous a appris qu'une chaire internationale de santé au travail serait créée à Bordeaux. Il a souligné qu'il faudrait absolument organiser, comme c'est le cas pour le médicament, un système de sociovigilance sur*

cette question de santé et de sécurité au travail. Je voulais donc savoir ce que vous pouvez apporter à cette création dans vos institutions et structures. Pensez-vous que cette proposition de loi peut être une aide pour avancer afin qu'on gagne en connaissance, en suivi et en traitement et pour qu'on implique l'État sur cette question de santé au travail ?

Mme Laurence Cohen. – Je voudrais vous interroger sur le télétravail. Cette proposition de loi développe des éléments sur la prévention, qui est le parent pauvre de la santé en France. Cela nécessite des moyens humains et financiers. Mais nous vivons depuis plus d'un an, du fait de la crise, un développement important du télétravail. Cela crée des souffrances que nous n'envisagions pas obligatoirement avec une telle intensité au niveau du lieu de travail. Je pense à plusieurs facteurs, comme la nécessité d'adapter l'équipement. C'est dans le titre 1 de la proposition de loi, où il faudrait réfléchir à ces outils informatiques, qui créent, quand les personnes sont mal équipées, des problèmes au niveau de la posture. On observe aussi des conséquences au niveau de la santé mentale, puisque le télétravail entraîne un isolement important ainsi qu'une difficulté concernant le nombre d'heures passées à être connecté. Se pose un problème de déconnexion. Je ne suis pas persuadée que la loi puisse régler ce genre de problème. J'aimerais avoir votre analyse sur ce sujet.

Ma deuxième question concerne le nombre de professionnels de santé. On manque de médecins du travail. Il est question, dans cette proposition de loi, d'infirmiers de santé au travail, avec la nécessité, pour le responsable de l'entreprise, d'avoir des formations réservées aux professionnels pour la tâche qui leur incombe. Pouvez-vous me donner des précisions ? Je pense qu'on souffre d'un manque cruel d'infirmiers de santé au travail, je voulais donc avoir votre réflexion à ce sujet.

Mme Frédérique Puissat. – J'ai deux questions très courtes et un peu techniques sur la gouvernance de la prévention et les acteurs de l'entreprise.

La première concerne le rôle de la branche professionnelle déterminée, dans l'ANI comme le lieu privilégié de formalisation des enjeux de prévention, notamment dans les TPE-PME. Considérez-vous que le texte va assez loin sur le sujet et est conforme à l'ANI de 2020 ?

La deuxième question concerne les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) de la branche. D'abord, entendez-vous bien, dans ce texte, qu'ils concernent chaque branche ? Enfin, certains secteurs, comme le bâtiment, ont développé des structures santé-prévention – je pense à l'organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics (OPPBTP). Nous avons sans doute été un certain nombre à être saisis par le secteur du bâtiment, qui se demandait comment l'articulation allait se faire, dans le cadre de la mise en place de ces CPOM, avec un organisme comme l'OPPBTP.

Mme Cathy Apourceau-Poly. – La Gazette des communes, le 17 mars 2021, relevait que les médecins du travail, y compris dans la fonction publique territoriale, sont vent debout contre ce projet de réforme de la santé au travail en cours d'examen au Parlement. Ils lui reprochent de leur retirer leur rôle central et de réduire la qualité de la prévention déjà mise à mal par la pénurie de médecins du travail.

J'ai une première question sur le nouveau passeport de prévention. La création de cet outil vise à regrouper dans un même document toutes les attestations et diplômes obtenus par le travailleur dans le cadre de formations relatives à la santé et à la sécurité au travail. Ce passeport apparaît plutôt, à mon sens, comme un moyen de faire porter aux salariés eux-mêmes leur propre responsabilité. Cela revient à laisser aux employeurs une trace attestant que le travailleur a été formé pour préserver sa santé et sa sécurité au travail. Ne pensez-vous pas que ce passeport exonère la responsabilité des employeurs et leur obligation d'indemniser les victimes ?

J'ai une deuxième question concernant le rendez-vous de pré-reprise entre l'employeur et le salarié. Celui qui est proposé se fait en l'absence du médecin du travail. Selon la fédération nationale des accidentés du travail et des handicapés (Fnath), si cette visite de pré-reprise doit être obligatoire, elle doit rester à la seule main du salarié et doit être menée par le service de prévention et de santé au travail, sans la présence de l'employeur. Le salarié doit pouvoir évoquer en toute confidentialité sa situation de santé avec le médecin du travail. Qu'en pensez-vous ?

M. Richard Abadie. – *Sur la question du télétravail, on a conscience qu'il touche à différentes dimensions. C'est ce qui explique la nécessité de renvoyer à la négociation d'entreprise, au plus près du terrain, pour arriver à toutes les traiter. Vous avez parlé des lieux et des espaces de travail. Comment l'employeur aide à l'aménagement de ces espaces pour que cela se fasse dans les meilleures conditions possibles ? Les outils et équipements qui lui sont mis à disposition sont adaptés. Certaines entreprises, dans ce passage urgent au télétravail, n'avaient pas encore dématérialisé l'ensemble des processus et n'avaient pas équipé suffisamment leurs salariés pour pouvoir faire ce travail à distance. La troisième dimension concerne le temps et la charge de travail : la porosité entre la vie professionnelle et la vie privée est potentiellement renforcée. Les modalités d'ajustement et de contrôle des temps doivent donc être adaptées. La quatrième dimension est celle du management : les modalités de management des travailleurs à distance doivent être adaptées et éviter des reportings excessifs.*

Le dernier point concerne ce qui se joue enfin autour de la préservation des collectifs de travail, qui peuvent être mis en difficulté dans ces cas-là et aller jusqu'à des situations individuelles d'isolement. On est dans un cadre très exceptionnel, avec un développement quasi intégral du télétravail, loin de ce que la plupart des experts et des personnes intéressées au sujet recommandent. Il sera plus facile de revenir à un point d'équilibre après cette période de crise. On aura davantage appris à télétravailler. La solution vient aussi de la capacité des intéressés à discuter de ces modalités d'organisation du travail – le télétravail n'étant que l'une d'entre elles. Cela ne relève pas nécessairement de la loi mais bien de la discussion, qu'il faut inciter à engager au plus près du terrain.

Je ne serais pas compétent sur les CPOM de branche. Mais en ce qui concerne la nécessité que la branche joue son rôle, au-delà des dispositions à ajouter, il peut être utile de mobiliser des dispositions existantes, notamment celle du taux de 2 % du haut degré de solidarité. Il permet aussi, dans des branches, d'affecter

certains fonds à la prévention et à la promotion de la qualité de vie au travail. Il faut peut-être mobiliser, là aussi, les ressources existantes en la matière.

Je fais un point sur les rendez-vous de pré-reprise, qui ne sera qu'indirectement en lien avec la question telle qu'elle a été posée, puisqu'elle concernait les participants aux rendez-vous. On pense que ces rendez-vous sont importants. Ils peuvent donner lieu à la pratique des essais encadrés à la reprise du travail qui, avec des ergonomes, permettent d'évaluer, en situation de travail, les possibilités de reprendre ou pas le travail et d'aménager les postes. Ces aménagements et ces essais, quand ils sont faits, profitent à la totalité des salariés car on constate qu'ils sont faisables pour les autres. Ils participent d'un cercle vertueux car ils évitent la survenance de troubles concernant d'autres salariés. À côté de la visite de pré-reprise, nous trouvons intéressante cette pratique des essais encadrés, que les services de prévention et de santé au travail savent aujourd'hui proposer.

M. Stéphane Pimbert. – *Sur le télétravail, je veux insister sur un point par rapport au texte. Nous sommes dans une situation de télétravail extrême. J'espère que nous ne serons pas, du fait de la crise, trop longtemps dans cette situation. La majorité du télétravail tel qu'il a été envisagé avant la crise sanitaire était, le plus souvent, idéalement situé à deux jours maximum par semaine. Les entreprises et les organismes de prévention le disaient. Certains salariés se trouvent dans une situation de télétravail intégral parfois depuis un an. Selon moi, on n'a pas à intégrer cette situation extrême que j'espère temporaire dans un texte sur le télétravail.*

On peut parler des problèmes de santé mentale, réels dans de nombreux cas actuellement, et de l'isolement vécus par les salariés. Si le salarié fait deux jours de télétravail par semaine, et trois avec ses collègues, il n'a pas la même sensation d'isolement ou de difficulté mentale. Les problèmes matériels d'équipements informatiques qui se posent quand la personne passe la totalité de son temps à son domicile, sont nettement moindres quand elle revient trois jours par semaine à son bureau.

La distinction entre vie privée et vie professionnelle pose des questions similaires : à une ou deux journées par semaine, on n'est plus dans une situation de télétravail extrême. La question du management aurait pu se poser en termes d'évolution de la situation, par objectif, etc.

L'autre aspect est le renvoi à la négociation vers les partenaires sociaux. La prévention est basée sur les partenaires sociaux dans l'entreprise. Notre vision, à l'INRS, est celle-ci. C'est ce qui fait la crédibilité au niveau national, au niveau local, et dans l'entreprise. Sur le télétravail, là aussi, on renvoie aux partenaires sociaux de l'entreprise avec une adaptation qui se passe sur le terrain.

En ce qui concerne la deuxième question sur les professionnels de santé, j'avais en tête le nombre de 4 500 à 5 000 médecins du travail. J'ai vu dans le texte la reconnaissance législative de l'infirmier en santé au travail. Du fait de la démographie des médecins du travail, on a besoin d'autres acteurs qui interviennent en santé au travail. Et pour la prévention, on n'a pas forcément besoin d'avoir

uniquement le médecin du travail, mais parfois aussi des techniciens, d'autres personnes qui interviennent en prévention, comme les ergonomes. L'infirmier joue ici un rôle important.

Je n'ai pas lu l'article de La Gazette des communes. Le texte retirera-t-il le rôle central au médecin ? Je ne suis pas médecin, mais je crois qu'il faut être réaliste. Depuis plusieurs années, la démographie médicale fait que si on veut agir auprès des 18 millions de salariés du régime général, et vers les PME, il faut que différents acteurs interviennent. Cela a été fait par différentes réformes.

À l'INRS, nous publions une revue Documents pour médecins du travail (DMT). Depuis près de cinq ans, nous l'avons renommée Référence en santé au travail, pour montrer qu'on s'adresse aussi aux infirmiers et à d'autres acteurs du service de santé au travail, et pas uniquement au médecin du travail, même s'il a un rôle. J'ai vu dans le texte ou dans une des questions qu'il devrait avoir un rôle de coordination réel. Mais il ne peut pas tout faire et a besoin d'experts autour de lui.

Sur le passeport de prévention : fait-il porter sa responsabilité au salarié et exonère-t-il l'employeur ? Cela fait l'objet des débats à l'ANI. J'ai cru comprendre que cela va dans un sens plutôt positif : il est prévu que le salarié soit davantage formé, et qu'une trace de formation le suive toute sa carrière. Il peut, ensuite, y avoir des visions différentes.

Sur le rôle de la branche, je ne vais pas parler de l'OPPBTP, qui est la seule structure qui fonctionne. J'ai observé ce rôle au niveau de la construction des référentiels pénibilité, pour lesquelles nous étions intervenus auprès de la direction générale du travail (DGT), notamment avec l'Anact. Cela peut être important pour les TPE et les PME, même si, à l'INRS, nous fonctionnons généralement plutôt par risques transversaux. Nous avons toutefois mené des actions très ciblées sur les boulangers, les coiffeurs, l'onglerie, les garages. Nous avons par exemple eu des accords avec le conseil national des professions de l'automobile (CNPA). Je pense que la branche peut être utile, notamment pour les petites entreprises, qui n'ont pas les moyens ni le temps d'entamer une réflexion.

Sur les CPOM par branche, je ne peux pas répondre, et sur la visite de pré-reprise, ce n'est pas notre domaine.

Mme Michelle Meunier. – Et sur la sociovigilance ? Vous n'avez pas répondu.

M. Henri Bastos. – Je vais surtout vous donner l'état de nos réflexions sur la première question. Pour le reste, beaucoup de questions ne sont pas forcément du ressort de l'ANSéS. Je pense que Gérard Lasfargues, professeur de médecine du travail, pourra compléter.

Ce que je connais de la sociovigilance vient des différentes tribunes que j'ai lues dans Le Monde, écrites par Mme Nina Tarhouny, qui a fait sa thèse en droit sur cette question. Elle propose la création d'une sociovigilance. Je vais lire attentivement cette thèse. La question de l'ajout de nouveaux dispositifs doit passer par une réflexion sur la manière dont elle s'inscrit dans ceux qui existent – notamment sur la surveillance ou la vigilance des pathologies professionnelles. Je citerai les tableaux de Santé publique France sur cette question, ou de nous-mêmes

sur le RNV3P. La tribune que j'ai évoquée indiquait une complexité et un problème de lisibilité du dispositif de santé au travail. En rebondissant sur ce constat, il faut se garder de le complexifier encore plus en analysant toute proposition au regard de l'existant et de ses possibilités d'évolution. C'est ce qu'on va faire par rapport à ces travaux et cette proposition. Nous lirons cette thèse pour voir comment en tirer des informations et des enseignements qui pourraient nous amener à repenser une évolution du dispositif de vigilance sur la santé au travail en général.

La deuxième question concernait la chaire internationale de santé au travail. Nous avons été approchés par M. Loïc Lerouge, du laboratoire COMPTRASEC de l'université de Bordeaux, qui porte le projet. Sans trahir de secret, il me semble que le ministère du travail soutient cette initiative. En tant que coordinateur des réflexions sur la promotion de la recherche, de la production de connaissance et la structuration des données en santé au travail dans le cadre de la préparation du PST 4, j'ai travaillé avec l'ensemble des partenaires institutionnels, agences et institutions de prévention qui ont participé à ces réflexions (INRS, Anact, Santé publique France, CNAM et sa direction des risques professionnels-DRP) pour soutenir le développement de chaires spécialisées en santé au travail, et en particulier de la chaire internationale de santé au travail comparée. Je ne sais pas si elle sera retenue à l'issue de la phase de discussion avec les partenaires sociaux et l'État. En tout cas, cette chaire internationale réunit, ou propose de réunir en son sein l'ensemble des acteurs de la santé au travail dans une approche très pluridisciplinaire, qui inclut la dimension de l'analyse juridique, qui est une des spécialités du laboratoire COMPTRASEC. C'est en ce sens que cela nous a beaucoup intéressés et que l'idée de la soutenir comme nouvel opérateur de recherche a été évoquée dans le cadre du PST 4. La même difficulté revient toujours : il faut faire vivre ces chaires et voir dans quelle mesure les soutenir financièrement et éviter une dispersion des moyens financiers et humains. La multiplication d'initiatives de recherche comme celle-ci épuise des ressources limitées, voire en déclin. Cela nécessiterait une réflexion sur le soutien, de manière générale, de la recherche en santé au travail.

Professeur Gérard Lasfargues. – Sur les autres questions, sur le télétravail, je m'associe aux propos de M. Abadie et M. Pimbert : cette situation n'est pas appelée à durer indéfiniment, et il faut, à côté d'une bonne organisation du télétravail, mettre en place, au niveau des entreprises et en lien avec les partenaires sociaux des entreprises, des dispositifs permettant d'anticiper les risques de décompensation ou de santé mentale des salariés en télétravail. Cela se ferait au niveau des ressources humaines.

Je voudrais rajouter quelque chose de plus général par rapport au télétravail et à la généralisation des horaires atypiques en milieu de travail. L'ANSÉS a rendu un avis avec des recommandations sur le travail de nuit et le travail posté. Dans le contexte de la crise de la covid-19, d'autres formes d'horaires atypiques se sont développées : je pense au travail du samedi et du dimanche, à l'imprévisibilité des horaires de travail, aux grandes amplitudes des horaires de travail, ou au travail tôt le matin et tard le soir dans beaucoup de métiers de service. L'ANSÉS travaille sur toutes ces formes et rendra un rapport ou un avis avec des recommandations par rapport à ces problématiques dans un futur assez proche. Il est important d'avoir

cela en tête pour ne pas forcément trop compartimenter mais avoir la possibilité de prendre des mesures de recommandation et de prévention, notamment primaires, sur ces formes atypiques de travail. Elles ont en effet de lourds impacts sanitaires, en particulier sur la santé psychique.

Sur la démographie en santé au travail, notamment s'agissant des médecins et des infirmiers, je m'associe à ce qu'a dit Stéphane Pimbert. Des formations d'excellent niveau existent pour les infirmiers de santé au travail, mises en place au niveau hospitalo-universitaire par le biais de diplômes interuniversitaires ou de licences et masters professionnels. Il est évident que la prévention en santé au travail, et notamment celle menée par le médecin du travail, doit faire appel à la pluridisciplinarité. Le médecin du travail ne peut pas tout faire. Il doit pouvoir s'entourer de gens bien formés, que ce soit des infirmiers de santé au travail, des techniciens ou encore des ergonomes. Il est important de pouvoir préserver, voire donner plus de moyens à ces équipes pluridisciplinaires, pour que le médecin du travail puisse exercer son rôle de coordinateur avec des moyens suffisants et en toute indépendance. Dans ce cadre, il faut aussi préserver ce qui fait l'essentiel de la fonction de médecin du travail : la capacité d'articuler d'une part son travail de clinicien – aller au chevet du salarié qu'il est le seul à pouvoir ausculter comme un patient – et d'autre part le fait d'être présent dans l'analyse des conditions de travail et de faire le lien entre la santé individuelle du salarié et les conditions et l'organisation du travail au niveau collectif. Préserver la visite de pré-reprise médicale pour le médecin du travail avec le salarié est essentiel. C'est lui qui connaîtra les deux aspects du problème et qui est à même d'articuler et de coordonner des actions de prévention exercées par les différents acteurs, comme l'aménagement de poste.

Je vais parler plutôt en tant que professeur de médecine et de santé au travail. Je suis co-responsable, à l'université Paris-Est Créteil, d'un diplôme inter-universitaire pour former les référents handicap en entreprise. Des acteurs sont intéressés et travaillent du mieux possible, mais il manque souvent un lien et une coopération au niveau individuel avec les salariés, et un aspect plus macroscopique. Il faut pouvoir avoir une formation des médecins du travail – ou de référents en entreprise dans leur domaine – qui puisse coordonner les différents acteurs. Cela vaudra mieux que de juxtaposer des dispositifs nouveaux à ceux qui existent déjà.

Si les cellules de lutte contre la désinsertion professionnelles jouent ce rôle de ciment des différentes actions en assurant une vraie coordination, cela peut être un acteur intéressant à l'échelon régional.

Le dernier élément que je voulais signaler portait sur le passeport de prévention. Cela ressort principalement de la négociation entre les partenaires sociaux. Il faut bien sûr conserver la responsabilité de l'évaluation et de la mise en place de moyens de prévention des risques professionnels à l'employeur et ne pas la déporter sur les salariés qui subissent éventuellement ces risques professionnels.

Mme Émilienne Poumirol. – Depuis une heure et demie, vous nous présentez votre rôle en tant qu'agences. Vos recueils de données qui peuvent servir à établir des protocoles sont extrêmement intéressants, mais on parle de médecine du travail et très peu des médecins du travail. Je rejoins ce qu'a dit ma collègue Cathy Apourceau-Poly : quand on est sollicité par les médecins du travail, on se rend compte qu'il y en a beaucoup trop peu. Or dans ce texte, on élargit leurs missions ! Dans la formation même des médecins, la médecine du travail représente deux heures de cours en tout, voire quatre heures. Je ne vois pas comment on peut intéresser les jeunes étudiants à la médecine du travail avec ce faible volume d'heures, de la même façon que pour la médecine scolaire. Dans ce dernier domaine, des inquiétudes se font également jour autour de la coordination qu'on évoque : les professionnels craignent qu'on élargisse leurs missions alors qu'ils sont toujours aussi peu, voire de moins en moins nombreux.

Je suis d'accord sur la formation des infirmiers de santé au travail, de tous les psychologues et ergonomes qui peuvent aider et qui forment une équipe autour du médecin du travail. Mais ne faudrait-il pas, pour commencer, renforcer l'attractivité du métier de médecin du travail ? L'élargissement de leurs missions en dépit de leur faible nombre me donne l'impression qu'on pallie la pénurie de médecins du travail en donnant un rôle plus important aux infirmiers. Je ne doute pas de leurs capacités, avec un diplôme universitaire ou une licence, à faire une partie de leur travail. Mais si la visite de pré-reprise n'est pas faite par un médecin du travail, ce ne sera pas fait au service de l'agent ou de l'employé quel qu'il soit.

On ne parle jamais non plus des liens entre la médecine du travail et la médecine générale. Pour avoir été médecin généraliste pendant très longtemps, j'ai observé un manque de coordination entre les deux. Il faudrait aussi améliorer le lien entre médecine générale et médecine du travail.

Mme Catherine Deroche. – Merci de cette remarque. Nous aurons l'occasion, lors de l'examen du texte, d'auditionner les médecins du travail, car des points de ce texte les concernent.

Madame Le Barbier, auriez-vous quelques mots à ajouter au débat qui vient d'avoir lieu ?

Mme Mélina Le Barbier. – Je voulais rajouter un point sur la sociovigilance. L'ANSÉS a cité ce qui se faisait au niveau du RNV3P. Je souhaite dire que cela s'articule avec un système qui existe déjà. Santé publique France prend en charge les sollicitations locales en santé au travail. On organise un dispositif régionalisé destiné à recueillir et traiter tous les signalements d'événements de santé inhabituels en milieu professionnel (suspensions de regroupements de cas de maladie, syndromes collectifs inexplicables, expositions atypiques). On a un système organisé de vigilance. Cette dernière se nourrit des données sur les systèmes de surveillance et des remontées de terrain. On organise cela, on y répond, puis on se structure pour voir si, de ce système de vigilance, émergent des sujets d'intérêts. On s'articule, en interaction avec l'ANSÉS, pour les mettre sur la table. Il est important d'avoir en tête ce qui existe déjà et de s'interroger sur ce qui peut être amélioré.

En ce qui concerne les rôles des branches, le conforter est utile et nécessaire dans un objectif de prévention. L'OPPBTB a été cité : c'est un interlocuteur d'importance en matière de prévention et de connaissance des TMS. Cette approche par branche nous permet de développer, avec ce type d'interlocuteur, des outils d'évaluation de ce risque mais aussi de réfléchir et discuter sur des outils de prévention. Elle nous paraît donc particulièrement nécessaire.

Sur la démographie médicale, je souscris à ce qui a été dit par l'INRS et l'ANSÉS sur le fait de pouvoir prendre en compte la réalité du terrain. Je souhaite rajouter que l'on s'y adapte déjà, au travers de ce qui est mis en place au niveau de la récupération des données ainsi que des systèmes de surveillance et des outils. On arrive à voir comment s'articuler entre différentes agences pour mutualiser et optimiser soit la sollicitation des médecins du travail, soit l'appui sur d'autres acteurs (infirmiers, ergonomes...), afin de faire remonter les données nécessaires.

Vous avez évoqué le lien entre télétravail et santé mentale et l'étude CoviPrev mise en place par Santé publique France. Beaucoup de choses pourront sortir des études sur le sujet en lien avec la crise sanitaire. Nous recueillerons des données et identifierons des informations qui permettront d'aller vers une bonne organisation du travail et des relations managériales permettant une meilleure organisation du télétravail possible. Il faut garder en tête que nous sommes dans une organisation exceptionnelle. Il faut rappeler tout ce qu'on voit à travers ces études CoviPrev en population générale et en population de travailleurs et via d'autres études sur l'évolution des addictions chez les travailleurs ou l'effet sur la santé physique dû au télétravail, notamment les TMS, est observé dans le contexte d'un développement du télétravail qui ne sera plus la réalité des organisations de travail en France.

Mme Catherine Deroche. – Nous vous remercions pour ces éléments.

Ce point de l'ordre du jour a fait l'objet d'une captation vidéo qui est disponible [en ligne sur le site du Sénat](#).

III. AUDITION DE MMES LAËTITIA ASSALI, PRÉSIDENTE DE LA COMMISSION AT-MP, ET ANNE THIEBEAULD, DIRECTRICE DES RISQUES PROFESSIONNELS, DE LA CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE

Mme Catherine Deroche, présidente. – Nous poursuivons nos travaux sur la proposition de loi pour la prévention en santé au travail avec l'audition commune de Mmes Laëtitia Assali, présidente de la commission accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) de la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) et Anne Thiebeauld, directrice des risques professionnels de la CNAM.

Nous examinons ce matin le rôle des caisses de sécurité sociale dans l'organisation de la santé au travail dans le cadre de la réforme envisagée par la proposition de loi. Il s'agit de notre dernière audition plénière sur le sujet avant celle du ministre Laurent Pietraszewski le 16 juin prochain. Notre commission se réunira pour établir son texte le 23 juin prochain avant un examen en séance publique prévu le 6 juillet.

Cette audition fait l'objet d'une captation vidéo retransmise en direct sur le site du Sénat et disponible en vidéo à la demande.

Mme Laëtitia Assali, présidente de la commission accidents du travail et maladies professionnelles de la Caisse nationale de l'assurance maladie. – MM. Ronald Schouller et Christian Expert, tous deux vice-présidents de la commission AT-MP que je préside, sont également présents en visioconférence.

La proposition de loi qui nous rassemble ce matin est la reprise de l'accord national interprofessionnel (ANI) du 9 décembre 2020. Il est donc important que tous les équilibres de cet accord, tels qu'établis par les partenaires sociaux, se retrouvent dans la proposition de loi. Certains des thèmes de l'ANI ont déjà été visités par la convention d'objectifs et de gestion (COG) de la branche.

Mme Anne Thiebeauld, directrice des risques professionnels de la Caisse nationale de l'assurance maladie. – Je voudrais insister sur l'importance de l'articulation entre santé publique et santé au travail : les échanges d'informations et la coordination entre médecins du travail, médecins de ville et médecins-conseils de l'Assurance maladie doivent être renforcés. Cela sera profitable aux salariés, notamment en matière de prévention de la désinsertion professionnelle (PDP).

Mme Pascale Gruny, rapporteur. – Quelles sont vos observations sur la redéfinition de l'offre de services des services de prévention et de santé au travail (SPST) et les nouvelles modalités de tarification ? Au-delà du changement de dénomination, cette réforme permet-elle de réorienter les services de santé au travail vers la prévention des risques professionnels ? Comment va-t-elle s'articuler avec les conventions pluriannuelles d'objectifs et de moyens (CPOM) qui encadrent leur activité ?

Quel bilan faites-vous des actions mises en œuvre par l'Assurance maladie et la branche AT-MP en matière de PDP ? La proposition de loi vous semble-t-elle conforme aux objectifs de la branche AT-MP dans ce domaine ?

L'article 14 bis, qui prévoit des échanges d'informations entre les cellules de PDP et les organismes de sécurité sociale, peut-il contribuer à améliorer la détection des risques de désinsertion professionnelle ? Le texte va-t-il assez loin en matière de consolidation des données personnelles dans un objectif de prévention ?

Faut-il, selon vous, limiter l'ouverture de l'accès au dossier médical partagé (DMP) au seul médecin du travail ou plutôt l'élargir à tout professionnel de santé chargé du suivi de l'état de santé du salarié, comme les infirmiers de santé au travail employés par le service de santé au travail ?

La CNAM est chargée du déploiement du DMP dont l'ouverture devrait devenir automatique en 2022. Quel bilan faites-vous à ce stade des créations de DMP ? Il semblerait, selon un rapport parlementaire, que moins de dix millions de DMP aient été créés en juin 2020. Le Gouvernement vous avait fixé comme objectif 30 millions de DMP créés en 2021 : confirmez-vous que cet objectif ne sera pas atteint ? J'ai moi-même essayé d'ouvrir un DMP, mais y ai renoncé : c'était trop long.

Il est prévu une visite de bilan à 45 ans. Est-il pertinent de fixer un âge ? Pourquoi celui-ci a-t-il été retenu ? Pourquoi ne pas laisser le médecin du travail choisir le bon moment pour ce bilan, au regard notamment des spécificités du métier ?

Dernière question : qu'est-ce qui ne figure pas dans ce texte et que vous auriez aimé y trouver ?

M. Stéphane Artano, rapporteur. – *Cette proposition de loi est la transposition de l'ANI. Les partenaires sociaux ont souhaité renforcer l'autonomie de la branche AT-MP. C'est aussi le souhait du Sénat : l'excédent de la branche doit aller au fonds national de prévention des accidents du travail (FNPAT).*

Les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat) sont-elles parvenues à être mieux identifiées comme un acteur de soutien en prévention, plutôt que comme un organisme de contrôle et de sanction ?

Que pensez-vous des dispositions de la proposition de loi concernant la transmission, la mise à disposition et la conservation du document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) ? Plusieurs organisations syndicales considèrent que les entreprises ne seront pas en capacité de les conserver pendant 40 ans, comme le prévoit le texte. Que pensez-vous de la proposition de transférer cette compétence vers les services de santé au travail ou l'assurance maladie ?

À quelles garanties les plateformes de téléconsultation – les SPST pourront les utiliser ou les créer pour assurer le suivi individuel des travailleurs – devront-elles répondre ? Ces téléconsultations pourront-elles être réalisées via un outil de visioconférence en accès libre choisi par le médecin du travail ou le travailleur ? Ou devront-elles plutôt passer par des plateformes privées de télémédecine aujourd’hui conventionnées avec l’Assurance maladie ?

Mme Laëtitia Assali. – Le processus d’élaboration de l’offre de services a été identifié : celle-ci devra répondre aux exigences du législateur, mais aussi aux objectifs du CPOM. Cette redéfinition de l’offre de services devra permettre à toutes les entreprises, même les plus petites, d’avoir accès à un service minimum en matière de prévention, de suivi médical et de PDP. Le suivi médical s’est enrichi au fil des réformes. Désormais, tous les salariés, de toutes les entreprises, doivent bénéficier de cet accompagnement, sous la forme d’une offre-socle, articulée à une offre complémentaire. Cette offre sera certifiée et devra être agréée par l’administration : c’est une double précaution.

Notre commission a évalué la première génération de CPOM. Nous pourrions leur donner une structure plus homogène afin d’en faciliter le suivi. Il faut qu’ils respectent les exigences de la réforme en cours.

Mme Anne Thiebeauld. – Nous avons effectivement réalisé un important travail sur les CPOM pour veiller à leur homogénéité avec les orientations de la branche et à leur adaptation aux besoins de chaque territoire en matière de santé au travail. Il s’agit d’outils de contractualisation très structurants qui permettent de concilier les objectifs des plans régionaux de santé au travail (PRST) et ceux de la COG déclinée dans les contrats pluriannuels de gestion (CPG) des Carsat. Les quelque 200 CPOM traitaient dans leur première version des principaux risques professionnels ; dans leur nouvelle version, ils intégreront davantage la prévention.

Mme Laëtitia Assali. – La PDP constitue un enjeu central pour le maintien dans l’emploi. Le sujet, initialement porté par la branche AT-MP, figure déjà dans la COG en cours, mais il demeure complexe.

La démarche comporte un double enjeu : le repérage précoce – où l’assurance maladie a toute sa place – des personnes susceptibles de s’éloigner de l’emploi – la proposition de loi envisage à cet effet de nouveaux outils – et l’affirmation de la PDP comme clé de voûte de l’action des services de santé au travail en développant les échanges entre le médecin du travail, qui joue un rôle pivot, et le salarié.

La répartition des rôles entre les différents intervenants apparaît certes importante, mais les acteurs de la PDP doivent avant tout se trouver au plus près des entreprises, afin de bien connaître leurs difficultés. Issue du secteur du bâtiment, je puis témoigner de l’intérêt de maîtriser les enjeux et les risques de la filière. Des expérimentations en matière de PDP se déroulent actuellement.

Mme Anne Thiebeauld. – Dès le début de la mise en œuvre de la COG, nous avons effectivement imaginé, avec l’Assurance maladie, une expérimentation pour améliorer la PDP en renforçant les liens entre sécurité sociale et médecine du travail et en maintenant l’employeur au plus près du parcours et de la prise en

charge des salariés autour d'un triptyque entre les services de santé au travail, les services sociaux de l'assurance maladie et les services médicaux de l'assurance maladie. Elle n'est cependant pas exclusive de l'action menée par d'autres intervenants, notamment Pôle emploi ou les structures d'accompagnement des personnes handicapées. Il s'agit d'appliquer les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) en menant un travail de détection des cas à risque et de rapprochement précoce avec le salarié avant que n'intervienne un arrêt de travail.

Hélas, après une phase de conception, l'expérimentation n'a démarré que mi-février 2020 dans quelques territoires et a rapidement été perturbée par la crise sanitaire. Elle n'a finalement été pleinement mise en œuvre qu'à compter du mois d'octobre avec 130 assurés. Le dispositif peut sembler modeste, mais l'enjeu n'est pas le volume de prise en charge, mais la co-construction d'un parcours où chacun apporte sa contribution le plus tôt possible pour éviter la désinsertion professionnelle, le facteur d'échec principal étant une intervention trop tardive des acteurs publics.

La première phase est évidemment celle de la prise de contact ; à ce stade, 5 % des assurés n'ont pu être joints et 10 % ont refusé d'intégrer le dispositif. Près de 10 % des personnes suivies relevaient d'une prise en charge plus lourde par les services sociaux. À date, vingt-deux parcours ont été clôturés avec vingt reprises de poste, dont quatorze avec des aménagements ou des mesures d'accompagnement, et deux décisions d'inaptitude. Pour quarante-sept parcours, le travail se poursuit.

Vous conviendrez qu'il s'agit encore de résultats prématurés sur un panel modeste – cinq territoires et huit services de médecine du travail – mais ils apparaissent positifs pour les différents acteurs concernés. Cela va ouvrir la voie, à compter du mois de juin, à une expérimentation plus large, pilotée par l'Assurance maladie, sur quatorze territoires, pour laquelle sera mise à disposition une plateforme de la PDP. Nous manquions, en effet, d'outils de communication sécurisés et d'information lors de la première expérimentation.

Mme Laëticia Assali. – L'enjeu de la PDP consiste à repérer précocement et à proposer des mesures individualisées en volume de masse. Il faut trouver l'adaptation correspondant à chaque cas et cet ajustement fin représente un défi. Parfois, le salarié doit faire le deuil de son précédent métier. Aussi la formation ne doit-elle pas être négligée. Les efforts de repérage et l'accompagnement des entreprises se trouvent également au cœur de la démarche.

M. Christian Expert, vice-président de la commission accidents du travail et maladies professionnelles de la Caisse nationale de l'assurance maladie. – Je participe à l'expérimentation précitée dans le cadre de mon service de santé au travail, dont la mise en œuvre a effectivement été perturbée par la crise sanitaire. En encourageant le repérage précoce par le service médical et en renforçant le dialogue entre les médecins, l'employeur, le salarié et Cap emploi, cette initiative, de même que la proposition de loi, va dans le bon sens.

La recommandation de la HAS est claire, mais la stratégie proposée parfois difficile à mettre en œuvre. Aussi convient-il de faciliter le dialogue avec le médecin-conseil pour mener un projet d'accompagnement commun. Il faut

également détecter au plus tôt le risque de désinsertion. À cet égard, la visite médicale à quarante-cinq ans s'avère insuffisante ; elle doit être complétée par des mesures de prévention secondaire, notamment en matière d'ergonomie et via des outils d'aide au maintien dont l'utilité va au-delà du seul risque d'inaptitude. Comme pour les accidents du travail de moins de trente jours, il me semble aussi important de signaler les salariés avec des arrêts de travail répétés. L'information doit être transmise au plus tôt au service de santé au travail, sans attendre la survenue d'un sinistre grave. Dans mon territoire, nous nous intéressons beaucoup aux mesures de PDP.

Mme Laëtitia Assali. – Le bilan médical est réalisé à quarante-cinq ans, car il s'agit de l'âge pivot fixé par l'Union européenne pour identifier les travailleurs seniors. Aux termes du décret prochainement publié, une visite sera également prévue avant le départ en retraite. Le parcours du salarié est ainsi jalonné de temps d'information et de prévention. Dans les secteurs les plus exposés au risque, le suivi individuel se trouve renforcé. Bien entendu, le salarié peut, à tout moment, prendre l'initiative d'une visite médicale.

Il apparaît indispensable de doter les services de santé au travail des moyens, notamment humains, d'assurer ce suivi. Dans ce cadre, la mobilisation des médecins de ville correspondants me semble essentielle ; la proposition de loi mériterait d'être complétée sur ce point.

Pour ce qui concerne le recours à la téléconsultation, j'estime qu'il revient au médecin de définir le meilleur support au regard du risque et de sa connaissance de l'entreprise. L'empathie paraît parfois primordiale, ce qui invite alors à ne pas opter pour une téléconsultation.

M. René-Paul Savary. – Dans la Marne, nous avons développé un dispositif de télé médecine du travail avec des cabines où l'infirmière assure la relation empathique. C'est une pratique à généraliser.

Mme Anne Thiebeauld. – La montée en charge du DMP a été perturbée par la crise sanitaire. Les discussions sont en cours sur l'alimentation et l'usage de ce dossier ; l'Assurance maladie pilote ainsi la création de l'espace numérique de santé (ENS). L'accès aux DMP ne serait pas nécessairement réservé au médecin du travail : des délégations pourraient être mises en place, avec un encadrement approprié. Il serait intéressant d'avoir, en miroir, un accès des services de l'Assurance maladie aux dossiers médicaux de santé au travail.

En matière de prévention, l'échange d'informations est en effet la clé. Les difficultés des salariés sont souvent multifactorielles, et réclament une prise en charge individualisée. Les informations telles que la durée des arrêts de travail, les pathologies, les expositions doivent être mises en commun entre les organismes. Cela a un impact en termes de ressources – et nous savons que la ressource en médecins du travail, comme la ressource en médecins de ville, est rare.

M. Christian Expert. – Il existe des logiciels agréés par la HAS pour la médecine de ville. Ce sont des logiciels cryptés qui permettent les échanges de documents sécurisés entre médecin et patient. Les outils d'urgence n'offrent pas les mêmes garanties.

Les obstacles à l'accès au DMP sont exclusivement d'ordre technique : l'accès peut prendre du temps. Il faut évidemment que le salarié puisse mettre son veto au partage des données. La précédente loi Santé avait prévu que les données de santé au travail figurent dans le DMP : la nouveauté est l'accès direct de la médecine du travail à ce dossier.

Mme Anne Thiebeauld. – *Dans le cadre de la PDP, il est en effet indispensable de disposer d'un outil d'échange. Les informations sont partagées avec les médecins traitants : le généraliste n'est pas seul concerné. Cela participe d'une bonne gestion.*

Mme Laëtitia Assali. – *La crise sanitaire a entraîné une prise de conscience des enjeux de la prévention au sein des TPE : les subventions accordées à celles-ci ont été fortement consommées en 2020, et nous nous en félicitons. Il faudra accompagner cette appétence nouvelle et développer les actions de prévention.*

L'Institut national de recherche et de sécurité (INRS) a développé un outil d'aide à l'évaluation des risques appelé OiRA (outil interactif d'évaluation des risques en ligne). Dans le secteur très accidentogène du BTP, l'organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics (OPPBTP) a lancé le DU Prem's, qui permet aux entreprises d'identifier les cinq risques majeurs auxquels leurs salariés sont exposés. Ces outils mettent aux TPE le pied à l'étrier dans la démarche de prévention à travers le DUERP.

En revanche, la proposition de loi lie le DUERP et le plan d'action, qui concerne également, désormais, les entreprises de moins de cinquante salariés. Or il est indispensable que l'identification des risques, dans les TPE, soit menée par le chef d'entreprise lui-même. Évitions d'en faire une formalité administrative de plus qui serait confiée à l'expert-comptable. Le mieux est l'ennemi du bien : l'équilibre trouvé entre les partenaires sociaux doit être préservé.

Concernant la conservation du DUERP, la démarche d'identification préalable est la pierre angulaire de la politique de prévention.

Mme Laurence Cohen. – *Les accidents au travail et maladies professionnelles restent trop nombreux. De plus les troubles psychosociaux, notamment la dépression ou le burn out, ne sont pas toujours reconnus comme maladies professionnelles ; or avec la crise sanitaire, ils sont en augmentation. La prévention reste assez pauvre en France, où l'on constate un fort décalage entre les déclarations et les actes. Le maillage de la médecine du travail est très faible. Quelle politique de prévention préconisez-vous pour faire reculer les accidents du travail et les décès ?*

Mme Michelle Meunier. – *Avez-vous des premiers chiffres sur les risques psychologiques liés au télétravail ?*

J'insiste beaucoup sur le triptyque sur lequel doit reposer la prévention : repérage précoce, accompagnement et formation pour faciliter la reprise du travail.

La définition du harcèlement sexuel va entrer dans le code du travail, avec le harcèlement moral. Cette harmonisation permettra aux victimes d'ouvrir des droits à maladie ?

Mme Laëtitia Assali. – *La baisse collective de moral liée à la crise sanitaire dépasse le cadre de la santé au travail... En matière de prise en compte des risques psychosociaux, les procédures existantes permettront d'y répondre avec notamment des voies de déclaration complémentaires.*

Il est trop tôt pour présenter des données chiffrées en matière de harcèlement sexuel. Concernant le lien avec le travail, il me semble que le travail en lui-même n'est pas un facteur de harcèlement. Celui-ci relève d'errements individuels.

Mme Catherine Deroche, présidente. – *Je vous remercie pour votre participation à cette audition.*

Ce point de l'ordre du jour a fait l'objet d'une captation vidéo qui est disponible [en ligne sur le site du Sénat](#).

**IV. AUDITION DE M. LAURENT PIETRASZEWSKI,
SECRÉTAIRE D'ÉTAT AUPRÈS DE LA MINISTRE DU TRAVAIL,
DE L'EMPLOI ET DE L'INSERTION, CHARGÉ DES RETRAITES
ET DE LA SANTÉ AU TRAVAIL**

Mme Catherine Deroche, présidente. – Mes chers collègues, nous entendons cet après-midi M. Laurent Pietraszewski, secrétaire d'État auprès de la ministre du travail, de l'emploi et de l'insertion, chargé des retraites et de la santé au travail, sur la proposition de loi adoptée par l'Assemblée nationale pour la prévention en santé au travail.

J'indique que cette audition fait l'objet d'une captation vidéo retransmise en direct sur le site du Sénat et disponible en vidéo à la demande.

Notre commission examinera ce texte la semaine prochaine, avant un examen en séance publique qui aura lieu au cours de la première semaine de la session extraordinaire de juillet.

La proposition de loi a fait l'objet de travaux préparatoires importants, tant à l'Assemblée nationale, avec le rapport de la députée Charlotte Lecocq, qu'au Sénat, avec les travaux de nos collègues Pascale Gruny et Stéphane Artano, qui ont permis à la commission de se forger une opinion très en amont.

Je vais vous donner la parole, monsieur le ministre, pour présenter ce texte d'origine parlementaire, certes, mais dont je ne doute pas qu'il fait désormais l'objet d'une bonne appropriation par le Gouvernement et ses services.

M. Laurent Pietraszewski, secrétaire d'État auprès de la ministre du travail, de l'emploi et de l'insertion, chargé des retraites et de la santé au travail. – Madame la présidente, madame et monsieur les rapporteurs, mesdames et messieurs les sénateurs, je suis heureux d'être ici et de vous consacrer le temps que vous souhaiterez pour échanger sur cette proposition de loi qui, vous l'avez dit, madame la présidente, porte sur la santé au travail et suit désormais son parcours parlementaire.

Cette audition constitue un temps d'échange précieux pour vous apporter le regard du Gouvernement, tant sur sa méthode originale que sur son contenu. Je voudrais tout d'abord, madame la présidente, saluer l'engagement de votre commission sur les questions de santé au travail et, en particulier, celui de Mme Gruny et de M. Artano.

Le rapport d'information que vous avez réalisé tous deux en 2019 a, je crois, largement ouvert la voie à l'accord national interprofessionnel (ANI) sur la santé au travail et à la proposition de loi dont nous allons débattre aujourd'hui.

Je tiens également à souligner la qualité et la richesse du travail que nous avons pu réaliser avec Mmes Charlotte Lecocq et Carole Grandjean, rapporteuses de la proposition de loi à l'Assemblée nationale. Charlotte Lecocq, vous le savez, a également été sollicitée dans le cadre de rapports sur la santé au travail, notamment celui remis en 2018, en commun avec Bruno Dupuis et Henri Forest.

Je sais pouvoir compter sur l'engagement de l'ensemble de la commission des affaires sociales en faveur de la prévention et de la rénovation de notre système de santé au travail. Au-delà des propositions individuelles qui pourront émerger au cours des débats, je formule le vœu que nous puissions collectivement construire un consensus le plus large possible sur cette réforme au sein du Sénat.

Je voudrais prendre quelques instants pour revenir sur le caractère novateur de ce texte, tant dans la méthode que dans le contenu.

Cette proposition de loi a été déposée le 23 décembre dernier, quelques jours seulement après la signature de l'accord national interprofessionnel. Elle constitue un vecteur pour traduire dans la loi cette fructueuse négociation.

Comme vous le savez, celle-ci a été menée sur proposition du Gouvernement à partir de mars 2020, sur la base du document d'orientation transmis aux partenaires sociaux par Muriel Pénicaud.

La signature de l'accord national interprofessionnel sur la santé au travail par le Medef, la CPME, l'U2P, la CFDT, Force ouvrière, la CFE-CGC et la CFTC doit nous permettre de trouver des terrains de convergence, car il existe une très large adhésion des partenaires sociaux à cet accord.

Le Gouvernement se félicite de cette méthode inédite de transposition, qui devra veiller jusqu'au bout, à l'issue de la navette, au respect des équilibres qui ont été trouvés. C'est là toute la difficulté pour le législateur, à l'Assemblée comme au Sénat. Je sais que vous avez la volonté de respecter l'équilibre qui a été trouvé entre les partenaires sociaux, qui y sont très sensibles – et c'est légitime.

Cet accord, conclu dans la nuit du 10 décembre dernier, ne se limite pas malgré tout à un ensemble de procédures législatives : un chantier réglementaire important est engagé. Il doit associer les partenaires sociaux et s'accompagner d'une appropriation de ces dispositions par les acteurs de terrain. Je pense par exemple à la mise en place de la nouvelle gouvernance en santé au travail, aux travaux sur l'offre socle, dont je sais que les rapporteurs auront à cœur de parler, à la certification des services de prévention et de santé au travail, ou même à la prévention de la désinsertion professionnelle, pour ne citer que ces exemples.

Voilà pour la méthode.

S'agissant du contenu, nous constatons avec cette proposition une accélération de la transformation et de la modernisation de notre système de santé au travail. Il est vrai que c'est une tâche de long cours qui trouve sa déclinaison dans cette proposition de loi.

Je pense que nos échanges devraient nous permettre d'approfondir certains des objets de la proposition de loi. Dans l'immédiat, je veux souligner ici quelques éléments que je trouve particulièrement significatifs, comme le renforcement de l'approche préventive, qui marque l'entrée de la prévention en santé au travail et à la traçabilité de l'exposition aux risques professionnels, certes collective mais très importante, notamment en matière de risques chimiques.

L'amélioration de la qualité des prestations des services de santé au travail interentreprises (SSTI) constitue aussi un grand pas en avant, grâce à la définition d'une offre socle de services qui devrait être déployée pour l'ensemble des entreprises, quelle que soit leur taille. Nous voyons bien l'avancée que cela représente. La question qui nous est posée par toutes les entreprises est de savoir ce que cette cotisation amène à l'employeur. C'est souvent visible pour les grandes entreprises et peut-être pour les entreprises de taille intermédiaire (ETI), mais la question se pose également pour les TPE-PME.

Je pense aussi que la création d'une procédure de certification de ces services, associée à la transparence des tarifs, devrait permettre de soutenir les efforts de qualité et de savoir ce que l'on trouve en face de la cotisation.

J'ai dit tout à l'heure un mot de la lutte contre la désinsertion professionnelle. Je préfère parler de maintien dans l'emploi. Deux dispositifs me paraissent importants en la matière : la visite de mi-carrière, qui permet de vérifier l'adéquation entre le poste et l'état de santé, et le rendez-vous de liaison, qui a fait l'objet de plusieurs échanges à l'Assemblée nationale pour aboutir à un consensus.

Le terme n'est peut-être pas forcément le plus ajusté, mais c'était l'expression de la volonté de vos collègues de l'Assemblée nationale et des partenaires sociaux, lorsqu'on est loin de l'emploi pour des raisons de santé, d'avoir un échange tripartite entre médecin du travail, employeur et salarié, de manière à préparer le retour à l'emploi. C'est souvent parce que certaines situations durent qu'on a du mal à retrouver un emploi.

Avec le portefeuille que je porte depuis plus d'un an, j'ai pu mesurer la très forte attente des salariés des entreprises envers les services de santé au travail. Je sais que vous en avez aussi conscience. Il est intéressant de constater les attentes réciproques et la façon dont la crise sanitaire a pu interpeller les uns et les autres dans leurs attentes et leurs pratiques.

La santé au travail est totalement intégrée dans le système de santé publique, notamment avec la vaccination contre la Covid-19.

Je le répète, je pense que les acteurs sont prêts à accepter les évolutions présentées dans la proposition de loi. Je ne vous surprendrai pas en vous disant que le Gouvernement la soutient résolument, et je ne doute pas que nous parviendrons, à l'issue de nos débats, à trouver un consensus.

Le Gouvernement est cependant réservé sur le document unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) pour toutes les entreprises, quelle que soit leur taille. Je suis moi-même fils d'artisan. Demander au boulanger d'Armentières, quel que soit son engagement en matière de prévention des risques au travail, d'écrire un programme pluriannuel dans son domaine me semble relativement décalé par rapport à la réalité que vivent ces entreprises.

Je partage votre intérêt pour cette proposition de loi et je suis à votre disposition pour en débattre.

Mme Catherine Deroche, présidente. – Merci, monsieur le ministre. La parole est aux rapporteurs.

Mme Pascale Gruny, rapporteur. – Monsieur le ministre, je tenais à vous remercier pour la qualité des échanges que nous avons déjà eus.

Cette proposition de loi doit arriver à son terme. Elle suscite une véritable attente. La santé au travail est aussi un sujet de santé publique. J'espère donc que votre collègue ministre de la santé sera aussi ouvert sur ces sujets.

La prévention est certes très importante, mais certains nous ont fait part de leur crainte que l'on oublie le volet consacré à la réparation. Je ne le crois pas, mais c'est ce que nous avons pu noter lors de nos auditions.

Il faut bien entendu adapter le texte pour les TPE et les PME, sans quoi elles décrocheront. C'est essentiel car, que l'on soit salarié d'une petite ou d'une grande entreprise, on doit bénéficier de la même attention dans ce domaine.

Ma première question porte sur le principe d'une durée minimale de conservation du document unique d'évaluation des risques professionnels fixé par l'Assemblée nationale à 40 ans. Les conditions vous semblent-elles réunies pour que cette conservation soit effective, compte tenu de la durée de vie moyenne des entreprises ? Comment encourager, conformément aux souhaits des partenaires sociaux, la mise en œuvre d'une version numérisée du DUERP ?

Par ailleurs, l'ouverture à des services complémentaires facturés peut laisser craindre que les services de prévention et de santé au travail interentreprises privilégient ceux-ci au détriment de la prévention. Or c'est l'effet inverse qui est recherché à travers la création de l'offre socle de services. Comment garantir que ces services proposeront à l'ensemble des entreprises adhérentes et à leurs salariés l'offre la plus homogène possible ? Semble-t-il possible d'écrire que l'offre socle de services devra couvrir l'intégralité des missions prévues par la loi en matière de prévention des risques professionnels, de suivi individuel des travailleurs et de prévention de la désinsertion professionnelle ?

En effet, l'offre complémentaire devrait être accessoire par rapport au sujet qui nous intéresse. Or nous avons constaté que les services sont très différents d'un département à l'autre et même à l'intérieur d'un département.

En matière de prévention de la désinsertion professionnelle, le texte dote obligatoirement les services de prévention et de santé au travail de cellules pluridisciplinaires auxquels sont confiées, pour l'essentiel, des missions déjà existantes. Si la loi ne peut tout uniformiser, ne pourrait-elle fixer des garanties quant aux moyens dont disposeront ces cellules ?

En outre, que pensez-vous de la proposition d'ouvrir la possibilité de mutualiser cette cellule entre plusieurs services de prévention et santé au travail opérant dans la même zone géographique ?

Enfin, l'article 17 prévoit que les travailleurs indépendants pourront, s'ils le souhaitent, adhérer à un service de prévention de santé au travail. Malgré les risques auxquels sont exposés ces travailleurs, on sait qu'il existe souvent un déni de leur part au sujet de leurs problèmes de santé, ainsi qu'un manque de temps. Pensez-vous que les indépendants se saisiront réellement de cette possibilité d'adhésion et, surtout, comment peut-on les inciter à s'engager dans le suivi de leur santé au travail qui, parfois, a des conséquences sur la santé de leur entreprise ?

M. Laurent Pietraszewski, secrétaire d'État. – La question de la durée de conservation du document unique d'évaluation des risques professionnels est en effet pertinente par rapport à la durée de vie moyenne d'une entreprise. L'ANI est relativement silencieux sur ce sujet, et on ne trouve pas beaucoup plus d'éléments dans les débats en première lecture.

Il s'agit de questions extrêmement pragmatiques : un grand dispositif informatique de conservation des données doit être développé et représente aussi un coût : qui va payer ? L'idée des partenaires sociaux est d'assurer la traçabilité collective, notamment des risques chimiques. Il faut qu'ils continuent à travailler sur ce sujet et nous disent comment ils veulent procéder. Je ne suis pas persuadé que ce soit au législateur ni même à l'exécutif que je représente de trancher. Il faut évidemment se donner les moyens de ses ambitions, et je partage donc vos interrogations.

En second lieu, vous l'avez dit, il ne s'agit pas de dire que les PME ne conduisent pas d'études des risques. Il doit y en avoir de la même façon qu'ailleurs. Pour reprendre l'exemple du boulanger, il doit fournir des gants pour éviter à ses salariés de se brûler en sortant les baguettes du four à sole. Ce sont des éléments extrêmement concrets de la vie de tous les jours. On ne peut demander à ce même boulanger de rédiger une note sur la programmation pluriannuelle de la prévention autour du four à sole !

Seulement 38 % des PME remplissent le document unique. Mon ambition est de convaincre tout le monde de la nécessité d'en rédiger un. Si on ajoute des contraintes, je crains qu'on soit en dessous de 38 % ! Il faut donc s'adapter aux PME.

J'ai eu la chance de travailler dans une très grosse entreprise : j'ai écrit moi-même, à l'époque, plusieurs documents avec les membres du CHSCT. Cela faisait partie de mon travail, avec l'ingénieur prévention, de rédiger les mesures adaptatives. Un boulanger ne va pas payer un ingénieur qualité pour écrire un programme pluriannuel, mais il doit protéger ses salariés des brûlures.

Votre troisième question concernait l'offre complémentaire de services par rapport à l'offre socle. L'offre socle ne peut pas être, au regard de la loi, une offre a minima. Elle doit couvrir impérativement l'ensemble des obligations qui existent pour les services de santé au travail. Si un service de santé au travail, pour des raisons économiques, ne souhaite pas imaginer une procédure compliquée, son offre socle ne sera pas validée.

Par exemple, réaliser une mesure du bruit d'un atelier fait partie de l'arsenal que peut proposer la médecine du travail. Si on lui demande de venir mesurer chaque poste tous les ans, il s'agit d'une offre complémentaire. Si on lui demande de mesurer une fois l'insonorisation, cela fait partie de l'offre socle. Il en va de même concernant les poussières.

On pourrait aussi considérer que la vaccination n'a pas à figurer dans l'offre socle. Ce sont des questions qui doivent être posées.

J'ai particulièrement apprécié votre proposition concernant les cellules pluridisciplinaires : une approche territoriale est extrêmement pragmatique. Lorsqu'on doit effectuer des reclassements, ceux-ci sont réalisés en effet par territoire, par bassin d'emplois. Les cellules de lutte contre la désinsertion professionnelle ou de maintien dans l'emploi sont des SSTI. Qu'est-ce qui les empêche de discuter ensemble ? Les services de santé au travail sont certes déjà très territorialisés, mais je trouve l'idée intéressante, même si elle n'est pas exprimée ainsi dans l'accord.

Par ailleurs, les services de santé au travail autonomes (SSTA) des grandes entreprises ont des rapports directs avec le médecin du travail pour accompagner les salariés en matière de maintien dans l'emploi. Ce sont ces sociétés qui auront plus de facilités à maintenir leurs salariés dans l'emploi, grâce aux rendez-vous de reprise et de mi-carrière. Ces leviers seront sans doute plus faciles à actionner par les SSTA, les SSTI pouvant davantage agir par le biais des cellules de maintien dans l'emploi.

S'agissant des travailleurs indépendants, la loi, si elle est votée, leur ouvrira la possibilité de recourir aux services de santé au travail. Certes, cela ne peut être financé par d'autres, mais ce sera proposé dans l'offre complémentaire et le service de santé au travail devra le justifier. Mes parents étaient indépendants : ils auraient peut-être trouvé cela très sympathique, mais il faut rester soucieux des équilibres de notre protection sociale.

M. Stéphane Artano, rapporteur. – *Monsieur le ministre, le premier point sur lequel je voudrais intervenir concerne le document unique. L'établissement d'un programme n'est aujourd'hui obligatoire qu'au sein des entreprises de plus de 50 salariés, vous l'avez rappelé. C'est ce que prévoit du reste l'ANI. Nos collègues de l'Assemblée nationale s'en sont un peu écartés. Aujourd'hui, si on s'en tient au texte qui nous a été livré, toutes les entreprises, et notamment les TPE-PME devront, en plus du document unique, avoir un programme annuel.*

Cela nous paraît excessif pour entraîner l'ensemble des TPE-PME, qui constituent 98 % du tissu économique français, dans un mouvement de prévention de la santé au travail. Je vous rejoins évidemment sur cette préoccupation, qui est remontée lors de nos auditions durant notre travail préparatoire.

J'aimerais connaître votre sentiment sur deux autres sujets. Compte tenu de la démographie de la médecine du travail, on voit bien que l'objectif est d'autoriser les médecins praticiens correspondants à contribuer au suivi de l'état de santé des travailleurs. En revanche, cette possibilité ne devrait-elle pas être encadrée par des garanties plus exigeantes en termes de formation en santé au travail des médecins non spécialistes ?

Ne serait-il pas pertinent de limiter le recours aux médecins praticiens correspondants aux zones sous-dotées en médecine du travail ? C'est du reste une des préconisations que nous avons identifiées en octobre 2019, dans notre rapport d'information. Notre objectif n'est pas de dire que la médecine du travail doit disparaître, bien au contraire, mais de continuer à la valoriser et, dans les zones sous-denses où le déficit démographique est plus important qu'ailleurs, de trouver des alternatives qui permettent de former, dans une dizaine d'années ou plus, d'autres médecins du travail qui viendraient occuper les places vacantes.

Mon troisième sujet concerne les mesures en faveur d'une plus grande attractivité de la médecine du travail. Ne pensez-vous pas qu'elles auraient pu trouver leur place dans cette proposition de loi, voire au sein de l'ANI ? L'extension du droit de prescription du médecin du travail justifiant de compétences additionnelles dans les domaines en lien avec la santé au travail – allergologie, addictologie – ne pourrait-elle selon vous constituer une piste d'amélioration et d'attractivité supplémentaire de la profession de médecin du travail ?

***M. Laurent Pietraszewski, secrétaire d'État.** – Monsieur le rapporteur, vos auditions corroborent ce que j'ai entendu de la part des partenaires sociaux, en tous les cas des organisations patronales. Cela va également dans le sens de mon expérience personnelle. Il est intéressant de se rejoindre sur ces points.*

Vous avez raison s'agissant des médecins praticiens correspondants (MPC) : la proposition de loi le mentionne, mais il nous faut être très vigilant – et je le serai – à propos du fait qu'on ne peut devenir médecin praticien correspondant sans une formation en médecine du travail. La proposition de loi prévoit que le collège des enseignants en médecine du travail se penche sur cette question. Ils ont commencé à le faire. On va donc avoir quelque chose à présenter.

J'ai la chance de compter dans mon équipe le professeur Fantoni. Il existe en France très peu de professeurs de médecine du travail. Cette question fait partie de ses sujets de prédilection. C'est un engagement politique que je partage. La formation des médecins du travail et des infirmières et infirmiers du travail est un sujet sur lequel nous sommes pleinement engagés.

Je crois d'ailleurs percevoir une volonté de la part des professionnels de santé au travail de voir les choses avancer si je me réfère à mon expérience professionnelle d'il y a quinze ou vingt ans. Nous sommes donc pleinement d'accord.

Il existe cependant des limites à l'activité du MPC. L'ANI avait acté qu'il n'était évidemment pas question que celui-ci réalise les visites annuelles obligatoires, notamment dans le cas de visites nécessitant un suivi renforcé. Il n'est pas non plus possible qu'il s'agisse du médecin référent. Certaines choses sont bordées. Cela fait partie de l'équilibre de l'ANI. Les partenaires sociaux ont mis du temps pour y parvenir.

J'entends bien que vous souhaitez y être attentif. C'est pourquoi je vous apporte ces précisions, en vous confirmant l'intérêt que portent les partenaires sociaux à ce qu'on respecte les équilibres en la matière.

Par ailleurs, si l'on part du principe qu'on écrit la santé au travail des quinze ou vingt prochaines années, cela vaut la peine de se demander comment attirer plus de monde dans cette spécialité. À ce titre, elle permet d'établir des prescriptions centrées sur la prévention, comme les examens de sang, mais non des médicaments.

Le fait qu'on ait ouvert un certain nombre d'autres spécialités en lien avec l'activité professionnelle renforce l'attractivité de cette discipline. Les examens complémentaires sont du coup un peu plus élargis.

On peut avoir à ce sujet une lecture évolutive des choses. Prenons l'allergologie ou l'addictologie, compétences dans lesquelles un médecin du travail peut choisir de se renforcer. Cela me semble intéressant. Le droit de prescription n'est pas déconnecté du rôle de prévention, mais nous renforçons ainsi l'attractivité du poste.

Ce qui est vrai à la sortie de l'internat n'est pas forcément vrai en milieu de carrière professionnelle : une des principales ressources de recrutement de la filière de médecins du travail, c'est la deuxième carrière professionnelle, un certain nombre de généralistes s'engageant dans cette spécialité à mi-carrière.

Mme Catherine Deroche, présidente. – Merci. La parole est aux commissaires.

Mme Élisabeth Doineau. – Monsieur le ministre, nous avons récemment adopté une proposition de loi sur les cotisations de prévoyance des assistants maternels et des salariés des particuliers employeurs. Cette proposition de loi prévoit la mutualisation de la gestion des cotisations par l'intermédiaire d'une association paritaire qui agit au nom des employeurs. On a tous été séduits par cette nouvelle formule, ce secteur comportant quelques oublis.

Je souhaitais donc vous interroger sur la santé au travail de ces professionnels, dont le suivi est presque inexistant, alors qu'ils sont exposés à des risques importants.

L'article 17 ter introduit à l'Assemblée nationale prévoit qu'un décret fixe les modalités de suivi de l'état de santé de ces salariés. Que prévoyez-vous dans ce décret pour leur permettre d'accéder aux services de santé au travail ?

M. Martin Lévrier. – Monsieur le ministre, pour pallier le manque d'attractivité de la médecine du travail, ne faudrait-il pas simplifier les parcours de formation et imaginer des formations en alternance qui permettent aux futurs médecins du travail de rencontrer des salariés des entreprises, leurs confrères, et acquérir ainsi une expérience de terrain ? On pourrait peut-être ainsi générer une approche de prévention de la santé dans l'entreprise à la fois managériale et médicale.

Par ailleurs, pensez-vous que les pratiques de gestion de certains SSTI, dont les fonds alimenteraient des organismes sociaux, sont bien intégrées dans la proposition telle qu'elle est faite ? Va-t-on parvenir à les éviter ?

En outre, ne faut-il pas obliger à une interopérabilité des logiciels et avoir des outils communs pour l'ensemble des acteurs du secteur de la médecine du travail ?

Enfin, pour quelle raison conserve-t-on une structure monopolistique dans certains départements ?

M. Philippe Mouiller. – *Monsieur le ministre, on voit bien les difficultés qui existent aujourd'hui pour trouver du personnel pour les services de santé au travail. A-t-on aujourd'hui les moyens d'assurer le volume de missions complémentaires prévues par ce texte, d'autant que le calendrier est relativement court ?*

On a évoqué le système de l'offre socle et de l'offre complémentaire. Ne risque-t-on pas de tomber dans une logique concurrentielle ? Je suis plutôt favorable à la concurrence, mais comment les SSTI vont-ils se restructurer ?

Par ailleurs, un certain nombre de SSTI ont mis en place des équipes dédiées au maintien dans l'emploi, parfois même avec des spécialisations autour de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) et des conventions passées avec Cap emploi sur les territoires. Quid, demain, de cette organisation ? Comment, dans ces délais très courts, les choses peuvent-elles évoluer, alors que tout ceci vient se croiser avec la fusion entre Cap emploi et Pôle emploi ? Les territoires éprouvent beaucoup d'inquiétudes à ce sujet.

Enfin, la certification apparaît comme une bonne démarche qui permet d'évaluer les choses et de les contrôler. La certification va-t-elle remplacer les agréments ou s'agit-il de deux mesures qui vont se juxtaposer ? Cumuler les deux représenterait un chantier énorme et générerait énormément de lourdeurs administratives.

M. René-Paul Savary. – *Monsieur le ministre, la visite de mi-carrière peut être un élément intéressant, car au-dessus de 45 ans on est considéré comme senior ! Avec Monique Lubin, nous avons rédigé un rapport sur l'emploi des seniors et sur tout ce qu'il conviendrait d'améliorer. Cela vous concerne directement, en tant que secrétaire d'État en charge des retraites.*

N'y a-t-il pas là quelque chose à faire dans le cadre de cette proposition de loi, sans revenir sur le débat sur l'espérance de vie, concernant l'allongement éventuel de la durée de travail et les dispositifs de préparation à la retraite ? On sait qu'une personne sur deux n'a plus d'emploi au moment de liquider sa pension. L'important est de conduire une véritable politique d'emploi des seniors, qu'on pourrait d'ailleurs plutôt désigner comme « personnes expérimentées ».

Les partenaires sociaux ont-ils envisagé des formations spécifiques pour qu'ils conservent leur emploi au sein de l'entreprise, éventuellement sous forme adaptée ? On sait en effet que, dès l'instant où personnes sont sur la touche, les choses sont finies pour elles.

Ma deuxième question rejoint celle de Martin Lévrier à propos de l'interopérabilité, mais aussi vos propos sur la vaccination. Il faut prendre en compte le dossier médical partagé (DMP). J'espère qu'on va y parvenir et que chacun va le créer, avec une rubrique prévention, qui peut s'articuler avec la vaccination dès l'instant où l'on trouve une garantie de protection des données, avec des possibilités pour le médecin du travail d'y rentrer ou non selon les accords qui auront été passés. C'est un problème technique. Ne pensez-vous pas que cela pourrait être la solution ?

Le texte parle d'un passeport prévention. On crée par ailleurs un passeport sanitaire. Il en faut également un pour se déplacer. Sans interopérabilité, on va encore arriver à des choses abracadabrantes, comme on en a connu lors de la crise sanitaire ! Quelle est votre position sur ce sujet et comment peut-on avancer dans ce domaine ?

Mme Cathy Apourceau-Poly. – *Il y a énormément de choses à dire sur la santé au travail mais, pour rester sur le sujet, la crise sanitaire a mis en lumière d'importants dysfonctionnements en la matière, comme dans un grand nombre de domaines. On a parlé d'inégalités territoriales, de systèmes complexes, et on peut évoquer une pénurie de médecins du travail dans tous les territoires.*

Pour rappel, ce texte s'intègre dans la continuité de la suppression des Comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), en 2017, et de la suppression des critères de pénibilité. Nous regrettons, avec ma collègue Laurence Cohen, que vous ne reveniez pas sur ces réformes qui ont entraîné un recul considérable pour les droits des salariés.

Vous parlez de prévention, de traçabilité, de risques professionnels : je rappelle que les CHSCT jouaient un grand rôle dans ces questions.

Six cents médecins du travail ont lancé une alerte sur les dangers de cette proposition de loi qui entraîne la délégation de certaines des missions des médecins du travail à des professionnels de santé moins protégés. Ne pensez-vous pas que vous aggravez la soumission des médecins du travail aux impératifs économiques des entreprises ?

Par ailleurs, alors que nous connaissons une véritable pénurie de médecins du travail, avec seulement un médecin du travail pour 4 000 salariés dans le secteur privé, beaucoup moins qu'il y a quinze ans, nous pensons qu'il y a urgence à ouvrir des postes, à revaloriser la formation dans les universités et à améliorer les conditions de travail et d'exercice des professionnels. Ceci passe par plus de postes dédiés à la médecine du travail aux épreuves classantes nationales (ECN).

Enfin, en créant des certifications d'organismes privés, nous pensons que vous ouvrez un nouveau marché très lucratif sans gage d'amélioration de l'accès aux soins. En créant des visites de mi-carrière obligatoires, ne pensez-vous pas que vous allez introduire une visite de contrôle et d'adaptabilité des entreprises ?

M. Daniel Chasseing. – *Monsieur le ministre, le dossier médical de santé au travail (DMST) sera-t-il consultable par le médecin du travail ou faudra-t-il l'autorisation du médecin traitant ou du patient pour ce faire ?*

Deuxièmement, une durée de quatre ans de formation n'est-elle pas trop importante pour les médecins et n'explique-t-elle pas la pénurie de médecins du travail ?

Une infirmière en pratique avancée (IPA) ne pourrait-elle pas, dans certains cas, remplacer le médecin en cas de reprise de travail lorsqu'il n'y a aucun problème ? Pourquoi oblige-t-on dans ce cas le patient à consulter le médecin du travail ?

Mme Michelle Meunier. – *Monsieur le ministre, la crise sanitaire que nous connaissons depuis plus d'un an nous montre qu'il convient de prendre en compte les facteurs systémiques. Or en matière de santé au travail, je trouve toutes les données très morcelées et compartimentées.*

Vous avez raison de vous appuyer sur des recherches universitaires, mais je trouve que celles-ci manquent en France. On ne peut que le regretter et les développer.

Une chercheuse, Nina Tarhouny, préconise une autorité indépendante qui regrouperait l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT), l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES), Santé publique France, l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS) et toutes ces structures ou satellites qui possèdent des données qui ne sont pas partagées, globalisées ou contextualisées. On en est loin avec cette proposition de loi. Avez-vous, monsieur le ministre, l'intention d'appréhender ces questions et ces risques de manière systémique ?

Mme Catherine Deroche, présidente. – *Monsieur le ministre, vous avez la parole.*

M. Laurent Pietraszewski, secrétaire d'État. – *Tout d'abord, une expérimentation est en cours concernant le suivi des salariés du particulier employeur. Il n'est pas question pour moi de créer un service de santé au travail national : les services de santé au travail sont des services de proximité.*

Vous me demandez de vous détailler le contenu du décret qui portera sur ce sujet : nous allons inciter au rattachement de proximité. Nous suivons avec intérêt l'expérimentation qui est actuellement menée, mais nous en sommes aux prémices. On n'est pas en situation de pouvoir la généraliser.

Ce sujet est complexe, et c'est d'ailleurs une très bonne chose que la Fédération des particuliers employeurs de France (FEPPEM) se penche sur ce sujet, car on se retrouve parfois avec des salariés qui ont cinq ou six employeurs. Cela pose la question de la cotisation, du suivi, du type de tâches qui est réalisé. La FEPPEM souhaite trouver une solution, mais la réponse n'est pas unique et il faut suivre l'expérimentation.

Quid du médecin du travail et des salariés protégés ? Je parle d'expérience : dans les entreprises, cela ne fait pas débat, le médecin du travail est tenu par sa déontologie. Il ne faut pas penser que les médecins du travail ne respectent pas le secret médical.

Je rappelle que la médecine du travail est une spécialité. Lorsque j'étais employeur, jamais un médecin du travail ne m'a communiqué d'éléments concernant la santé de mes salariés. Leur rôle est de dire à l'employeur que la santé du salarié n'est pas adaptée au poste de travail, mais l'employeur n'a pas à savoir pourquoi. Ne nous faisons pas peur avec cette question. Les médecins du travail respectent leurs obligations.

Par ailleurs, il existe dans cette proposition de loi tout un dispositif sur les infirmières et infirmiers de pratique avancée (IPA). Ils agiront sous la délégation et sous le contrôle du médecin du travail. Les choses sont claires. Il s'agit d'un levier de prévention, et c'est bien là qu'on attend l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire.

Je ne voudrais pas donner le sentiment de tout voir en rose, mais je trouve que cette proposition de loi apporte des améliorations. Je suis favorable aux équipes pluridisciplinaires. Madame la sénatrice se posait la question des effectifs d'IPA. On sait bien qu'on n'a pas beaucoup plus de ressources en médecine du travail qu'on en a en médecine générale. Les choses vont évoluer, mais cela va prendre un certain temps. On a libéré le numerus clausus et on sait qu'il faut attendre plusieurs années pour que les choses bougent.

Nous devons donc nous organiser pour que le temps médical, aussi bien en médecine du travail qu'en médecine générale, soit le plus utile possible. C'est tout l'intérêt de ces équipes pluridisciplinaires : plus on aura recours à celles-ci, plus on dégagera du temps médical rationalisé.

J'y crois beaucoup. Le médecin du travail reste celui qui anime et dirige cette équipe pluridisciplinaire. On m'a fait remarquer que tous les médecins du travail ne sont pas forcément des managers. Ce n'est en effet pas si facile que cela. On doit peut-être prévoir des formations. Le sujet n'est pas tabou. Ces équipes ne comptent pas un trop grand nombre de personnes. La proximité y existe bel et bien.

Concernant la RQTH, on peut tout à fait conduire des partenariats. Il n'y a pas de lien entre la réforme en profondeur de la santé au travail et les Cap emploi, mais j'entends bien qu'il peut y avoir un rapport opérationnel entre les deux. Les cellules de maintien dans l'emploi et de lutte contre la désinsertion professionnelle peuvent et doivent bien sûr travailler avec l'ensemble des acteurs qui interviennent en matière de handicap. C'est sur le fond un des éléments qu'on attend d'eux afin de réaliser un maillage entre les différents intervenants. On ne trouve en effet jamais seul une réponse en cas de difficulté de maintien dans l'emploi.

Quelques précisions s'agissant de la formation et des postes de l'ECN. J'ai eu moi-même l'occasion d'être formé et c'est encore le cas tous les jours. Je suis tout à fait d'accord pour prévoir des formateurs. Cependant, la moitié des postes que l'on offre ne sont pas pourvus. Nous partageons la même ambition, mais il faut aussi des réponses sur le terrain.

Pour ce qui est de la formation en alternance, c'est quasiment le cas pour tous les internes en médecine du travail, qui font beaucoup de stages dans cette spécialité. Plus de la moitié s'effectue dans des services de santé au travail, au moins deux ans sur quatre. Quand on a choisi cette spécialité, on a été en contact avec ses pairs. Il est important de le rappeler. C'est d'ailleurs une obligation européenne.

Pour les collaborateurs médecins, la formation peut être adaptée en fonction de l'expérience et des acquis. Des généralistes qui veulent devenir médecins du travail ont pu, pour des raisons de background personnel et professionnel, avoir à connaître des éléments de médecine du travail. En général, quand on a de l'appétence pour le sujet, c'est qu'on a déjà construit professionnellement un certain nombre de choses.

Monsieur le sénateur Savary, vous avez raison de dire que cette visite de mi-carrière s'opère à 45 ans, mais on pourrait en décider autrement dans les branches. Je me souviens qu'on recevait autrefois un livret destiné aux seniors. J'en avais rédigé un et sa réception m'a permis de comprendre l'effet que cela pouvait produire lorsqu'on le recevait !

Il ne s'agit surtout pas de sortir du débat qu'on a eu il y a dix ans. Ce n'était selon moi pas du tout l'ambition du législateur d'alors de stigmatiser les personnes de plus de 45 ans, plutôt de créer un échange. Dans le cas présent, on le fait sous un angle extrêmement précis, celui de la santé au travail, afin de déterminer si l'état de santé du travailleur est en cohérence avec le poste et de savoir quelles évolutions envisager.

Je me souviens des débats au sujet des retraites : la question est effectivement de savoir comment évolue notre employabilité au regard d'un certain type de métiers – je dirais même d'activités. On comprend bien que quelqu'un qui monte des murs en béton ou qui travaille sur les toits, à un moment donné, en fonction des situations personnelles, n'est plus au meilleur endroit pour travailler.

Cela permettra de mettre en perspective les parcours professionnels et d'anticiper une éventuelle dégradation de la santé. On se retrouvera du coup avec moins de monde dans la cellule de prévention de la désinsertion professionnelle. C'est là notre difficulté : ces cellules ont d'autant plus d'intérêt aujourd'hui qu'on n'a pas beaucoup d'actions préventives. On est plutôt dans le curatif. Il faut donc que l'on actionne ces deux leviers afin de pouvoir construire un parcours de vie professionnelle en lien avec sa santé. Ce n'est pas tabou. On peut se dire les choses, sans pour autant pointer les plus de 45 ans – et j'en fais partie !

Nous sommes sûrement quelques-uns ici, mais nous faisons un job un peu différent.

Vous m'avez également posé la question des outils et de la technique. L'interopérabilité existe entre les différents outils. On doit pouvoir passer l'écueil de l'informatisation que vous avez évoqué.

Pour ce qui est du DMP et du DMST, il y aura une possibilité. La loi le prévoit. Ce n'était pas dans l'ANI. C'est un élément qui a été porté avec force et conviction par vos collègues de l'Assemblée nationale, avec un assez large consensus. Ils ont cadré les choses, en prévoyant une autorisation, afin que l'accord soit éclairé. En effet, le médecin du travail est aussi le médecin qui déclare l'inaptitude – ou l'aptitude. Il faut donc que le salarié soit pleinement conscient de ce qu'il fait. Il s'agit d'une autorisation qu'on doit donner à chaque fois. Vos collègues rapporteurs de l'Assemblée nationale ont réussi à convaincre les autres députés.

Quant à l'agrément, c'est un peu l'arme atomique. On pourrait vérifier ensemble combien ont été retirés et dans quelles conditions, monsieur le sénateur. Si on retire l'agrément à un service de santé au travail, cela pose un problème pour tous les salariés qui sont suivis par celui-ci. Il ne faut le faire qu'en cas d'événement très important, sous peine de casser la machine et de causer indirectement préjudice à des salariés et à des employeurs.

L'ANI a donc mis en place une certification. Son avantage vient du fait que l'on va pouvoir délivrer des certifications avec ou sans réserves, alors qu'on ne peut octroyer un agrément avec des réserves. La certification offre davantage de souplesse et va surtout, contrairement à l'agrément, intégrer des dispositions comme celles qu'on a évoquées, comme l'offre socle et l'offre complémentaire, qu'on n'a pas aujourd'hui avec l'agrément.

J'entends ce que vous dites, mais je tiens à vous rassurer. J'aurais pu me poser la même question que vous il y a quelques semaines. J'ai instruit les choses, et je vois bien la souplesse que cela introduit. L'enjeu est de faire progresser collectivement les services de santé au travail. Il faut donc le faire avec un autre outil que l'agrément.

Certaines questions portaient sur les offres complémentaires. Celles-ci peuvent être soumises à concurrence, mais il s'agit pour les employeurs de mesures destinées à protéger la santé des salariés. Ce n'est pas un élément de marketing, plutôt un élément utile et concret. Cela se fait avec les partenaires sociaux. Je comprends que le sujet puisse nous séparer, mais pas tant que cela, car je partage la conviction que c'est la qualité du dialogue social qui fait que cela fonctionne bien dans l'entreprise.

Concernant les CHSCT, je ne peux pas dire ni laisser dire qu'on aurait perdu des prérogatives en matière de protection.

On a créé des commissions spécialisées dans les entreprises où existent des risques de type Seveso ou dans les entreprises au-delà d'un certain nombre de salariés. Pour le reste, je préfère personnellement faire une réunion d'une journée avec les mêmes personnes que deux fois une demi-journée avec des gens qui changent de casquette durant l'heure du midi. On gagne un peu de temps et on est plus efficace. Je crois que les choses fonctionnent mieux et qu'on ne peut considérer cela comme une source de dysfonctionnements en matière de protection de santé. C'est plutôt une simplification destinée à agir plus vite.

Mme Michelle Meunier. – Qu'en est-il en matière de recherche en santé au travail ?

M. Martin Lévrier. – Je n'ai pas eu de réponse concernant les structures monopolistiques dans certains départements.

Par ailleurs, la loi améliore certes les choses, mais est-ce suffisant pour ce qui est du choix des membres des conseils d'administration ?

M. Laurent Pietraszewski, secrétaire d'État. – C'est un sujet sensible. Le poste de trésorier est dévolu aux représentants des salariés. Un poste de vice-président leur est à présent également octroyé. Est-ce suffisant ? Je ne parlerai pas à la place des partenaires sociaux. Je trouve que les employeurs, qui sont à l'origine de ce dispositif de santé au travail, laissent de la place dans leur gouvernance aux salariés et affichent un souhait de co-construction.

Votre question sur les IPA renvoie à la façon dont on va pouvoir les former. Des dispositions existent dans la proposition de loi. Vous le savez, les parcours de formation sont assez disparates. Le professeur Fantoni a beaucoup amélioré les choses de ce point de vue. Je ne détaillerai pas ici le décret, mais il existe des moyens pour une formation de niveau master.

Quant à la recherche en matière de santé au travail, je pense que nous avons encore des pistes à explorer. Nous disposons de chercheurs extrêmement compétents et très engagés en la matière. Ceci est articulé dans le plan santé au travail. La façon dont les partenaires sociaux et les autorités politiques veulent insister sur ce sujet reflète bien notre volonté de faire de la prévention. C'est un levier complémentaire.

Mme Catherine Deroche, présidente. – Merci beaucoup, monsieur le ministre.

Ce point de l'ordre du jour a fait l'objet d'une captation vidéo qui est disponible [en ligne sur le site du Sénat](#).

V. EXAMEN DU RAPPORT

Réunie le mercredi 23 juin 2021, sous la présidence de Mme Catherine Deroche, présidente, la commission examine le rapport de M. Stéphane Artano et Mme Pascale Gruny, rapporteurs, sur la proposition de loi (n° 378, 2020-2021) adoptée par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, pour renforcer la prévention en santé au travail.

Mme Catherine Deroche, présidente. – Nous examinons aujourd'hui le rapport et le texte de la commission sur la proposition de loi pour la prévention de la santé au travail ; de nombreux amendements ont été déposés.

Mme Pascale Gruny, rapporteur. – La proposition de loi qui nous est soumise vise à renforcer la prévention en santé au travail. Elle a été déposée à l'Assemblée nationale par les députées Mmes Charlotte Parmentier-Lecocq et Carole Grandjean, ainsi que plusieurs de leurs collègues du groupe La République en Marche, peu de temps après la conclusion de l'accord national interprofessionnel (ANI) du 9 décembre 2020, « pour une prévention renforcée et une offre renouvelée en matière de santé au travail et conditions de travail ».

Avant d'aborder l'examen de ce texte, il nous revient de vous proposer un périmètre pour l'application des irrecevabilités au titre de l'article 45 de la

Constitution. Nous considérons que ce périmètre comprend des dispositions relatives à la gouvernance, à l'organisation et aux missions des services de santé au travail (SST), ainsi qu'au contrôle de la qualité et à la tarification des services rendus par les SST interentreprises (SSTI); aux conditions d'exercice de la médecine du travail et aux modalités de mise en œuvre du suivi individuel des travailleurs; à l'évaluation des risques professionnels et aux actions de prévention et d'amélioration des conditions de travail; aux modalités de suivi de la santé au travail des travailleurs non salariés, des intérimaires et des salariés du particulier employeur.

En revanche, ne nous semblent pas présenter de lien, même indirect, avec le texte déposé, des amendements relatifs à l'assurance des accidents du travail et des maladies professionnelles; à l'organisation des études de médecine et à la formation initiale des médecins du travail; à l'encadrement du temps de travail, du télétravail et du travail de nuit, ou encore aux règles d'organisation de la négociation collective et aux thèmes de cette négociation sans lien avec la prévention et la santé au travail.

Cette proposition de loi fait suite à un long processus de démocratie sociale, précédé par la publication de plusieurs rapports – dont celui que nous avons produit, avec M. Artano, pour la commission en 2019 – ayant dressé le constat d'un système français de santé au travail essoufflé. Le diagnostic, largement partagé, est celui d'une très grande hétérogénéité dans le contenu et la qualité de l'offre des SST, confrontés à de multiples défis, dont celui de la démographie médicale, et d'une prévention primaire encore insuffisamment développée en entreprise.

L'ANI du 9 décembre 2020 et la proposition de loi s'inscrivent dans un contexte marqué par la crise sanitaire, d'une part, et par la prise de conscience de la place centrale de la santé au travail dans notre politique nationale de santé publique, d'autre part.

La crise sanitaire a, en effet, mis en lumière l'enjeu majeur de la protection face au virus des travailleurs mobilisés pour assurer la continuité des services essentiels à la vie de la Nation. Elle a testé la capacité des employeurs à garantir la santé et la sécurité au travail de leurs salariés. Elle a également attiré l'attention des partenaires sociaux sur l'impact des changements d'organisation du travail sur la santé des travailleurs. Face à l'expansion massive du télétravail, les organisations patronales et syndicales ont ainsi conclu, en novembre dernier, un ANI sur ce sujet.

Dans le même temps, les partenaires sociaux ont acté, dans l'ANI, le rôle déterminant de la santé au travail dans la réalisation des objectifs de notre politique nationale de santé publique, conformément à l'approche « One Health » – « Une seule santé ». À l'heure où l'État, les partenaires sociaux et les acteurs de la prévention réfléchissent aux contours du quatrième plan national santé au travail, il est donc primordial que les conditions soient réunies pour décloisonner la santé au travail et favoriser des innovations en ce sens.

Dans ce contexte, la proposition de loi se donne pour objectif de transposer fidèlement les orientations de l'ANI autour de quatre axes.

M. Stéphane Artano, rapporteur. – Une première série de dispositions vise à renforcer la démarche d'évaluation et de prévention des risques professionnels, dont on sait qu'elle est encore très inégale selon la taille de l'entreprise. Nous avons, en effet, dressé le constat, dans notre rapport d'information de 2019, d'une culture de la prévention très insuffisamment répandue au sein des très petites entreprises (TPE), qui vivent encore l'évaluation des risques professionnels comme une contrainte administrative et non comme un levier d'amélioration de leur performance. Nous appelons d'ailleurs à faire du document unique d'évaluation des risques professionnels (Duerp) un véritable document au service de la stratégie de prévention dans l'entreprise.

L'ANI s'inscrit dans la même logique, en préconisant de faire du Duerp la « base d'un plan d'action » et un instrument de traçabilité collective. L'article 2 de la proposition de loi prend acte de ces orientations en rehaussant au niveau législatif l'obligation pour tout employeur d'élaborer un Duerp qui soit le résultat d'une démarche d'évaluation des risques professionnels engagée en concertation avec les instances internes de l'entreprise et avec l'appui des acteurs de la prévention, dont le service de santé au travail, désormais dénommé service de prévention et de santé au travail (SPST). Toutefois, la proposition de loi s'écarte de l'ANI en fusionnant le Duerp avec le programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail (Papripact), qui regroupe les actions de prévention et de protection à mettre en œuvre, et qui devrait ainsi être établi par toutes les entreprises et non plus seulement celles de plus de 50 salariés.

Nous proposons de revenir sur cette fusion, afin de recentrer le Duerp sur son objectif principal – l'évaluation des risques – et de ne pas le complexifier à l'excès pour que toutes les entreprises se l'approprient pleinement, quelle que soit leur taille. Nous savons tous que seules les entreprises d'une certaine taille disposent des ressources internes nécessaires à la construction d'un programme annuel de prévention dont les exigences de contenu ont été renforcées.

Si nous voulons, en outre, faire du Duerp un véritable outil de traçabilité collective, conformément à l'ANI, nous devons veiller à réunir les conditions d'une conservation pérenne de ce document. Il serait naïf de croire que cette conservation – elle sera au minimum de 40 ans pour tenir compte du temps de latence dans l'apparition de certaines pathologies professionnelles – puisse être assurée par le seul archivage au sein des entreprises, dont on sait qu'une grande partie n'atteint pas une telle longévité.

Nous proposons donc d'inscrire dans la loi une obligation de dépôt dématérialisé du Duerp sur un portail numérique, dont la mise en œuvre sera bien entendu échelonnée dans le temps pour tenir compte de la taille des entreprises et de leurs contraintes. Nous confions le soin aux organisations patronales de définir les modalités de cette dématérialisation et du déploiement d'un portail numérique pour centraliser le dépôt dématérialisé du Duerp. Cette évolution est cohérente avec la digitalisation croissante des outils d'élaboration du Duerp ainsi qu'avec l'ANI, qui prône la numérisation de ce document.

Nous sommes convaincus que l'établissement d'une frontière étanche entre la santé au travail et le reste du parcours de soins du travailleur n'a plus de sens,

dans la même logique que celle que nos collègues Florence Lassarade et Bernard Jomier ont défendue dans leur rapport sur la santé environnementale. C'est pourquoi nous présenterons des amendements tendant à reconnaître la contribution des SST à l'atteinte d'objectifs de santé publique dans le souci de préserver, au cours de la vie professionnelle, un état de santé compatible avec le maintien en emploi.

Mme Pascale Gruny, rapporteur. – *Toujours dans cette logique de décloisonnement de la santé publique et de la santé au travail, nous préconisons le renforcement de la collaboration entre la médecine du travail et la médecine de ville et hospitalière, notamment au travers d'un accès réciproque et circonscrit à certaines données contenues dans le dossier médical partagé (DMP) et le dossier médical en santé au travail (DMST). Cet accès devra se faire, bien entendu, avec le consentement du travailleur, dans le respect le plus strict de la confidentialité de ses données de santé et conformément aux règles déontologiques et au secret professionnel applicables aux professionnels concernés. Nous proposons ainsi des amendements tendant à mieux encadrer l'accès réciproque de la médecine de ville et de la médecine du travail aux DMP et DMST, avec la préoccupation constante de préserver la relation de confiance entre le travailleur et les professionnels de santé.*

Par ailleurs, alors que le niveau de numérisation des dossiers médicaux en santé au travail est encore très variable d'un SST à l'autre, nous plaidons, à l'article 13, pour une extension à l'ensemble des SPST d'une obligation de mise en conformité à des référentiels d'interopérabilité et de sécurité, comme nous l'avons fait lors de l'examen, en 2019, du projet de loi Santé pour les établissements de santé et les cabinets médicaux. La standardisation et l'interopérabilité des données de santé collectées par les SPST conditionnent, en effet, leur portabilité sur l'ensemble de la carrière du travailleur et leur exploitation, sous format anonymisé, dans le cadre de la recherche en santé au travail.

Concernant la qualité du service rendu par les SSTI, les partenaires sociaux se sont accordés dans l'ANI sur le diagnostic d'une grande hétérogénéité des prestations, notamment en matière de prévention pour laquelle il existe une forte attente. Comme nous l'avons relevé dans notre rapport d'information, certains SSTI ne satisfont pas pleinement à leurs missions alors même qu'ils bénéficient d'un agrément administratif.

Dans une approche de service rendu aux employeurs, aux salariés et à leurs représentants, et conformément au souhait des partenaires sociaux, la première réponse apportée par la proposition de loi est de prévoir que chaque service de prévention et de santé au travail interentreprises (SPSTI) fournira obligatoirement un ensemble socle de services, ainsi que, de manière facultative, une offre de services complémentaires qu'il déterminera. Il nous semble toutefois important de définir cet ensemble socle de services de manière à garantir que les SPSTI proposeront à l'ensemble des entreprises adhérentes les prestations les plus homogènes possible et ne privilégieront pas leur offre complémentaire au détriment de la prévention. Nous précisons, à l'article 8, que l'offre socle de services devra couvrir l'intégralité des missions prévues par la loi en matière de prévention des risques professionnels, de suivi individuel des travailleurs et de prévention de la désinsertion professionnelle.

En conséquence, la proposition de loi revoit, à l'article 9, les modalités de tarification des SPSTI, en confiant à leur assemblée générale la responsabilité d'approuver le montant des cotisations correspondant désormais à l'offre socle, ainsi que la grille tarifaire applicable à l'offre complémentaire. Le texte issu des travaux de l'Assemblée nationale confirme implicitement le principe actuel du calcul de la cotisation en équivalents temps plein (ETP) qui est source de contentieux et ne correspond pas à la réalité des missions des SPSTI ; en matière de prévention et de santé au travail, un salarié à temps partiel ou en contrat court doit bénéficier du même suivi qu'un salarié en contrat de travail à durée indéterminée (CDI) et à temps plein. Nous proposons donc d'instaurer un mode de calcul en fonction du nombre réel de personnes suivies. Suivant le souhait des partenaires sociaux affirmé dans l'ANI, nous présentons par ailleurs un amendement introduisant le principe d'une fourchette, fixée par référence au coût moyen national de l'ensemble socle de services, pour encadrer la fixation de la cotisation.

La deuxième réponse de la proposition de loi, également issue de l'ANI, est la mise en place d'une procédure de certification des SPSTI par un organisme indépendant et accrédité. Nous sommes favorables à ce dispositif, que nous avons préconisé en 2019, et plaidons pour que les partenaires sociaux, via la nouvelle instance de gouvernance mise en place au sein du conseil d'orientation des conditions de travail (COCT), soient à l'initiative de la définition de son cahier des charges.

L'Assemblée nationale a, par ailleurs, élevé au niveau législatif la procédure d'agrément administratif à laquelle sont soumis tous les SPST, sans toutefois renforcer sa portée. Afin de doter l'administration d'un moyen d'action plus efficace et constructif que le retrait d'agrément en cas de difficultés graves d'organisation ou de fonctionnement, nous suggérons d'introduire en complément un régime d'administration provisoire qui doit permettre, sans interrompre le service, de lui donner les moyens de se réorganiser lorsque sa gouvernance est défaillante.

M. Stéphane Artano, rapporteur. – Nous en arrivons à l'objectif de mieux prévenir la désinsertion professionnelle et d'améliorer le suivi de certains publics.

Les SST, qui sont explicitement chargés d'une mission de maintien en emploi des personnes malades ou handicapées et de la prévention de la désinsertion professionnelle (PDP), s'en acquittent de manière très inégale. À la suite de l'ANI, l'article 14 prévoit donc la création dans chaque SPSTI d'une cellule pluridisciplinaire dédiée à la PDP. Nous proposons que le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) fixe des exigences quant à la composition de cette cellule, et que sa coordination soit assurée par un médecin du travail. En outre, afin de faciliter la mise en œuvre de cette mesure, nous vous présenterons un amendement ouvrant la possibilité de mutualiser cette cellule entre plusieurs SPSTI qui n'auraient pas la taille critique pour la mettre en place.

Afin d'améliorer la coordination entre les acteurs de la PDP, l'article 14 bis vise à systématiser les échanges d'informations entre les organismes d'assurance maladie et les SPST en cas d'identification de risques de désinsertion professionnelle. Ce partage d'informations va dans le bon sens, mais doit être dûment encadré ; nous prévoyons donc un avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) sur le décret précisant le contenu des informations transmises. Nous soumettons également un amendement tendant à harmoniser ces dispositions entre les SPSTI et les SPST autonomes.

L'ANI mentionne la création d'une visite de « mi-carrière » comme un des éléments de la stratégie de prévention de la désinsertion professionnelle. L'article 16 de la proposition de loi crée ainsi une nouvelle visite médicale obligatoire à 45 ans ou à un âge déterminé par accord de branche. Tout en souscrivant à l'objectif fixé, nous considérons que cette visite risque de manquer une partie de sa cible : certains salariés peuvent rencontrer des difficultés après l'âge de 45 ans quand d'autres, aux parcours professionnels non linéaires, peuvent ne pas être salariés à cet âge. En outre, la création d'une visite supplémentaire aura pour conséquence de solliciter fortement des SST déjà en forte tension. Nous proposons, en conservant la logique de l'ANI, de nous inscrire dans le cadre existant, en rattachant les missions de cette visite à la visite d'information et de prévention et à l'entretien professionnel pour les salariés de plus de 45 ans.

L'article 18 retranscrit au niveau législatif et à droit constant les dispositions réglementaires encadrant les visites de pré-reprise et de reprise. Il permet, par ailleurs, au salarié en arrêt de travail de solliciter l'organisation d'un rendez-vous de liaison avec son employeur. Ce rendez-vous permettrait au salarié d'être informé par l'employeur, en présence du service de santé au travail, des dispositifs dont il peut bénéficier pour préparer une éventuelle reprise du travail. Nous soutenons la formalisation de ces échanges entre salarié et employeur, qui ont parfois déjà lieu dans les faits, afin de mieux prévenir la désinsertion professionnelle. Nous proposons de réintroduire la possibilité – supprimée à l'Assemblée nationale – pour l'employeur de solliciter ce rendez-vous, sans que cela puisse avoir de conséquence sur le salarié, et de supprimer la participation à ce rendez-vous du SST, cette présence risquant de placer ce service dans une situation délicate au regard de son indépendance et du respect du secret médical.

L'Assemblée nationale a inséré des dispositions de faible portée normative visant à associer le référent handicap, désigné dans chaque entreprise de plus de 250 salariés, à la PDP. Nous proposons de les recentrer sur une participation du référent handicap au rendez-vous de liaison à la demande du travailleur concerné.

Mme Pascale Gruny, rapporteur. – *Concernant le suivi de publics plus spécifiques, l'article 17 permet, sans créer d'obligation, l'affiliation des travailleurs indépendants à un SPST. De manière facultative, lorsqu'une entreprise dispose de son propre SPST, celui-ci pourrait également suivre l'état de santé de l'ensemble des travailleurs intervenant sur le site de l'entreprise, c'est-à-dire notamment les salariés intérimaires et les salariés d'entreprises sous-traitantes. Ces facultés ouvertes aux travailleurs extérieurs et non-salariés sont conformes aux orientations de l'ANI, et il conviendra de mesurer, à terme, si elles permettent de renforcer le*

suivi de ces publics. Dans le prolongement de ces dispositions et des préconisations issues de notre rapport de 2019, nous proposons de donner au chef d'entreprise la possibilité de bénéficier de l'offre proposée par le SPSTI auquel son entreprise est adhérente, sans hausse de la cotisation due.

L'article 17 ter renvoie à un décret les modalités de suivi de l'état de santé des salariés du particulier employeur. Nous considérons qu'il est préférable d'inscrire dans la loi les modalités spécifiques d'un rattachement effectif de ces salariés au système de santé au travail, en tenant compte de la singularité du secteur des particuliers employeurs, leurs salariés ne bénéficiant quasiment d'aucun suivi aujourd'hui.

M. Stéphane Artano, rapporteur. – Nous avons porté une attention particulière aux conditions de revalorisation de l'engagement des professionnels de la santé au travail. Selon nous, le recours, préconisé par l'ANI et envisagé à l'article 21, au dispositif du médecin praticien correspondant pour mobiliser des médecins de ville dans la mise en œuvre du suivi médical du travailleur, ne constitue qu'une réponse partielle aux tensions sur les ressources médicales des SST. Cette solution, dont la mise en œuvre mérite d'être mieux encadrée, ne résout pas à elle seule le défi de la démographie médicale et des inégalités d'accès aux ressources médicales en santé au travail sur le territoire.

En cohérence avec les propositions de notre rapport d'information, nous suggérons de prévoir que l'intervention du médecin praticien correspondant s'inscrive obligatoirement dans le cadre d'un protocole signé avec la direction du SPST et les médecins du travail de l'équipe pluridisciplinaire. Il nous semble également indispensable de restreindre le recours au médecin praticien aux seules zones identifiées par l'agence régionale de la santé (ARS) comme sous-dotées en médecins du travail pour répondre aux besoins en suivi médical des travailleurs du territoire.

La problématique du nombre insuffisant de médecins du travail suppose également de renforcer l'attractivité d'une spécialité médicale qui reste chaque année la moins prisée des internes. Nous entendons dès lors valoriser la diversification des compétences des médecins du travail en prévoyant, à titre expérimental, l'extension du droit de prescription du médecin du travail dans les limites de ses missions. Comme cela a déjà été expérimenté pendant la crise sanitaire, le médecin du travail pourra prescrire ou renouveler des arrêts de travail, mais aussi des soins, examens et produits de santé strictement nécessaires à la prévention de l'altération de la santé du travailleur du fait de son travail ou à la promotion d'un état de santé compatible avec son maintien en emploi.

Mme Pascale Gruny, rapporteur. – Enfin, en matière de gouvernance, la proposition de loi ne produit aucun bouleversement majeur et se cantonne à mettre en œuvre les orientations de l'ANI. Est ainsi actée, aux articles 25 et 26, la création respectivement du comité national de prévention et de santé au travail (CNPST) au sein du COCT et des comités régionaux de prévention et de santé au travail (CRPST) au sein des comités régionaux d'orientation des conditions de travail (Croct). Ces instances se substituent au groupe permanent d'orientation du COCT et aux groupes permanents régionaux d'orientation des Croct, avec des missions élargies de pilotage et de coordination de l'offre de prévention et de santé au travail aux niveaux national et territorial.

De même, conformément aux équilibres de l'ANI, la proposition de loi n'apporte que des retouches ponctuelles à la gouvernance des SPST. Ainsi, l'article 20 confie à un représentant des salariés le poste de vice-président du conseil d'administration du SPST en plus de celui de trésorier, et limite à deux mandats consécutifs les fonctions de membre du conseil d'administration et de la commission de contrôle.

Voici, mes chers collègues, nos analyses sur ce texte que nous souhaitons faire évoluer pour inscrire véritablement la prévention dans la culture des entreprises et donner aux SST les moyens d'assurer un suivi médical de qualité pour tous les travailleurs. En conséquence, nous proposons d'adopter ce texte modifié par une série d'amendements.

Mme Catherine Deroche, présidente. – *Merci beaucoup, chers collègues, pour ce rapport très intéressant. Le fait d'avoir déjà travaillé en 2019 sur le sujet a probablement contribué à l'amélioration de ce texte. Avec tous ces sigles, il aurait peut-être fallu envisager un glossaire...*

M. Philippe Mouiller. – *Conformément à la volonté des partenaires sociaux, nous modifions un certain nombre de règles du jeu dans un contexte où nous manquons de moyens. En voulant réorganiser sans moyens, nous risquons de rencontrer d'autres difficultés ; je pense notamment à la relation entre médecine de ville et médecine du travail.*

Le texte propose une offre socle identique sur tous les territoires, et des cellules spécifiques avec des offres de services complémentaires. Dans leurs amendements, les rapporteurs proposent de réécrire à la fois la définition de l'offre de base et les missions des cellules. Or, la situation varie en fonction des départements ; certains départements font le minimum sur le sujet, alors que d'autres sont engagés depuis des années dans le développement des missions de maintien dans l'emploi, en faveur de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) ou pour la désinsertion professionnelle. Le fait de réécrire le texte ne risque-t-il pas de limiter ceux qui vont plus loin ?

Il est essentiel d'avoir la capacité d'évaluer la qualité des actions menées. Mais, d'un point de vue administratif, le système de la certification ne risque-t-il pas de doubler avec le système d'agrément ?

Mme Émilienne Poumirol. – *Ce texte assez complexe n'apporte pas, à mon sens, beaucoup de nouveautés. En l'état, il est la transposition de l'accord signé en décembre 2019 par les organisations patronales et quatre syndicats, mais pas par la Confédération générale du travail (CGT). Je rappelle que les négociations avaient failli échouer à l'époque lorsque le Mouvement des entreprises de France (Medef) avait souhaité limiter la responsabilité des employeurs ; ce point avait été retiré, mais le texte porte encore la trace de cette volonté de déresponsabilisation.*

Loin de répondre aux attentes des acteurs du terrain, le texte ne traite pas de la pénurie de médecins du travail et du manque d'attractivité de cette profession ; la prévention primaire, en particulier concernant les conditions de travail, n'est quasiment pas abordée ; je déplore également les maigres avancées sur le sujet des travailleurs précaires ou sur le handicap.

Le texte porte peu d'éléments sur la reconnaissance des maladies professionnelles, alors que nous assistons à l'explosion des risques psychosociaux.

On ne trouve rien non plus dans ce texte sur les conditions de vie au travail, comme la pénibilité, ni sur le reclassement des employés déclarés inaptés.

Pour rappel, lorsque nous parlons de santé au travail, nous parlons de 500 à 600 décès par an, de 30 000 incapacités permanentes et de plus de 600 000 arrêts de travail. Le sujet est majeur ; or, on a le sentiment que l'objectif de ce texte est davantage de protéger les employeurs que de déployer une prévention primaire importante ; j'en veux pour preuve le sujet du passeport de prévention – en fait, un simple livret de formation qui ne requiert en rien la responsabilité de l'employeur.

Faute d'améliorations significatives, notre groupe ne soutiendra pas cette proposition de loi.

M. Daniel Chasseing. – *La stratégie de prévention dans toutes les entreprises me paraît une bonne chose. Il faudra aider les TPE à mettre en place le Duerp. Je salue également la volonté de décloisonnement entre la médecine de ville et la médecine du travail, notamment avec le partage du DMP.*

La visite à 45 ans permettra de détecter des maladies chroniques. Par ailleurs, le médecin praticien peut rendre des services, en complément d'un médecin du travail référent. Il s'agit pour moi d'un bon rapport et d'une bonne proposition de loi qui améliore, de façon importante, la prévention au travail.

M. René-Paul Savary. – *Je souhaite avoir des précisions au sujet du rapprochement entre le DMST et le DMP. Il faut tendre vers un numéro unique individualisé pour croiser les données et les stocker avec l'accord des personnes concernées, de manière à les ouvrir à d'éventuelles recherches portant sur la médecine au travail.*

Vous avez raison de prévoir un avis de la CNIL. En revanche, je suis plus réservé lorsque vous sollicitez l'ARS pour le zonage des médecins du travail ; il y a deux ans de retard sur le zonage, et il sera difficile d'obtenir un document précis. Si l'on désire fluidifier et laisser la liberté, la position de l'ARS n'est pas indispensable.

Mme Cathy Apourceau-Poly. – *Cette proposition de loi n'est pas à la hauteur des enjeux. L'accord ne prévoit rien, par exemple, pour encadrer le recours au télétravail qui est en train de se généraliser. Ce texte s'inscrit dans la continuité de la suppression des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) ; on me rétorquera qu'ils ont été intégrés au comité social et économique (CSE), mais, pour en avoir discuté avec quelques organisations syndicales, ce n'est absolument pas satisfaisant.*

Le fond du problème concerne le manque de moyens ; on a supprimé des postes de médecins du travail et rien n'est fait aujourd'hui pour combler cette pénurie.

Mme Pascale Gruny, rapporteur. – *On constate, globalement, un manque de médecins. Concernant l'attractivité de la médecine du travail, nous avons fait des propositions, notamment avec la possibilité de prescrire. Nous aurions voulu inscrire un stage au programme des études de médecine, mais un amendement en ce sens aurait été irrecevable. Il faudra y penser dans le cadre d'un prochain texte.*

Le texte issu des travaux de l'Assemblée nationale manquait de précisions concernant l'offre socle et les services complémentaires. Nous avons souhaité y intégrer l'ensemble des missions attribuées aux médecins du travail dans les trois domaines que j'ai mentionnés. Prenons un exemple pour mieux comprendre l'articulation : si le médecin du travail demande une étude sur le bruit, cela rentre dans l'offre socle ; si l'entreprise souhaite ensuite réaliser cette étude chaque année, cela relève de l'offre complémentaire.

Nous souhaitons une homogénéité des SST et sommes donc favorables à cette offre socle ; mais, comme vous, nous avons cette inquiétude d'une offre minimale avec, à côté, la possibilité de réaliser du chiffre d'affaires. Nous avons essayé de circonscrire le dispositif afin que cela ne se produise pas.

M. Stéphane Artano, rapporteur. – *Il convient de rassurer les acteurs sur le volet complémentaire et sur les possibilités de conventionnement. La cellule de prévention de la désinsertion professionnelle, par exemple, est invitée à collaborer avec les acteurs du territoire. Le redéploiement des partenariats ne pose pas de difficultés ; au contraire, ces derniers devront perdurer d'une manière ou d'une autre.*

Concernant l'offre socle, il nous paraissait essentiel d'avoir une homogénéité et non une uniformité, car les bassins d'emplois sont différents.

Pour la première fois, une proposition de loi transpose un ANI. Le texte a été validé par les partenaires sociaux, et ces derniers sont donc comptables du périmètre donné. De même que l'ANI, la proposition de loi ne couvre pas tous les champs de la santé au travail. Nous aurions souhaité aller plus loin, mais un équilibre a été trouvé au niveau national par une sorte de gentlemen's agreement entre la démocratie représentative et la démocratie sociale.

Mme Pascale Gruny, rapporteur. – *Pour répondre à Mme Poumirol, le texte est naturellement perfectible, mais il enregistre des avancées en matière de suivi des travailleurs les plus vulnérables, notamment à travers le développement de la prévention de la désinsertion professionnelle. Il ouvre également la possibilité de proposer des essais encadrés ou des contrats de rééducation professionnelle aux travailleurs déclarés inaptes.*

Vous avez évoqué les risques psychosociaux et la pénibilité ; ces thématiques font déjà partie des missions de la médecine du travail.

Le passeport de prévention permet au salarié d'avoir un document qui synthétise toutes les formations concernant la sécurité et la santé au travail. Le salarié pourra également s'en servir dans ses recherches d'emploi.

M. Stéphane Artano, rapporteur. – *Les risques psychosociaux n'ont été cités qu'une seule fois dans l'ANI. Il s'agit de faire preuve d'humilité lorsque l'on traite un tel sujet, et les partenaires sociaux n'ont sans doute pas identifié, au moment des discussions, d'autres voies que celles qui existent déjà pour l'aborder.*

On peut difficilement imaginer que les organisations syndicales auraient accepté de signer un accord déresponsabilisant ou protégeant les employeurs. Le texte final me semble être parvenu à un équilibre.

La qualité de vie de travail (QVT) renvoie à un ANI existant sur le sujet. Il y a aujourd'hui une volonté des partenaires sociaux d'élargir la QVT aux conditions de travail ; l'ANI parle désormais de qualité de vie et des conditions de travail (QVCT).

Mme Pascale Gruny, rapporteur. – *Pour répondre à M. Chasseing, le Duerp est la colonne vertébrale de la santé et de la sécurité des travailleurs. Dans les TPE, il y a souvent peu de documents rédigés, ou alors il s'agit d'un document administratif sans suivi ; nous proposons donc une aide, par les SST, qui permettra des améliorations.*

Dans nos propositions, la visite à 45 ans ne sera pas contrainte, l'idée étant de laisser un peu de souplesse et de se raccrocher au cadre existant car nous craignons l'engorgement des services de santé.

M. Stéphane Artano, rapporteur. – *Les TPE et les PME restent un sujet de préoccupation de notre commission. Ainsi, nous reviendrons sur la fusion du Duerp avec le programme annuel de prévention pour les petites entreprises qui, de notre point de vue, ajoute une surcharge.*

L'objectif est bien de décloisonner la santé au travail et la santé publique, avec les précautions d'usage et dans les limites fixées par le Conseil d'État ; cela explique les différents éléments sur le consentement lié à la protection des données.

Je ne pense pas que le médecin praticien correspondant puisse résoudre le problème de la démographie médicale. Les partenaires sociaux ont essayé d'imaginer une solution alternative, en réponse à une carence. En 2019 déjà, nous avons identifié cette possibilité qui reste insuffisante.

Mme Pascale Gruny, rapporteur. – *Il est bien précisé, à l'article 12, que le DMST et le DMP partagent le même identifiant.*

Nous renforçons également les exigences d'interopérabilité applicables aux SPST, afin que les données transmises au Health Data Hub puissent être exploitées.

M. Stéphane Artano, rapporteur. – *Parmi les éléments remontés lors de nos auditions se pose le problème de l'interopérabilité des systèmes d'information, comme nous l'avons déjà identifié pour l'ensemble des SSTI. Il nous a donc paru intéressant d'imposer cette interopérabilité, afin de nous assurer que les données soient exploitables au niveau national.*

Mme Pascale Gruny, rapporteur. – *À l'instar des risques psychosociaux, un focus sur le télétravail n'aurait pas eu sa place dans ce texte. En revanche, le médecin du travail peut porter un regard sur l'organisation et les difficultés rencontrées par les travailleurs.*

Les instances représentatives du personnel (IRP) ne sont pas non plus traitées dans ce texte. Je connais des entreprises où la commission santé, sécurité et conditions de travail du CSE fonctionne plutôt bien. Pour le Duerp, nous avons besoin des salariés, même dans les petites entreprises où ils ne sont pas représentés. J'ai rédigé des documents d'évaluation des risques ; j'ai sollicité des salariés pour chaque poste, et c'est ainsi que l'on parvient à trouver des solutions.

M. Daniel Chasseing. – Les prérogatives du CHSCT sont donc bien intégrées dans les missions du CSE.

Mme Élisabeth Doineau. – Nous savons que la santé au travail est à réformer ; elle ne répond absolument pas aux besoins des salariés, ni à ceux des chefs d'entreprise ni à ceux des territoires.

J'ai été très intéressée par les chapitres sur la perméabilité entre la médecine de ville et la médecine du travail. Dans les territoires, on élabore des contrats locaux de santé (CLS), on s'organise en communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), on travaille sur la coordination et la télémédecine ; il ne peut plus y avoir cette étanchéité entre ces deux services dédiés à la santé des personnes. Les CLS, par exemple, permettent, selon les bassins de vie, de s'intéresser à des professions spécifiques ; je pense notamment aux mineurs ou aux personnes travaillant dans des entreprises de chimie.

Je soutiens l'approche des rapporteurs qui consiste à suivre les conclusions de l'ANI et à proposer des atténuations des contraintes pour les TPE.

Comment cela se passe-t-il localement au niveau de la prise en compte des salariés des filiales d'entreprises ? Dans certains territoires, des entreprises n'ont pas recours à la médecine du travail.

Une meilleure coordination entre le département et la région, selon le périmètre, me semble également nécessaire.

Mme Catherine Procaccia. – Concernant l'ANI, M. Artano a dit que c'était la première transposition mais nous avons déjà transposé de nombreux accords interprofessionnels – sur la formation professionnelle, sur la sécurisation de l'emploi avec la mise en place obligatoire de la couverture santé par les entreprises. Pour avoir déjà participé à des transpositions d'ANI, je salue le travail des rapporteurs, car, dans ce type d'exercice, il est délicat de jouer notre rôle de législateur en apportant certaines modifications à un accord interprofessionnel sur lequel les partenaires sociaux ont travaillé très longtemps sans provoquer les hurlements des syndicats négociateurs. Je n'ai pas grand-chose à redire à vos propositions, car vous avez su concilier le respect du travail législatif avec la mission des négociateurs. J'espère que tout se passera bien en séance.

M. Stéphane Artano, rapporteur. – S'agissant du décloisonnement, madame Doineau, la proposition de loi permet l'intégration de la médecine du travail dans les CPTS. Compte tenu des informations qui me sont parvenues des territoires, cette transversalité est essentielle. Certains ont déploré un corporatisme. En réalité, certains médecins du travail sont parfois submergés de travail et imaginent mal aller dans une communauté médicale pour apporter leur connaissance.

En revanche, sur les filiales, nous n'avons pas eu de remontées particulières lors des auditions. Il serait bon d'y réfléchir en vue du débat en séance. Pour cette première transposition d'initiative parlementaire, nous allons essayer de trouver un équilibre pour nous rapprocher le plus possible de l'ANI. Nous aurons des échanges avec l'Assemblée nationale, notamment lors de la commission mixte paritaire, car nos propositions sont parfois un peu éloignées. Nous voulons aboutir à des mesures bienveillantes, pragmatiques et opérationnelles sur le terrain.

Mme Pascale Gruny, rapporteur. – Dans les grands groupes, un conventionnement est possible pour l'organisation des services de santé et de prévention au sein des diverses entités. Je le rappelle, la responsabilité des employeurs est engagée, car il doit assurer la santé et la sécurité des salariés. Si un problème spécifique se posait, nous ne manquerions pas d'y réfléchir.

EXAMEN DES ARTICLES

Article 1^{er}

L'article 1^{er} est adopté sans modification.

Articles additionnels après l'article 1^{er}

M. Stéphane Artano, rapporteur. – L'amendement **COM-82** prévoit la mise en place obligatoire d'une commission santé, sécurité et conditions de travail (CSSCT) dans toutes les entreprises dotées d'un comité social et économique. Ce dispositif est irrecevable au titre de l'article 45 de la Constitution, car la présente proposition ne prévoit aucune mesure sur le fonctionnement du CSE.

L'amendement COM-82 est déclaré irrecevable en application de l'article 45 de la Constitution.

M. Stéphane Artano, rapporteur. – L'amendement **COM-83**, qui prévoit la mise en place obligatoire d'une CSSCT par accord de branche, est également irrecevable au titre de l'article 45, pour les mêmes raisons.

L'amendement COM-83 est déclaré irrecevable en application de l'article 45 de la Constitution.

Article 1^{er} bis (nouveau)

M. Stéphane Artano, rapporteur. – L'amendement **COM-183** est un amendement de coordination concernant l'application de la proposition de loi aux services de santé au travail en agriculture.

L'amendement COM-183 est adopté.

L'article 1^{er} bis est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article 2

M. Stéphane Artano, rapporteur. – L'amendement **COM-128** limite l'obligation d'élaborer un programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail aux seules entreprises de plus de 50 salariés. Ce sujet ayant été beaucoup relayé, je vous propose de revenir sur la fusion du Duerp.

L'amendement COM-128 est adopté; les amendements identiques **COM-100** et **COM-22**, l'amendement **COM-23**, les amendements identiques **COM-1** rectifié ter et **COM-8** rectifié, ainsi que l'amendement **COM-24** rectifié deviennent sans objet.

M. Stéphane Artano, rapporteur. – L'amendement **COM-129** vise à clarifier les modalités de participation des acteurs internes et externes à l'entreprise à l'évaluation des risques professionnels.

L'amendement COM-129 est adopté ; les amendements identiques **COM-41** et **COM-88**, les amendements identiques **COM-42** rectifié et **COM-84**, ainsi que l'amendement **COM-104** deviennent sans objet.

M. Stéphane Artano, rapporteur. – L'amendement **COM-43** tend à inclure dans le Duerp l'avis que le CSE aura préalablement formulé sur ce document. Si l'élaboration du Duerp s'inscrit dans une démarche de consultation des instances de dialogue social de l'entreprise, il s'agit d'un document dont la responsabilité incombe au seul employeur. Par ailleurs, c'est le règlement intérieur du CSE qui définit les conditions dans lesquelles ses avis sont affichés : avis défavorable.

L'amendement COM-43 n'est pas adopté.

M. Stéphane Artano, rapporteur. – Les amendements identiques **COM-2** rectifié bis et **COM-10** rectifié, les amendements **COM-105**, **COM-86**, **COM-44**, **COM-106** et **COM-45**, en discussion commune, ont trait à la mise à disposition du Duerp.

La responsabilité de l'élaboration du Duerp pèse uniquement sur l'employeur : il n'apparaît par conséquent pas opportun de transférer au SPST l'obligation de sa conservation et de sa mise à disposition dès lors que seul l'employeur reste maître de sa transmission : retrait, sinon avis défavorable aux amendements identiques COM-2 rectifié bis et COM-10 rectifié.

Les amendements COM-2 rectifié bis et COM-10 rectifié ne sont pas adoptés.

M. Stéphane Artano, rapporteur. – L'amendement COM-105 vise à limiter les personnes et instances habilitées à avoir accès au Duerp. Le champ ainsi prévu serait encore plus restreint que celui qui est prévu par la réglementation : donc avis défavorable.

L'amendement COM-105 n'est pas adopté.

M. Stéphane Artano, rapporteur. – Les amendements COM-86 et COM-44 prévoient les modalités de mise à disposition du Duerp à tout ancien travailleur qui en fait la demande. Or l'article 2 de la proposition de loi dispose que le Duerp est tenu à la disposition des anciens travailleurs ; on imagine bien qu'une copie leur est remise : donc avis défavorable aux deux amendements.

L'amendement COM-86 n'est pas adopté, non plus que l'amendement COM-44.

M. Stéphane Artano, rapporteur. – L'amendement COM-106 vise à réduire la durée minimale de conservation du Duerp par l'employeur de quarante à vingt ans. La durée minimale de quarante ans se justifie par le fait qu'un certain nombre de pathologies, consécutives à l'exposition à des agents dangereux,

notamment chimiques, ont une durée de latence très longue, pouvant dépasser les trente-cinq ans : avis défavorable.

L'amendement COM-106 n'est pas adopté.

M. Stéphane Artano, rapporteur. – L'amendement COM-45 tend à étendre de quarante à soixante ans la durée minimale de conservation du Duerp. Ce délai paraît excessif, les dossiers médicaux des travailleurs exposés aux risques chimiques et nucléaires devant être conservés pour une durée minimale de cinquante ans : avis défavorable.

L'amendement COM-45 n'est pas adopté.

M. Stéphane Artano, rapporteur. – Notre amendement **COM-130** rectifié pose le principe d'un dépôt dématérialisé du Duerp afin de garantir la pérennité de sa conservation et de sa mise à disposition, selon un échéancier fixé au 1^{er} juillet 2023 pour les entreprises de plus de 150 salariés, et, pour les autres entreprises, à compter du 1^{er} juillet 2024.

L'amendement COM-130 rectifié est adopté.

M. Stéphane Artano, rapporteur. – Les amendements identiques **COM-103** et **COM-25** visent à supprimer l'obligation, pour l'employeur, de transmettre le Duerp à son SPST d'affiliation. La fiche d'entreprise et le Duerp sont deux documents-clés dans l'évaluation des risques professionnels : le premier, élaboré par le SPST, vient alimenter le second, élaboré par l'employeur. Ce serait faire un mauvais procès aux SPST de penser que, parce que le Duerp leur est transmis, leur travail dans l'établissement de la fiche d'entreprise leur serait en quelque sort « mâché » par l'employeur ; demande de retrait, sinon avis défavorable.

Les amendements COM-103 et COM-25 ne sont pas adoptés.

L'article 2 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article 2 bis (nouveau)

M. Stéphane Artano, rapporteur. – Les amendements identiques **COM-48** et **COM-89** remplacent la mention de la « qualité de vie au travail » par celle de la « qualité de vie et des conditions de travail » dans les thèmes faisant l'objet de la négociation collective en entreprise : avis favorable, par cohérence avec nos propositions à l'article 4.

Les amendements COM-48 et COM-89 sont adoptés.

M. Stéphane Artano, rapporteur. – L'amendement **COM-46** vise à rendre obligatoire la négociation en entreprise sur la qualité des conditions de travail lorsque cette négociation s'inscrit dans le cadre des dispositions supplétives du code de travail. Nous considérons qu'il n'est pas souhaitable de contraindre excessivement la négociation en entreprise au-delà des thèmes déjà imposés par le code du travail. Avis défavorable, d'autant que les partenaires sociaux pourront déjà, en vertu de l'article 2 bis, négocier en entreprise sur la qualité des conditions de travail.

L'amendement COM-46 n'est pas adopté.

M. Stéphane Artano, rapporteur. – L'amendement **COM-47** tend à ajouter le thème de l'organisation du travail parmi les thématiques facultatives sur lesquelles la négociation en entreprise peut avoir lieu lorsqu'elle s'inscrit dans le cadre des dispositions supplétives du code du travail : avis défavorable.

L'amendement COM-47 n'est pas adopté.

L'article 2 bis est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article 2 ter (nouveau)

M. Stéphane Artano, rapporteur. – L'amendement **COM-131** vise à ne plus restreindre le déclenchement du suivi post-exposition au seul moment du départ à la retraite.

L'amendement COM-131 est adopté.

L'article 2 ter est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article additionnel après l'article 2 ter (nouveau)

M. Stéphane Artano, rapporteur. – Les amendements identiques **COM-19** rectifié et **COM-90** visent à enclencher la mise en place d'un suivi post-exposition par le médecin du travail pour tout travailleur exposé à des risques chimiques au cours de sa carrière. Cet objectif est déjà satisfait par notre amendement COM-131 à l'article 2 ter : demande de retrait ou, à défaut, avis défavorable.

Les amendements COM-19 rectifié et COM-90 ne sont pas adoptés.

Article 3

M. Stéphane Artano, rapporteur. – L'amendement **COM-49** vise à supprimer l'article relatif à la création du passeport de prévention. Le passeport de prévention, dont la création est une mesure de l'ANI, se conçoit précisément comme un outil au service d'une meilleure prévention en santé au travail : avis défavorable.

L'amendement COM-49 n'est pas adopté.

M. Stéphane Artano, rapporteur. – L'amendement **COM-91**, quasiment identique à l'amendement **COM-50**, tend à renommer le passeport de prévention en livret de formation santé sécurité – pour l'amendement COM-91 – ou en livret des formations à la sécurité et à la prévention des risques professionnels – pour l'amendement COM-50 : avis défavorable aux deux amendements.

L'amendement COM-91 n'est pas adopté, non plus que l'amendement COM-50.

M. Stéphane Artano, rapporteur. – L'amendement **COM-107** tend à supprimer l'intégration du passeport de prévention dans le passeport d'orientation, de formation et de compétences. Cette intégration a pourtant du sens, l'objectif étant que les deux dispositifs puissent mutualiser les outils développés dans le cadre du site du compte personnel de formation : avis défavorable.

L'amendement COM-107 n'est pas adopté.

M. Stéphane Artano, rapporteur. – Notre amendement **COM-132** tient compte du fait que l'ouverture du passeport d'orientation, de formation et de compétences n'est pas automatique et interviennent à la discrétion du travailleur. Par conséquent, il doit être précisé que le passeport de prévention y sera intégré si le passeport d'orientation existe.

L'amendement COM-132 est adopté.

M. Stéphane Artano, rapporteur. – L'amendement **COM-133** vise à étendre aux demandeurs d'emploi la possibilité d'ouvrir un passeport de prévention.

L'amendement COM-133 est adopté.

M. Stéphane Artano, rapporteur. – L'amendement **COM-120** vise à supprimer la disposition prévoyant qu'un délai devra être fixé par voie réglementaire au CNPST pour définir les modalités de mise en œuvre du passeport de prévention. Or notre intention est justement de nous assurer que le passeport de prévention sera déployé dans les meilleurs délais. Donc avis défavorable.

L'amendement COM-120 n'est pas adopté.

M. Stéphane Artano, rapporteur. – Afin de s'assurer que le passeport de prévention sera déployé dans des délais raisonnables, l'amendement **COM-134** précise que le CNPST devra se prononcer dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la loi pour définir des modalités de mise en œuvre. La fixation d'une date limite nous semble très importante.

L'amendement COM-134 est adopté.

L'article 3 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article 4

M. Stéphane Artano, rapporteur. – L'amendement **COM-51** tend à supprimer l'article 4 au motif que l'élargissement des missions du SPST à des actions de promotion de la santé risquerait de l'éloigner de son implication dans la prévention des risques professionnels. Nous ne partageons pas cette analyse, car nous considérons que la santé au travail constitue une des composantes de notre politique de santé publique. Donc avis défavorable.

L'amendement COM-51 n'est pas adopté.

M. Stéphane Artano, rapporteur. – Les amendements **COM-92** et **COM-52** visent les mêmes objectifs en précisant que la contribution des SPST à l'évaluation des risques professionnels n'atténue pas l'obligation de l'employeur en matière de santé et sécurité au travail. Par ailleurs, l'amendement vise à étendre à tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire du SPST le statut de salarié protégé qui est aujourd'hui réservé au médecin du travail. La protection exceptionnelle et exorbitante du droit commun dont bénéficie le médecin du travail en tant que salarié protégé est liée aux fonctions qu'il exerce dans l'intérêt de l'ensemble des travailleurs. Avis défavorable.

Les amendements COM-92 et COM-52 ne sont pas adoptés.

M. Stéphane Artano, rapporteur. – L'amendement **COM-135** tend à clarifier l'articulation des actions de promotion de la santé avec la mission « principale » des SPST dans la prévention de toute altération de la santé du travailleur du fait du travail.

L'amendement COM-135 est adopté.

M. Stéphane Artano, rapporteur. – L'amendement **COM-136** prévoit la reconnaissance dans la loi du concept de qualité de vie et des conditions de travail, dans l'esprit de ce qui a été proposé à l'article 2.

L'amendement COM-136 est adopté.

M. Stéphane Artano, rapporteur. – L'amendement **COM-124** tend à prioriser les missions de la médecine du travail. Nous partageons le souci de l'auteur de l'amendement, et c'est d'ailleurs l'objet de notre amendement COM-135 : nous souhaitons clarifier l'articulation des actions de promotion de la santé avec la mission principale du SPST qui consiste à prévenir toute altération de la santé du travailleur du fait de son travail. Le présent amendement étant satisfait, nous en demandons le retrait, et, à défaut, émettrons un avis défavorable.

L'amendement COM-124 n'est pas adopté.

M. Stéphane Artano, rapporteur. – L'amendement **COM-137** a pour objet l'accompagnement de l'entreprise par le SPST dans l'analyse de l'impact sur la santé des changements organisationnels importants.

L'amendement COM-137 est adopté.

M. Stéphane Artano, rapporteur. – L'amendement **COM-6** rectifié bis garantit la participation des SPST au repérage des troubles auditifs. Avis défavorable dans la mesure où les SPST assurent déjà un suivi spécifique des travailleurs exposés au bruit selon des dispositions inscrites dans la partie réglementaire du code du travail.

L'amendement COM-6 rectifié bis n'est pas adopté.

L'article 4 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article 5

M. Stéphane Artano, rapporteur. – L'amendement **COM-108** vise à supprimer l'article 5. Il serait regrettable de supprimer l'article 5 alors que celui-ci reconnaît la place des SPST dans les structures territoriales de coopération sanitaire : avis défavorable.

L'amendement COM-108 n'est pas adopté.

L'article 5 est adopté sans modification.

Article 6

M. Stéphane Artano, rapporteur. – L'amendement **COM-138** tend à supprimer la dernière phrase du présent article. Si la multiplication des arrêts de travail ou maladie au sein d'une entreprise peut constituer un signal d'alerte sur

une éventuelle dégradation des conditions de travail, l'absentéisme n'est pas le seul défi qui se pose à la politique de santé au travail.

L'amendement COM-138 est adopté.

L'article 6 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article 7

L'article 7 est adopté sans modification.

Article 8

Mme Pascale Gruny, rapporteur. – L'amendement **COM-53** tend à supprimer cet article. La définition d'un ensemble socle de services vise à homogénéiser la qualité et l'effectivité des services rendus par les SSTI : avis défavorable.

L'amendement COM-53 n'est pas adopté.

Mme Pascale Gruny, rapporteur. – L'amendement **COM-26** prévoit la fixation de l'ensemble socle de services par arrêté. Puisque le texte prévoit que la liste de ces services sera déterminée par les partenaires sociaux, j'émet un avis défavorable.

L'amendement COM-26 n'est pas adopté.

Mme Pascale Gruny, rapporteur. – L'amendement **COM-109** tend à ajouter l'adjectif « obligatoire » pour qualifier l'offre socle de services. Ce qualificatif avait été supprimé à l'Assemblée nationale à la suite de l'avis du Conseil d'État : avis défavorable.

L'amendement COM-109 n'est pas adopté.

Mme Pascale Gruny, rapporteur. – L'amendement **COM-140** précise que l'offre socle de services devra couvrir l'intégralité des missions prévues par la loi en matière de prévention des risques professionnels, de suivi individuel des travailleurs et de prévention de la désinsertion professionnelle.

L'amendement COM-140 est adopté.

Mme Pascale Gruny, rapporteur. – L'amendement **COM-36** tend à supprimer l'offre de services complémentaires introduite par la proposition de loi. Toutefois, il ne va pas jusqu'au bout de sa logique, puisqu'il maintient le principe de l'offre socle de services, alors que cette dernière ne couvre pas l'exhaustivité des services rendus par les SPSTI. L'offre complémentaire doit porter sur des missions très spécifiques, et c'est à l'entreprise d'opérer ce choix. Mais la prévention des risques professionnels figure obligatoirement dans l'offre socle. Avis défavorable.

L'amendement COM-36 n'est pas adopté.

Mme Pascale Gruny, rapporteur. – Les amendements identiques **COM-9** rectifié et **COM-3** rectifié bis prévoient le recours à des intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP) externes pour des missions spécifiques.

Cette mesure étant satisfaite par le droit en vigueur, j'en demande le retrait, et, à défaut, j'émettrai un avis défavorable.

Les amendements COM-9 rectifié et COM-3 rectifié bis ne sont pas adoptés.

Mme Pascale Gruny, rapporteur. – *L'article 8 élève au niveau législatif la procédure d'agrément administratif des services de santé au travail interentreprises. L'amendement COM-141 tend à proposer que le comité régional de prévention et de santé au travail (CRPST) formule un avis sur l'agrément des SPSTI.*

L'amendement COM-141 est adopté.

Mme Pascale Gruny, rapporteur. – *L'amendement COM-142 tend à l'introduction d'un régime d'administration provisoire qui doit permettre, sans interrompre le service par le retrait de l'agrément, de lui donner les moyens de se réorganiser en cas de graves difficultés de fonctionnement.*

L'amendement COM-142 est adopté.

Mme Pascale Gruny, rapporteur. – *L'amendement COM-143 précise le rôle du CNPST dans la définition du cahier des charges de la certification.*

L'amendement COM-143 est adopté ; les amendements identiques COM-27 et COM-101 deviennent sans objet.

Mme Pascale Gruny, rapporteur. – *L'amendement COM-189, les amendements identiques COM-62 et COM-16 rectifié bis et l'amendement COM-63 portent sur l'encadrement du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.*

Les amendements identiques COM-62 et COM-16 rectifié bis visent à transformer, dans le secteur du bâtiment et des travaux publics (BTP), le CPOM qui encadre l'activité des SPSTI en convention quadripartite incluant la signature de l'Organisme professionnel de prévention du BTP (OPPBTBTP). L'amendement COM-63 a le même objet, mais s'applique potentiellement à tout organisme professionnel de prévention. Je demande le retrait de ces trois amendements, au profit de notre amendement COM-189, qui vise à soumettre à l'avis de l'OPPBTBTP les CPOM concernant le secteur du BTP.

L'amendement COM-189 est adopté. Les amendements COM-62 et COM-16 rectifié bis ne sont pas adoptés, non plus que l'amendement COM-63.

L'article 8 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article additionnel après l'article 8

Mme Pascale Gruny, rapporteur. – *Avis favorable aux amendements identiques COM-20 et COM-65 qui prévoient la possibilité pour un SPST autonome d'avoir recours, dans le cadre d'une convention, aux services d'un SPSTI afin d'assurer ses missions.*

Les amendements COM-20 et COM-65 sont adoptés et deviennent article additionnel.

Article 9

Mme Pascale Gruny, rapporteur. – Les amendements **COM-144**, **COM-194**, les amendements identiques **COM-15** et **COM-17** rectifié ainsi que l'amendement **COM-21** rectifié bis ont trait au calcul des cotisations selon la règle du per capita. Que le salarié soit à temps plein ou à temps partiel, le suivi est identique. En conséquence, les mesures préconisées par les amendements de nos collègues conduiraient à alourdir la charge des autres entreprises.

M. René-Paul Savary. – Et si le salarié a plusieurs employeurs, comme c'est souvent le cas des saisonniers ?

Mme Pascale Gruny, rapporteur. – La question n'a pas été clarifiée par l'ANI, j'en conviens.

L'amendement COM-144 est adopté ; les amendements COM-194, COM-15 et COM-17 rectifié deviennent sans objet ; l'amendement COM-21 rectifié bis n'est pas adopté.

Mme Pascale Gruny, rapporteur. – L'amendement **COM-37** a pour objet de supprimer l'offre de services complémentaires et sa tarification spécifique : avis défavorable pour les raisons déjà exposées sur les amendements ayant le même objet à l'article 8.

L'amendement COM-37 n'est pas adopté.

Mme Pascale Gruny, rapporteur. – L'amendement **COM-145** tend à encadrer davantage la fixation du niveau des cotisations dans les limites d'un « tunnel » dont les modalités pourront être précisées par voie réglementaire après qu'aura été réalisée une étude des déterminants des coûts des SPSTI.

M. Philippe Mouiller. – Ce système du « tunnel » est extrêmement dangereux, car on définit des règles d'encadrement de la tarification en renvoyant à un décret. L'administration devient le maître du jeu au niveau national, avec des règles qui pourront mettre en difficulté certains services sur nos territoires. Une réflexion devrait aussi s'engager sur les offres relatives au socle de services, ainsi que sur la définition et la répartition des frais de gestion. De surcroît, le manque de prestataires interne de santé est patent.

Mme Élisabeth Doineau. – Le problème touchera aussi les filiales, car certaines entreprises-mères pourraient choisir le territoire où les cotisations seraient les moins chères.

Mme Pascale Gruny, rapporteur. – La distance géographique risquerait de les freiner... Le renvoi à un décret vise à éviter de trop grandes distorsions par rapport à la moyenne.

M. Philippe Mouiller. – J'entends bien, mais le coût de gestion d'un service est bien différent selon les régions. Vous nous laissez un semblant de liberté, tout en renvoyant la tarification à un décret. Les services concernés dans les territoires s'en sont d'ailleurs inquiétés.

M. René-Paul Savary. – Je voudrais revenir sur la question des saisonniers. Les coûts ont-ils été évalués avec précision ? Les très petites entreprises risquent de renoncer à des embauches eu égard à l'augmentation de leurs cotisations.

M. Stéphane Artano, rapporteur. – Il n'est pas sain de lier l'organisation de la santé au travail à l'emploi. Cette mesure, qui nous paraît juste, n'a pas encore été évaluée, à l'exception du périmètre de l'offre socle qui sera défini au niveau national sur avis du CNPST. Le « tunnel » a été fixé par l'ANI, afin de ne pas s'écarter de 20 % du tarif national moyen, et garantit la flexibilité. Vous avez raison, monsieur Mouiller, les charges diffèrent d'un territoire à un autre. Mais les partenaires sociaux devront de toute façon s'entendre sur ce point.

M. Philippe Mouiller. – Actuellement, la gestion est régionalisée : les chefs d'entreprise et les partenaires sociaux définissent ensemble le périmètre des missions et fixent la tarification par rapport à leurs besoins. En l'espèce, on va renvoyer au niveau national une tarification qui ne posait pas de difficulté en soi. Il y a un vrai danger à vouloir limiter les marges de manœuvre des acteurs sur le terrain.

Mme Pascale Gruny, rapporteur. – Les chefs d'entreprise trouvent la prestation médicale toujours trop coûteuse, et certains d'entre eux réclament cet encadrement, sous réserve de règles de fixation adéquates.

M. Philippe Mouiller. – Vos propositions s'opposent à la possibilité de fixer les règles par convention.

Mme Catherine Deroche, présidente. – Nous aurons le débat en séance, et ceux de nos collègues qui le souhaitent seront libres de déposer des amendements.

L'amendement COM-145 est adopté.

L'article 9 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article 10

Mme Pascale Gruny, rapporteur. – L'amendement **COM-146** renvoie à un décret la liste des documents devant être communiqués.

L'amendement COM-146 est adopté ; les amendements **COM-28** et **COM-38** deviennent sans objet.

L'article 10 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article 11

Mme Pascale Gruny, rapporteur. – Les amendements identiques **COM-54** et **COM-66** visent à supprimer l'article 11, qui encadre l'accès de la médecine du travail au DMP ; nous y sommes défavorables.

Les amendements COM-54 et COM-66 ne sont pas adoptés.

Mme Pascale Gruny, rapporteur. – L'amendement **COM-147** concerne l'accès des professionnels de santé chargés du suivi de l'état de santé du travailleur au DMP.

L'amendement COM-147 est adopté ; l'amendement **COM-55** devient sans objet.

L'amendement de coordination **COM-193** est adopté.

L'article 11 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article 12

Mme Pascale Gruny, rapporteur. – L'amendement **COM-149** a trait à l'articulation du dossier médical en santé au travail avec le DMP.

L'amendement COM-149 est adopté ; l'amendement **COM-67** devient sans objet.

L'article 12 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article 13

Mme Pascale Gruny, rapporteur. – L'amendement **COM-150** concerne l'extension aux SPST de l'obligation de mise en conformité avec les référentiels d'interopérabilité et de sécurité en santé.

L'amendement COM-150 est adopté.

L'article 13 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article 14

Mme Pascale Gruny, rapporteur. – L'amendement **COM-69** concerne la prise en charge des situations individuelles par la cellule de prévention de la désinsertion professionnelle (PDP). Cette cellule a pour mission d'identifier les situations individuelles au moyen des remontées des autres acteurs de la PDP et des échanges d'informations avec les organismes de sécurité sociale. Cet amendement n'apporte donc rien aux mesures de maintien ou de retour dans l'emploi mentionnées dans la proposition de loi. Mon avis est défavorable.

L'amendement COM-69 n'est pas adopté.

Mme Pascale Gruny, rapporteur. – L'amendement **COM-152** précise les missions de la cellule de prévention de la désinsertion professionnelle.

L'amendement COM-152 est adopté.

Mme Pascale Gruny, rapporteur. – Je suis défavorable à l'amendement **COM-56** ainsi qu'à l'amendement **COM-68** qui visent à compléter les missions de la cellule PDP de manière trop large.

Les amendements COM-56 et COM-68 ne sont pas adoptés.

Mme Pascale Gruny, rapporteur. – L'amendement **COM-151** fixe des exigences relatives à la coordination et à la composition de la cellule PDP.

L'amendement COM-151 est adopté.

Mme Pascale Gruny, rapporteur. – L'amendement **COM-11** rectifié concerne la collaboration entre la cellule de prévention de la désinsertion professionnelle et les intervenants extérieurs qualifiés.

En matière de prévention des risques professionnels, les intervenants en prévention des risques professionnels externes ont un rôle complémentaire de celui des SPST. En revanche, ils ne font pas partie des acteurs identifiés dans la prévention de la désinsertion professionnelle. J'émet donc un avis défavorable.

L'amendement COM-11 rectifié n'est pas adopté.

Mme Pascale Gruny, rapporteur. – L'amendement **COM-153** prévoit la possibilité de mutualiser la cellule de prévention de la désinsertion professionnelle entre plusieurs SPSTI opérant dans le même secteur géographique.

L'amendement COM-153 est adopté.

L'article 14 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article 14 bis (nouveau)

Mme Pascale Gruny, rapporteur. – L'amendement **COM-29** rectifié prévoit que le contenu des informations transmises sur les arrêts de travail des salariés présentant un risque de désinsertion professionnelle doit être précisé par un décret en Conseil d'État. Avis favorable.

L'amendement COM-29 rectifié est adopté.

Mme Pascale Gruny, rapporteur. – L'amendement **COM-154** prévoit que le même décret doit être pris après avis de la CNIL.

L'amendement COM-154 est adopté.

Mme Pascale Gruny, rapporteur. – L'amendement **COM-110** donne un caractère facultatif aux transmissions d'informations du SPSTI aux organismes de sécurité sociale. Mon avis est défavorable.

L'amendement COM-110 n'est pas adopté.

Mme Pascale Gruny, rapporteur. – L'amendement **COM-155** étend l'obligation d'information des organismes de sécurité sociale aux SPST autonomes.

L'amendement COM-155 est adopté.

Mme Pascale Gruny, rapporteur. – L'amendement **COM-191** vise à garantir l'applicabilité des dispositions de l'article 14 bis à Saint-Pierre-et-Miquelon.

M. Stéphane Artano, rapporteur. – En matière sociale, un régime particulier s'applique à Saint-Pierre-et-Miquelon ; il faut donc l'adapter.

L'amendement COM-191 est adopté.

L'article 14 bis est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article 14 ter (nouveau)

Mme Pascale Gruny, rapporteur. – L'amendement **COM-156** recentre le rôle du référent handicap en matière de prévention de la désinsertion professionnelle.

L'amendement COM-156 est adopté.

L'amendement **COM-70** est déclaré irrecevable en application de l'article 45 de la Constitution.

L'article 14 ter est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Articles additionnels après l'article 14 ter (nouveau)

L'amendement **COM-71** est déclaré irrecevable en application de l'article 45 de la Constitution.

Mme Pascale Gruny, rapporteur. – Les amendements identiques **COM-72** et **COM-122** rectifié bis tendent à fixer un quota de 6 % des créneaux pour les visites réalisées par les services de santé au travail pour les travailleurs en situation de handicap. Mon avis est défavorable. L'obligation d'emploi n'a rien à voir avec le suivi de la santé des travailleurs handicapés.

Les amendements COM-72 et COM-122 rectifié bis ne sont pas adoptés.

Mme Pascale Gruny, rapporteur. – L'amendement **COM-123** rectifié bis prévoit qu'une priorité doit être donnée aux travailleurs en situation de handicap dans la prise en charge par les SST. Il revient au médecin du travail de décider des besoins : avis défavorable

L'amendement COM-123 rectifié bis n'est pas adopté.

Article 15

Mme Pascale Gruny, rapporteur. – Les amendements identiques **COM-57** et **COM-73** limitent le recours aux téléconsultations aux seuls cas de circonstances exceptionnelles. Avis défavorable.

Les amendements COM- 57 et COM-73 ne sont pas adoptés.

Mme Pascale Gruny, rapporteur. – L'amendement **COM-157** propose que les obligations de sécurité soient applicables aux technologies utilisées pour les téléconsultations en médecine du travail.

L'amendement COM-157 est adopté.

Mme Pascale Gruny, rapporteur. – L'amendement **COM-158** donne au médecin du travail la possibilité d'associer le médecin traitant ou un médecin spécialiste du travailleur, avec l'accord de ce dernier, aux téléconsultations en médecine du travail.

L'amendement COM-158 est adopté.

Mme Pascale Gruny, rapporteur. – L'amendement **COM-35** concerne les règles de calcul de la périodicité du suivi individuel du travailleur. Or celles-ci sont définies dans la partie réglementaire du code du travail. Ces dispositions n'ont donc pas leur place dans la loi. Avis défavorable.

L'amendement COM-35 n'est pas adopté.

L'article 15 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article 16

Mme Pascale Gruny, rapporteur. – L'amendement **COM-58** vise à supprimer cet article relatif à la visite de mi-carrière. Avis défavorable.

L'amendement COM-58 n'est pas adopté.

Mme Pascale Gruny, rapporteur. – Notre amendement **COM-159** prévoit d'intégrer les objectifs de la visite de mi-carrière au sein de la visite d'information et de prévention pour les salariés de plus de 45 ans.

L'amendement COM-159 est adopté.

L'article 16 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article 17

Mme Pascale Gruny, rapporteur. – Notre amendement **COM-160** donne la possibilité au chef d'entreprise de bénéficier des services du SPSTI auquel son entreprise est affiliée.

L'amendement COM-160 est adopté.

Mme Pascale Gruny, rapporteur. – L'amendement **COM-111** précise que les travailleurs indépendants restent libres de la durée de leur affiliation à un SPSTI et qu'ils adhèrent à ce service s'ils le souhaitent. Avis défavorable, l'intention étant satisfaite par le texte.

*L'amendement COM-111 n'est pas adopté, non plus que l'amendement **COM-30**.*

L'article 17 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article 17 bis (nouveau)

Mme Pascale Gruny, rapporteur. – Notre amendement **COM-161** tend à supprimer cet article, qui propose de mutualiser le suivi de l'état de santé des travailleurs occupant des emplois identiques auprès d'employeurs différents. Si cet article aborde une problématique bien réelle, il n'est pas de bonne méthode de renvoyer la résolution de ce problème à un décret sans que le législateur n'apporte davantage de précision.

L'amendement COM-161 est adopté.

L'article 17 bis est supprimé.

Article 17 ter (nouveau)

Mme Pascale Gruny, rapporteur. – Notre amendement **COM-162** concerne les modalités spécifiques du suivi de l'état de santé des salariés des particuliers employeurs.

L'amendement COM-162 est adopté.

L'article 17 ter est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Articles additionnels après l'article 17 ter (nouveau)

Mme Pascale Gruny, rapporteur. – L'amendement **COM-93** est satisfait par l'amendement de la commission. Demande de retrait ou, à défaut, avis défavorable.

L'amendement COM-93 n'est pas adopté.

Mme Pascale Gruny, rapporteur. – L'amendement **COM-94** vise à exclure les particuliers employeurs de la prise en compte des indications des médecins du travail concernant les assistants maternels qu'ils emploient. Avis défavorable.

L'amendement COM-94 n'est pas adopté.

Mme Pascale Gruny, rapporteur. – L'amendement **COM-95** est similaire au précédent. Même avis.

L'amendement COM-95 n'est pas adopté.

Article 18

Mme Pascale Gruny, rapporteur. – Notre amendement **COM-163** supprime la présence du SPST au rendez-vous de liaison et donne à l'employeur la possibilité de solliciter ce rendez-vous.

L'amendement COM-163 est adopté ; l'amendement **COM-75** n'a plus d'objet.

L'amendement de coordination **COM-164** est adopté.

Mme Pascale Gruny, rapporteur. – L'amendement **COM-74** rectifié prévoit que le salarié doit être informé par le SPST ou l'employeur que le salarié peut être accompagné d'un représentant syndical au rendez-vous de liaison. Avis défavorable.

L'amendement COM-74 rectifié n'est pas adopté.

Mme Pascale Gruny, rapporteur. – L'amendement **COM-76** prévoit un délai maximal pour l'organisation de l'examen de pré-reprise après sa demande. Avis défavorable.

L'amendement COM-76 n'est pas adopté.

L'article 18 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article 18 bis (nouveau)

Mme Pascale Gruny, rapporteur. – Les amendements identiques **COM-4** rectifié bis et **COM-7** rectifié proposent que les actions des caisses de sécurité sociale conduites en matière de prévention de la désinsertion professionnelle pour leurs assurés puissent se faire, en tant que de besoin, avec des intervenants extérieurs qualifiés. Avis favorable.

Les amendements **COM-4** rectifié bis et **COM-7** rectifié sont adoptés.

Les amendements de coordination **COM-195**, **COM-190** et **COM-192** sont adoptés.

L'article 18 bis est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article 18 ter (nouveau)

Mme Pascale Gruny, rapporteur. – Notre amendement **COM-165** supprime cet article, qui complète la liste des mesures que le médecin du travail peut proposer au salarié, en y ajoutant des mesures d'accompagnement humain pour le maintien de l'emploi. Cette disposition ne me semble pas justifiée et n'a pas de véritable portée.

L'amendement **COM-165** est adopté.

L'article 18 ter est supprimé.

Article 19

L'article 19 est adopté sans modification.

Article 20

M. Stéphane Artano, rapporteur. – L'amendement **COM-127** rectifié tend à prévoir une représentation des administrations publiques au conseil d'administration des SSTI. Avis défavorable.

L'amendement **COM-127** rectifié n'est pas adopté.

M. Stéphane Artano, rapporteur. – L'amendement **COM-166** concerne les règles de désignation des représentants des employeurs au conseil d'administration des SPSTI. L'Assemblée nationale a prévu des règles particulières notamment pour les SPSTI ayant vocation à couvrir un secteur multiprofessionnel. Nous proposons de rétablir le texte de l'ANI.

L'amendement **COM-166** est adopté ; l'amendement **COM-39** devient sans objet.

L'article 20 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article 21

M. Stéphane Artano, rapporteur. – L'amendement **COM-59** vise à supprimer le dispositif du médecin praticien correspondant. Avis défavorable.

L'amendement **COM-59** n'est pas adopté.

M. Stéphane Artano, rapporteur. – L'amendement **COM-167** encadre le recours au dispositif du médecin praticien correspondant.

L'amendement COM-167 est adopté.

M. Stéphane Artano, rapporteur. – L'amendement **COM-96** rectifié vise à contraindre tous les SPST à recourir au dispositif du médecin praticien correspondant pour assurer une partie du suivi individuel des travailleurs. Avis défavorable.

M. René-Paul Savary. – Attention, les SPSTI risquent de ne jamais être au complet. Il faut impérativement mutualiser plus.

Mme Pascale Gruny, rapporteur. – Le médecin praticien correspondant ne sera jamais un médecin du travail, sauf à ce qu'il suive une formation complète. Ce n'est qu'en cas de manque criant de médecins du travail que l'on doit recourir à ses services, sinon on risque de s'acheminer vers la suppression de la médecine du travail.

M. Stéphane Artano, rapporteur. – Il appartient d'ailleurs au SPST de décider d'un éventuel recours au médecin praticien correspondant.

L'amendement COM-96 rectifié n'est pas adopté.

M. Stéphane Artano, rapporteur. – Les amendements identiques **COM-31** et **COM-97** rectifié permettent le cumul des fonctions de médecin traitant et de médecin praticien correspondant en cas d'accord du travailleur. Or cette interdiction de cumul vise précisément à protéger le travailleur, en évitant que certaines informations liées à son état de santé, notamment en cas de pathologies chroniques, ne viennent interférer dans sa vie professionnelle.

Les amendements COM-31 et COM-97 rectifié ne sont pas adoptés.

M. Stéphane Artano, rapporteur. – L'amendement **COM-114** est satisfait, car il est déjà prévu à l'article 21 qu'un décret en Conseil d'État définira les modalités de mise en œuvre du dispositif du médecin praticien correspondant. Avis défavorable.

L'amendement COM-114 n'est pas adopté.

L'amendement rédactionnel **COM-168** est adopté.

M. Stéphane Artano, rapporteur. – L'amendement **COM-185** concerne les conditions de dérogation à l'obligation de diplôme en médecine du travail pour exercer les fonctions de médecin du travail à Saint-Pierre-et-Miquelon. Par parallélisme des formes avec le dispositif de médecin praticien correspondant, il est proposé de relever les exigences en termes de formation applicables aux médecins non spécialistes en médecine du travail qui peuvent déjà être mobilisés en cas d'absence sur le territoire de médecins du travail.

L'amendement COM-185 est adopté.

L'article 21 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article additionnel après l'article 21

M. Stéphane Artano, rapporteur. – L'amendement **COM-169** prévoit une expérimentation de l'extension du droit de prescription des médecins du travail.

L'amendement COM-169 est adopté et devient article additionnel.

Article 22

M. Stéphane Artano, rapporteur. – L'amendement **COM-5** rectifié bis donne au médecin du travail la possibilité de déléguer certaines de ses missions à des intervenants extérieurs au SPST. Il est problématique de déléguer des missions à des intervenants sur lesquels il n'a pas autorité. En outre, cet amendement tend à écraser les dispositions initiales de l'article 22, qui visent à donner un fondement législatif à l'obligation de tiers-temps que le médecin du travail doit consacrer aux actions en milieu de travail. Demande de retrait ou, à défaut, avis défavorable.

L'amendement COM-5 rectifié bis n'est pas adopté.

M. Stéphane Artano, rapporteur. – L'amendement **COM-170** rectifié vise à renforcer le tiers-temps que le médecin du travail doit consacrer aux actions en milieu de travail.

L'amendement COM-170 rectifié est adopté.

M. Stéphane Artano, rapporteur. – L'amendement **COM-60** a le même objet, mais l'amendement de la commission est plus complet. Demande de retrait ou, à défaut, avis défavorable.

L'amendement COM-60 n'est pas adopté.

M. Stéphane Artano, rapporteur. – L'amendement **COM-102** renvoie à un décret la fixation de la fraction de temps de travail que le médecin du travail doit consacrer aux actions en milieu de travail. Avis défavorable.

L'amendement COM-102 n'est pas adopté.

M. Stéphane Artano, rapporteur. – L'amendement **COM-32** donne au médecin du travail la possibilité de déléguer une partie de ses missions à des intervenants extérieurs au SPST. Demande de retrait ou, à défaut, avis défavorable.

L'amendement COM-32 n'est pas adopté.

L'article 22 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article 23

M. Stéphane Artano, rapporteur. – L'amendement **COM-171** a trait aux conditions de formation pour l'obtention du titre d'infirmier de santé au travail.

L'amendement COM-171 est adopté.

M. Stéphane Artano, rapporteur. – L'amendement **COM-61** fixe un niveau universitaire de master à la formation requise pour l'obtention du titre d'infirmier de santé au travail. Nous poursuivons le même objectif avec l'amendement COM-171. Nous demandons donc le retrait ou, à défaut, notre avis sera défavorable.

L'amendement COM-61 n'est pas adopté.

M. Stéphane Artano, rapporteur. – L'amendement **COM-172** vise à clarifier les conditions de prise en charge par l'employeur de la formation des infirmiers du SPST.

L'amendement COM-172 est adopté.

L'article 23 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article additionnel après l'article 23

M. Stéphane Artano, rapporteur. – L'amendement **COM-64** vise à étendre aux infirmiers de santé au travail des SPST le statut de salarié protégé. Or seul le médecin du travail dispose de ce statut pour garantir son indépendance professionnelle vis-à-vis des entreprises adhérentes aux SPST. D'ailleurs, ce sujet n'a pas fait l'objet de discussions approfondies dans le cadre de l'ANI. Avis défavorable.

L'amendement COM-64 n'est pas adopté.

Article 24

M. Stéphane Artano, rapporteur. – Plutôt que de lister l'ensemble des professions susceptibles de faire partie de l'équipe pluridisciplinaire, l'amendement **COM-173** privilégie une référence générique aux auxiliaires médicaux disposant de compétences en santé au travail.

L'amendement COM-173 est adopté ; l'amendement **COM-18** rectifié bis devient sans objet.

M. Stéphane Artano, rapporteur. – L'amendement **COM-174** supprime la possibilité pour le médecin du travail de déléguer ses missions d'animation et de coordination de l'équipe pluridisciplinaire.

L'amendement COM-174 est adopté ; l'amendement **COM-121** rectifié bis devient sans objet.

M. Stéphane Artano, rapporteur. – Nous avons une nette préférence pour l'amendement **COM-33** rectifié car il est cohérent avec l'article 21 de la proposition de loi : il permet de rappeler que les SPSTI pourront constituer un réseau de médecins praticiens correspondants dans les conditions prévues par le code du travail. En revanche, l'amendement **COM-98** rectifié est problématique car il envisage le recours à un réseau de médecins praticiens correspondants de façon systématique. Or ce dispositif n'a vocation à être mobilisé que dans les cas où les ressources du SPST ne lui permettraient pas d'assurer la continuité de ses missions. C'est donc un avis favorable pour l'amendement COM-33 rectifié et une demande de retrait ou, à défaut, un avis défavorable pour l'amendement COM-98 rectifié.

L'amendement COM-33 rectifié est adopté ; l'amendement COM-98 rectifié devient sans objet.

M. Stéphane Artano, rapporteur. – L'amendement **COM-116** supprime la condition de qualification pour bénéficier d'une délégation de tâches du médecin du travail. Avis défavorable.

L'amendement COM-116 n'est pas adopté.

M. Stéphane Artano, rapporteur. – L'amendement **COM-77**, qui prévoit la participation de l'équipe pluridisciplinaire à des actions de sensibilisation au handicap, est satisfait par l'alinéa 6 de l'article 4 de la proposition de loi. Demande de retrait ou, à défaut, avis défavorable.

L'amendement COM-77 n'est pas adopté.

M. Stéphane Artano, rapporteur. – Les amendements identiques **COM-139** et **COM-125** rectifié sont des amendements de cohérence visant à s'assurer que la délégation de tâches s'inscrit dans le respect du projet de service pluriannuel.

Les amendements COM-139 et COM-125 rectifié sont adoptés.

M. Stéphane Artano, rapporteur. – L'amendement **COM-117** rectifié précise que les décisions du directeur doivent s'inscrire dans le respect des actions approuvées par le conseil d'administration dans le cadre du projet de service pluriannuel. Avis favorable.

L'amendement COM-117 rectifié est adopté.

L'amendement de précision **COM-175** est adopté.

M. Stéphane Artano, rapporteur. – L'amendement **COM-186** tend à adapter l'équipe pluridisciplinaire du SPSTI à Saint-Pierre-et-Miquelon.

L'amendement COM-186 est adopté.

L'article 24 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article 25

M. Stéphane Artano, rapporteur. – L'amendement **COM-78** intègre les représentants d'associations de victimes d'accidents du travail au sein du CNPST. Avis défavorable.

L'amendement COM-78 n'est pas adopté.

M. Stéphane Artano, rapporteur. – Même avis pour l'amendement **COM-79**.

L'amendement COM-79 n'est pas adopté.

M. Stéphane Artano, rapporteur. – L'amendement **COM-118** rectifié apporte des précisions sur la représentativité des organisations patronales et syndicales. Avis favorable.

L'amendement COM-118 rectifié est adopté.

M. Stéphane Artano, rapporteur. – L'amendement **COM-176** intègre les représentants de la Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA) au sein du CNPST.

L'amendement COM-176 est adopté.

M. Stéphane Artano, rapporteur. – L'amendement **COM-177** apporte des précisions sur les missions du CNPST.

L'amendement COM-177 est adopté.

M. Stéphane Artano, rapporteur. – L'amendement **COM-13** rectifié prévoit que le CNPST transmet les données épidémiologiques sectorielles aux branches professionnelles. Or celui-ci n'est pas armé pour le faire. Demande de retrait ou, à défaut, avis défavorable.

L'amendement COM-13 rectifié n'est pas adopté.

M. Stéphane Artano, rapporteur. – Par cohérence avec l'amendement précédent, même avis pour l'amendement **COM-12** rectifié.

L'amendement COM-12 rectifié n'est pas adopté.

M. Stéphane Artano, rapporteur. – L'amendement **COM-178** renvoie à un décret en Conseil d'État le soin de compléter les missions du CNPST et de déterminer sa composition, son organisation et son fonctionnement.

L'amendement COM-178 est adopté.

L'article 25 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article 26

M. Stéphane Artano, rapporteur. – L'amendement **COM-80** intègre les représentants des acteurs du champ du handicap au sein des CRPST. Avis défavorable.

L'amendement COM-80 n'est pas adopté.

M. Stéphane Artano, rapporteur. – L'amendement **COM-119** est un amendement de précision sur la représentativité des organisations patronales et syndicales. Avis favorable.

L'amendement COM-119 est adopté.

M. Stéphane Artano, rapporteur. – L'amendement **COM-179** intègre dans les CRPST les représentants du réseau des caisses pluridépartementales et départementales de la Mutualité sociale agricole.

L'amendement COM-179 est adopté.

M. Stéphane Artano, rapporteur. – L'amendement **COM-180** précise les missions des CRPST.

L'amendement COM-180 est adopté.

L'article 26 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article 27

M. Stéphane Artano, rapporteur. – Les amendements identiques **COM-81** et **COM-181** visent à supprimer cet article qui habilite le gouvernement à prendre par ordonnances des mesures qui relèvent du pouvoir réglementaires.

Les amendements COM-81 et COM-181 sont adoptés.

L'article 27 est supprimé.

Article 28

L'article 28 est adopté sans modification.

Article 28 bis (nouveau)

M. Stéphane Artano, rapporteur. – L'amendement **COM-182** vise à supprimer cet article, qui prévoit une demande de rapport sur la mise en œuvre du médecin praticien correspondant.

L'amendement COM-182 est adopté ; les amendements **COM-34** et **COM-99** rectifié deviennent sans objet.

L'article 28 bis est supprimé.

Article 29

L'amendement de coordination **COM-184** est adopté.

M. Stéphane Artano, rapporteur. – Notre amendement **COM-187** supprime la possibilité d'anticiper par décret la date d'entrée en vigueur de la proposition de loi.

L'amendement COM-187 est adopté.

L'amendement rédactionnel **COM-188** est adopté.

L'article 29 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.

Article 30 (Supprimé)

L'article 30 est supprimé.

La proposition de loi est adoptée dans la rédaction issue des travaux de la commission.

TABLEAU DES SORTS

| Auteur | N° | Objet | Sort de l'amendement |
|--|-----------|--------------|-----------------------------|
| TITRE I^{ER} : RENFORCER LA PRÉVENTION AU SEIN DES ENTREPRISES ET DÉCLOISONNER LA SANTÉ PUBLIQUE ET LA SANTÉ AU TRAVAIL | | | |

| Auteur | N° | Objet | Sort de l'amendement |
|---|-----------------------|--|--|
| Articles additionnels après l'article 1^{er} | | | |
| Mme POUMIROL | 82 | Mise en place obligatoire d'une CSSCT dans toutes les entreprises dotées d'un CSE | Irrecevable au titre de l'art. 48-3 |
| Mme POUMIROL | 83 | Mise en place obligatoire d'une CSSCT par accord de branche | Irrecevable au titre de l'art. 48-3 |
| Article 1er bis (nouveau) Dispositions réglementaires applicables aux services de santé au travail agricoles | | | |
| M. ARTANO et Mme GRUNY, rapporteurs | 183 | Amendement de coordination | Adopté |
| Article 2 Amélioration des conditions d'élaboration, d'accessibilité et de conservation du document unique d'évaluation des risques professionnels | | | |
| M. ARTANO et Mme GRUNY, rapporteurs | 128 | Limitation de l'obligation d'élaborer un programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail aux seules entreprises de plus de 50 salariés | Adopté |
| M. BABARY | 100 | Limitation de l'obligation d'élaborer un programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail aux seules entreprises de plus de 50 salariés | Satisfait ou sans objet |
| M. MOUILLER | 22 | Limitation de l'obligation d'élaborer un programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail aux seules entreprises de plus de 50 salariés | Satisfait ou sans objet |
| M. MOUILLER | 23 | Conditions du suivi de de la mise à jour du DUERP et de la mise en œuvre du programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail | Satisfait ou sans objet |
| Mme DESEYNE | 1 rect. <i>ter</i> | Limitation de l'obligation d'élaborer un programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail aux seules entreprises de plus de 50 salariés | Satisfait ou sans objet |
| M. MILON | 8 rect. | Limitation de l'obligation d'élaborer un programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail aux seules entreprises de plus de 50 salariés | Satisfait ou sans objet |

| Auteur | N° | Objet | Sort de l'amendement |
|--|--------------------|--|--------------------------------|
| M. MOUILLER | 24 rect. | Limitation de l'obligation d'élaborer un programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail aux seules entreprises de plus de 20 salariés | Satisfait ou sans objet |
| M. ARTANO et Mme GRUNY, rapporteurs | 129 | Structures internes et externes à l'entreprise concourant à l'évaluation des risques professionnels | Adopté |
| Mme PONCET MONGE | 41 | Place de l'évaluation des risques liés aux projets de restructuration dans les missions des SPST | Satisfait ou sans objet |
| Mme POUMIROL | 88 | Place de l'évaluation des risques liés aux projets de restructuration dans les missions des SPST | Satisfait ou sans objet |
| Mme PONCET MONGE | 42 rect. | Réaffirmation de la responsabilité de l'employeur dans l'évaluation des risques professionnels et la mise en œuvre de mesures de prévention et de protection | Satisfait ou sans objet |
| Mme POUMIROL | 84 | Réaffirmation de la responsabilité de l'employeur dans l'évaluation des risques professionnels et la mise en œuvre de mesures de prévention et de protection | Satisfait ou sans objet |
| M. BABARY | 104 | Suppression de la consultation du CSE sur le DUERP et ses mises à jour | Satisfait ou sans objet |
| Mme PONCET MONGE | 43 | Inclusion dans le DUERP de l'avis du CSE formulé sur ce document | Rejeté |
| Mme DESEYNE | 2 rect. <i>bis</i> | Transfert au SPST de la responsabilité de la conservation et de la mise à disposition du DUERP | Rejeté |
| M. MILON | 10 rect. | Transfert au SPST de la responsabilité de la conservation et de la mise à disposition du DUERP | Rejeté |
| M. BABARY | 105 | Limitation des personnes et instances habilitées à avoir accès au DUERP | Rejeté |
| Mme POUMIROL | 86 | Modalités de mise à disposition du DUERP aux anciens travailleurs | Rejeté |
| Mme PONCET MONGE | 44 | Modalités de mise à disposition du DUERP aux anciens travailleurs | Rejeté |
| M. BABARY | 106 | Réduction de la durée minimale de conservation du DUERP de 40 à 20 ans | Rejeté |
| Mme PONCET MONGE | 45 | Extension de 40 à 60 ans de la durée minimale de conservation du DUERP | Rejeté |

| Auteur | N° | Objet | Sort de l'amendement |
|--|-----------|--|--|
| M. ARTANO et Mme GRUNY, rapporteurs | 130 rect. | Principe de conservation et mise à disposition dématérialisées du DUERP | Adopté |
| M. BABARY | 103 | Suppression de la transmission par l'employeur du DUERP aux SPST | Rejeté |
| M. MOUILLER | 25 | Suppression de la transmission par l'employeur du DUERP aux SPST | Rejeté |
| Mme POUMIROL | 87 | Transfert aux Carsat de l'archivage et de la mise à disposition des DUERP | Irrecevable au titre de l'art. 40 |
| Article 2 bis (nouveau) Négociation annuelle sur la qualité des conditions de travail | | | |
| Mme PONCET MONGE | 48 | Ajout de la qualité des conditions de travail parmi les thèmes de négociation collective en entreprise | Adopté |
| Mme POUMIROL | 89 | Ajout de la qualité des conditions de travail parmi les thèmes de négociation collective en entreprise | Adopté |
| Mme PONCET MONGE | 46 | Rendre obligatoire la négociation en entreprise sur la qualité des conditions de travail lorsque la négociation s'inscrit dans la cadre des dispositions supplétives du code de travail | Rejeté |
| Mme PONCET MONGE | 47 | Ajout du thème de l'organisation du travail parmi les thématiques facultatives sur lesquelles la négociation en entreprise peut avoir lieu lorsqu'elle s'inscrit dans le cadre des dispositions supplétives du code du travail | Rejeté |
| Article 2 ter (nouveau) Prise en compte des situations de polyexpositions pour les travailleurs exposés à des risques chimiques | | | |
| M. ARTANO et Mme GRUNY, rapporteurs | 131 | Renforcement du suivi post-exposition des travailleurs exposés à des risques particuliers | Adopté |
| Articles additionnels après l'article 2 ter (nouveau) | | | |
| Mme ESTROSI SASSONE | 19 rect. | Renforcement du suivi post-exposition des travailleurs exposés à des risques chimiques | Rejeté |
| Mme POUMIROL | 90 | Renforcement du suivi post-exposition des travailleurs exposés à des risques chimiques | Rejeté |
| Article 3 | | | |

| Auteur | N° | Objet | Sort de l'amendement |
|---|-----|---|----------------------|
| Création du passeport de prévention | | | |
| Mme PONCET MONGE | 49 | Suppression de l'article | Rejeté |
| Mme POUMIROL | 91 | Redénomination du passeport de prévention en livret de formation santé sécurité | Rejeté |
| Mme PONCET MONGE | 50 | Redénomination du passeport de prévention en livret des formations à la sécurité et à la prévention des risques professionnels | Rejeté |
| M. BABARY | 107 | Suppression de l'intégration du passeport de prévention dans le passeport d'orientation, de formation et de compétences | Rejeté |
| M. ARTANO et Mme GRUNY, rapporteurs | 132 | Intégration du passeport de prévention dans le passeport d'orientation, de formation et de compétences | Adopté |
| M. ARTANO et Mme GRUNY, rapporteurs | 133 | Extension aux demandeurs d'emploi de la possibilité d'ouvrir un passeport de prévention | Adopté |
| M. BABARY | 120 | Suppression du principe d'un délai pour la définition des modalités de mise en œuvre du passeport de prévention par le CNPST | Rejeté |
| M. ARTANO et Mme GRUNY, rapporteurs | 134 | Délai imparti au CNPST pour définir les modalités de mise en œuvre du passeport de prévention | Adopté |
| Article 4 Extensions des missions des services de santé au travail | | | |
| Mme PONCET MONGE | 51 | Suppression de l'article | Rejeté |
| Mme POUMIROL | 92 | Extension du statut de salarié protégé à tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire des SPST | Rejeté |
| Mme PONCET MONGE | 52 | Extension du statut de salarié protégé à tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire des SPST | Rejeté |
| M. ARTANO et Mme GRUNY, rapporteurs | 135 | Clarification de l'articulation des actions de promotion de la santé avec la mission principale des SPST dans la prévention de toute altération de la santé du travailleur du fait du travail | Adopté |
| M. ARTANO et Mme GRUNY, | 136 | Reconnaissance dans la loi du concept de qualité de vie et des conditions de travail | Adopté |

| Auteur | N° | Objet | Sort de l'amendement |
|--|--------------------|--|---|
| rapporteurs | | | |
| M. MOUILLER | 124 | Priorisation des missions de la médecine du travail | Rejeté |
| M. ARTANO et Mme GRUNY, rapporteurs | 137 | Accompagnement de l'entreprise par le SPST dans l'analyse de l'impact sur la santé des changements organisationnels importants | Adopté |
| Mme DESEYNE | 6 rect. <i>bis</i> | Participation des SPST au repérage des troubles auditifs | Rejeté |
| Article additionnel après l'article 4 | | | |
| Mme GUIDEZ | 40 | Prise en charge intégrale par l'assurance maladie des actes et examens complémentaires prescrits par un médecin du travail | Irrecevable au titre de l'art 40 |
| Article 5 Intégration des services de prévention et de santé au travail dans les structures territoriales de coopération sanitaire | | | |
| M. BABARY | 108 | Suppression de l'article | Rejeté |
| Article 6 Présentation d'un volet « politique de santé au travail » au sein du rapport annexé au projet de loi de finances relatif à la politique de santé publique | | | |
| M. ARTANO et Mme GRUNY, rapporteurs | 138 | Suppression de la mention d'un bilan des plans d'action contre l'absentéisme dans le volet « santé au travail » du jaune budgétaire « Prévention santé » | Adopté |
| TITRE II : DÉFINIR L'OFFRE DE SERVICES À FOURNIR PAR LES SERVICES DE PRÉVENTION ET DE SANTÉ AU TRAVAIL AUX ENTREPRISES ET AUX SALARIÉS, NOTAMMENT EN MATIÈRE DE PRÉVENTION ET D'ACCOMPAGNEMENT | | | |
| Article 8 Mise en place d'une offre socle et d'une offre complémentaire par les services de prévention et de santé au travail interentreprises ainsi que d'une procédure de certification | | | |
| Mme PONCET MONGE | 53 | Suppression de l'article | Rejeté |
| M. MOUILLER | 26 | Fixation de l'ensemble socle de services par arrêté | Rejeté |
| M. BABARY | 109 | Qualification d'obligatoire de l'offre socle de services | Rejeté |
| M. ARTANO et Mme GRUNY, rapporteurs | 140 | Définition de l'étendue de l'offre socle de services | Adopté |

| Auteur | N° | Objet | Sort de l'amendement |
|--|------------------------|---|------------------------------------|
| Mme GUIDEZ | 36 | Suppression de l'offre de services complémentaires | Rejeté |
| M. MILON | 9 rect. | Recours à des intervenants extérieurs qualifiés par les SPSTI | Rejeté |
| Mme DESEYNE | 3 rect. <i>bis</i> | Recours à des intervenants extérieurs qualifiés par les SPSTI | Rejeté |
| M. ARTANO et Mme GRUNY, rapporteurs | 141 | Avis du CRPST sur l'agrément des SPSTI | Adopté |
| M. ARTANO et Mme GRUNY, rapporteurs | 142 | Introduction d'un régime d'administration provisoire des SPSTI | Adopté |
| M. ARTANO et Mme GRUNY, rapporteurs | 143 | Rôle du CNPST dans la définition du cahier des charges de la certification | Adopté |
| M. MOUILLER | 27 | Rôle du CNPST dans la définition du cahier des charges de la certification | Satisfait ou sans objet |
| M. BABARY | 101 | Rôle du CNPST dans la définition du cahier des charges de la certification | Satisfait ou sans objet |
| M. ARTANO et Mme GRUNY, rapporteurs | 189 | Avis de l'OPPBTP sur le CPOM des SPSTI du secteur | Adopté |
| M. MOUILLER | 62 | Cosignature du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens par l'OPPBTP | Satisfait ou sans objet |
| M. CHASSEING | 16 rect. <i>bis</i> | Cosignature du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens par l'OPPBTP | Satisfait ou sans objet |
| M. MOUILLER | 63 | Cosignature du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens par les organismes professionnels de prévention | Satisfait ou sans objet |
| Articles additionnels après l'article 8 | | | |
| Mme ESTROSI SASSONE | 20 | Possibilité de recours des SPST autonomes aux compétences des SPST interentreprises | Adopté |
| Mme POUMIROL | 65 | Possibilité de recours des SPST autonomes aux compétences des SPST interentreprises | Adopté |
| Article 9 | | | |
| Réforme de la tarification des services de prévention et de santé au travail interentreprises | | | |
| M. ARTANO et Mme GRUNY, rapporteurs | 144 | Calcul des cotisations selon la règle du <i>per capita</i> | Adopté |

| Auteur | N° | Objet | Sort de l'amendement |
|--|---------------------|---|--------------------------------|
| Mme Nathalie DELATTRE | 194 | Fixation du calcul des cotisations en équivalent temps plein | Satisfait ou sans objet |
| Mme LASSARADE | 15 | Fixation du calcul des cotisations en équivalent temps plein | Satisfait ou sans objet |
| Mme PUISSAT | 17 rect. | Fixation du calcul des cotisations en équivalent temps plein | Satisfait ou sans objet |
| M. MILON | 21 rect. <i>bis</i> | Fixation du calcul des cotisations en nombre de personnes physiques | Rejeté |
| Mme GUIDEZ | 37 | Suppression de l'offre de services complémentaires et de sa grille tarifaire | Rejeté |
| M. ARTANO et Mme GRUNY, rapporteurs | 145 | Encadrement de la fixation de la cotisation par référence au coût moyen de l'offre socle | Adopté |
| Article 10 | | | |
| Renforcement de la transparence des documents produits par les SPSTI | | | |
| M. ARTANO et Mme GRUNY, rapporteurs | 146 | Renvoi au décret de la liste des documents devant être communiqués | Adopté |
| M. MOUILLER | 28 | Exigence d'interopérabilité des systèmes informatiques des SPSTI | Satisfait ou sans objet |
| Mme GUIDEZ | 38 | Suppression de l'offre de services complémentaires | Satisfait ou sans objet |
| Article 11 | | | |
| Accès des professionnels de santé des services de prévention et de santé au travail au dossier médical partagé du travailleur | | | |
| Mme PONCET MONGE | 54 | Suppression de l'article | Rejeté |
| Mme POUMIROL | 66 | Suppression de l'article | Rejeté |
| M. ARTANO et Mme GRUNY, rapporteurs | 147 | Accès des professionnels de santé chargés du suivi de l'état de santé du travailleur au DMP | Adopté |
| Mme PONCET MONGE | 55 | Consentement écrit du travailleur à l'accès de la médecine du travail à son DMP | Satisfait ou sans objet |
| M. ARTANO et Mme GRUNY, rapporteurs | 193 | Coordination | Adopté |
| Article 12 | | | |
| Modalités d'accès au dossier médical en santé au travail | | | |

| Auteur | N° | Objet | Sort de l'amendement |
|--|-----------|--|--------------------------------|
| M. ARTANO et Mme GRUNY, rapporteurs | 149 | Articulation du dossier médical en santé au travail avec le dossier médical partagé | Adopté |
| Mme POUMIROL | 67 | Alimentation du dossier médical en santé au travail par les professionnels de santé chargés du suivi de l'état de santé du travailleur | Satisfait ou sans objet |
| Article 13 Intégration des données issues des dossiers médicaux en santé au travail dans le système national de données de santé | | | |
| M. ARTANO et Mme GRUNY, rapporteurs | 150 | Extension aux SPST de l'obligation de mise en conformité avec les référentiels d'interopérabilité et de sécurité en santé | Adopté |
| TITRE III : MIEUX ACCOMPAGNER CERTAINS PUBLICS, NOTAMMENT VULNÉRABLES OU EN SITUATION DE HANDICAP, ET LUTTER CONTRE LA DÉSINSERTION PROFESSIONNELLE | | | |
| Article 14 Création d'une cellule de prévention de la désinsertion professionnelle au sein des SPSTI | | | |
| Mme LE HOUEROU | 69 | Prise en charge des situations individuelles par la cellule désinsertion | Rejeté |
| M. ARTANO et Mme GRUNY, rapporteurs | 152 | Missions de la cellule de prévention de la désinsertion professionnelle | Adopté |
| Mme PONCET MONGE | 56 | Missions supplémentaires de la cellule de prévention de la désinsertion professionnelle | Rejeté |
| Mme LE HOUEROU | 68 | Missions supplémentaires de la cellule de prévention de la désinsertion professionnelle | Rejeté |
| M. ARTANO et Mme GRUNY, rapporteurs | 151 | Coordination et composition de la cellule désinsertion | Adopté |
| M. MILON | 11 rect. | Collaboration entre la cellule de prévention de la désinsertion professionnelle et les <i>intervenants</i> extérieurs qualifiés | Rejeté |
| M. ARTANO et Mme GRUNY, rapporteurs | 153 | Mutualisation de la cellule désinsertion | Adopté |
| Article 14 bis (nouveau) Amélioration du partage d'informations entre les organismes d'assurance maladie et les SPST | | | |
| M. MOUILLER | 29 rect. | Avis du Conseil d'État sur le décret précisant le contenu des informations | Adopté |

| Auteur | N° | Objet | Sort de l'amendement |
|---|----------------------|--|--|
| | | transmises sur les arrêts de travail des salariés | |
| M. ARTANO et Mme GRUNY, rapporteurs | 154 | Avis de la CNIL sur le décret prévoyant le contenu des informations transmises | Adopté |
| M. BABARY | 110 | Caractère facultatif des transmissions d'information du SPSTI aux organismes de sécurité sociale | Rejeté |
| M. ARTANO et Mme GRUNY, rapporteurs | 155 | Extension de l'obligation d'information aux SPST autonomes | Adopté |
| M. ARTANO et Mme GRUNY, rapporteurs | 191 | Applicabilité à Saint-Pierre-et-Miquelon | Adopté |
| Article 14 <i>ter</i> (nouveau) Rôle du référent handicap en matière de prévention de la désinsertion professionnelle des personnes en situation de handicap | | | |
| M. ARTANO et Mme GRUNY, rapporteurs | 156 | Rôle du référent handicap en matière de prévention de la désinsertion professionnelle | Adopté |
| Mme LE HOUEROU | 70 | Mission d'information sur la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé du référent handicap | Irrecevable au titre de l'art. 48-3 |
| Articles additionnels après l'article 14 <i>ter</i> (nouveau) | | | |
| Mme LE HOUEROU | 71 | Possibilité pour les entreprises adaptées de travail temporaire de réaliser des prestations de sensibilisation et de formation | Irrecevable au titre de l'art. 48-3 |
| Mme LE HOUEROU | 72 | Attribution de 6 % des créneaux de prise en charge des SPST aux personnes en situation de handicap | Rejeté |
| M. LÉVRIER | 122 rect. <i>bis</i> | Attribution de 6 % des créneaux de prise en charge des SPST aux personnes en situation de handicap | Rejeté |
| M. LÉVRIER | 123 rect. <i>bis</i> | Priorité aux travailleurs reconnus handicapés dans la prise en charge par les SST | Rejeté |
| Article 15 Intégration des données issues des dossiers médicaux en santé au travail dans le système national de données de santé | | | |
| Mme PONCET MONGE | 57 | Limitation du recours aux téléconsultations pour les seuls cas de circonstances exceptionnelles | Rejeté |

| Auteur | N° | Objet | Sort de l'amendement |
|---|-----------|--|-----------------------------|
| Mme LE HOUEROU | 73 | Limitation du recours aux téléconsultations pour les seuls cas de circonstances exceptionnelles | Rejeté |
| M. ARTANO et Mme GRUNY, rapporteurs | 157 | Obligations de sécurité applicables aux technologies utilisées pour les téléconsultations en médecine du travail | Adopté |
| M. ARTANO et Mme GRUNY, rapporteurs | 158 | Possibilité d'associer aux téléconsultations en médecine du travail le médecin traitant ou spécialiste du travailleur, avec l'accord de ce dernier | Adopté |
| Mme GUIDEZ | 35 | Règles de calcul de la périodicité du suivi individuel du travailleur | Rejeté |
| Article 16 Création d'une visite médicale de mi-carrière | | | |
| Mme PONCET MONGE | 58 | Suppression de l'article | Rejeté |
| M. ARTANO et Mme GRUNY, rapporteurs | 159 | Intégration des objectifs de la visite de mi-carrière au sein de la visite d'information et de prévention pour les salariés de plus de 45 ans | Adopté |
| Article 17 Suivi médical des travailleurs non-salariés et des travailleurs d'entreprises extérieures intervenant dans l'entreprise | | | |
| M. ARTANO et Mme GRUNY, rapporteurs | 160 | Possibilité donnée au chef d'entreprise de bénéficier des services du SPSTI auquel son entreprise est affiliée | Adopté |
| M. BABARY | 111 | Précisions indiquant que les travailleurs indépendants restent libres de la durée de leur affiliation à un SPSTI et qu'ils adhèrent à ce service s'ils le souhaitent | Rejeté |
| M. MOUILLER | 30 | Précision indiquant que les travailleurs indépendants restent libres de la durée de leur affiliation à un SPSTI | Rejeté |
| Article 17 bis (nouveau) Mutualisation du suivi de l'état de santé des salariés ayant plusieurs employeurs | | | |
| M. ARTANO et Mme GRUNY, rapporteurs | 161 | Suppression de l'article | Adopté |
| Article 17 ter (nouveau) Modalités de mise en œuvre du suivi de l'état de santé des salariés du particulier employeur | | | |
| M. ARTANO et Mme GRUNY, | 162 | Modalités spécifiques du suivi de l'état de santé des salariés des particuliers | Adopté |

| Auteur | N° | Objet | Sort de l'amendement |
|---|-------------|---|--------------------------------|
| rapporteurs | | employeurs | |
| Articles additionnels après l'article 17 ter (nouveau) | | | |
| Mme MEUNIER | 93 | Modalités du suivi de la santé des salariés des particuliers employeurs | Rejeté |
| Mme MEUNIER | 94 | Exclusion pour les particuliers employeurs de la prise en compte des indications des médecins du travail concernant les assistants maternels qu'ils emploient | Rejeté |
| Mme MEUNIER | 95 | Exclusion pour les particuliers employeurs de la prise en compte des indications des médecins du travail concernant les salariés qu'ils emploient | Rejeté |
| Article 18 Aménagement des modalités de l'organisation du retour des travailleurs à leur poste après une absence de longue durée | | | |
| M. ARTANO et Mme GRUNY, rapporteurs | 163 | Suppression de la présence du SPST au rendez-vous de liaison et possibilité que l'employeur sollicite ce rendez-vous | Adopté |
| Mme LE HOUEROU | 75 | Présence au rendez-vous de liaison du salarié, du SPST et de l'employeur si le travailleur y consent | Satisfait ou sans objet |
| M. ARTANO et Mme GRUNY, rapporteurs | 164 | Coordination | Adopté |
| Mme LE HOUEROU | 74 rect. | Information par le SPST ou l'employeur que le salarié peut être accompagné d'un représentant syndical au rendez-vous de liaison | Rejeté |
| Mme LE HOUEROU | 76 | Délai maximal pour l'organisation de l'examen de préreprise après sa demande | Rejeté |
| Article 18 bis (nouveau) Encadrement et extension du contrat de rééducation professionnelle en entreprise et de l'essai encadré | | | |
| Mme DESEYNE | 4 rect. bis | Ajout de la possibilité d'associer des intervenants extérieurs aux actions de prévention de la désinsertion professionnelle conduites par les caisses de sécurité sociale | Adopté |
| M. MILON | 7 rect. | Ajout de la possibilité d'associer des intervenants extérieurs aux actions de prévention de la désinsertion professionnelle conduites par les caisses de sécurité sociale | Adopté |

| Auteur | N° | Objet | Sort de l'amendement |
|---|-----------|---|--------------------------------|
| M. ARTANO et Mme GRUNY, rapporteurs | 195 | Coordination | Adopté |
| M. ARTANO et Mme GRUNY, rapporteurs | 190 | Coordination | Adopté |
| M. ARTANO et Mme GRUNY, rapporteurs | 192 | Coordination | Adopté |
| Article 18 ter (nouveau) Ouverture au médecin du travail des mesures d'accompagnement humain de maintien en emploi | | | |
| M. ARTANO et Mme GRUNY, rapporteurs | 165 | Suppression de l'article | Adopté |
| TITRE IV : RÉORGANISER LA GOUVERNANCE DE LA PRÉVENTION ET DE LA SANTÉ AU TRAVAIL | | | |
| Article 20 Aménagement des règles de gouvernance interne des SPSTI | | | |
| M. KLINGER | 127 rect. | Représentation des administrations publiques au conseil d'administration des SPSTI | Rejeté |
| M. ARTANO et Mme GRUNY, rapporteurs | 166 | Règles de désignation des représentants des employeurs au conseil d'administration des SPSTI | Adopté |
| Mme GUIDEZ | 39 | Conditions de désignation des membres du conseil d'administration du SPSTI | Satisfait ou sans objet |
| Article 21 Création du médecin praticien correspondant | | | |
| Mme PONCET MONGE | 59 | Suppression de l'article | Rejeté |
| M. ARTANO et Mme GRUNY, rapporteurs | 167 | Encadrement du recours au dispositif du médecin praticien correspondant | Adopté |
| M. SAVARY | 96 rect. | Caractère obligatoire de recours par les SPST aux médecins praticiens correspondants | Rejeté |
| M. MOUILLER | 31 | Possibilité de cumul des fonctions de médecin traitant et de médecin praticien correspondant en cas d'accord du travailleur | Rejeté |

| Auteur | N° | Objet | Sort de l'amendement |
|---|--------------------|---|-----------------------------|
| M. SAVARY | 97 rect. | Possibilité de cumul des fonctions de médecin traitant et de médecin praticien correspondant en cas d'accord du travailleur | Rejeté |
| M. BABARY | 114 | Définition par décret des modalités de mise en œuvre du dispositif du médecin praticien correspondant | Rejeté |
| M. ARTANO et Mme GRUNY, rapporteurs | 168 | Amendement rédactionnel | Adopté |
| M. ARTANO et Mme GRUNY, rapporteurs | 185 | Conditions de dérogation à l'obligation de diplôme en médecine du travail pour exercer les fonctions de médecin du travail à Saint-Pierre-et-Miquelon | Adopté |
| Article additionnel après l'article 21 | | | |
| M. ARTANO et Mme GRUNY, rapporteurs | 169 | Expérimentation de l'extension du droit de prescription des médecins du travail | Adopté |
| Article 22 Obligation pour le médecin du travail de consacrer un tiers de son temps de travail aux actions en milieu de travail | | | |
| Mme DESEYNE | 5 rect. <i>bis</i> | Possibilité pour le médecin du travail de déléguer certaines de ses missions à des intervenants extérieurs au SPST | Rejeté |
| M. ARTANO et Mme GRUNY, rapporteurs | 170 rect. | Renforcement du tiers-temps que le médecin du travail doit consacrer aux actions en milieu de travail | Adopté |
| Mme PONCET MONGE | 60 | Renforcement du tiers-temps consacré par le médecin du travail aux actions en milieu de travail | Rejeté |
| M. BABARY | 102 | Renvoi au décret de la fixation de la fraction de temps de travail que le médecin du travail doit consacrer aux actions en milieu de travail | Rejeté |
| M. MOUILLER | 32 | Possibilité pour le médecin du travail de déléguer une partie de ses missions à des intervenants extérieurs au SPST | Rejeté |
| Article 23 Création du statut d'infirmier en santé au travail et possibilité pour les infirmiers en pratique avancée d'exercer en service de prévention et de santé au travail | | | |

| Auteur | N° | Objet | Sort de l'amendement |
|--|----------------------|---|--------------------------------|
| M. ARTANO et Mme GRUNY, rapporteurs | 171 | Conditions de formation pour l'obtention du titre d'infirmier de santé au travail | Adopté |
| Mme PONCET MONGE | 61 | Conditions de formation pour l'obtention du titre d'infirmier de santé au travail | Satisfait ou sans objet |
| M. ARTANO et Mme GRUNY, rapporteurs | 172 | Clarification des conditions de prise en charge par l'employeur de la formation des infirmiers du SPST | Adopté |
| Articles additionnel après l'article 23 | | | |
| M. JOMIER | 64 | Extension du statut de salarié protégé aux infirmiers de santé au travail | Rejeté |
| Article 24 Reconnaissance législative de la délégation de tâches au sein de l'équipe pluridisciplinaire du service de prévention et de santé au travail | | | |
| M. ARTANO et Mme GRUNY, rapporteurs | 173 | Association des auxiliaires médicaux à l'équipe pluridisciplinaire du SPSTI | Adopté |
| Mme DESEYNE | 18 rect. <i>bis</i> | Inclusion des préventeurs dans l'équipe pluridisciplinaire du SPST | Satisfait ou sans objet |
| M. ARTANO et Mme GRUNY, rapporteurs | 174 | Suppression de la possibilité pour le médecin du travail de déléguer ses missions d'animation et de coordination de l'équipe pluridisciplinaire | Adopté |
| M. LÉVRIER | 121 rect. <i>bis</i> | Précisions relatives aux rôles du médecin du travail et du directeur du SPSTI | Satisfait ou sans objet |
| M. MOILLER | 33 rect. | Possibilité pour les SPST de constituer un réseau de médecins praticiens correspondants | Adopté |
| M. SAVARY | 98 rect. | Obligation pour les SPST de constituer un réseau de médecins praticiens correspondants | Satisfait ou sans objet |
| M. BABARY | 116 | Suppression de la condition de qualification pour bénéficier d'une délégation de tâches du médecin du travail | Rejeté |
| M. JOMIER | 77 | Participation de l'équipe pluridisciplinaire à des actions de sensibilisation au handicap | Rejeté |
| M. ARTANO et Mme GRUNY, rapporteurs | 139 | Cohérence de la délégation de tâches dans le respect du projet de service pluriannuel | Adopté |
| M. MILON | 125 rect. | Cohérence de la délégation de tâches dans le respect du projet de service pluriannuel | Adopté |

| Auteur | N° | Objet | Sort de l'amendement |
|---|-----------|--|-----------------------------|
| M. BABARY | 117 rect. | Articulation du rôle du directeur du SPSTI avec la gouvernance du SPSTI | Adopté |
| M. ARTANO et Mme GRUNY, rapporteurs | 175 | Amendement rédactionnel | Adopté |
| M. ARTANO et Mme GRUNY, rapporteurs | 186 | Adaptation de l'équipe pluridisciplinaire du SPSTI à Saint-Pierre-et-Miquelon | Adopté |
| Article 25 Création du comité national de prévention et de santé au travail au sein du conseil d'orientation des conditions de travail | | | |
| M. JOMIER | 78 | Intégration de représentants d'associations de victimes d'accidents du travail au sein du CNPST | Rejeté |
| M. JOMIER | 79 | Intégration de représentants d'acteurs du champ du handicap au sein du CNPST | Rejeté |
| M. BABARY | 118 rect. | Amendement de précision sur la représentativité des organisations patronales et syndicales | Adopté |
| M. ARTANO et Mme GRUNY, rapporteurs | 176 | Intégration de représentants de la CCMSA au sein du CNPST | Adopté |
| M. ARTANO et Mme GRUNY, rapporteurs | 177 | Précisions concernant les missions du CNPST | Adopté |
| M. MILON | 13 rect. | Transmission par le CNPST de données épidémiologiques sectorielles aux branches professionnelles | Rejeté |
| M. MILON | 12 rect. | Coordination | Rejeté |
| M. ARTANO et Mme GRUNY, rapporteurs | 178 | Modalités d'application des dispositions de l'article 25 | Adopté |
| Article 26 Création du comité national de prévention et de santé au travail au sein du conseil d'orientation des conditions de travail | | | |
| M. JOMIER | 80 | Intégration de représentants des acteurs du champ du handicap au sein des CRPST | Rejeté |
| M. BABARY | 119 | Amendement de précision sur la représentativité des organisations patronales et syndicales | Adopté |

| Auteur | N° | Objet | Sort de l'amendement |
|--|----------|--|--------------------------------|
| M. ARTANO et Mme GRUNY, rapporteurs | 179 | Intégration dans les CRPST de représentants du réseau des caisses pluridépartementales et départementales de la mutualité sociale agricole | Adopté |
| M. ARTANO et Mme GRUNY, rapporteurs | 180 | Précisions concernant les missions des CRPST | Adopté |
| Article 27 Habilitation du Gouvernement à légiférer par ordonnance sur le regroupement de l'agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail et le réseau des associations régionales pour l'amélioration des conditions de travail | | | |
| M. JOMIER | 81 | Suppression de l'article | Adopté |
| M. ARTANO et Mme GRUNY, rapporteurs | 181 | Suppression de l'article | Adopté |
| Article 28 bis (nouveau) Remise par le Gouvernement au Parlement d'un rapport d'évaluation du recours au dispositif du médecin praticien correspondant | | | |
| M. ARTANO et Mme GRUNY, rapporteurs | 182 | Suppression d'une demande de rapport sur la mise en œuvre du médecin praticien correspondant | Adopté |
| M. MOUILLER | 34 | Extension de deux à cinq ans à compter de la promulgation du délai pour l'évaluation du dispositif du médecin praticien correspondant | Satisfait ou sans objet |
| M. SAVARY | 99 rect. | Extension de deux à cinq ans à compter de la promulgation du délai pour l'évaluation du dispositif du médecin praticien correspondant | Satisfait ou sans objet |
| TITRE V : DISPOSITIONS FINALES | | | |
| Article 29 Entrée en vigueur de la proposition de loi | | | |
| M. ARTANO et Mme GRUNY, rapporteurs | 184 | Coordination | Adopté |
| M. ARTANO et Mme GRUNY, rapporteurs | 187 | Suppression de la possibilité d'anticiper par décret la date d'entrée en vigueur de la proposition de loi | Adopté |
| M. ARTANO et Mme GRUNY, rapporteurs | 188 | Amendement rédactionnel | Adopté |

RÈGLES RELATIVES À L'APPLICATION DE L'ARTICLE 45 DE LA CONSTITUTION ET DE L'ARTICLE 44 BIS, ALINÉA 3, DU RÈGLEMENT DU SÉNAT (« CAVALIERS »)

Si le premier alinéa de l'article 45 de la Constitution, depuis la révision du 23 juillet 2008, dispose que « *tout amendement est recevable en première lecture dès lors qu'il présente un lien, même indirect, avec le texte déposé ou transmis* », le Conseil constitutionnel estime que cette mention a eu pour effet de consolider, dans la Constitution, sa jurisprudence antérieure, reposant en particulier sur « *la nécessité pour un amendement de ne pas être dépourvu de tout lien avec l'objet du texte déposé sur le bureau de la première assemblée saisie* »¹.

De jurisprudence constante et en dépit de la mention du texte « transmis » dans la Constitution, le Conseil constitutionnel apprécie ainsi l'existence du lien par rapport au contenu précis des dispositions du texte initial, déposé sur le bureau de la première assemblée saisie².

Pour les lois ordinaires, le seul critère d'analyse est le lien matériel entre le texte initial et l'amendement, la modification de l'intitulé au cours de la navette restant sans effet sur la présence de « cavaliers » dans le texte³. Pour les lois organiques, le Conseil constitutionnel considère comme un « cavalier » toute disposition organique prise sur un fondement constitutionnel différent de celui sur lequel a été pris le texte initial⁴.

En application des articles 17 *bis* et 44 *bis* du Règlement du Sénat, il revient à la commission saisie au fond de se prononcer sur les irrecevabilités résultant de l'article 45 de la Constitution, étant précisé que le Conseil constitutionnel les soulève d'office lorsqu'il est saisi d'un texte de loi avant sa promulgation.

En application du *vademecum* sur l'application des irrecevabilités au titre de l'article 45 de la Constitution, adopté par la Conférence des Présidents le 20 mars 2019, la commission des affaires sociales a **arrêté**, lors de sa réunion du mercredi 23 juin 2021, **le périmètre indicatif de la proposition de loi n° 378 (2020-2021) pour renforcer la santé au travail**.

Elle a considéré que **ce périmètre incluait** des dispositions relatives :

- à la définition du harcèlement sexuel au travail ;
- à la dénomination, à la gouvernance, à l'organisation et aux missions des services de santé au travail ;

¹ Cf. *commentaire de la décision n° 2010-617 DC du 9 novembre 2010 - Loi portant réforme des retraites*.

² Cf. *par exemple les décisions n° 2015-719 DC du 13 août 2015 - Loi portant adaptation de la procédure pénale au droit de l'Union européenne et n° 2016-738 DC du 10 novembre 2016 - Loi visant à renforcer la liberté, l'indépendance et le pluralisme des médias*.

³ *Décision n° 2007-546 DC du 25 janvier 2007 - Loi ratifiant l'ordonnance n° 2005-1040 du 26 août 2005 relative à l'organisation de certaines professions de santé et à la répression de l'usurpation de titres et de l'exercice illégal de ces professions et modifiant le code de la santé publique*.

⁴ *Décision n° 2011-637 DC du 28 juillet 2011 - Loi organique relative au fonctionnement des institutions de la Polynésie française, confirmée par les décisions n° 2016-732 DC du 28 juillet 2016 - Loi organique relative aux garanties statutaires, aux obligations déontologiques et au recrutement des magistrats ainsi qu'au Conseil supérieur de la magistrature, et n° 2017-753 DC du 8 septembre 2017 - Loi organique pour la confiance dans la vie politique*.

- aux conditions d'exercice de la médecine du travail et aux modalités de mise en œuvre du suivi individuel des travailleurs ;
- au statut de l'infirmier de santé au travail et aux délégations de tâches au sein de l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail ;
- à la définition, à la qualité et au contrôle des services rendus par les services de santé au travail interentreprises ainsi qu'à la tarification de ces services ;
- aux modalités de suivi de la santé au travail des travailleurs non-salariés, des intérimaires et des salariés du particulier employeur ;
- à l'évaluation des risques professionnels ainsi qu'aux actions de prévention et d'amélioration des conditions de travail dans l'entreprise ;
- à la formation des travailleurs en matière de santé et de sécurité au travail ;
- aux visites médicales et aux entretiens professionnels portant sur l'état de santé au travail des salariés ;
- à la prévention de la désinsertion professionnelle ;
- à la gouvernance nationale et territoriale de la santé au travail ;
- à la surveillance du marché des équipements de travail et des équipements de protection individuelle.

En revanche, la commission a estimé que ne présentaient **pas de lien, même indirect, avec le texte déposé**, des amendements relatifs :

- à la prévention des violences sexuelles, sexistes et conjugales ;
- à la protection et à l'accompagnement des victimes de violences et de harcèlement au travail ;
- à l'interdiction des discriminations au travail ;
- aux obligations des entreprises dans la conciliation de l'activité professionnelle et de la vie familiale ;
- à l'assurance des accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) ;
- à la déclaration et à la reconnaissance des maladies professionnelles ;
- à l'encadrement du temps de travail, du télétravail et du travail de nuit ;
- à l'organisation des études de médecine et à la formation initiale des médecins du travail ;
- aux missions et au fonctionnement du comité social et économique, en dehors de sa contribution à l'évaluation des risques professionnels ;
- aux règles d'organisation de la négociation collective et aux thèmes de cette négociation sans lien avec la prévention et la santé au travail ;
- à la santé et à la sécurité au travail dans la fonction publique ;
- aux règles encadrant les conditions de travail des travailleurs handicapés et à la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé.

**LISTE DES PERSONNES ENTENDUES
ET CONTRIBUTIONS ÉCRITES**

LISTE DES PERSONNES ENTENDUES

- **Fédération des particuliers employeurs de France (Fepem)**
Marie-Béatrice Levaux, présidente
Frédérique Devienne, directrice juridique
Michaël Christophe, directeur des affaires publiques sectorielles
Annabelle Jacquemin-Guillaume, responsable des affaires publiques
- **Union des employeurs de l'économie sociale et solidaire (UDES)**
Sébastien Darrigrand, directeur général
Serge Guyot, responsable des affaires sociales
- **Conseil National de l'Ordre des Masseurs-Kinésithérapeutes (CNOMK)**
Pascale Mathieu, présidente
- **Kiné France Prévention**
Pascal Desbois, président
Laurence Lestra, vice-présidente
Christian Meignan, secrétaire général
- **Caisse d'assurance retraite des infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes et orthoptistes (CARPIMKO)**
Marie-Anne François, orthophoniste, présidente
Corrine Friche, masseur-kinésithérapeute, vice-présidente
Maria Plaza, orthoptiste, vice-présidente déléguée
Thomas Lestrade, pédicure-podologue, trésorier

- **Prestamed**
Sylvie Benoit, secrétaire générale
Jean-François Court, administrateur et actionnaire
- **Fédération des Entreprises de Portage Salarial (FEPS)**
Jérôme Tarting, président
Matthieu Guillemin, secrétaire général
- **Observatoire Amarok**
Olivier Torres, professeur à l'Université de Montpellier et MBS, président
Laure Chanselme, psychologue
Chihiro Kageura, chargé de mission
- **Syndicat national des professionnels de santé au travail (SNPST)**
Dr Jean-Michel Sterdyniak, secrétaire général
- **Collectif prévention ATMP**
Marc Benoit, formateur à l'INRS
Nicolas Bourdonneau, contrôleur de sécurité, ergonomiste
Alexia Couly, contrôleur de sécurité
- **Prism'emploi**
Isabelle Eynaud-Chevalier, déléguée générale
Dominique Delcourt, directrice juridique
Patricia Perran, directrice adjointe des affaires juridiques
- **Confédération française des travailleurs (CFDT)**
Catherine Pinchaut, secrétaire national
Bénédicte Moutin, secrétaire confédérale

- **Confédération française des travailleurs chrétiens**

Frédéric Fischbach, membre du bureau confédéral en charge de la Santé au travail

Pierre-Yves Montéléon, responsable confédéral en charge de la santé au travail

- **Confédération française de l'encadrement - Confédération générale des cadres (CFE - CGC)**

Mireille Dispot, Secrétaire nationale Égalité des chances et Santé au travail

Anne-Michel Chartier, déléguée nationale médecin du travail

Emérance De Baudoin, chargée d'études santé au travail et handicap

- **Confédération générale du travail (CGT)**

Jérôme Vivenza, membre de la direction confédérale

Olivier Perrot, conseiller confédéral

- **Force ouvrière (FO)**

Serge Legagnoa, secrétaire confédéral en charge de la protection sociale collective

Maxime Raulet, assistant confédéral

- **Direction générale du travail (DGT)**

Pierre Romain, directeur général du travail

Amel Hafid, sous-directrice des conditions de travail, de la santé et de la sécurité au travail

Audrey Lauze, adjointe au chef du bureau de la politique et des acteurs de la prévention

Vincent Jimenez, adjoints au chef du bureau de la politique et des acteurs de la prévention

- **Inspection Générale des affaires Sociales (IGAS) - Auteurs du rapport « Évaluation des services de santé au travail interentreprises »**

Jean-Philippe Vinquant, inspecteur général

Delphine Chaumel, inspecteur

Benjamin Maurice, inspecteur

Isabelle Marchalot, ergothérapeute, cadre de santé à l'institut de médecine physique et de réadaptation d'Hérouville Saint Clair

- **Association nationale française des ergothérapeutes (ANFE)**

Isabelle Marchalot, ergothérapeute, cadre de santé à l'institut de médecine physique et de réadaptation d'Hérouville Saint Clair

Arnaud Schabaille, secrétaire général, ergothérapeute, responsable pédagogique à l'institut de formation en ergothérapie de La Musse

Laurent Dazin, ergothérapeute

- **Union professionnelle des préventeurs privés (U3P)**

Anne-Marielle Pouplier, présidente

- **Fédération Française des psychomotriciens**

Nicolas Raynal, secrétaire général

- **Association Reliance et travail**

Nadège Guidou, docteure en psychologie du travail et des organisations, présidente

Anne-Sylvie Grégoire, psychologue du travail, co-fondatrice de l'association

Dominique-Thibault Guiho, psychologue du travail, co-fondateur et ancien président de l'association

- **Association Santé et médecine du travail**

Dr Karyne Chabert, secrétaire

- **Association nationale des internes en médecine du travail (ANIMT)**

Céline Lamouroux, présidente

Cédric Julien, vice-président

Livia Vandeville, responsable des rencontres nationales pédagogiques

Boris Duquesnel, responsable des rencontres nationales pédagogiques

- **Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM)**

Dr Frédérique Nasso-Stehlin, conseiller national

Dr Michel Malinet, chargé de mission en médecine du travail

- **Conseil National Professionnel de Médecine du Travail (CNPMT)**

Gérard Lucas, président

- **Conseil national de l'ordre des infirmiers (CNOI)**

Patrick Chamboredon, président de l'Ordre national des infirmiers

- **Groupement des infirmiers de santé au travail (GIT)**

Nadine Rauch, présidente

Tiphanie Goetz, secrétaire nationale

Emery Ougier-Wallang, vice-président

- **Prometh**

Jean-Luc Odeyer, président

Natalia Benoit, vice-présidente

- **Fédération Française des diabétiques**

Manon Soggiu, responsable des affaires publiques

Jean-François Thébaut, vice-président en charge du plaidoyer et des relations externes

- **Collectif handicaps**

Sophie Crabette, chargée de mission

- **Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics (OPPBTP)**
 - Giovanni Verechia, président
 - Jean-Marie Kerherno, vice-président
 - Paul Duphil, secrétaire général

- **Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole (CCMSA)**
 - Pr Jean-Marc Soulat, médecin national
 - Dr Patrice Heurtaut, directeur de la santé - sécurité au travail
 - Hanane Mouftadi, responsable du service appui au pilotage au sein de la direction de la santé - sécurité au travail
 - Magalie Cayon, responsable du département prévention des risques professionnels
 - Christophe Simon, relations parlementaires

- **Association Présanse**
 - Maurice Plaisant, président
 - Martial Brun, directeur général

- **Groupe d'échange des préventeurs inter-entreprises (GEPI)**
 - Patrick Benjamin, secrétaire
 - Dominique Vacher, co secrétaire

- **Fédération nationale des accidentés du travail et des handicapés (Fnath), association des accidentés de la vie**
 - Maître Felissi, avocat conseil de la Fnath

- **France Assos santé**
 - Féreuze Aziza, conseillère technique assurance maladie

- **Union des entreprises de proximité (U2P)**
 - Michel Chassang, chef de file U2P sur la négociation interprofessionnelle santé au travail
 - Thérèse Note, chargée des relations parlementaires

Jean-Baptiste Moustié, conseiller technique chargé des questions sociales

- **Mouvement des entreprises de France (MEDEF)**

Nathalie Buet, directrice adjointe de la protection sociale

Adrien Chouguiat, directeur de mission affaires publiques

- **Confédération des PME (CPME)**

Eric Chevée, vice-président en charge des affaires sociales

Philippe Chognard, responsable du pôle conditions de travail

Dr Pierre Thillaud, représentant titulaire de la CPME au COCT

Adrien Dufour, chargé de mission affaires

CONTRIBUTIONS ÉCRITES

- **Association française des entreprises privées (AFEP)**

LA LOI EN CONSTRUCTION

Pour naviguer dans les rédactions successives du texte, visualiser les apports de chaque assemblée, comprendre les impacts sur le droit en vigueur, le tableau synoptique de la loi en construction est disponible sur le site du Sénat à l'adresse suivante :

<http://www.senat.fr/dossier-legislatif/ppl20-378.html>