



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

**Synthèse du  
Rapport public thématique  
29/11/12**

# Synthèse du rapport public thématique

## Les Services de Santé au travail interentreprises : une réforme en devenir

Avertissement : Cette synthèse est destinée à faciliter la lecture et l'utilisation du rapport de la Cour des comptes. Seul le rapport engage la Cour des comptes.

Les réponses des administrations et des organismes concernés figurent à la suite du rapport.

Introduction	2
1 L'organisation de la santé au travail	2
2 Le service rendu et les missions fixées	3
3 Les pouvoirs réduits de l'Etat	5
4 Un fonctionnement à la recherche d'un nouvel équilibre	6
Conclusion	7
Recommandations	7

## Introduction

Dans leur quasi-totalité (90 %), les salariés du secteur privé non agricole sont suivis, en ce qui concerne la santé au travail, par des services de santé au travail interentreprises (SSTI), organisés sous la forme d'associations loi de 1901. **Les chefs d'entreprise ont l'obligation d'y adhérer en raison de leur responsabilité en matière de préservation de la santé de leurs employés.** Seules les très grandes entreprises ont la possibilité de créer un service propre en interne, appelé service autonome (les fonctionnaires relèvent d'un régime particulier et dérogatoire qui n'est pas examiné ici).

**Les cotisations que les entreprises versent aux services de santé au travail interentreprises constituent, d'un point de vue juridique, un versement libératoire d'une obligation légale de faire.**

A ce titre, la Cour, en vertu de l'article L. 111-7 du code des juridictions financières, a compétence pour les vérifier. Ce point est essentiel car les questions de santé au travail, depuis plus de 10 ans, ont suscité l'attention récurrente des pouvoirs publics ; elles ont été à l'origine de nombreux rapports, qui, eux-mêmes, ont servi de supports aux négociations entre partenaires sociaux, prélude incontournable, dans ce domaine, à l'élaboration de réformes législatives ou réglementaires. Toutefois, à l'exception de quelques données éparses recueillies par l'inspection générale des affaires sociales (IGAS), le fonctionnement même du système n'a jamais fait l'objet d'une étude approfondie.

**C'est donc l'originalité du rapport que d'apporter, pour la première fois, un éclairage de terrain sur le service effectif rendu – ou non rendu – aux entreprises et à leurs salariés et sur les causes des dysfonctionnements constatés.** A cet effet, des contrôles sur pièces ont été réalisés dans quatre régions (Centre, Ile-de-France, Midi-Pyrénées et Nord-Pas-de-Calais) où 6 examens approfondis ont été conduits, dans des services de taille et de fonctionnement différents. S'y sont ajoutés le contrôle de la direction générale du travail et de très nombreux contacts avec la branche professionnelle, le CISME (centre interservices de santé au travail), des universitaires spécialisés et les partenaires sociaux représentés au conseil d'orientation sur les conditions de travail.

## 1 – L'organisation de la santé au travail

L'organisation française de la santé au travail est originale en Europe : au Royaume-Uni, l'employeur est libre de choisir les moyens de mettre en oeuvre l'obligation de sécurité qui pèse sur lui ; dans le monde scandinave ou en Belgique, les services sont internes à l'entreprise alors que l'Espagne et l'Allemagne ont retenu le principe de services externes, confiés à des mutuelles ou des associations professionnelles.

Mais, le système français se différencie aussi par la place que, traditionnellement, il confère à un médecin spécialisé, le médecin du travail, notamment chargé d'assurer l'employeur, par le moyen des visites médicales d'embauche, que « le salarié est médicalement apte au poste de travail auquel l'employeur envisage de l'affecter » (R. 4624-11 du code du travail).

Cette logique « assurancielle » à l'origine du droit de l'aptitude a toujours coexisté avec une tradition de prévention dite « primaire » notamment portée par les organismes de sécurité sociale, les partenaires sociaux ou les branches profession-

nelles. Ces initiatives ont permis de relayer l'important travail normatif conduit par les pouvoirs publics et la direction générale du travail pour fixer par risques, par secteurs, par métiers les mesures de prévention.

En outre, dès 1970, les pouvoirs publics ont également souhaité impulser cette orientation dans les services alors dénommés de « médecine du travail » en incluant, dans les missions des médecins du travail, une « **action en milieu de travail** » et un rôle de « **conseiller du chef d'entreprise ou de son représentant, des salariés**, des représentants du personnel, des services sociaux » (décret du 20 mars 1979).

La quatrième loi Auroux, qui a créé les comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail en 1986 puis la directive européenne 89/391/CE ont conduit à mettre l'accent sur cette orientation et à introduire, au sein de la médecine du travail, **une approche pluridisciplinaire** (ergonomie, toxicologie etc.). La grande loi du 17 janvier 2002 a confirmé ce choix **en transformant la médecine du travail et ses services en « santé au travail »**.

L'émotion suscitée par le scandale de l'amiante, la prolifération des cancers professionnels ou les suicides intervenus en milieu professionnel ainsi que la démographie déclinante des médecins du travail ont rendu plus urgente la mise en oeuvre de cette évolution.

Des négociations ont donc repris avec les partenaires sociaux, tandis que certains services, avec l'aval de l'administration, expérimentaient de nouvelles pistes.

Le contrôle de la Cour est ainsi intervenu dans le contexte de l'élaboration de la loi du 20 juillet 2011 puis des décrets de février 2012, pour l'essentiel applicables au 1er juillet 2012.

Il dresse donc un bilan de la situation avant la réforme mais en anticipant certains effets, à raison de l'expérience déjà acquise par les services les plus novateurs.

Dans ces conditions, **les recommandations qui découlent des constatations de la Cour ont un caractère très opératoire**. Elles pourraient largement être reprises dans la campagne de contractualisation qui s'ouvre entre les services, l'Etat et l'assurance maladie accidents du travail maladie professionnelle.

## 2 – Le service rendu et les missions fixées

**Avec la loi du 20 juillet 2011, le conseil aux employeurs comme aux employés est devenu la première mission des services. Il repose désormais non plus sur le seul médecin du travail mais sur une équipe pluridisciplinaire.**

Or la mise en place de cette dernière, expérimentale depuis 1979, obligatoire depuis 2002, a été très lente. La seule étude nationale disponible date de 2007 et conclut « peut-on parler de pluridisciplinarité effective... lorsqu'un seul intervenant en prévention des risques professionnels devrait assister les médecins du travail dans 3 592 entreprises totalisant en moyenne 34 279 salariés ? ».

La direction générale du travail n'a pas souhaité actualiser les chiffres.

Certes, les études menées par la profession montrent une progression mais celle-ci résulte d'une addition où l'ingénieur habilité est décompté au même titre que l'assistant en santé au travail, profession nouvelle dont les missions et la formation ne sont pas définies.

Encore largement dépourvu des moyens nécessaires, l'exercice de la pluridisciplinarité n'échappe pourtant pas à la tentation de déployer une partie de son activité vers de grandes entreprises, pour des prestations facturées qui relèvent du secteur concurrentiel.

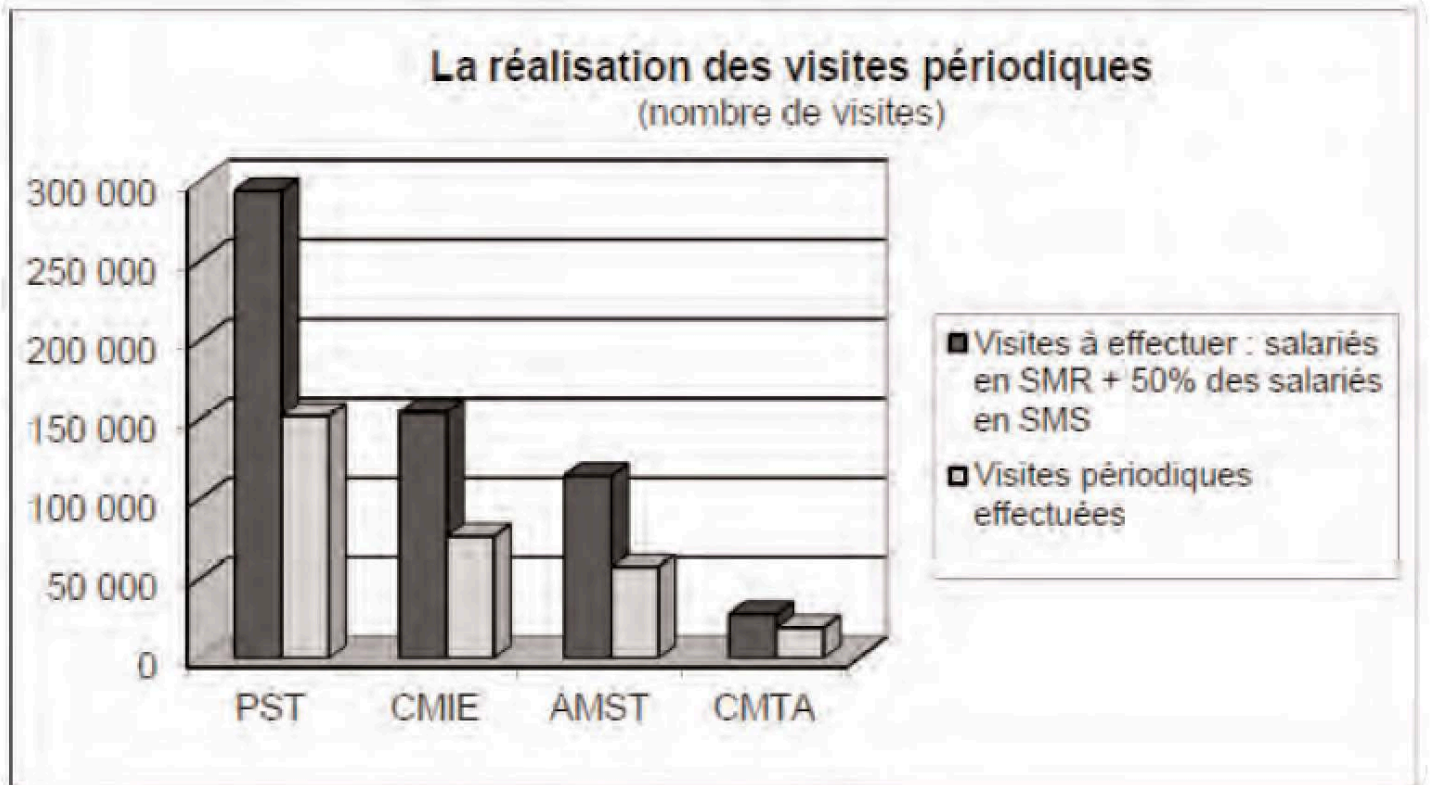
C'est pourquoi le rôle de pilotage du médecin du travail doit être préservé.

Il se heurte cependant à la pénurie de temps médical. Les médecins du travail atteignent rarement l'objectif, fixé il y a plus de 30 ans, d'un tiers temps consacré au conseil et à l'action en milieu de travail.

Dans la plupart des services, les missions, par ailleurs indispensables, de participation à la veille sanitaire s'imputent de fait sur ce tiers temps et viennent donc obérer le temps consacré aux entreprises.

**Ainsi, la fiche d'entreprise, remplie par le médecin n'est réalisée que pour moins de 30 % des entreprises. Il s'agit pourtant d'un document obligatoire qui détecte les risques et qui, pour l'essentiel de son contenu, peut servir de support au « document unique d'évaluation des risques » que chaque chef d'entreprise doit réaliser, à peine d'engager sa responsabilité pénale.**

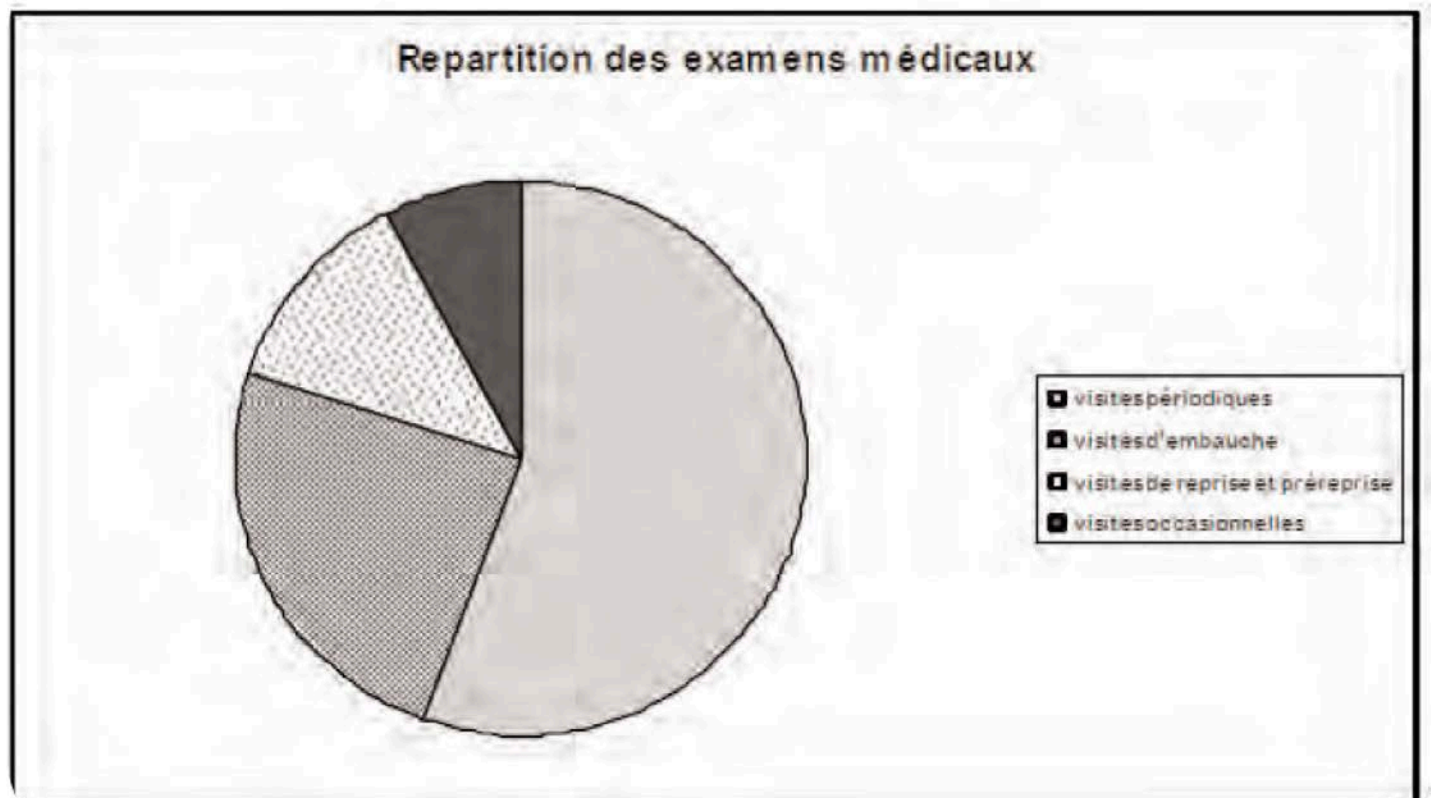
Si ce service minimal n'est pas rendu, c'est en raison d'une démographie médicale très défavorable. En dépit des efforts déployés et des expérimentations conduites, aucun des services que la Cour a contrôlés n'est en mesure de réaliser l'ensemble des examens médicaux réglementaires qui lui incombent et notamment pas la visite périodique dont les fréquences ont pourtant été abaissées.



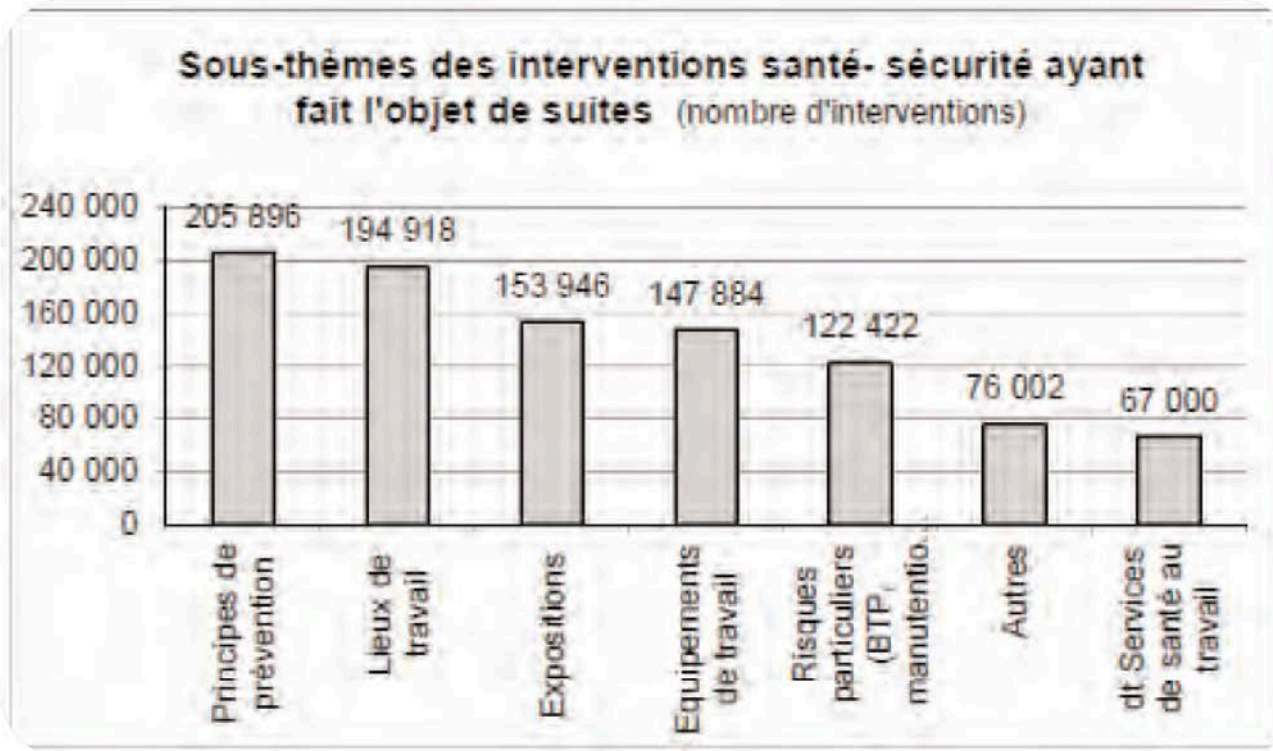
Source : Cour des comptes d'après les rapports d'activité des organismes - années concernées : 2009 et 2010.

PST : Pôle santé travail - CMIE : Centre médical interentreprises Europe - AMST : Association de médecine et de santé au travail - CMTA : Centre de médecine du travail de l'artisanat et interentreprises

A terme proche, cette visite périodique obligatoire devrait d'ailleurs se trouver de moins en moins assurée, le temps médical disponible étant désormais largement consommé par les examens d'embauche, formalités indispensables à la validité du contrat de travail.



Source : Conditions de travail 2010 - conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT)



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

**Les petites entreprises et leurs salariés sont les principales victimes des différentes carences relevées.**

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

Les risques de dérive existent et c'est pourquoi l'Etat a un rôle essentiel à jouer, nonobstant la faiblesse de ses pouvoirs.

### 3 - Les pouvoirs réduits de l'Etat

La politique publique de santé et de sécurité au travail repose d'abord sur un travail d'animation et de sensibilisation aux normes de sécurité et aux principes et outils de prévention. Les plans santé au travail ont porté cette ambition ; la mobilisation de l'inspection du travail y a contribué : les thèmes de la santé et de la sécurité au travail représentent la première source des suites données à ses interventions.

Dans ce plan d'ensemble, l'organisation de la santé au travail et son pilotage ne représentent qu'un des éléments du dispositif. Les moyens humains que l'Etat consacre à cette mission spécifique, au plan national comme au plan local, sont donc réduits : moins de dix agents au niveau central, et, au niveau local, un réseau d'une quarantaine de médecins inspecteurs régionaux du travail et de la main d'oeuvre, les MIRTMO, implantés dans les directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE).

Ces moyens limités ne sont pas renforcés par le statut des MIRTMO.

Depuis 1947, ces derniers sont des contractuels de droit public. Dans un contexte de déficit de médecins du travail, le défaut de perspectives de carrière et une rémunération qui reste peu attractive conduisent à des vacances importantes de postes, 40 % au 1<sup>er</sup> janvier 2012.

Au surplus, le champ du recrutement peut poser problème puisque ce sont des médecins du travail, souvent issus des services de la région et appelés à y retourner, qui sont chargés de conseiller le directeur régional des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi, notamment pour la politique d'agrément des services.

Les modalités de cet agrément constituent un deuxième aspect des faiblesses de l'Etat. En effet, contrairement au droit en vigueur pour les autres organismes paritaires, le ministre, en cas de refus d'agrément, n'a pas la possibilité de dissoudre le service qui, dans les faits, continue à fonctionner. Il en va ainsi d'un des services contrôlés, dépourvu

d'agrément depuis 1996.

La loi du 20 juillet 2011 ne modifie pas la donne à cet égard mais simplifie la procédure, dans des conditions qui mériteront attention. Elle impose, en outre, ce qui n'était pas le cas, que **les entreprises adhérentes d'un service non agréé soient désormais averties de la situation.**

#### **Les moyens humains sont donc réduits et les pouvoirs régaliens faibles.**

Dans ces conditions, jusqu'à une date très récente, l'administration n'a pas actualisé les données de base du système d'information. Les services ou les médecins du travail doivent annuellement des rapports administratifs et financiers et des rapports médicaux mais la matrice date de plus de 40 ans. L'inspection générale des affaires sociales (IGAS) en a souligné l'obsolescence dès 1990, sans effet.

Aucun des éléments qui pourraient attester de la mise en oeuvre des objectifs nouveaux fixés par le législateur, par exemple la pluridisciplinarité, n'est pris en compte ; les données médicales ne sont pas exploitées alors qu'elles pourraient constituer une base essentielle de recueil pour le suivi de l'évolution effective de l'état de santé des salariés.

Au regard de ces carences manifestes, le nouveau dispositif issu de la loi de 2011 promeut le développement de la contractualisation entre l'Etat, les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) et les services.

Dans la lignée des expérimentations conduites dès le premier plan santé au travail, la contractualisation envisagée par l'administration ne mettrait en avant que des objectifs de santé publique sans chercher à modifier le pilotage des services par l'adoption de mesures visant au suivi effectif des prestations rendues aux entreprises, la pluridisciplinarité par exemple ou, plus généralement, l'action en milieu de travail, attestée par la réalisation d'une fiche de l'entreprise concernée.

**Une refonte s'avère d'autant plus urgente qu'en matière de gouvernance comme de gestion, la loi du 20 juillet 2011 place les services face à des enjeux conséquents.**

## **4 - Un fonctionnement à la recherche d'un nouvel équilibre**

Les contrôles opérés ont mis en évidence **l'atonie fréquente de la vie associative, dans laquelle, sauf exception, les chefs des entreprises adhérentes s'impliquent peu.** Il en résulte un risque de captation de la gouvernance par un groupe restreint, groupe familial ou groupe coopté d'une association à statut fermé.

Face à ces difficultés, la loi du 20 juillet 2011 a opté pour un système complexe. Le conseil d'administration est désormais obligatoirement paritaire et est présidé par l'employeur. Il est doublé d'une commission de contrôle également paritaire mais à présidence salariée.

En dépit de la quasi-inexistence de la vie associative, ce texte a par ailleurs maintenu le rôle clé de l'assemblée générale qui désigne les membres employeurs, après, toutefois, un avis des organisations représentatives.

S'agissant des salariés, elle n'a pas favorisé, par un régime de défraiement qui serait justifié, la participation des représentants des salariés au conseil d'administration. Il en résulte un système au milieu du gué, entre le modèle associatif et un paritarisme contenu.

C'est donc cette nouvelle gouvernance qui devra faire face aux enjeux lourds qui pèsent sur la gestion des services. Ces derniers ont réalisé des avancées significatives, en matière de déontologie en renonçant, notamment, au financement d'organisations représentatives des employeurs. Certes, la prévention des conflits d'intérêts des membres du conseil d'administration, par le moyen des conventions réglementées, n'est pas toujours exemplaire. La tentation d'une externalisation des fonctions de formation mais, surtout, du conseil aux entreprises dans des structures commerciales existe.

D'une façon plus générale, le régime fiscal très particulier des services crée une ambiguïté : réglementairement, les services de santé au travail interentreprises constituent des organismes sans but lucratif mais, fiscalement, ils sont imposables à l'impôt sur les sociétés. Certains présidents d'association estiment donc légitime de les gérer comme des entreprises et de se rémunérer en conséquence.

A l'initiative de la profession, de nombreux services se sont lancés dans une démarche qualité, proposée par la branche et qui devrait permettre la meilleure allocation des moyens au regard des objectifs retenus par le législateur.

Toutefois, ces éléments positifs ne suffisent pas. A ressources inchangées, pour plusieurs services, les résultats ne permettent plus de financer les investissements indispensables et la politique de recrutement de nouvelles compétences que la loi du 20 juillet 2011 rend nécessaire. La révision des modes de financement, thème que la loi du 20 juillet 2011 n'a pas abordé, s'impose donc.

On observe, en effet, que près de la moitié des services ne respectent pas, pour l'établissement de la cotisation, l'assiette légale. Ils déterminent un taux de masse salariale (plafonnée) et non pas une cotisation per capita, au nombre de salariés à suivre.

La valeur des cotisations versées atteindrait globalement 1,3 Md€ annuels, selon les estimations de la Cour.

Elle est inconnue de l'administration qui n'en demande pas communication. Cette masse cache toutefois une grande variation des taux en fonction du service de santé au travail interentreprises, une variation difficile à apprécier car, selon le service, les grilles de cotisations ne sont pas comparables, certains offrant une cotisation en quelque sorte forfaitaire, couvrant l'ensemble des besoins, d'autres multipliant les cotisations additionnelles. La seule valeur qui fasse sens est donc, comme le retient la profession, le chiffre d'affaires rapporté au nombre de salariés suivis. Elle se situait en 2009 aux environs de 90 € HT annuels par salarié à suivre.

Ce chantier du financement est celui qui désormais attend la santé au travail.

## Conclusion

La récente loi du 20 juillet 2011 et ses décrets d'application ont voulu tirer tous les enseignements du mouvement, engagé en accord avec les directives européennes, qui pousse à la transformation de la médecine du travail en santé au travail, **c'est-à-dire au passage d'une action dirigée vers la personne et la réparation (préventions secondaire et tertiaire) à une intervention sur les causes (prévention primaire)**. En quelque sorte refondatrice, la loi du 20 juillet 2011 cherche à remédier aux insuffisances constatées en renforçant la responsabilité des partenaires sociaux dans la gouvernance et le suivi des services de santé au travail interentreprises.

Leur fonctionnement doit désormais reposer sur un triple socle, **le projet de service**, que les employeurs et les représentants des salariés présents au conseil d'administration devront approuver, **l'agrément** accordé par l'Etat et, enfin, la **contractualisation** qui rassemble le service, l'Etat, la CARSAT et les partenaires sociaux régionaux.

Afin de surmonter les difficultés apparues dans la mise en oeuvre de la réforme, la Cour estime particulièrement nécessaire de :

- **relancer très vite la concertation avec les partenaires sociaux afin de réviser l'obligation de la visite médicale systématique d'embauche ;**
- **conférer à l'agrément le poids qu'il devrait avoir** en donnant au ministre du travail, dans le respect des procédures contradictoires, la possibilité de **dissoudre un service ou de le placer sous la responsabilité d'un administrateur provisoire ;**
- **accroître l'implication des partenaires sociaux en leur confiant la responsabilité de fixer des plannings et des plafonds du montant des cotisations et autres droits que l'entreprise doit régler au SSTI en contrepartie du conseil et du suivi des salariés.**

## Recommandation

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

- 7) étudier la possibilité de mesures exceptionnelles pour l'obtention du titre de médecin du travail, de façon à contrecarrer le risque du non remplacement, à terme, d'un médecin du travail sur deux ; à cette fin, envisager notamment des procédures de reconversion de médecins généralistes en exercice ;
- 8) étudier la possibilité d'intégrer les médecins inspecteurs régionaux du travail dans le corps des médecins de santé publique ;
- 9) **actualiser** rapidement non seulement le modèle de rapport administratif et financier mais aussi le **rapport d'activité médicale, en les adaptant aux réformes, notamment à la mise en place des équipes pluridisciplinaires** ;
- 10) aligner les services interentreprises sur le droit en vigueur pour d'autres structures paritaires en donnant au ministre du travail, dans le respect des procédures contradictoires, la **possibilité de dissoudre un service interentreprises ou de le placer sous la responsabilité d'un administrateur provisoire** ;
- 11) saisir l'occasion des **contractualisations** pour définir, en concertation avec tous les acteurs, des **objectifs chiffrés relatifs au service rendu aux entreprises et à leurs salariés**, notamment en matière de premier diagnostic des risques, donc de **fiches d'entreprises et de modalités d'exercice de la pluridisciplinarité** ;
- 12) procéder rapidement à un premier bilan du fonctionnement couplé des conseils d'administration et commissions de contrôle, notamment en matière d'absentéisme des membres et envisager, le cas échéant, une simplification du dispositif ;
- 13) aligner sur le régime en vigueur pour les commissions de contrôle le droit à indemnisation des membres du conseil d'administration et, s'agissant du membre salarié trésorier, les droits à formation ;
- 14) aligner le régime fiscal des services sur le droit commun des associations ;
- 15) **engager, avec les partenaires sociaux, au sein du comité d'orientation sur les conditions de travail (COCT), les concertations utiles pour une réforme du financement qui permettrait de leur confier le pouvoir d'encadrer les variations de la cotisation et des autres droits dus par les entreprises aux services de santé au travail interentreprises (SSTI), pour des prestations comparables, en contrepartie de l'adhésion.**