



Synthèse et analyse du rapport de l'IGAS par l'AFISST et Reliance & Travail Juillet 2020



Introduction :

En France, une mutation du paysage de la santé au travail se prépare au travers notamment :

- du rapport LECOCQ en 2018 ;
- d'une mission du SENAT en 2019 ;
- du rapport d'expertise sur la réforme de la santé au travail piloté par Hervé LANOUZIERE en septembre 2019 ;
- de la parution d'un rapport de l'IGAS en 2020, résultat d'une mission qui visait à analyser le fonctionnement des SSTI – en particulier à objectiver l'usage des ressources dont ils bénéficient - et à formuler des recommandations visant à améliorer l'efficacité de la politique publique relative à la santé au travail.

Dans ce cadre, l'AFISST a été auditionnée par l'IGAS pour apporter un point de vue sur le rôle, les missions, les moyens à disposition des IPRP mais aussi les perspectives. Suite à la parution du rapport de l'IGAS, les membres de l'AFISST et de Reliance & Travail vous proposent leur analyse critique (*en italique dans le texte*).

Chapitre 1 : l'IGAS reprend les rôles, les missions et l'organisation des SSTI en France.

L'IGAS prend le temps de rappeler les missions des SSTI et de distinguer trois catégories de métiers qui composent les équipes pluridisciplinaires animées et coordonnées par le médecin du travail :

- les personnels médicaux (médecin collaborateurs et internes),
- les IDEST comme une catégorie à part,
- les préventeurs associant sous cette dénomination les secrétaires médicales, les ASST et les IPRP.

Ici l'inspection s'est centrée sur la partie médicale au détriment des métiers de prévention. En effet, nous constatons que la mission a opéré des distinctions sur les métiers du médical/para médical sans que cela soit fait sur les métiers de la prévention. Ainsi, sous la classe des préventeurs de métiers divers nous retrouvons l'ASST, le secrétaire médical, les AST et enfin les IPRP.

Par ailleurs, au-delà de cette critique, force est de constater que l'IGAS appréhende les postes et non les fonctions et encore moins l'activité : considérer la mission de prévention comme reposant sur une division des postes, c'est ne pas reconnaître la place que devrait avoir la pluridisciplinarité qui pourtant, était appelée de ses vœux par les dernières réformes. La division sociale du travail entre les différentes professions des SSTI ne devrait pas/plus être le point d'entrée ; cela devrait être la pluridisciplinarité.

La mission constate également que « les médecins apparaissent comme les interlocuteurs privilégiés des entreprises adhérentes » sans indiquer :

- *la méconnaissance des autres interlocuteurs par les entreprises adhérentes, favorisée par les organisations internes des SSTI ;*
- *les conséquences que cela peut avoir sur la charge de travail des médecins.*

A noter également que la pénurie de médecins et leur départ progressif à la retraite entraînent des changements internes réguliers des effectifs des médecins. Dans ce contexte, les autres professions qui sont ou ne sont pas impactées par ces changements (les IPRP sont souvent transverses),

sont parfois ceux qui possèdent l'histoire de l'entreprise et l'histoire de la prévention qui y a été menée. Ils peuvent alors devenir les interlocuteurs privilégiés des adhérents.

L'IGAS souligne une hétérogénéité de l'offre des services ainsi que leur taille et leur nombre en fonction des territoires.

On notera que la mission met en avant les fusions des services en avançant des arguments financiers et organisationnels pour les SSTI en occultant les impacts sur les interventions de prévention sur le terrain et le service rendu aux adhérents.

Chapitre 2 : Evolution des missions et modes de fonctionnement des SSTI, dans un contexte de rareté de la ressource médicale et de volonté d'intensifier la prévention

Malgré les stratégies mises en œuvre pour pallier le manque de médecins du travail, le nombre de salariés suivi par médecin ne cesse d'augmenter (+13% entre 2017 et 2019). *La mission occulte le fait que l'augmentation des effectifs suivis peut nuire à la connaissance de l'entreprise et des salariés. Et que les conditions ne sont plus suffisantes pour nouer une relation de confiance avec l'adhérent, et ainsi installer un partenariat autour de la prévention. Soulignons également le mal être de nombreux médecins qui témoignent d'évolutions ne leur permettant plus de connaître les conditions de travail et l'entreprise et qui tendent à créer un quotidien constitué d'enchaînement de visites individuelles (depuis la dernière réforme, les médecins ne voient que les cas complexes). La surcharge de travail est massive et les marges de manœuvre pourtant garanties par le statut médical, sont peu existantes dans les faits au regard du nombre de visites médicales obligatoires.*

La pluridisciplinarité est quasi exclusivement abordée à travers la délégation de tâches du médecin du travail vers les Infirmiers diplômés en santé au travail (IDEST). La mission ne semble pas non plus s'émouvoir du faible ratio d'IPRP spécialistes au regard du nombre d'entreprises suivies alors que ce sont eux qui sont en première ligne dans la conception d'actions de prévention primaires adaptées aux réalités de ces entreprises.

Nous relevons certaines imprécisions :

- *Le terme d'équipe pluridisciplinaire semble faire référence au binôme médecin – IDEST, en occultant les préventeurs, pourtant cités chapitre 1. Or, nous observons dans les SSTI, une vision utilitariste de la pluridisciplinarité, que l'on conçoit comme un moyen de pallier la surcharge de travail des médecins. Elle se résume donc à une délégation des tâches des uns **vers** les autres, sans possibilité d'activité commune entre les métiers. Par ailleurs, puisque cette délégation de tâches ne s'accompagne pas d'une délégation des responsabilités, elle ne peut en aucun cas réduire la charge de travail des médecins qui à un moment ou à un autre, doivent « reprendre la main », ce qui ne manque pas d'occasionner des tensions entre les différents acteurs de cette pluridisciplinarité utilitariste.*
- *La répartition et la réalisation des interventions, qui peuvent effectivement se faire en autonomie, n'intègrent pas la construction de l'intervention. Pourtant, ce que nous constatons dans nos services c'est que cette construction se déploie à travers une démarche collective, au sein de l'équipe pluridisciplinaire. Il en est de même concernant les suites des interventions, notamment les temps nécessaires à l'évaluation et à la vérification des transformations effectivement obtenues au sein de l'entreprise et des situations de travail. Or, tous les rapports appellent de leurs vœux des processus d'évaluation.*

A ce titre, la coordination de l'équipe pluridisciplinaire par le médecin du travail est évoquée du point de vue de l'organisation de la délégation de tâches, qui reposerait sur la relation de confiance entre professionnels (savoir-être).

Aussi, la construction des conditions requises pour le déploiement d'une activité collective efficace en faveur de la prévention n'est pas mentionnée (savoir-faire). En effet, le rapport passe totalement sous silence l'activité réalisée par les services et les équipes. La complexité de nos missions n'est jamais citée ni même considérée comme un angle d'étude pertinent. Cette absence de considération pour l'activité semble préjudiciable de notre point de vue puisqu'elle donne lieu à un rapport décontextualisé du réel. Il n'est jamais rien dit, si l'on doit citer un seul exemple de cette complexité, de la différence de points de vue régulière entre salarié, employeur et élus du personnel alors même que le médecin du travail est à la fois conseil des trois (ce qui est unique dans le monde de la santé comme dans le monde de la prévention).

La mission place la fiche d'entreprise au cœur des actions en milieu de travail. *Les autres actions des préventeurs ne sont pas citées.*

Nous souhaiterions ajouter que, pour que la fiche d'entreprise soit utile à la démarche de prévention, son élaboration devrait s'appuyer sur un dialogue avec l'entreprise, autour de la santé au travail. Cette opportunité disparaît si la fiche est réalisée dans le cadre d'une procédure d'inaptitude, sans volonté de prévention. Il en est d'ailleurs de même pour toutes les démarches de prévention, qui ne peuvent être efficaces sans temps de discussion permettant à termes, une évolution de la culture de prévention.

Rien n'est dit non plus des actions transversales menées par les IPRP avec les branches professionnelles et avec les partenaires régionaux. Quid des participations aux groupes de travail autour des Plans Régionaux Santé Travail et de la promotion de leurs travaux auprès des plus petites entreprises ? Quid également de la mise en œuvre d'outils ou de démarches développées ou portés par l'INRS, l'ANACT et les CARSAT pour lesquels les IPRP sont essentiels à l'entreprise pour ne pas rester au milieu du gué ?

Quant à la prévention de la désinsertion professionnelle, elle est présentée comme une approche individuelle et correctrice. *L'accompagnement des adhérents vers la prévention primaire, par les préventeurs, aussi bien en matière d'usure professionnelle que sur l'ensemble des risques, n'est pas développé dans le rapport. Les risques de désinsertion professionnelle semblent être déconnectés des facteurs inhérents aux conditions de travail alors que c'est l'un des enjeux majeurs de la prévention des risques professionnels.*

Chapitre 3 « Malgré une image globalement positive, les SSTI font l'objet de critiques sur le service rendu et le montant des cotisations, dont la dispersion et la construction peinent à être expliqués de manière objective »

La prévention est vécue comme une contrainte par les entreprises et 82 % des français se tournent plus facilement vers leur médecin traitant en cas de problème de santé lié au travail.¹ La perception d'un retour sur investissement insuffisant reste ancrée, car les attentes des entreprises sont décalées de la mission de prévention des SSTI.²

La mission constate globalement une bonne situation financière des SSTI ; mais peu contrôlée, il est ainsi difficile d'évaluer le rapport coût/efficacité. Le manque de pression exercée par les adhérents favorise le « ronronnement » des instances de gouvernance.

¹ Enquête de 2015 pour l'INRS

² La définition de la prévention n'est pas précisée dans le rapport.

Alors que c'est la première mission d'un SSTI, la logique de prévention (primaire) est peu abordée dans le rapport IGAS ; les moyens nécessaires³ pour tenir l'objectif d'une démarche qualité dans cette logique, sont ainsi occultés derrière les enjeux de pilotage des dirigeants des SSTI.

La logique économique souligne le besoin de restructuration des SSTI sans aborder le besoin des entreprises et les moyens nécessaires à sa mission de base : la prévention, sans en préciser la définition. Par conséquent, de quelle mission parle-t-on ?

La lecture du rapport interroge en effet sur la logique de prévention attendue :

- *Prévention opérée auprès des salariés indépendamment les uns des autres à travers les visites d'informations et de prévention*
- *ou prévention collective des risques professionnels au cœur des activités des entreprises accompagnées par les IPRP ?*

Si l'éducation à la santé fait partie du rôle propre des infirmier.e.s, ne risque-t-on pas de glisser vers une individualisation de la gestion du risque professionnel au détriment de la prévention collective au sein même de l'entreprise ? Et en filigrane, n'y-t-il pas là les germes, si ce n'est la traduction, d'un glissement des préoccupations de santé au travail vers celles de santé publique ?

On note également que le seul point de vue questionné est celui des employeurs. Ceux des salariés et des représentants du personnel sont évacués. Ils sont pourtant tous trois destinataires du travail des SSTI. Une évaluation complète devrait prendre en compte ces points de vue mais aussi veiller à interroger ceux qui n'ont jamais eu à faire aux SSTI comme ceux qui ont été accompagnés par ces services.

Chapitre 4 : Sans véritable tête de réseau, les SSTI sont insuffisamment pilotés et outillés

Les rapporteurs ne considèrent pas Présanse comme une tête de réseau, mais estiment que la DIRECCTE devrait être l'organe de régulation des SSTI ayant la main sur les agréments et les CPOM. Cependant, elle note des carences dans les missions des DIRECCTE régionales :

- qui examinent peu ou pas la qualité des pratiques médicales et des AMT, ainsi que les rapports financiers,
- qui n'ont pas le rôle de pilote pour construire une mutualisation et une homogénéisation des outils.

De plus, l'impact de l'action des SSTI en santé au travail n'est pas mesurable faute de systèmes d'information interopérables, de la mauvaise qualité de la saisie et de son hétérogénéité.

Aussi, l'absence d'un véritable pilotage national des SSTI nuit à l'efficacité de la mise en œuvre de la politique santé au travail.

Evoquer l'identification d'une « tête de réseau » sans considérer la qualité du travail de prévention que cette tête serait en mesure de proposer est un non-sens : on déconnecte l'organisation formelle de la mission des services. La bonne question serait de s'interroger sur les piliers d'une prévention efficiente et ensuite de mettre en œuvre l'organisation qui la soutiendrait.

³ Moyens à identifier : - besoins des entreprises, - compétences pour y répondre, - marges de manœuvre pour améliorer les conditions de travail,...

Chapitre 5 : La mission formule des préconisations valables, quel que soit le schéma de réforme retenu

La mission estime que les SSTI ne contribuent pas à hauteur des moyens dont ils disposent. Elle souligne la nécessité d'impulser des évolutions fortes dans l'organisation et le fonctionnement des SSTI, notamment via un pilotage et un monitoring resserrés.

Elle articule vingt recommandations axées autour de cinq blocs principaux : qualité du service rendu, optimisation des ressources et du fonctionnement des SSTI, transparence et gestion des SSTI, pilotage des SSTI et coopérations entre acteurs, système d'information. Sans amélioration notable du fonctionnement des services après 3 ans, la mission pourrait s'orienter vers une refonte du système tel que mentionné par le rapport Lecocq.

Malgré la nécessité d'harmoniser les pratiques et les fonctionnements des SSTI, puis d'apporter une cohérence et une valorisation dans les actions des SSTI, les recommandations semblent très peu orientées sur la prévention des risques et interrogent sur plusieurs points :

- *La proposition d'un outil commun FE/DU paraît intéressante pour gagner en efficacité dans l'entreprise, mais attention de ne pas opposer une normalisation des modèles et une notion de rendement imposé à une qualité de prestation.*
- *La frontière entre le « rôle de conseil » inclus dans la cotisation et « l'accompagnement » qui serait facturé interroge sur la vision du travail des préventeurs aujourd'hui : le fondement même des actions de prévention n'est-il pas d'accompagner les entreprises dans leurs démarches en privilégiant la prévention primaire ? Par ailleurs un tel fonctionnement risque de réserver les interventions aux seules entreprises qui pourront payer la prestation d'une part et à celles qui le souhaiteront d'autre part : cela crée donc une prévention des risques professionnels à deux niveaux et risque d'exclure les entreprises les plus en difficultés économiquement ou avec les conditions de travail les plus dégradées.*
- *La création de « filiales distinctes » pour certaines catégories de préventeurs génère des inquiétudes sur la liberté d'action, la place et plus généralement le devenir des spécialistes (ergonomes, toxicologues, psychologues...) au sein des SSTI. Ne s'agit-il pas d'un recul de la pluridisciplinarité ?*
- *La mission remet l'accent sur la création et la mise en place de cellules de maintien en emploi au sein des SSTI déjà proposés en 2017. Pourquoi ne pas s'interroger alors sur les freins et les difficultés dans leur mise en œuvre ?*
- *Les évaluations des actions de prévention s'orienteront-elles uniquement d'un point de vue quantitatif ? La définition des indicateurs se fera-t-elle en concertation avec les acteurs de terrain ? N'allons-nous pas tendre à terme vers une compétition entre SSTI, exigeant alors une production d'AMT plus quantitative qu'efficace et efficiente ?*

Conclusion

Nous constatons que malgré notre travail et l'audition de plusieurs IPRP, les pratiques de prévention en pluridisciplinarité sont peu abordées dans ce rapport.

Malgré les effets d'annonce autour de la mise en avant de la prévention, nous observons :

- *une absence de définition de ce qu'est la prévention primaire et dont le sens donné reste ambigu ;*
- *une valorisation du suivi de l'état de santé individuel au détriment de la prévention collective ;*
- *un glissement des missions des SSTI de la prévention primaire des risques professionnels vers la santé publique ;*
- *l'absence d'évaluation des bénéfices humains et économiques de la prévention,*
- *une interrogation centrée sur la maîtrise des coûts et des moyens des SSTI.*

En fin d'année 2019, le président du MEDEF a proposé aux partenaires sociaux d'ouvrir une négociation interprofessionnelle sur les conditions de travail et la santé au travail. Ces négociations sont en cours. Par ailleurs, en juin 2020 une tribune de députés LREM critique fortement les SSTI pour leurs inactions durant la crise du COVID et utilisant cet argument pour relancer la réforme.

Il reste à tout mettre en œuvre pour que cette fois-ci le rôle des acteurs de la prévention, ne demeure pas le grand oublié, d'autant plus que les partenaires sociaux revendiquent déjà la nécessité de mettre en avant la prévention des risques professionnels.

Dans ce but, nous proposons quelques pistes d'actions qui nous apparaissent prioritaires dans le cadre de la future réforme du système de santé au travail en France :

Mettre réellement la prévention au premier plan :

- Inclure les représentants des équipes de prévention dans la gouvernance des SSTI ;
- Renforcer la présence et la représentativité des IPRP dans les différentes commissions, instances, plans santé travail, projets de réflexion au niveau national...
- Rediscuter et s'accorder avec tous les professionnels de terrain et les chercheurs (ANACT, INRS, ...) sur une définition précise et partagée par tous, des trois niveaux de prévention des risques professionnels ;
- Définir ou redéfinir les notions de pluridisciplinarité et d'équipe pluridisciplinaire en incluant tous les corps de métier qui travaillent en complémentarité sur la prévention et l'amélioration des conditions de travail dans les entreprises ;
- Favoriser l'articulation entre médical et technique (qui n'existe nulle part ailleurs) pour préserver la qualité et l'efficacité des actions de prévention ;
- Etoffer les équipes de prévention pour renforcer leur action pédagogique sur le terrain afin, notamment, de faire monter en compétence les employeurs sur la question de la prévention (passer du « faire pour » au « faire faire ») ;
- Etablir une démarche commune entre Fiche d'Entreprise et Document Unique pour gagner en efficacité ;
- Renforcer l'évaluation des actions de prévention des SSTI, sur la base de critères de qualité partagés, pour les valoriser et mieux faire connaître leurs missions de prévention ;

Développer les moyens des SSTI pour renforcer leur capacité d'interventions auprès des TPE/PME, souvent les plus démunies face à leurs devoirs de prévention :

- Clarifier et développer la collaboration et l'articulation avec les partenaires institutionnels agissant sur la prévention (OPPBTP, ANACT, CARSAT...) comme avec ceux qu'il conviendrait d'interpeller lorsque sont constatés des manquements manifestes et répétés à l'obligation de prévention ;
- Développer des partenariats avec les branches professionnelles pour favoriser des actions transversales au bénéfice d'un maximum de TPE/PME ;
- Développer les partenariats entre SSTI pour favoriser les synergies et renforcer l'efficacité des actions transversales ;
- Permettre aux SSTI de pouvoir inciter directement les entreprises à s'engager dans des actions de prévention (validation d'aide financières par exemple).