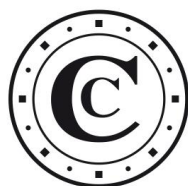


Cour des comptes



ENTITÉS ET POLITIQUES PUBLIQUES

LES POLITIQUES
PUBLIQUES
DE PRÉVENTION
EN SANTÉ
AU TRAVAIL DANS
LES ENTREPRISES

Rapport public thématique

Décembre 2022

Sommaire

Procédures et méthodes	5
Synthèse	9
Récapitulatif des recommandations	15
Introduction	17
Chapitre I Une stagnation globale des sinistres masquant des évolutions contrastées selon les activités économiques	19
I - Une situation d'ensemble qui ne s'améliore plus	21
A - Des accidents du travail moins graves mais toujours aussi fréquents jusqu'en 2019	21
B - Les maladies professionnelles : un risque plus difficile à apprécier	23
C - Une notion du risque trop étroitement définie pour les maladies professionnelles	27
II - Des situations contrastées selon les secteurs, des priorités à ajuster dans les actions de prévention	28
A - Une stagnation d'ensemble aux causes multiples	28
B - Une prise de conscience des besoins de prévention encore inégale dans les entreprises	31
C - Des facteurs propres aux entreprises et aux salariés, à croiser avec les données sectorielles de sinistralité pour mieux cibler les actions de prévention	32
Chapitre II Un cadre institutionnel inchangé, des cloisonnements à surmonter	35
I - De nombreux partenaires que l'État s'efforce de coordonner	35
A - Des acteurs multiples aux interventions cloisonnées	35
B - Des partenaires sociaux présents à tous les niveaux, une mobilisation variable	39
C - Une nécessaire mais difficile recherche de synergies	40
D - Des services de santé au travail interentreprises inégalement impliqués en dépit du nouveau cadre légal.....	43
II - Des logiques d'action étroites et cloisonnées	47
A - Une logique d'assureur centrée sur une vision étroite du coût du risque de la branche AT-MP	47
B - La recherche en santé au travail, isolée et fragmentée	48
C - Une articulation délicate avec la prévention en santé publique.....	51

Chapitre III Des outils à rationaliser, des priorités peu suivies d'effets.....	55
I - Des leviers d'action multiples, qui pourraient être mieux mobilisés.....	55
A - Une réglementation foisonnante et des outils que les très petites entreprises peinent à s'approprier	55
B - Des leviers à utiliser plus efficacement.....	61
II - Une démonstration nécessaire des gains attendus de la prévention	70
A - Des travaux encore non conclusifs sur l'intérêt économique de la prévention pour l'entreprise	70
B - Une robustesse des travaux d'évaluation à conforter pour pouvoir mesurer l'efficacité des mesures de prévention.....	71
III - Certaines priorités peinent à se concrétiser.....	72
A - Un ciblage des entreprises par la branche AT-MP à affiner	72
B - Des priorités opérationnelles parfois trop peu suivies d'effets	74
Conclusion générale	85
Liste des abréviations	87
Annexes.....	89

Procédures et méthodes

Les rapports de la Cour des comptes sont réalisés par l'une des six chambres¹ thématiques que comprend la Cour ou par une formation associant plusieurs chambres et/ou plusieurs chambres régionales ou territoriales des comptes.

Trois principes fondamentaux gouvernent l'organisation et l'activité de la Cour ainsi que des chambres régionales et territoriales des comptes, donc aussi bien l'exécution de leurs contrôles et enquêtes que l'élaboration des rapports publics : l'indépendance, la contradiction et la collégialité.

L'indépendance institutionnelle des juridictions financières et l'indépendance statutaire de leurs membres garantissent que les contrôles effectués et les conclusions tirées le sont en toute liberté d'appréciation.

La contradiction implique que toutes les constatations et appréciations faites lors d'un contrôle ou d'une enquête, de même que toutes les observations et recommandations formulées ensuite, sont systématiquement soumises aux responsables des administrations ou organismes concernés ; elles ne peuvent être rendues définitives qu'après prise en compte des réponses reçues et, s'il y a lieu, après audition des responsables concernés.

La collégialité intervient pour conclure les principales étapes des procédures de contrôle et de publication. Tout contrôle ou enquête est confié à un ou plusieurs rapporteurs. Le rapport d'instruction, comme les projets ultérieurs d'observations et de recommandations, provisoires et définitives, sont examinés et délibérés de façon collégiale, par une formation comprenant au moins trois magistrats. L'un des magistrats assure le rôle de contre-rapporteur et veille à la qualité des contrôles.

Sauf pour les rapports réalisés à la demande du Parlement ou du Gouvernement, la publication d'un rapport est nécessairement précédée par la communication du projet de texte, que la Cour se propose de publier, aux ministres et aux responsables des organismes concernés, ainsi qu'aux autres personnes morales ou physiques directement intéressées. Dans le rapport publié, leurs réponses sont présentées en annexe du texte de la Cour.

¹ La Cour comprend aussi une chambre contentieuse, dont les arrêts sont rendus publics.

*

**

Le présent rapport est issu d'une enquête conduite sous l'égide d'une formation interchambres associant les cinquième et sixième chambres de la Cour des comptes, sur le fondement de l'article L. 143-6 du code des juridictions financières qui permet à la Cour de mener des enquêtes thématiques.

Les contrôles ont principalement porté sur les actions mises en œuvre par le ministère chargé du travail (par la direction générale du travail et son réseau des directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités - Dreets - et des directions départementales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités - DDETS), le ministère chargé de la sécurité sociale (par la direction de la sécurité sociale), le secrétariat général du ministère de l'agriculture et de l'alimentation, la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) et son réseau de prévention dans les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat), la Mutualité sociale agricole (MSA), les organismes chargés de politiques d'information, de surveillance, de recherche et d'actions de prévention en matière de santé et de sécurité au travail recevant des subventions publiques (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, l'institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles – INRS, Santé publique France, l'organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics – OPPBTP) et la direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (Dares) du ministère chargé du travail. Des échanges ont eu lieu avec ces acteurs, ainsi que les partenaires sociaux participant à plusieurs instances (conseil d'orientation des conditions de travail, commission des accidents du travail et des maladies professionnelles de la Cnam, comités techniques nationaux) et plusieurs experts. Les données statistiques utilisées proviennent à titre principal des régimes de sécurité sociale (direction des risques professionnels de la Cnam pour le régime général) et de la direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (Dares) du ministère chargé du travail.

*

**

Le projet de rapport a été préparé, puis délibéré le 15 septembre 2022 par la formation interchambres relative à la santé au travail et à la prévention des risques professionnels présidée par Mme Mondoloni, conseillère maître et présidente de section, et composée de MM. Rabaté, Berthomier, Duboscq, Seiller et Burckel, conseillers maîtres, M. Guégano, conseiller maître en service extraordinaire, ainsi que, en tant que rapporteurs, Mme Chambellan Le Levier, conseillère référendaire en service extraordinaire, et M. Aulin, conseiller maître, assistés de M. Théveneau, vérificateur, et, en tant que contre-rapporteuse, Mme Soussia, conseillère maître et présidente de section.

Le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes, composé de M. Moscovici, Premier président, Mme Camby, rapporteure générale du comité, M. Andréani, Mme Podeur, M. Charpy, Mme Démier, M. Bertucci, Mme Hamayon et M. Meddah, présidents et présidentes de chambre, MM. Martin, Advielle et Lejeune et de Mmes Bergogne et Renet, présidents et présidentes de chambre régionale des comptes, ainsi que M. Gautier, Procureur général, a été consulté sur le rapport le 14 octobre 2022. Le Premier président en a approuvé la publication le 19 décembre 2022.

*

**

Les rapports publics de la Cour des comptes sont accessibles en ligne sur le site internet de la Cour et des chambres régionales et territoriales des comptes : www.ccomptes.fr.

Ils sont diffusés par La Documentation Française.

Synthèse

La santé au travail est un enjeu majeur, avec chaque année, près d'un million d'accidents du travail comptabilisés, dont plusieurs centaines d'accidents mortels, et près de 50 000 nouvelles reconnaissances de maladies professionnelles.

En vertu du code du travail, ce sont les entreprises qui portent la responsabilité de préserver la santé de leurs salariés, dans la mesure où elles peuvent agir sur les conditions de travail et les processus de production de manière à éviter les atteintes à la santé.

Afin de financer les conséquences d'atteintes à la santé dans le cadre professionnel, les entreprises versent chaque année environ 14 Md€ pour l'essentiel à la branche « accidents du travail et maladies professionnelles » (AT-MP) de la sécurité sociale. Ces régimes indemnisent les victimes sous forme d'indemnités journalières, distinctes des indemnités versées dans le cadre d'arrêt maladie, mais aussi sous forme de capital et de rentes.

Les conséquences humaines de ces sinistres, le coût des mesures de réparation et le coût social pour l'ensemble de la collectivité, y compris pour les entreprises concernées, justifient que les pouvoirs publics confortent et accompagnent les démarches des entreprises, par la réglementation et une politique de prévention. Cette politique repose donc à la fois sur les interventions des pouvoirs publics, mais aussi sur celles d'opérateurs divers, notamment les services de prévention et de santé au travail.

Les intervenants de cette politique sont nombreux. Plusieurs administrations sont concernées à l'échelon national et à l'échelon déconcentré (dans les domaines du travail, de la santé, de l'agriculture et de l'environnement), ainsi que les organismes de sécurité sociale, à savoir la caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) et son réseau de caisses primaires (Cpam), le réseau des caisses d'assurance retraite et de santé au travail (Carsat), et plusieurs établissements publics, tels que l'institut national de la recherche scientifique (INRS). Il existe également un grand nombre d'organismes de veille ou d'expertise, de statuts divers (associations, établissements publics) et, enfin, les 203 services de santé au travail inter-entreprises, indépendants les uns des autres.

Les pouvoirs publics s'efforcent de fédérer ces parties prenantes, dans un domaine historiquement marqué par le paritarisme.

La stagnation apparente de la sinistralité masque des situations très contrastées selon les secteurs

Les données de sinistralité en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles montrent, de manière globale, une situation qui stagne depuis le début des années 2010. Ce constat pourrait, à tort, être interprété comme le signe qu'un plancher a été atteint.

Il apparaît en effet que les actions de prévention ne font pas partie du quotidien de tous les salariés et de nombreuses entreprises reconnaissent ne pas être impliquées en matière de prévention. Les données disponibles montrent aussi que les conditions de travail ne s'améliorent pas, voire s'aggravent dans certains cas. Les progrès observés dans certains secteurs (en particulier le BTP) coexistent avec des dégradations significatives dans d'autres (par exemple ceux du soin et de l'aide à la personne, du nettoyage et de l'intérim). En d'autres termes, des marges de progression importantes existent.

Les données disponibles, riches et détaillées, permettent à cet égard d'identifier clairement où se situent les priorités d'une politique de prévention en termes de risques, de public et d'entreprises, selon leur taille. Des données connexes ayant trait à l'inaptitude, à l'absentéisme, aux démissions, aujourd'hui mal connues ou peu mobilisées pour cet exercice, doivent aussi aider à affiner la connaissance et à choisir des priorités au plus près des risques et des activités. Des initiatives en ce sens, par exploitation de la déclaration sociale nominative² (DSN), débutent et doivent être poursuivies.

Les politiques de prévention en santé au travail souffrent à la fois d'un défaut de pilotage et de multiples cloisonnements.

Le paysage de la santé au travail demeure fragmenté entre de multiples intervenants, sans véritable pilote. L'effort de mobilisation réalisé par le ministère chargé du travail, qui se manifeste par l'adoption concertée de plans en santé au travail, est bienvenu pour créer une culture partagée et identifier des priorités communes, mais il demande, à tous les niveaux, une coordination significative pour parvenir à dépasser la simple juxtaposition des actions de tous les participants. L'évaluation de l'impact de ces plans est jusqu'à présent malaisée, faute d'avoir été prévue en amont. Plus fondamentalement, les plans sont l'expression d'un accord entre les acteurs concernés, et ils sont destinés à formuler des ambitions partagées en énumérant les nombreuses actions envisagées. L'attention accordée à leur réalisation apparaît en retrait. La Cour recommande à cet égard que les plans, tout en conservant leur fonction fédératrice, mettent l'accent sur les actions requérant un effort particulier de coordination et les attentes vis-à-vis de chaque partenaire.

² La DSN regroupe depuis 2017 dans une transmission mensuelle dématérialisée les données issues de la paie et d'événements (maladie, etc.) adressées par les entreprises aux organismes de sécurité sociale.

La gouvernance des politiques publiques de santé au travail accorde une large place aux partenaires sociaux, mais ceux-ci sont inégalement investis, en particulier au niveau local. La mobilisation des branches professionnelles est cruciale pour progresser, car leur appui est indispensable pour convaincre les entreprises d'entrer dans les démarches qui leur sont proposées. Mais certaines branches peinent à se doter de l'expertise nécessaire ; il convient d'apprécier comment les accompagner dans cet effort.

Cet éclatement du paysage des acteurs de la santé au travail et les limites des effectifs de « préventeurs ³ » dans les organismes publics avaient conduit, en 2019, à envisager une rationalisation radicale de l'organisation institutionnelle par fusion de plusieurs entités et un encadrement plus étroit des services de santé au travail interentreprises. Face aux réticences multiples, les pouvoirs publics ont finalement fait le choix, à travers la loi du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail, d'une stabilité institutionnelle. Ils tentent de mobiliser davantage les services de santé au travail sur les sujets de prévention, non pas en créant les conditions d'un pilotage direct de leur action, mais en formulant de nouvelles exigences sur le contenu de celle-ci. En particulier, les services de prévention et de santé au travail devront mettre en place une offre minimale incluant des actions de prévention, dite « offre socle », feront l'objet d'une nouvelle procédure de certification et devront respecter de nouveaux standards d'échange de données. Une partie de la réussite de la mise en œuvre de la loi du 2 août 2021 repose sur la capacité des services de prévention et de santé au travail interentreprises à mener les actions prévues. En tout état de cause, les décrets d'application de la loi ne suffiront pas à aligner immédiatement les services de santé au travail sur des priorités communes. La réflexion sur la pratique de la contractualisation entre représentants du ministère chargé du travail, des Carsat et des services de santé au travail autour d'objectifs précis, devra donc être reprise, en tirant les enseignements d'expériences antérieures peu convaincantes.

La recherche en santé au travail souffre de la même fragmentation et d'une absence de chef de file. Elle est en outre insuffisamment reliée à l'écosystème des grands financements de la recherche et doit œuvrer à s'en rapprocher.

³ Le terme de « préventeur » désigne les personnels déconcentrés de l'assurance maladie dans les caisses d'assurance retraite et de santé au travail (Carsat) et les personnels des services de prévention et de santé au travail chargés d'accompagner les entreprises dans leurs démarches de prévention.

Enfin, l'articulation entre les domaines de la santé au travail et de la santé publique demeure très limitée, alors même qu'une approche globale des risques sanitaires auxquels sont soumis nos concitoyens dans le cadre professionnel comme dans leur vie quotidienne devient possible. Cet élargissement de perspective supposerait par exemple de ne pas retenir une vision étroite du coût du risque, à savoir celui qui est supporté par la seule branche des accidents du travail et des maladies professionnelles (AT-MP), mais de prendre en compte également les conséquences financières d'une situation professionnelle dégradée, au moins sur les dépenses de la branche maladie.

Il appartient aussi aux pouvoirs publics d'animer une politique de veille sanitaire et de recherche en santé au travail susceptible de faire progresser la compréhension des risques connus et d'anticiper les risques émergents.

Enfin, les pouvoirs publics ont pour mission de trouver les moyens d'inciter les entreprises à s'investir dans la prévention des accidents du travail : par l'inclusion d'un volet sur la prévention des risques professionnels dans les cursus de formations, par l'action des opérateurs publics de ce domaine pour accompagner les entreprises dans leurs démarches de prévention, par des incitations financières positives ou négatives, par des contrôles et des sanctions.

Des leviers de progrès dans la mise en œuvre des politiques de santé au travail

Les politiques de santé au travail ne sont pas seulement une affaire de stratégie et de coordination institutionnelle. Elles appellent aussi une mise en œuvre concrète, ce qui suppose l'atteinte de différents équilibres : entre incitation et sanction, entre accompagnement sur le terrain et offre d'outils en libre-service à destination des entreprises. Plusieurs leviers de progrès peuvent être mobilisés dans ce domaine.

En premier lieu, il convient de veiller à l'adéquation des mesures mises en place par tous les acteurs au regard des priorités qu'ils affichent. De ce point de vue, la réalité des efforts consentis par ces derniers pour répondre aux enjeux de l'usure professionnelle et de la pénibilité, de la sinistralité parmi les salariés intérimaires et de la prévention de la désinsertion professionnelle n'a longtemps pas été à la hauteur de ces enjeux.

Ensuite, les organismes chargés de la prévention doivent mieux cibler les entreprises à contacter. En particulier, si le volontariat des employeurs est important pour entrer dans certains types de démarche, la caisse nationale d'assurance maladie et l'inspection du travail doivent construire une approche mieux coordonnée des situations dans lesquelles ce volontariat fait défaut. Dans le même esprit, les instruments incitatifs consistant à faire varier le niveau des cotisations à la branche AT-MP en fonction des sinistres sont trop peu utilisés, comme déjà souligné par la Cour.

S'agissant de l'offre d'accompagnement des entreprises, la balance entre outils méthodologiques en libre-service et appui sur le terrain est clairement déséquilibrée en faveur des premiers. Le grand nombre d'acteurs publics ou parapublics ainsi que la diversité des filières, des entreprises et des publics salariés conduisent à une abondance d'outils de prévention qui sont souvent redondants, faute de dispositif de capitalisation. Leur adéquation aux besoins de publics bien différents, selon les filières d'activité ou la taille de l'entreprise, est trop peu prise en compte en amont, trop peu mesurée en aval.

À ce sujet, il convient de poursuivre l'effort d'évaluation des résultats, et ce dans deux directions : celle de l'intérêt économique de la prévention pour les entreprises elles-mêmes et celle de l'impact sur la sinistralité des mesures prises. Dans les deux cas, des progrès méthodologiques sont en cours, que les évaluateurs doivent s'approprier.

S'agissant des budgets consacrés à la prévention (d'un total d'environ 2 Md€), il est difficile de les considérer comme insuffisants tant que des travaux plus convaincants et plus robustes que ceux menés jusqu'ici ne démontrent pas l'efficacité des actions de prévention. En tout état de cause, un lien direct entre un effort supplémentaire de prévention et une diminution des coûts de réparation devrait être démontré.

Récapitulatif des recommandations

Améliorer le pilotage, décloisonner la santé au travail

1. Mettre l'accent, dans les plans en santé au travail, sur les actions qui exigent un effort de coordination entre les acteurs institutionnels concernés et renforcer le pilotage de celles-ci (*ministère chargé du travail*).
2. Mieux prendre en compte la sinistralité élevée propre à certaines filières et populations pour l'intégrer pleinement dans le ciblage des orientations nationales des actions de prévention (*ministère chargé du travail, Cnam-DRP*).
3. Définir une stratégie de partage ciblé de données entre santé au travail et santé publique au profit d'une meilleure prévention (*ministères chargés du travail et de la santé, Cnam, Santé Publique France*).
4. Définir les priorités de prévention en termes de risques et d'entreprises ciblées, en tenant compte de l'impact financier des sinistres sur l'ensemble des branches de la sécurité sociale (*ministère chargé du travail, Cnam-DRP*).
5. Assurer une plus grande continuité du calendrier et des objectifs de la convention d'objectifs et de gestion de la branche accidents du travail-maladies professionnelles entre l'État et la Cnam avec ceux du plan en santé au travail afin de permettre l'évaluation complète de celui-ci (*ministères chargés de la sécurité sociale et de la santé, Cnam-DRP*).
6. Accentuer, dans la contractualisation des services du ministère du travail et des Carsat avec les services de prévention et de santé au travail, le volet relatif au développement de l'activité de prévention dans les entreprises (*ministère chargé du travail*).

Affiner les outils, garantir la mise en œuvre des priorités

7. Rendre la tarification plus incitative à la prévention des accidents du travail en majorant les taux de cotisation lorsque l'entreprise présente une sinistralité anormalement élevée dans son domaine d'activité (*Cnam-DRP*, recommandation réitérée⁴).
8. Poursuivre les travaux d'évaluation permettant d'apprécier de manière robuste l'efficacité des programmes de prévention (*ministère chargé du travail, Cnam-DRP, CCMSA, Santé Publique France*).
9. Rendre plus efficace l'accompagnement à la reprise du travail par une intervention très précoce auprès des salariés, en lien avec leur médecin traitant, en associant durant l'arrêt de travail l'employeur et les services de santé au travail (*ministère chargé du travail, Cnam*, recommandation réitérée⁵).
10. Mettre en œuvre sans tarder un programme de contrôle du respect par les employeurs de leurs obligations relatives au compte professionnel de prévention (*ministère chargé du travail, Cnam-DRP*).

⁴ Cf. Cour des comptes, « La tarification des accidents du travail et maladies professionnelles : une gestion lourde, un caractère incitatif à renforcer », *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, octobre 2018.

⁵ Cf. Cour des comptes, « La reconnaissance et la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles : un dispositif complexe à moderniser », *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, octobre 2021.

Introduction

Un an après le vote de la loi n° 2021-1018 du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail, qui a laissé inchangé le cadre institutionnel tout en confiant une nouvelle mission de prévention aux services de santé au travail, la Cour des comptes fait des propositions pour améliorer l'efficacité de cette politique publique.

Le présent rapport examine dans quelle mesure les politiques de prévention en santé et sécurité au travail portées par les pouvoirs publics, dont le coût représente environ 2 Md€ par an, réussissent à créer un contexte favorable à la prise en compte, par les entreprises, de l'enjeu que représente la santé de leurs salariés.

L'examen détaillé de l'utilisation de ces fonds publics par les différents acteurs n'était pas l'objet de cette enquête, tout comme l'examen des investissements financiers effectués en propre par les entreprises, qui peuvent être substantiels. Celle-ci ne constitue pas non plus un bilan de l'application de la loi du 2 août 2021 précitée, dont les décrets d'application n'ont pas encore tous été publiés.

Les constats sont complétés par des données plus détaillées figurant en annexe. La plupart des données utilisées portent sur les années 2013-2019 ; les données plus récentes sont portées à la connaissance du lecteur lorsqu'elles sont disponibles. Toutefois, elles sont affectées par les effets de la crise sanitaire de 2020 et 2021, et ne dégagent pas nécessairement de tendance claire.

Le rapport examine les raisons de la stagnation globale des sinistres observée depuis plusieurs années et identifie sur cette base des priorités (I). Est abordé dans un deuxième temps le cadre stratégique et organisationnel de la santé au travail tel que maintenu par la loi du 2 août 2021, pour observer que les logiques d'action restent encore étroites et cloisonnées, accroissant le besoin de pilotage et de coordination par l'État (II). Enfin, le rapport décrit les outils mobilisés par les pouvoirs publics pour susciter et accompagner l'effort de prévention des entreprises et note qu'ils sont perfectibles, que leurs effets favorables sont insuffisamment documentés et que les priorités fixées sont parfois trop peu suivies d'effets (III).

Chapitre I

Une stagnation globale des sinistres masquant des évolutions contrastées selon les activités économiques

Les nombreuses données en matière de santé au travail permettent de documenter deux constats principaux. Tout d'abord, la situation d'ensemble ne s'améliore plus ; en particulier, la fréquence des accidents du travail ne diminue plus depuis 2013 ; et le risque que représentent les maladies professionnelles, appréhendé à travers le nombre de maladies reconnues et indemnisées, apparaît aussi globalement stable (I). Ensuite, la survenue des sinistres, qu'il s'agisse d'accidents du travail, de maladies professionnelles ou d'accidents de trajet ou de mission, est plus marquée dans certains secteurs d'activité que dans d'autres, suggérant des priorités claires pour le choix des filières et des entreprises sur lesquelles concentrer l'action publique en matière de prévention (II).

Accident du travail, maladies professionnelles et risques psycho-sociaux

Un accident de travail est un événement soudain qui, quelle qu'en soit la raison, a causé un dommage corporel ou psychologique et qui est arrivé pendant l'activité professionnelle.

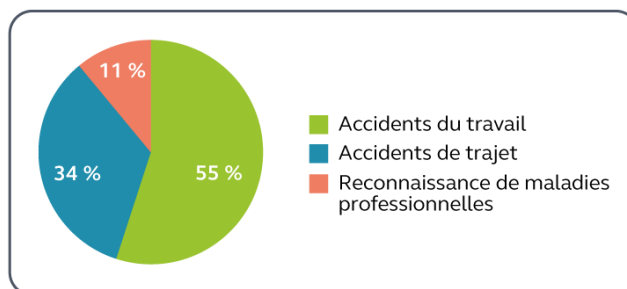
Une maladie peut être considérée comme professionnelle lorsqu'elle est contractée du fait du travail (par exemple, cancer lié à la manipulation de matériaux comme l'amiante). La maladie peut être d'origine professionnelle qu'elle figure ou non au [tableau des maladies professionnelles](#).

Un accident de trajet est un événement soudain et imprévu qui a causé un dommage corporel au travailleur et qui s'est produit entre les points suivants : sa résidence et son lieu de travail ; son lieu de travail et le lieu de restauration où il se rend pendant la pause repas.

Les risques psychosociaux (RPS) sont « les risques professionnels d'origine et de nature variées, qui mettent en jeu l'intégrité physique et la santé mentale des salariés et ont, par conséquent, un impact sur le bon fonctionnement des entreprises. On les appelle "psychosociaux", car ils sont à l'interface de l'individu (le "psycho"), et de sa situation de travail : le contact avec les autres (encadrement, collègues, clients, etc.), c'est-à-dire le "social" ».

En 2019⁶, pour 19,56 millions de salariés répertoriés au régime général, 655 715 accidents du travail, 98 899 accidents de trajet et 47 095 maladies professionnelles ont été reconnus. Ils ont occasionné le versement de 9,2 Md€ de prestations :

Graphique n° 1 : répartition des 9,2 Md€ de prestations versés aux victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles en 2019



*Note de lecture : Pour un total de 65,16 millions de journées indemnisées (donc hors jours de carence), soit, en moyenne 3,3 journées par salarié.
Source : Cour des comptes, d'après Cnam-DRP*

⁶ Les chiffres présentés ici sont ceux des sinistres (accident ou maladie) ayant entraîné un arrêt de travail ou une incapacité de travail. Il s'agit des dernières données significatives disponibles avant la crise sanitaire. Les données de 2021 sont en effet encore affectées par la crise sanitaire et un recours accentué au chômage partiel en début d'année (elles font état de 604 565 accidents du travail, 89 278 accidents de trajet et 47 398 maladies professionnelles reconnus).

Il est à noter que la sous-déclaration des sinistres, qui peut affecter la fiabilité des statistiques présentées, concerne davantage les maladies professionnelles que les accidents du travail.

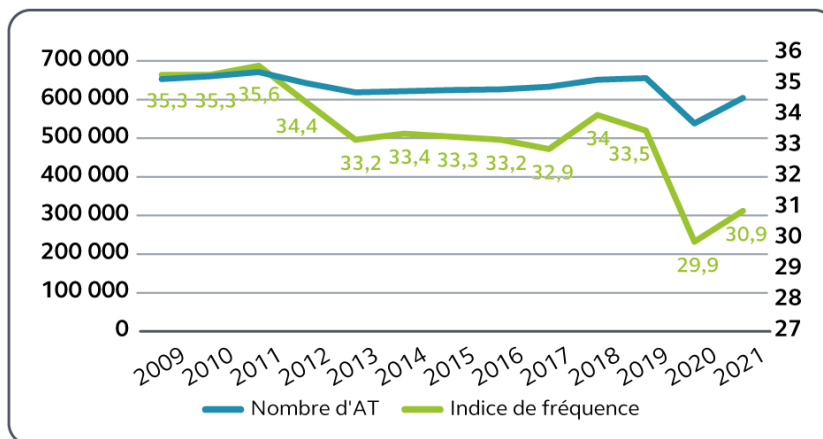
I - Une situation d'ensemble qui ne s'améliore plus

A - Des accidents du travail moins graves mais toujours aussi fréquents jusqu'en 2019⁷

1 - Au régime général

Du début des années 2010 à 2019, l'indice de fréquence⁸, qui mesure le nombre d'accidents déclarés pour 1000 salariés, a stagné. Il était de 33,2 accidents pour 1 000 salariés du régime général en 2013 et 33,5 accidents pour 1 000 salariés en 2019 (cf. graphique ci-après). Le recours massif au chômage partiel en 2020 et début 2021 limite la signification de ce même indice pour ces deux dernières années.

Graphique n° 2 : évolution de la fréquence des accidents du travail



Note de lecture : Les restrictions d'activité et le chômage partiel de 2020 et dans une moindre mesure de 2021 rendent l'indice de fréquence moins représentatif que les années précédentes.

Périmètre : régime général.

Source : Cour des comptes d'après Cnam-DRP

⁷ Dernières données significatives disponibles.

⁸ Analyser l'évolution de l'indice de fréquence permet de neutraliser les effets de variation de la population active.

L'indice de gravité des accidents du travail, mesuré par le nombre de reconnaissances d'incapacité permanente (IP) pour 10 000 accidents du travail était orienté à la baisse jusqu'en 2019, passant de 601 en 2013 à 527 à cette date. En 2021, il est de 583, cette augmentation semblant, selon la Cnam, en partie liée aux retards de traitement des dossiers de 2020.

En 2019, 1 264 décès directement imputables au travail ont été dénombrés, dont 733 résultant d'accidents du travail, 283 d'accidents de trajet et 248 de maladies professionnelles⁹.

Les accidents de trajet étaient en hausse avant la crise sanitaire¹⁰. Les décès à la suite d'un accident de trajet ont diminué presque continûment, passant de 636 en 2002 à 249 en 2016. Avant la crise sanitaire de 2020 qui les a ramenés à 221, ils étaient cependant orientés à la hausse (280 en 2018 et 283 en 2019). En 2021, 240 décès ont été dénombrés. Les activités en pratique les plus exposées aux accidents de trajet sont les activités de livraison, en particulier effectuées dans le cadre du travail intérimaire ou encore les activités à horaires fractionnés (comme la restauration), qui entraînent des trajets plus fréquents.

2 - Au régime agricole

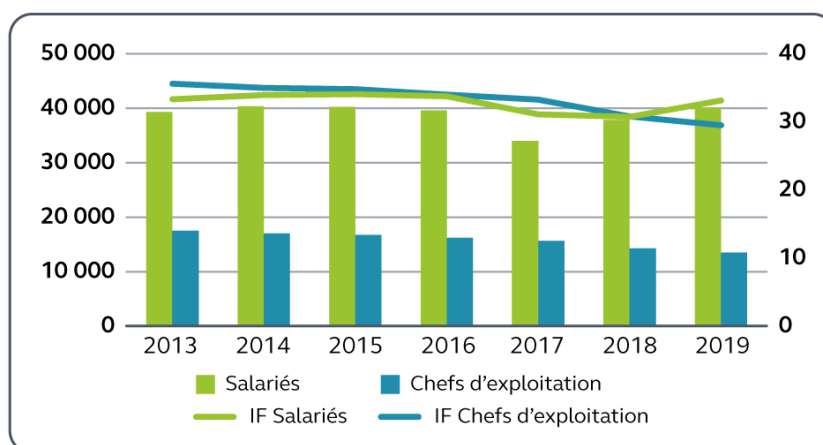
Les données de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) montrent que le nombre d'accidents ayant concerné des chefs d'exploitation¹¹ tend à diminuer, ce qui peut s'expliquer par la réduction du nombre d'exploitations. À l'inverse, le nombre d'accidents ayant concerné des salariés agricoles augmente.

⁹ En 2021, le total de ces décès est de 1 164, dont 645 du fait d'accidents de travail, 240 d'accidents de trajet et 279 de maladies professionnelles.

¹⁰ Le nombre des accidents de trajet ne varie pas avec l'évolution de la population active, mais en fonction d'autres facteurs, saisonniers - les accidents des années 2017, 2018 et 2019 ont été moins nombreux en juin (autour de 7 500) qu'en janvier (entre 8 000 et 12 000) - et météorologiques, les hivers rigoureux occasionnent davantage d'accidents de trajet.

¹¹ Les exploitants agricoles constituent la seule population de travailleurs indépendants pour laquelle existe une prise en charge du risque *via* l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles des exploitants agricoles (Atexa).

Graphique n° 3 : évolution des accidents du travail au régime agricole



Note de lecture : Histogramme (échelle de gauche) : nombre d'accidents ; courbes (échelle de droite) : indice de fréquence pour 1 000 salariés.

Source : Cour des comptes d'après CCMSA

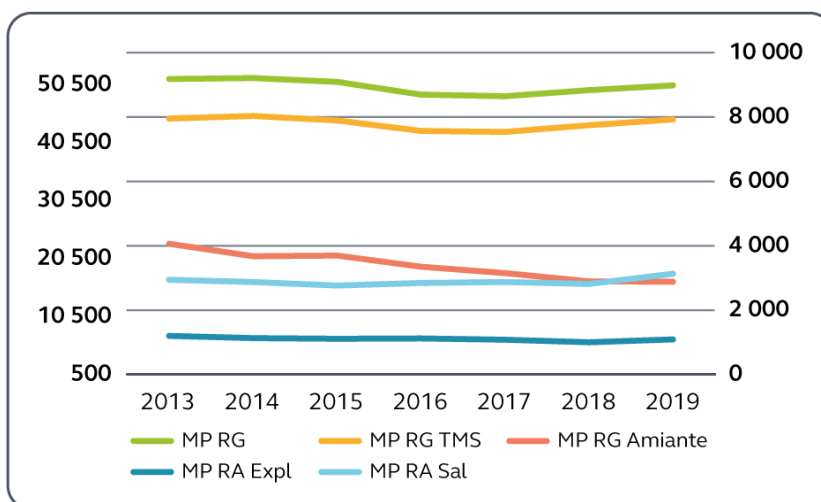
Si l'indice de fréquence des accidents est en baisse pour les chefs d'exploitation, passant de 35,6 à 29,5 pour 1 000 de 2013 à 2019, il a en revanche pour les salariés agricoles retrouvé en 2019 sa valeur de 2013 (33,2), après une amélioration ponctuelle en 2017 et 2018.

B - Les maladies professionnelles : un risque plus difficile à apprécier

1 - Une prédominance des troubles musculo-squelettiques

Au régime général, le nombre de nouvelles maladies professionnelles reconnues et indemnisées se situe sur un plateau de 50 000 cas par an depuis une dizaine d'années. Le régime agricole en reconnaît pour sa part autour de 4 000 par an.

Graphique n° 4 : évolution du nombre de maladies professionnelles reconnues en France (régime général et agricole)



Note de lecture : Échelle de gauche : maladies professionnelles totales et troubles musculo-squelettiques (TMS) au régime agricole, échelle de droite : maladies liées à l'amiante au régime général, maladies professionnelles reconnues des exploitants et des salariés au régime agricole. Source : Cour des comptes d'après Cnam-DRP et CCMSA

Plus de 85 % des maladies professionnelles reconnues et indemnisées par le régime général sont dues à des troubles musculo-squelettiques (TMS)

Le nombre de nouveaux troubles musculo-squelettiques est désormais stabilisé autour d'environ 40 000 par an depuis plusieurs années. Dans ce total, ces troubles concernant le dos représentent 7 %, l'épaule, 34 %, la main 34 % également, et le bras 23 %. Les syndromes du coude et de l'épaule sont en augmentation. Ces troubles sont plus fréquents chez les ouvriers que pour les cadres. Ils sont les plus répandus entre 50 et 59 ans, avec un taux de 29,2 par million d'heures travaillées, contre 2,4 entre 20 et 29 ans. Les femmes concentrent 55 % des troubles musculo-squelettiques, en particulier du fait d'une prévalence nettement plus forte au-delà de 45 ans.

2 - Des données d'inaptitude partielles qui limitent l'appréhension du risque

Le nombre de nouveaux cas de maladies professionnelles reconnus chaque année dépend de l'évolution des métiers et des modalités de la procédure de reconnaissance. Les modalités de reconnaissance, fondées en France sur des « tableaux »¹², sont tournées vers la réparation du risque, c'est-à-dire l'indemnisation. Elles présentent plusieurs biais pour l'évaluation des risques et les politiques de prévention. Tout d'abord, la reconnaissance intervient plusieurs années après l'exposition au risque et reflète donc le risque encouru dans un passé parfois ancien, particulièrement pour le risque chimique professionnel. Ensuite, cette approche peut conduire à surestimer ou, au contraire, à sous-estimer certaines pathologies liées à l'activité professionnelle. Par exemple, les données de réparation appréhendent de manière limitée la réalité des troubles psychosociaux liés à l'activité professionnelle dans la mesure où leur nature multifactorielle s'insère difficilement dans le système français de reconnaissance. Pour les troubles musculo-squelettiques, la situation est paradoxale : la France se caractérise par un dispositif plutôt favorable à la reconnaissance de ceux-ci¹³, contrairement à d'autres pays (cf. annexe n° 2), et pourtant certains troubles musculo-squelettiques demeurent non déclarés (et donc non reconnus)¹⁴. Il en est de même de pathologies respiratoires, de dermatoses professionnelles et de cancers.

Enfin, il existe des situations d'usure professionnelle telles que le maintien dans l'emploi, sur le même poste de travail (ou le cas échéant sur tout autre poste) n'est plus possible, sans pour autant qu'une maladie soit reconnue. Sur ce sujet, les données sont lacunaires : les situations d'aménagements de postes ou encore les avis d'inaptitude ne sont pas dénombrés exactement. En 2018, 338 000 salariés avaient bénéficié d'un aménagement de poste et 120 000 avaient été déclarés inaptes, sans qu'il soit précisé s'il s'agissait de l'inaptitude à un poste de travail ou d'une inaptitude au travail, ni si celle-ci était d'origine professionnelle. Ce suivi partiel limite la visibilité des acteurs de la prévention¹⁵.

¹² Dès lors qu'une situation de maladie identifiée dans un « tableau » est concomitante à des activités mentionnées dans ce tableau, il est conclu à l'origine professionnelle de la maladie, sauf contestation par l'employeur. Pour d'autres pathologies, dites maladies à caractère professionnel, la décision de reconnaissance est prise au cas par cas, par des commissions spécialisées, les comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (C2RMP). Dans d'autres pays, l'indemnisation est fondée sur une analyse respective des expositions professionnelles et non professionnelles au risque, et le sinistre d'origine professionnelle est indemnisé selon la part (ou fraction) lui incombant.

¹³ Cf. Cour des comptes, *Rapport sur l'exécution des lois de financement de la sécurité sociale 2021*, chapitre IX, « La reconnaissance et la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles : un dispositif complexe à moderniser ».

¹⁴ Rapport au Parlement sur la sous-déclaration des AT-MP, réalisé en application de l'article L. 176-2 du code de la sécurité sociale, juillet 2021. Les montants de dépenses restant à la charge de l'assurance maladie ont été estimés entre 1,2 Md€ et 2,1 Md€ en 2021.

¹⁵ Cf. annexe n° 3 sur les acteurs de la prévention.

3 - Des interactions complexes entre l'exposition professionnelle et certaines affections

Le lien entre une pathologie et un risque est parfois complexe à établir, en particulier dans le cas des troubles musculo-squelettiques et des troubles psychosociaux. Pour ces affections d'origine multifactorielle, le rôle de l'activité professionnelle dans leur apparition n'est plus contesté dans son principe, mais est encore incertain dans son ampleur.

L'examen des maladies professionnelles par activité montre, assez logiquement, une prépondérance des TMS plus nette dans les activités de main-d'œuvre, soit respectivement 86,3 %, 97 % et 93,4 % des maladies professionnelles reconnues en 2019 dans le bâtiment et travaux publics (BTP), les services et commerces alimentaires, et les services de nettoyage, d'action sociale et d'intérim. Dans le cas du syndrome du canal carpien, Santé publique France a identifié une fraction de risque attribuable à l'activité professionnelle parfois très élevée (jusqu'à 90 % et plus) dans certains secteurs, comme l'industrie du cuir et de la chaussure et l'industrie automobile.

Plusieurs études¹⁶ mettent en avant les risques croisés entre troubles musculo-squelettiques et troubles psychosociaux. Une évolution est en cours dans ce domaine, et tous les acteurs, experts scientifiques comme partenaires sociaux, reconnaissent désormais que l'activité professionnelle a une part de responsabilité dans la survenue des troubles musculo-squelettiques et de certains troubles de santé mentale. Les risques psychosociaux, même s'ils ne donnent lieu qu'à peu de pathologies médicalement reconnues comme professionnelles, augmentent certains risques de santé des individus. Pour autant, il reste difficile de quantifier la part de chaque facteur et les conséquences tirées en matière de prévention apparaissent limitées.

¹⁶ Cf. notamment, *Les affections liées au travail*, Cnam, janvier 2018 ; Mécanismes associant stress et pathologies, Inserm, 2011, Rapport du collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, ministère du travail, 2011 ; E. Turpin-Legendre, L. Claudon, P. Wild, « L'effet des expositions physiques et psychosociales sur les capacités fonctionnelles physiques et la santé perçue dans le BTP », Références en santé au travail INRS, n° 168, 2021 ; « Changements organisationnels : la participation des salariés protège-t-elle du risque dépressif ? », *Dares analyses*, septembre 2017.

C - Une notion du risque trop étroitement définie pour les maladies professionnelles

Compte tenu des limites exposées plus haut, la question du périmètre pertinent pour mesurer le risque est posée.

Un trouble musculo-squelettique, par exemple, avant d'être éventuellement reconnu comme une maladie professionnelle, occasionne plusieurs arrêts de courte ou moyenne durée, et donc une dépense d'indemnités journalières. Une étude de 2017 de la Cnam indique qu'une lombalgie sur cinq entraîne un arrêt de travail, et que cette pathologie est actuellement la troisième cause d'invalidité pour le régime général. Cette étude observait aussi que les lombalgies prises en charge par la branche maladie, deux fois plus nombreuses que celles prises en charge en AT-MP, concernent les mêmes secteurs d'activité. Il en va de même pour les troubles psychosociaux liés pour partie à l'activité professionnelle, qui, quoique minoritaires dans les dépenses de la branche AT-MP, occasionnent des dépenses de maladie importantes. Des constats croisés de la branche AT-MP et de la branche maladie apparaissent donc nécessaires pour les maladies d'origine multifactorielle.

Les arrêts de travail conduisant au versement par l'assurance maladie de prestations d'indemnités journalières varient très sensiblement selon les secteurs d'activité. Les troubles musculo-squelettiques, et dans une certaine mesure, les troubles psychosociaux liés à l'activité professionnelle y contribuent sensiblement. Ainsi, en rapportant le nombre de journées indemnisées d'arrêt de travail pour maladie d'un secteur d'activité à l'effectif salarié¹⁷ du même secteur, il apparaît que dans le secteur de la santé humaine et de l'action sociale, 19 journées d'arrêt de travail indemnisées sont dénombrées en moyenne par an et par salarié, contre 14 journées dans le secteur des transports et de l'entreposage et deux journées dans le secteur de la production et de la distribution d'électricité.

Ce constat plaide pour une prise en compte élargie du risque professionnel dans la détermination des priorités d'action.

¹⁷ Égal à la moyenne du nombre de salariés employés au cours de chacun des mois de l'année considérée, proratisé pour les salariés à temps partiel.

II - Des situations contrastées selon les secteurs, des priorités à ajuster dans les actions de prévention

Il pourrait être tentant d'interpréter la stagnation de la fréquence des accidents du travail ou du nombre de maladies professionnelles, comme le signe qu'une limite indépassable aurait été atteinte ; ou encore que les politiques de prévention auraient permis des progrès dans les entreprises d'une certaine taille, mais échoueraient à pénétrer dans les petites entreprises. La réalité apparaît plus complexe.

A - Une stagnation d'ensemble aux causes multiples

1 - La stagnation apparente doit être nuancée

En premier lieu, les progrès réalisés dans les domaines traditionnellement accidentogènes (BTP) ou générateurs de maladies professionnelles dans le passé (amiante) sont contrebalancés à la fois par des filières où la sinistralité reste forte (les filières du bois par exemple) et par le développement rapide de secteurs au sein desquels la sinistralité augmente (les services à la personne par exemple). Il importe aussi de noter que ces progrès apparents peuvent aussi résulter d'une transformation des modes de travail : par le recours plus fréquent à l'intérim et à la sous-traitance, qui induisent davantage de risque. En effet, dans ce cas la sinistralité n'est pas portée par l'entreprise utilisatrice.

Les progrès dans certaines filières ou certains domaines d'activité se produisent en même temps qu'apparaissent de nouvelles formes de risque, face auxquelles les politiques de prévention, qui s'inscrivent dans un temps long, ne sont pas immédiatement efficaces. Enfin, des progrès récents en matière de prévention peuvent ne pas encore être visibles ni mesurables, notamment pour les maladies professionnelles.

D'autres éléments suggèrent que la sinistralité pourrait être artificiellement minorée ou sous-estimée : le développement du travail indépendant par des plateformes et certaines sous-traitances en cascade, qui portent souvent sur les activités les plus risquées, pourrait conduire à la sous-estimer. De même, les sinistres touchant les salariés détachés, dont l'effectif est en forte augmentation, ne sont pas mesurés. Ces éléments dessinent une situation d'ensemble à la fois contrastée et mitigée.

Par ailleurs, les cycles économiques conduisent à une relation non linéaire et complexe entre activité et accidents du travail : lorsque les entreprises ajustent la main-d'œuvre en adaptant la quantité de travail précaire ou intérimaire, la fréquence des sinistres augmente, cette population étant davantage exposée au risque.

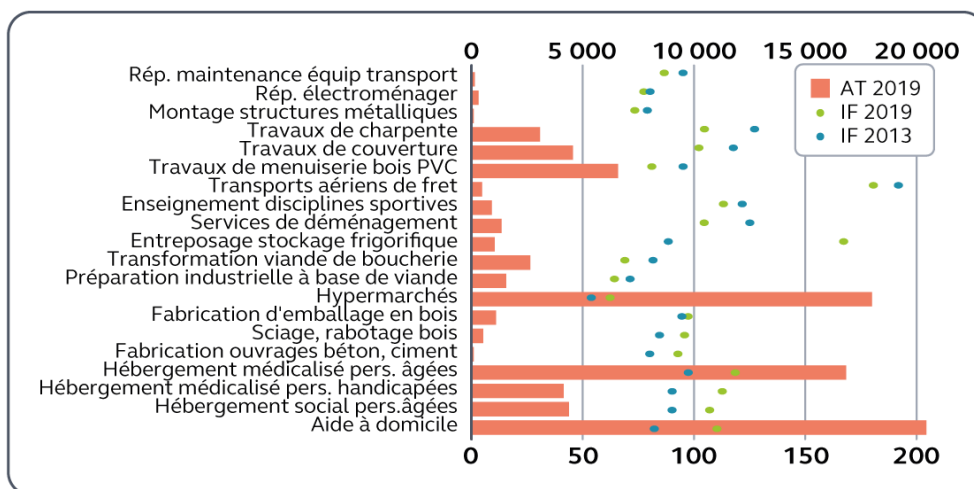
2 - Une sinistralité en progression dans certaines filières

L'évolution des indices de fréquence et de gravité des accidents du travail montre une situation contrastée selon les activités. Tous types de sinistres confondus, le nombre de journées indemnisées par salarié s'élevait en moyenne à 3,3 en 2019, il variait de 0,93 pour les activités de banque, d'assurance et de services administratifs, à 5,28 pour les activités de nettoyage, l'action sociale et l'intérim.

a) Des filières plus accidentogènes

Certaines filières ont vu leur situation se détériorer nettement, à l'instar de l'aide à domicile, des activités des établissements et services médicaux-sociaux (grand âge et handicap)¹⁸, mais également des activités de transformation du secteur du bois, des hypermarchés ou encore du stockage et de l'entreposage frigorifique. En 2019, les activités représentées sur le graphique ci-après regroupent quelque 971 400 salariés, et ont enregistré 88 350 accidents du travail.

Graphique n° 5 : les activités ayant les indices de fréquence les plus élevés de leur secteur



Note de lecture : Échelle du haut : nombre d'accidents en 2019 ; échelle de droite : indice de fréquence de 2013 et 2019. Lecture : En 2019, au sein du BTP, la filière des travaux de menuiserie bois et PVC a dénombré 6 586 accidents du travail et présenté un indice de fréquence de 80,7 accidents pour 1000 salariés, (contre 95,1 en 2013).
Source : Cour des comptes d'après Cnam-DRP (filières comptant au moins 600 salariés dans le groupe d'activités)

¹⁸ Cf. Cour des comptes, « La maîtrise des risques professionnels dans les établissements et services médicaux sociaux », *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, octobre 2022.

Les activités relevant du régime agricole se caractérisent par des indices de fréquence d'accident élevés. À titre d'illustration, ces indices sont durablement supérieurs à 100 pour 1000 dans les activités de dressage de chevaux, de sylviculture, de scierie, de traitement de la viande. Ils sont aussi très élevés dans les entreprises d'entretien des jardins et d'exploitation du bois. Le secteur maritime se caractérise également par une fréquence d'accident élevée, avec en 2019, 1 894 accidents, correspondant à 75 accidents pour 1 000 équivalents temps plein (ETP) de marins pour la pêche et 63 pour 1 000 ETP pour la marine marchande¹⁹ ; les accidents sont également graves, entraînant en moyenne un taux d'incapacité permanente de l'ordre de 10 % à 11 %.

À côté de ces filières connues pour leurs risques spécifiques, de nouveaux secteurs - activités de nettoyage, action sociale et intérim²⁰ - voient leurs résultats se dégrader de manière préoccupante. L'indice de fréquence des accidents y passe de 44,3 pour 1 000 salariés en 2010 à 52,3 pour 1 000 salariés en 2019.

Ces phénomènes de stagnation, voire d'aggravation constatée dans des filières nouvelles, montrent que les priorités doivent être régulièrement actualisées au niveau national en matière de prévention des risques.

b) Une nette amélioration dans d'autres secteurs d'activité

La fréquence des accidents du travail a très sensiblement diminué entre 2010 et 2019 (d'au moins cinq points) dans les secteurs de la métallurgie, du BTP (qui partait de la situation la plus dégradée), des services et commerces agro-alimentaires, de la chimie et de la transformation du bois et d'autres matériaux.

La gravité des accidents, mesurée par le total des taux d'incapacité permanente accordés aux victimes par million d'heures de travail, est également très variable en niveau et en tendance selon les secteurs. Tous secteurs confondus, cet indice était de 12 en 2019 et variait de 3,6 (administration, banque, assurance, etc.) à 27,9 pour le bâtiment et les travaux publics. Ce secteur se caractérise ainsi à la fois par les indices de fréquence et de gravité les plus élevés et par une baisse (hors intérim) de ceux-ci entre 2015 et 2019. Il enregistre cependant le plus grand nombre d'accidents mortels.

¹⁹ Source : conclusions du groupe de travail présidé par M. Philippe Laffon, octobre 2021.

²⁰ La situation de l'intérim dépend toutefois des modalités d'organisation du travail dans les entreprises accueillant des intérimaires.

3 - Globalement, les conditions de travail ne s'améliorent pas

Les différents travaux du service statistique du ministère du travail²¹, qui reposent sur des éléments déclaratifs, montrent à la fois la stagnation des facteurs de risque professionnels et de la qualité des conditions de travail²².

Ainsi, les expositions aux contraintes et risques physiques demeuraient pratiquement identiques entre 2005 et 2019, plus d'un tiers des salariés étant soumis à au moins trois contraintes physiques²³. Cette proportion augmente parmi les employés du commerce et de service et les ouvriers non qualifiés. Certains risques retrouvent leur niveau de 2005 après une amélioration enregistrée de 2005 à 2013. Ainsi dans la catégorie des employés de commerce et de service, près d'un tiers respire des fumées et des poussières, la même proportion est en contact avec des produits dangereux, plus de la moitié risque des blessures. Les horaires atypiques augmentent également pour cette catégorie, de même que le travail répétitif. Pour les ouvriers non qualifiés, les expositions aux poussières, produits dangereux et blessures sont similaires à celles de 2005.

Quant aux risques psychosociaux, entre 41 % et 42 % des salariés déclarent recevoir des ordres contradictoires, un chiffre ne variant pas depuis 2005, tandis que 44 % déclarent être soumis à des contraintes de rythme de travail incluant des normes de production à satisfaire en une journée. Globalement, l'exposition aux risques psychosociaux, mesurée dans des enquêtes déclaratives correspondant à des situations ressenties, ne se réduit pas.

B - Une prise de conscience des besoins de prévention encore inégale dans les entreprises

La stagnation des résultats en matière de sinistralité pourrait également être reliée à la pénétration encore très relative de la culture de prévention dans les entreprises. Selon les données recueillies par la direction des risques professionnels de la Cnam (Cnam-DRP) *via* un sondage²⁴, seules 66 % des entreprises interrogées ont entamé une démarche de prévention des risques professionnels. Les secteurs où le risque est ancien et bien identifié (industrie, construction) affichent un taux de réponse positive plus important. La proportion d'entreprises se déclarant actives en matière de prévention augmente aussi avec leur taille.

²¹ La direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (Dares).

²² Enquêtes « Sumer » et « Conditions de travail ». Voir par exemple « Analyse des conditions de travail avant la crise sanitaire », *Dares Analyses*, août 2021.

²³ Parmi cinq contraintes : rester longtemps debout, rester longtemps dans une posture pénible ou fatigante, effectuer des déplacements longs ou fréquents à pied, porter ou déplacer des charges lourdes, subir des secousses ou des vibrations.

²⁴ *Baromètre de notoriété et de satisfaction* réalisé par l'institut BVA pour la Cnam en septembre 2019.

La direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (Dares) relève que le point de vue des salariés sur les actions de sensibilisation dont ils bénéficient varie selon la taille des entreprises. En moyenne, moins de la moitié d'entre eux s'estiment informés ou formés, ce taux se réduisant avec l'augmentation de la taille de l'entreprise. Parmi les salariés, une certaine proportion admet par ailleurs ne pas utiliser les outils de prévention à disposition, souvent parce qu'ils les considèrent comme inadaptés.

Cette prise de conscience inégale peut être liée au fait que les acteurs sont encore mal identifiés. Selon le sondage précité réalisé pour la Cnam, à la question « Quels sont tous les organismes chargés de la prévention des risques professionnels que vous connaissez, ne serait-ce que de nom ? », moins d'un responsable interrogé sur deux a été capable de citer un des acteurs publics de la prévention et 30 % des responsables de ces sujets au sein des entreprises n'ont pu citer aucun acteur. Seuls les services de santé au travail (désignés aussi spontanément comme « la médecine du travail ») atteignent plus de 15 % de notoriété. Selon la Cnam, à la suite de la crise sanitaire de 2020-2021, la notoriété des acteurs publics de la prévention s'est améliorée²⁵. L'Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics (OPPBTB), grâce à sa spécialisation sectorielle, paraît, selon les enquêtes de notoriété qu'il diligente, nettement mieux identifié par les entreprises de ce secteur.

C - Des facteurs propres aux entreprises et aux salariés, à croiser avec les données sectorielles de sinistralité pour mieux cibler les actions de prévention

Quel que soit le type de sinistre, plusieurs éléments autres que le secteur d'activité sont facteurs de fortes disparités et susceptibles d'orienter les priorités d'action : la taille de l'entreprise, la catégorie socio-professionnelle et l'âge des salariés.

L'indice de fréquence des accidents du travail au régime général est supérieur à 40 pour 1 000 dans les établissements de 20 à 199 salariés, tandis qu'il est inférieur à 30 dans les établissements comptant moins de 10 salariés et ceux de plus de 200 salariés. Si les politiques de prévention sont largement diffusées dans les grandes entreprises, notamment parce que leur taille permet de développer des politiques propres conçues pour leurs activités, cette disparité suggère que les politiques publiques de prévention doivent continuer à s'adapter aux PME. Par secteur d'activités, les disparités invitent à adopter une approche encore plus ciblée.

²⁵ Le baromètre de notoriété et d'image de la Cnam-DRP réalisé par BVA auprès des entreprises en mars 2022 indique que son action est reconnue par 51% des entreprises interrogées.

En outre, les salariés les plus concernés par des accidents du travail perçoivent des salaires proches du Smic : les ouvriers et les employés²⁶ sont surreprésentés. L'analyse par secteur d'activités permet ici encore d'affiner le diagnostic²⁷. Enfin, si les maladies professionnelles reconnues concernent davantage les classes les plus âgées de la population active, du fait de leur lien avec les durées d'exposition au risque, ce sont au contraire les jeunes salariés qui sont le plus victimes d'accidents du travail²⁸.

²⁶ Voir notamment *Dares résultats* n° 39, 2016.

²⁷ Ainsi, pour le BTP, 65 % des accidents touchent des ouvriers qualifiés et 12,5 % des ouvriers non qualifiés. Pour les industries et services agro-alimentaires, 61 % des personnes accidentées sont des employés (56 % en 2013) et pour l'industrie du bois et autres, 58 % des ouvriers qualifiés. Dans l'intérim, l'action sociale et le nettoyage, près de la moitié des victimes sont des employés (48,7 %), 24,4 % des ouvriers non qualifiés et 14,1 % des ouvriers qualifiés.

²⁸ En 2012, les salariés de 20 à 29 ans étaient victimes de 28,6 accidents du travail par million d'heures salariées alors que ce taux était de 18,1 pour les salariés âgés de 50 à 59 ans (Dares, 2016).

CONCLUSION

De nombreuses données en matière de sinistralité et de conditions de travail permettent d'identifier les priorités d'une politique de prévention en termes de risques, d'activité, de public et de taille d'entreprise. Ces constats permettent de définir les publics les plus prioritaires en matière de prévention. Plusieurs approches sont possibles, qui se recoupent parfois : par l'activité – les filières dans lesquelles les accidents sont les plus fréquents et celles dans lesquelles ils sont les plus graves constituent des priorités, combinée à une approche par taille d'entreprise – les salariés d'un même secteur étant plus exposés à des sinistres dans les petites entreprises. La catégorie socio-professionnelle est un troisième axe : les politiques de prévention ont vocation être orientées vers les personnes les plus exposées (ouvriers, ouvriers qualifiés, employés). S'agissant des intérimaires, s'ajoutent à cette dimension les difficultés particulières liées à l'organisation de leurs prestations sur le site d'une entreprise utilisatrice. Enfin, l'âge des salariés, qui ajoute une dimension d'usure professionnelle, est à prendre en compte dans la conception de la prévention.

Pour autant, des données connexes ayant trait à l'inaptitude, à l'absentéisme, aux démissions, aujourd'hui mal connues ou peu mobilisées pour cet exercice, doivent aussi aider à affiner la connaissance et à choisir de grandes priorités. Des initiatives opportunes en ce sens, par exploitation de la déclaration sociale nominative (DSN), sont en cours de réflexion et doivent être poursuivies.

Les données de sinistralité montrent une situation en matière de santé au travail qui, globalement, semble ne plus s'améliorer. Cependant, ce constat ne permet pas de conclure à une efficacité qui serait désormais limitée de la prévention. Les dégradations observées dans certaines filières – en particulier le soin aux personnes – ou encore le fait que de nombreuses entreprises reconnaissent ne pas être impliquées en matière de prévention, et que les conditions de travail ne s'améliorent pas, voire s'aggravent dans certains secteurs, suggèrent que des marges de progression importantes existent.

Les priorités d'actions nationales devraient davantage prendre en compte les activités aux niveaux de risque les plus élevés ou celles qui sont à la fois à risque élevé et en croissance forte, ou encore celles où aucune dynamique d'amélioration n'est constatée. Il importe que les actions de prévention concernent en priorité les activités, les entreprises et les catégories de salariés les plus touchées.

Chapitre II

Un cadre institutionnel inchangé, des cloisonnements à surmonter

En France, le paysage de la santé au travail implique un grand nombre d'acteurs et confère une place importante aux partenaires sociaux. L'État tente d'orienter l'action collective, sans moyens spécifiques, avec un succès limité (I). Les politiques de santé au travail, longtemps fortes de leur spécificité, souffrent aujourd'hui d'une vision étroite du risque en santé au travail et d'une forme d'isolement (II).

I - De nombreux partenaires que l'État s'efforce de coordonner

A - Des acteurs multiples aux interventions cloisonnées

1 - Fruit de l'histoire, le paysage des acteurs de la santé au travail est particulièrement fragmenté

La politique publique de la santé au travail fait intervenir une pluralité d'acteurs (cf. schéma en annexe n° 3).

Le ministère du travail prépare et décline les normes applicables et coordonne l'ensemble de cette politique publique. Au niveau déconcentré, les directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (Dreets) sont chargées d'animer la politique de santé au travail conformément aux orientations nationales en la matière et

d'encadrer l'action des inspecteurs du travail dans les territoires. Ces derniers doivent informer et conseiller les salariés, les employeurs et leurs représentants, et contrôler le respect des dispositions relatives à la santé et à la sécurité sur les lieux de travail. Le ministère de l'agriculture coordonne quant à lui le plan d'actions spécifique à la filière agricole et assure la tutelle de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA).

Pour sa part, le ministère chargé de la santé veille à inclure des actions de promotion de la santé dans la prévention en entreprise et élabore la convention d'objectifs et de gestion qui fixe le cadre d'action de la Cnam, y compris, en concertation avec le ministère du travail, le volet qui oriente l'action de prévention de la branche des risques professionnels. Ce ministère, conjointement à celui chargé des comptes publics, prépare et applique les règles de la tarification des cotisations AT-MP et veille au maintien de l'équilibre financier de la branche AT-MP.

a) Le rôle des organismes de sécurité sociale

Les organismes de sécurité sociale, au sein des branches AT-MP de l'Assurance maladie et de la mutualité sociale agricole (MSA), mettent en place des actions d'information et de prévention des risques professionnels en complément du rôle joué dans la réparation des sinistres reconnus comme étant d'origine professionnelle.

Dans le cadre des orientations définies par la convention d'objectifs et de gestion de la branche AT-MP (COG AT-MP) signée avec l'État, la Cnam-DRP anime les actions de prévention de son réseau. Environ 1 800 personnes (en équivalent temps plein) travaillent pour la mission « Prévention » (dont 800 ingénieurs conseils et contrôleurs de sécurité, 400 personnels administratifs et 600 agents de l'INRS et d'Eurogip²⁹). Hors dépenses de personnel, les actions de prévention de la branche AT-MP sont financées par le Fonds national de prévention des accidents du travail doté à hauteur de 370 M€ en 2019³⁰.

La caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA), a, quant à elle, pour mission de promouvoir la prévention des risques professionnels des salariés et des non-salariés agricoles ou assimilés. Elle pilote les caisses régionales qui mettent en place les politiques dans les territoires. Elle assure le financement de services de santé au travail créés en 2012 au sein de chacune des caisses de la mutualité sociale agricole³¹.

²⁹ Eurogip est un observatoire de la Cnam sur les risques professionnels à l'international et particulièrement en Europe.

³⁰ Dont 79 M€ pour l'INRS, 1,3 M€ pour Eurogip et 85 M€ pour les aides financières aux entreprises.

³¹ En 2018, le réseau des services de santé et sécurité au travail était composé au total de 990 équivalents temps plein (ETP), dont environ 300 ETP dans les équipes de prévention des risques professionnels et 690 ETP dans les équipes pluridisciplinaires de santé au travail.

b) Des organismes de prévention nombreux fournissent des outils variés tenant compte de spécificités sectorielles ou thématiques

L'institut national de recherche et de sécurité (INRS), association sous l'égide de la Cnam-risques professionnels, est l'expert scientifique et technique de la branche ; il est chargé d'identifier les risques professionnels, d'analyser leurs conséquences pour la santé et la sécurité, de diffuser et promouvoir les moyens de maîtriser ces risques au sein des entreprises.

L'organisme professionnel de prévention des risques du bâtiment et des travaux publics, a pour mission de promouvoir la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ainsi que l'amélioration des conditions de travail auprès des professionnels du bâtiment et des travaux publics. Il leur propose des actions d'information, de sensibilisation, de formation et de conseil en matière de prévention.

L'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact) est un établissement public administratif qui met à disposition des outils et méthodes pour améliorer les conditions de travail en agissant sur l'organisation et les relations sociales au sein des entreprises. L'agence mène également une activité de veille, d'étude et de prospective sur les enjeux liés aux conditions de travail. Elle s'appuie sur un réseau de 16 associations régionales paritaires - les associations régionales pour l'amélioration des conditions de travail (Aract) -, qui fusionneront avec l'établissement public au 1^{er} janvier 2023³².

c) Les services de santé au travail

Aux termes de l'article L. 4622-2 du code du travail, les services de santé au travail ont pour mission principale « *d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail* ». Il existait 203 services de santé au travail interentreprises (SSTI)³³ au 1^{er} janvier 2021 (contre 253 en 2016), qui suivaient 15,6 millions de salariés³⁴. Les effectifs salariés de ces services

³² L'Anact emploie 77 ETP et les Aract 186. Les actions du réseau Anact-Aract représentent un budget global de 28,5 M€.

³³ Appelés anciennement SSTI (services de santé au travail inter-entreprises), ils sont devenus SPSTI (services de prévention et de santé au travail inter-entreprises) avec la loi du 2 août 2021 précitée. Le rapport conserve l'ancienne appellation pour toutes les données et constats antérieurs à cette date.

³⁴ À partir de 500 salariés, les entreprises peuvent créer un service autonome de santé au travail. La direction générale du travail estime à 492 le nombre de services autonomes en 2019. Le nombre de salariés suivis peut être estimé à environ 2 millions en extrapolant à partir des dernières données disponibles, datant de 2016.

ont atteint 17 768 personnes physiques au 1^{er} janvier 2022, soit 16 308 ETP, dont un quart de médecins du travail. Sur la période récente, la hausse des effectifs de non-médecins, encouragée par plusieurs mesures renforçant l'exercice pluridisciplinaire de cette spécialité, a contribué à compenser la diminution du nombre de médecins du travail. Toutefois, tant la pyramide des âges de ces médecins que leur inégale répartition sur le territoire sont susceptibles de fragiliser certains de ces services : le nombre de médecins était de 4 134 (3 479 ETP) au 1^{er} janvier 2022 contre 5 131 (4 158 ETP) au 1^{er} janvier 2015, soit un recul significatif, de l'ordre de 20 % en quelques années.

Le périmètre d'exercice des services de santé au travail est défini par leur agrément, qui est délivré pour cinq ans par les médecins inspecteurs du travail des Dreets, tant du point de vue géographique que des secteurs d'activité des entreprises adhérentes. Certains services sont réservés³⁵ au secteur du bâtiment et travaux publics (BTP).

En grande partie accaparés par les visites médicales individuelles, qui relèvent davantage du suivi que de la prévention primaire *stricto sensu*, leur rôle en matière de prévention vient d'être renforcé par la loi du 2 août 2021 dont les décrets d'application sont en cours de publication (voir *infra*).

2 - Le foisonnement d'acteurs impose d'autant plus une coordination qu'une réforme institutionnelle a été écartée

La santé au travail fait intervenir un grand nombre d'acteurs, dont les missions doivent être coordonnées. A défaut, des redondances apparaissent, qui concernent principalement les outils de sensibilisation et d'accompagnement : les usagers font face à une offre multiforme et difficile à appréhender.

Face à ce foisonnement, un rapport, remis en 2018 au Premier ministre³⁶, a recommandé un regroupement des acteurs autour de trois missions : une mission de conception, de pilotage et de contrôle qui demeurerait assurée par l'État au niveau central et par les Dreets en région ; une mission d'assureur, incombant à la Cnam et aux Carsat ; enfin une mission d'accompagnement et d'offre de services, relevant d'un guichet unique placé au niveau régional et regroupant l'offre des principaux acteurs de la prévention³⁷.

³⁵ La Fédération française du bâtiment estime à 27 le nombre de services réservés au BTP, suivant 79 657 adhérents et 777 182 salariés en 2017.

³⁶ Charlotte Lecoq, Bruno Dupuis, Henri Forest, avec l'appui d'Hervé Lanouzière, *Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée*, août 2018.

³⁷ Carsat, services de prévention et de santé au travail interentreprises, organisme professionnel du bâtiment et des travaux publics (OPPBTP), réseau de l'Anact et associations régionales pour l'amélioration des conditions de travail (Aract).

Faute d'accord des acteurs concernés, cette réforme n'a pas été mise en oeuvre. Elle a laissé place à une réforme plus limitée, portant principalement sur les conditions d'exercice des missions des services de prévention et de santé au travail interentreprises (SSTI). Aucune évolution institutionnelle majeure n'a été retenue, à l'exception de la fusion des associations régionales pour l'amélioration des conditions de travail (Aract) avec l'agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact).

B - Des partenaires sociaux présents à tous les niveaux, une mobilisation variable

La gouvernance des politiques de prévention en santé au travail, repose, à tous les niveaux, sur le principe du paritarisme. C'est le cas des organismes de sécurité sociale, notamment de la branche AT-MP, qui est paritaire au niveau national (commission des AT-MP, comités techniques nationaux) et au niveau régional (commissions régionales des AT-MP, comités techniques régionaux). C'est le cas aussi pour les principaux acteurs de la prévention³⁸, dont l'organisation est paritaire. Par ailleurs, les partenaires sociaux sont également représentés au sein du conseil d'administration de l'association nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) et de l'Anact. L'influence du paritarisme s'étend à la production des textes : la dernière loi sur la santé au travail, en date du 2 août 2021, reprend très largement les principes de l'accord national interprofessionnel (Ani) de décembre 2020.

Le travail normatif et de coordination effectué par l'État implique aussi la consultation de multiples entités paritaires. Le conseil d'orientation des conditions de travail (Coct) et son groupe permanent prennent une part importante dans la définition des politiques de santé au travail³⁹ ; il est assisté de plusieurs commissions consultatives thématiques également paritaires. Au niveau régional, les comités régionaux d'orientation des conditions de travail (Croct) jouent le même rôle pour la déclinaison territoriale des politiques de santé au travail.

³⁸ L'INRS, les associations régionales pour l'amélioration des conditions de travail (Aract), l'organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics (OPPBTP), les services de prévention et de santé au travail interentreprises (SPSTI).

³⁹ Le Coct participe à l'élaboration des orientations stratégiques des politiques publiques nationales, est consulté sur les projets de textes législatifs et réglementaires concernant cette matière et participe à la coordination des acteurs intervenant dans ces domaines. Le groupe permanent en constitue une formation plus restreinte. Il a été transformé en comité national de prévention et de santé au travail (CNPST) aux termes de la loi du 2 août 2021, avec des attributions renforcées en termes de suivi des politiques de prévention.

Ce fonctionnement paritaire ne suffit cependant pas à assurer la correcte implication des partenaires.

C - Une nécessaire mais difficile recherche de synergies

La coordination exercée par l'État prend la forme, depuis le début des années 2000 et en réponse au choc de la crise de l'amiante⁴⁰, de plans sur la santé au travail (PST) successifs, déclinés au niveau régional.

1 - Les plans en santé au travail nationaux et régionaux : une construction en progrès

a) La construction du troisième plan santé au travail (PST 3)

Le troisième plan santé au travail (2016-2020) expose de manière exhaustive les problématiques et identifie de multiples champs d'action prioritaires, comme les chutes de hauteur, les troubles musculo-squelettiques, le risque chimique, le risque routier. Il identifie aussi les principaux enjeux structurants, notamment la coordination, l'amélioration de la connaissance et du partage des données, la prévention de la désinsertion professionnelle, la transversalité entre santé au travail et santé publique.

Cependant, en l'absence d'objectifs de pilotage (indicateurs d'avancement, fixation des points d'étape à différents niveaux), de détermination des méthodes de mesure des résultats et de définition des « livrables » pour chaque action, le bilan *ex post* ne peut reposer que sur une évaluation qualitative.

b) Un quatrième plan santé au travail (PST 4) qui s'inscrit dans la continuité du précédent

Le quatrième plan santé au travail (PST 4), adopté à la fin de l'année 2021, a davantage fait l'objet d'une concertation avec les partenaires sociaux, soucieux d'y voir déclinés les orientations de l'accord national interprofessionnel de décembre 2020.

⁴⁰ Qui avait pu être considéré comme l'échec d'une prévention dévolue aux partenaires sociaux au travers du comité amiante, ce qui avait conduit au premier plan santé au travail (PST) en 2005.

Le plan identifie de nouveaux enjeux, comme la nécessité de structurer la réponse aux situations de crise (exemple de Lubrizol à Rouen), de prendre davantage en compte non seulement les différences entre hommes et femmes, notamment en matière d'exposition aux risques, mais aussi la transformation numérique et les effets du changement climatique sur la santé au travail. Il identifie les publics particulièrement vulnérables (jeunes, nouveaux arrivants, travailleurs intérimaires, autonomes, détachés) pour lesquels des mesures ciblées doivent être conçues. Dans plusieurs domaines (troubles musculo-squelettiques, risque chimique, risque routier), le quatrième plan en santé au travail propose de mobiliser davantage les branches professionnelles pour concevoir et déployer les outils de sensibilisation et d'accompagnement nécessaires, afin d'en faciliter l'appropriation par les entreprises.

Le plan inclut la définition d'indicateurs précis et la mise en place d'un système d'information commun de remontée des avancées.

Le quatrième plan en santé au travail prévoit un plan complémentaire relatif aux accidents graves et mortels. Celui-ci, paru en mars 2022, distingue les publics les plus exposés que sont les jeunes et nouveaux embauchés, les travailleurs intérimaires, les travailleurs indépendants et détachés, et vise les principaux risques, tels que le risque routier et les chutes de hauteur, mais aussi l'utilisation de certaines machines.

Fondamentalement, la mise en œuvre du plan dépend du bon vouloir de chacun des partenaires. L'attribution au ministère du travail d'une enveloppe de 33 M€ pour la période 2022-2023 afin d'accompagner la réforme de la santé et de la sécurité au travail pourrait y contribuer.

c) La construction des plans régionaux santé au travail (PRST)

Les plans santé au travail (PST) sont déclinés dans les régions sous forme d'actions concrètes, au moyen de plans régionaux santé au travail (PRST), construits avec les partenaires locaux⁴¹ et les branches professionnelles au sein des comités régionaux d'orientation des conditions de travail (Croct).

⁴¹ Carsat, Aract, OPPBTP, SSTI.

Les plans régionaux santé au travail (PRST) examinés par la Cour dans le cadre de l'enquête sont fondés dans l'ensemble sur un diagnostic partagé de la santé au travail, parfois réalisé avec l'appui d'un observatoire régional de la santé au travail, et plus ou moins documenté selon les régions. Seules trois régions n'ont pas fait de diagnostic : Pays de la Loire, Corse et Mayotte. Dans la plupart des cas, un bilan a été tiré du troisième plan régional santé au travail (PRST 3) qui a permis d'orienter le suivant (PRST 4). De l'avis des Dreets, le processus de consultation pour décliner les orientations nationales en actions locales a été approfondi. Certains partenaires de niveau régional (caisses locales de la mutualité sociale agricole, agences régionales de santé) se sont toutefois moins impliqués, ce qui peut avoir des conséquences sur la qualité de suivi des actions. Malgré la lourdeur du plan national et de sa déclinaison au niveau régional, dans de nombreux cas, des actions locales spécifiques ont été conçues.

2 - Des difficultés de mise en œuvre, des résultats incertains

Au plan national, le bilan du troisième plan santé au travail (PST3), effectué par la direction générale du travail, reconnaît qu'en termes de coordination, d'échanges de données, d'implication de certains partenaires, les progrès n'ont pas été à la hauteur des attentes.

Au plan régional, nombre d'actions planifiées n'ont pu être mises en œuvre, pour des raisons multiples : retrait, en cours de plan, des pilotes identifiés pour les conduire⁴², temps important passé à élaborer le détail des actions au détriment du temps consacré à leur mise en pratique, conception d'outils de sensibilisation/diagnostic sans capacité réelle de déploiement ni d'évaluation, insuffisantes retombées des actions au-delà des partenaires, voire défaut de diffusion de certains livrables, enfin manque de temps disponible des équipes pour assurer le suivi d'actions trop nombreuses.

Des bilans régionaux ont été réalisés, essentiellement qualitatifs, du fait de l'absence d'objectifs chiffrés qui empêche toute évaluation quantitative.

Au total, les efforts de coordination, de pilotage et d'évaluation conduits par le ministère chargé du travail devraient se concentrer sur un petit nombre d'actions qui exigent justement un effort de coordination entre les acteurs institutionnels.

⁴² En Rhône-Alpes, les actions menées sur le risque chimique dans les garages se sont trouvées ainsi interrompues du fait du départ du pilote.

3 - Convention d'objectifs et de gestion et contrats pluriannuels de gestion, des calendriers à rapprocher

Les plans santé au travail ont vocation à orienter la négociation de la convention d'objectifs et de gestion (COG) entre l'État et la branche AT-MP pour les actions qui relèvent de la santé au travail. Dans une certaine mesure, la mise en œuvre des conventions d'objectifs et de gestion par les Carsat devrait s'accompagner de la réalisation des actions prévues par les plans de santé au travail. Cependant, ces deux exercices de planification sont décalés dans le temps et les Carsat ont du mal, en pratique, à concilier ces deux calendriers. La non-concordance des calendriers contribue à conférer davantage d'autonomie à la Cnam et entretient une difficulté structurelle pour les Carsat à coopérer aux PRST dès leur démarrage. Aussi, les conventions d'objectifs et de gestion et contrats pluriannuels de gestion devraient être conclus immédiatement après les plans nationaux et régionaux en santé au travail. Le contexte récent a permis de réduire le décalage à un an, mais il devrait pouvoir être encore raccourci et ramené à quelques mois.

D - Des services de santé au travail interentreprises inégalement impliqués en dépit du nouveau cadre légal

1 - Une tentative inaboutie d'orienter l'action des services de santé au travail interentreprises vers davantage de prévention

La réalisation de visites médicales est la principale activité des services de santé au travail interentreprises⁴³. Les actions en milieu de travail qui vont au-delà des seules visites individuelles n'avaient concerné que 24 % des entreprises en 2019 (45 % en 2020 du fait de leur mobilisation face à la crise sanitaire). Les données ne permettent pas de décompter, au-delà de ce chiffre, le temps réel consacré à la prévention, faute d'un cadre de mesure commun.

La mobilisation accrue des services de santé au travail interentreprises en faveur d'une prévention allant au-delà de la surveillance individuelle présente de longue date un caractère stratégique. Les partenaires sociaux ont longtemps hésité à faire évoluer ce système. La visite médicale, revenant à intervalle régulier, est considérée par les organisations syndicales comme un droit acquis ; quant aux employeurs, ils souscrivent plus volontiers à cette modalité de prévention, qui, par son caractère individuel, ne met pas en jeu directement l'organisation du travail ni les choix collectifs. Ils peuvent aussi considérer, à tort, que ces visites contribuent à leur accorder une certaine sécurité juridique, notamment dans le cas d'un contentieux où serait recherchée la faute inexcusable de l'employeur.

⁴³ 5,7 millions de visites ont été assurées par les médecins du travail en 2018 au total ; elles concernaient 4,9 millions de salariés distincts.

Les services de santé au travail interentreprises n'étant pas constitués en réseau capable de mettre en place un pilotage commun, et disposant chacun d'une gouvernance paritaire locale⁴⁴, il est particulièrement difficile de les mobiliser d'une manière coordonnée en faveur d'une action commune. Sans même parler d'objectifs partagés, moins de la moitié d'entre eux sont dans une dynamique d'échange de données au niveau régional. Alors que l'alimentation des grandes enquêtes de suivi épidémiologique fait partie de leurs missions, des organismes tels que la direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (Dares) ou Santé Publique France relèvent que les services de santé au travail ont de plus en plus de difficultés à s'investir dans le recueil des données correspondantes, mettant en danger la qualité de celles-ci.

Il a été constaté que les services de santé au travail relayaient insuffisamment les outils de l'institut national de recherche et de sécurité ou ceux du réseau de l'agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail, voire recréaient des outils pré-existants.

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, contrats signés entre les services de prévention et de santé au travail interentreprises, les Carsat et les Dreets introduits dans le sillage de la loi de 2011, avaient vocation à devenir l'outil d'une contractualisation locale obligatoire minimale avec les deux principaux acteurs régionaux. Leur bilan apparaît mitigé. Le dernier bilan complet des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens réalisé avec la Cnam, qui remonte à 2018, faisait état d'un taux de contractualisation par les services de santé au travail à hauteur de 77 % (contre 56 % en 2016), proportion qui n'a pas varié depuis lors. Mais il apparaissait, au plan qualitatif, que les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens étaient insuffisamment suivis, leurs effets non mesurables et leurs objectifs trop dispersés.

Plusieurs propositions ont été faites, notamment dans le cadre d'un rapport de l'inspection générale des affaires sociales⁴⁵, pour standardiser ces contrats, en piloter l'avancement et inciter y compris financièrement les services de prévention et de santé au travail interentreprises à s'y investir. Dans le contexte des concertations alors en cours sur la santé au travail, l'outil n'a guère évolué jusqu'à l'adoption de la loi du 2 août 2021. Celle-ci tente de remédier à leurs lacunes avec des dispositions dont l'effectivité est incertaine.

⁴⁴ Sous la présidence d'un représentant des organisations patronales.

⁴⁵ Inspection générale des affaires sociales, *Évaluation des services de santé au travail interentreprises (SSTI)*, février 2020.

2 - Les évolutions législatives ouvrent des pistes pour une meilleure mobilisation des services de prévention et de santé au travail interentreprises

L'accord national interprofessionnel du 10 décembre 2020 puis la loi du 2 août 2021 contiennent des dispositions destinées, de manière indirecte, à améliorer la contribution des services de santé au travail à des actions de prévention et à dépasser le cadre du suivi individuel des salariés, comme l'exemple autrichien le montre.

En Autriche, un accompagnement particulier des petites entreprises par des services de prévention et de santé au travail

En Autriche⁴⁶, les entreprises de moins de 50 salariés bénéficient d'un accompagnement des centres de prévention *AUVAsicher*, qui effectuent pour une moitié des visites des prestations de médecine du travail et pour l'autre moitié des visites d'évaluation des risques et de conseil à l'aménagement de postes de travail. Le dispositif coûtait 27 M€ en 2016 pour quelque 116 000 prestations, bénéficiant à environ un tiers des entreprises de cette taille.

La loi du 2 août 2021 précitée réaffirme la mission de prévention des services de santé au travail. Elle crée une procédure nouvelle de « certification » de ces services, et prévoit qu'ils devront désormais proposer une « offre socle » incluant, dans des proportions encore à définir, des actions de prévention. Ces services auront l'obligation de mettre en place une cellule de prévention de la désinsertion professionnelle. La loi fournit également une base pour imposer aux services de prévention et de santé au travail interentreprises une remontée, sous forme dématérialisée et standardisée, des données de suivi des salariés. Conformément aux équilibres de l'Ani précité, la loi n'apporte que des retouches mineures à la gouvernance des services de prévention et de santé au travail⁴⁷.

⁴⁷ Leur vice-président sera désormais un représentant des salariés et les représentants des employeurs au sein du conseil d'administrations comme de l'organe de surveillance seront désignés par les organisations représentatives d'employeurs au niveau national et interprofessionnel, et non plus par les entreprises adhérentes.

⁴⁷ Leur vice-président sera désormais un représentant des salariés et les représentants des employeurs au sein du conseil d'administrations comme de l'organe de surveillance seront désignés par les organisations représentatives d'employeurs au niveau national et interprofessionnel, et non plus par les entreprises adhérentes.

Cette double nouveauté (procédure de certification et définition d'une offre socle) est importante. En particulier, en fonction du contenu de l'offre socle, les services de prévention et de santé au travail interentreprises pourraient être clairement chargés d'une offre d'accompagnement des entreprises de leur ressort, notamment des plus petites, dans l'identification des risques, l'élaboration du document unique d'évaluation des risques professionnels (Duerp) et de plans d'action, ou encore la sélection des mesures appropriées. Cependant, plusieurs difficultés sont d'ores et déjà identifiées.

D'une part, les marges de manœuvre des services de prévention et de santé au travail interentreprises pour remplir les nouvelles missions attendues semblent étroites. D'autre part, l'amélioration de cette offre sera nécessairement progressive. Par ailleurs, rien ne garantit une meilleure insertion de ces services dans les écosystèmes locaux de la santé au travail. En d'autres termes, les nouveaux outils encadreront la prestation des services de prévention et de santé au travail interentreprises, mais ne permettront pas à eux seuls de les rendre pleinement conformes aux attentes du législateur.

Dans ce contexte, la poursuite d'une forme de contractualisation avec les services du ministère du travail et les Carsat, même si elle peut sembler redondante, sera indispensable, au moins à court terme. L'organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics (OPPBT) pourrait être associé, pour les services de prévention et de santé au travail interentreprises qui comptent des entreprises du BTP parmi leurs adhérents. La direction générale du travail a engagé les travaux sur une nouvelle génération de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens susceptibles de s'articuler avec ces nouveaux outils d'encadrement de l'activité des services de prévention et de santé au travail interentreprises. Elle n'exclut pas d'assigner à ceux-ci, à cette occasion, un objectif de performance. En l'absence d'autres véritables leviers de pilotage dans la réforme, cette orientation doit être soutenue. Enfin, la question de son financement reste entière.

La coexistence de la nouvelle procédure de certification des services de prévention et de santé au travail interentreprises avec les agréments délivrés par les Drets peut s'expliquer par la possibilité que se réserve l'administration, dans un premier temps, d'agréer des services non certifiés, afin de maintenir la couverture d'un territoire, même si, une fois la démarche de certification installée, il apparaît préférable de s'appuyer uniquement sur celle-ci.

II - Des logiques d'action étroites et cloisonnées

A - Une logique d'assureur centrée sur une vision étroite du coût du risque de la branche AT-MP

La prévention repose en grande partie sur une hiérarchisation des risques, et sur le choix de secteurs à cibler en priorité, fondée sur l'analyse de leur sinistralité du point de vue de la branche AT-MP. Le système de la prévention est ainsi largement piloté du point de vue d'un assureur qui ne serait sensible qu'aux effets des atteintes à la santé causées par le travail sur son risque propre.

Or, ces atteintes ont aussi des répercussions sur d'autres branches de la protection sociale : certaines affections liées au travail, sans donner lieu à un sinistre, ont des conséquences, comme déjà évoqué, sur les arrêts maladie pris en charge par la branche maladie, ou encore sur certaines situations de chômage, d'invalidité ou de handicap donnant lieu à indemnisation, à pension ou à allocation.

La prévention de troubles tels que les risques psychosociaux demeure à cet égard une priorité de second rang des Carsat, alors même que les coûts induits pour la branche maladie de la sécurité sociale sont vraisemblablement élevés. La prévention en santé au travail gagnerait à être pilotée sur la base d'indicateurs qui prennent aussi en compte, autant que faire se peut, les coûts portés par les autres branches, et des indicateurs plus larges que ceux de la sinistralité des AT-MP, mais symptomatiques d'un mal-être au travail. Cela implique de poursuivre une forme de décroisement au sein-même de la Cnam, entre la branche maladie et la branche AT-MP.

Face à ce cloisonnement, l'approche plus globale de la prévention en santé au travail est déjà une réalité dans l'offre de certains acteurs privés de la protection sociale et de la prévoyance, qui peuvent considérer avoir une légitimité à s'investir dans ce domaine dans la mesure où ils prennent à leur charge des prestations complémentaires en cas de sinistre. Certes, les outils, les ambitions et les objectifs de leurs offres commerciales diffèrent considérablement de la prévention proposée par les entités publiques. Ces offres ne visent en pratique que des entreprises de grande taille et déjà matures sur ces sujets. Mais il convient de veiller à ce qu'elles ne fassent pas passer à plus ou moins brève échéance les modes d'action des administrations publiques pour obsolètes et décalés.

B - La recherche en santé au travail, isolée et fragmentée

La recherche en santé au travail n'est pas à proprement parler une politique de prévention, mais elle en constitue le soubassement indispensable.

1 - Une pluralité d'acteurs sans stratégie commune ni chef de file

Ici encore, les acteurs sont nombreux, et les voies de leur coordination complexes.

Au ministère chargé du travail, la direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (Dares) administre et exploite les grandes enquêtes Sumer et Conditions de travail déjà évoquées, qui permettent de suivre dans le temps un véritable tableau de bord en la matière et de documenter finement les expositions à certains risques par secteurs d'activité. Elle réalise des études économétriques ponctuelles sur certains sujets et investit le champ de l'évaluation des politiques de prévention.

La direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques (Drees) produit des études et synthèses, contribue à l'évaluation de politiques publiques, soutient la recherche et administre des données pour ses ministères de tutelle. Elle porte avec la Cnam, la caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) et la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) un groupement d'intérêt public, l'institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) dont le programme de recherche comprend des sujets ayant trait à la sécurité et la santé au travail.

L'INRS conduit une recherche appliquée sur les risques et sur les dispositifs visant à les prévenir. Dans le domaine du risque chimique par exemple, il a mené des études sur les expositions à certains polluants⁴⁸. Il propose notamment des protocoles de mesures d'émission, de tests d'équipements de protection, ou de solutions d'aspiration des polluants à la source.

L'agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) contribue à la connaissance des risques professionnels, notamment des risques émergents. Elle rend des avis sur saisine de l'État ou des partenaires sociaux, en mobilisant les connaissances scientifiques utiles. Elle élabore les recommandations pour la fixation des valeurs limites de référence⁴⁹ en matière d'exposition à des substances chimiques dangereuses pour la santé. Elle réalise aussi des travaux sur les risques sanitaires encourus par certaines populations.

⁴⁸ Visant par exemple à identifier les secteurs et les métiers exposés à nombre de substances.

⁴⁹ La valeur limite d'exposition professionnelle à un produit chimique (définie à l'article R. 4412-4 du code du travail) représente le niveau maximum de concentration dans l'air que peut respirer une personne pendant un temps déterminé sans qu'aucune atteinte organique ou fonctionnelle de caractère irréversible ou prolongée soit raisonnablement prévisible.

Elle finance des projets de recherche en santé au travail dans le cadre du plan national de recherche environnement santé travail (PNR EST). Depuis 2015, elle assume une nouvelle mission d'expertise préalable à la création et la modification des tableaux de maladies professionnelles ou l'élaboration de recommandations pour les comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles. Elle évalue notamment les risques des produits phytosanitaires, en particulier pour les agriculteurs qui les manipulent, et délivre, modifie ou retire les autorisations de mise sur le marché et de l'ensemble de ces produits⁵⁰.

Les activités de Santé Publique France dans le domaine de la santé au travail consistent à assurer la surveillance des événements de santé liés aux facteurs de risque d'origine professionnelle, afin d'orienter la prévention. Elle développe pour ce faire des systèmes de suivi des expositions et de certaines pathologies en lien avec l'environnement professionnel, notamment *via* un dispositif de suivi de cohortes. Cette agence contribue également à la promotion de la santé générale en entreprise.

Les organismes concernés ont donc des cœurs de métier distincts : à grands traits, suivi épidémiologique pour Santé publique France, évaluation du risque lié aux substances pour l'Anses, évaluation du risque professionnel dans l'optique de proposer des solutions techniques pour l'INRS.

Au total, ces différents acteurs n'ont ni stratégie commune, ni chef de file⁵¹.

2 - Des échanges de données limités

La recherche en santé au travail doit pouvoir disposer de données nombreuses et de qualité⁵², dont, notamment, celles produites par les services de prévention et de santé au travail interentreprises. Ces derniers sont au centre des enjeux de données en santé au travail, car ils recueillent directement les données individuelles sur l'état de santé des travailleurs. Ils participent ainsi à la fois à une veille constante et à des enquêtes spécifiques.

Les problèmes de qualité, de complétude et d'interopérabilité de ces données ont été documentés de longue date, et encore récemment, que ce soit dans le rapport Lecocq ou dans le rapport de l'inspection générale des affaires sociales de 2019 précités, ce dernier soulignant l'absence d'un système d'échange de données entre la Cnam, lesdits services et les Dreetts.

⁵⁰ Elle dispose d'un effectif de 1 402 collaborateurs et d'un budget de 141,1 M€.

⁵¹ Selon la direction générale du travail, un groupe de travail réunissant la Dares, Santé publique France, l'INRS et l'Anses devrait se réunir à l'automne 2022 en vue d'une meilleure structuration et priorisation des travaux de recherche.

⁵² Ces sujets figuraient explicitement dans les actions des PST 3 et PST 4.

En termes de qualité des données, l'enjeu principal est celui de la pertinence et du respect du codage, dans les fiches d'entreprise, des principales expositions. À cet égard, l'Anses poursuit l'actualisation du thésaurus en la matière. En termes de complétude, il s'agit de garantir un niveau suffisant de participation des services de prévention et de santé au travail interentreprises aux enquêtes nationales tels que Sumer ou Evrest⁵³. À l'occasion des discussions en cours sur la collecte des données en provenance des services de prévention et de santé au travail interentreprises, les services et organismes qui administrent les différentes enquêtes concernées (Dares, Santé Publique France, Anses, INRS) ont pris l'initiative bienvenue de se coordonner pour formuler conjointement leurs attentes.

S'agissant de l'interopérabilité, si la loi du 2 août 2021 fixe le cadre permettant d'imposer aux services de prévention et de santé au travail interentreprises un standard de communication de données matière de santé des personnes suivies, ce sont les décrets d'application qui fixeront l'ambition réelle en la matière et la capacité à interfacer les résultats obtenus avec d'autres bases.

À cet égard, en 2018, le rapport Lecocq avait fait le constat que « *Faute d'une architecture informatique commune, il n'existe actuellement pas de base partagée entre les données réparation et les données prévention et a fortiori avec les données de la consommation médicale (Sniiram) (...) Cette difficulté d'interopérabilité est une limite à la mise en commun des flux et données et donc à l'élaboration d'indicateurs croisant absentéisme, pathologies et travail* ». Le rapport suggérait que, en étendant les croisements de données avec d'autres sources relatives aux expositions ou au contexte professionnel (enquêtes Dares, données des services de santé au travail, etc.), la prévention pourrait entrer dans une nouvelle ère. Il conviendrait pour cela que ces données intègrent à tout le moins celles du cadre du système national des données de santé (SNDS)⁵⁴.

De manière générale, un accès plus aisé des différents acteurs aux bases détenues par les autres parties prenantes, dans le respect des règles de confidentialité, est à promouvoir.

⁵³ Enquêtes nationales « Évolutions et relations en santé au travail ».

⁵⁴ Le groupement d'intérêt public « Plateforme des données de santé » créé par l'article 41 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé a notamment pour objet de réunir, organiser et mettre à disposition les données du SNDS et de promouvoir l'innovation dans l'utilisation des données de santé. L'arrêté du 29 novembre 2019 a bien prévu que le ministère du travail et la Cnam fassent partie de ce GIP.

C - Une articulation délicate avec la prévention en santé publique

En réalité, la question du partage des données entre les opérateurs de la santé au travail et les acteurs des politiques de santé publique n'est pas que technique, ou juridique au regard de la protection des données personnelles. Elle est aussi politique, et relève aussi d'une approche assez innovante de la santé.

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a contribué à la prise en compte de la notion de santé globale (« *One Health* » – Une seule santé) recouvrant la santé humaine, animale, végétale et environnementale en consacrant dans le code de la santé publique le concept d'exposome, qui vise à prendre en compte l'ensemble des voies et contextes d'exposition. Ce concept pluridisciplinaire plaide pour sortir des cloisonnements ministériels actuels.

Le rapprochement des domaines de la santé au travail et de la santé publique figure explicitement dans les plans en santé au travail, avec cependant une ambition limitée. Quant à la stratégie nationale de santé 2018-2022, bien que comportant des actions dans les entreprises, elle ne consacre qu'une place réduite à la santé au travail et reprend pour l'essentiel les principales priorités des plans en santé au travail (mieux prévenir les troubles musculo-squelettiques, la désinsertion professionnelle, mieux intégrer les services de prévention et de santé au travail interentreprises, coordonner l'offre en matière de risques psychosociaux). Elle n'est pas le lieu d'une articulation étroite de la prévention en santé au travail avec la prévention en santé publique.

Au sein-même de la Cnam, les Carsat n'accèdent pas, sauf dans le cadre de travaux spécifiques et limités, aux données des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) relatives à la consommation de soins des assurés et, réciproquement, les CPAM ne connaissent pas la profession des assurés. La Cour considère qu'un partage facilité de ces données, dépassant le cloisonnement administratif et permettant d'améliorer la prévention au sein de l'assurance maladie, serait utile voire indispensable.

De leur côté, de nombreux employeurs considèrent que le coût de la prévention en santé publique ne doit pas être indirectement mis à leur charge, notamment en mobilisant du temps des services de prévention et de santé au travail interentreprises ou d'effectifs internes sur ces fonctions.

La loi du 2 août 2021 apporte ici encore quelques pistes de progrès. Elle explicite qu'il entre aussi dans les missions des services de prévention et de santé au travail interentreprises de se mobiliser sur la prévention en santé générale. Les décrets d'application de la loi préciseront dans quelle mesure l'offre de services doit contenir ce type d'actions ; ils seront déterminants pour assurer l'effectivité de l'orientation donnée par la loi. Cette loi a aussi permis une nouvelle avancée vers une prise en compte globale de la santé du travailleur en définissant dans quelles conditions les données du dossier médical en santé au travail et celles du dossier médical partagé sont accessibles, respectivement, au médecin traitant et au médecin du travail. Le législateur a choisi d'encadrer cet accès par souci d'équilibre avec la protection des données personnelles⁵⁵.

Au total, même en tenant compte des évolutions récentes, le rapprochement de la sphère de la santé générale et de celle de la santé au travail ne progresse que lentement.

⁵⁵ La loi prévoit l'accès du médecin traitant aux seules informations du dossier médical en santé au travail « nécessaires à la prévention ainsi qu'à la coordination, à la qualité et à la continuité des soins », avec le consentement de l'intéressé. À l'inverse, le médecin du travail (et lui seul au sein de l'équipe) pourra accéder à la totalité du DMP, mais uniquement sous réserve du consentement exprès du travailleur et de son information préalable quant aux possibilités de restreindre l'accès au contenu de son dossier.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Le paysage de la santé au travail demeure fragmenté entre de multiples intervenants, sans véritable pilote. L'effort de coordination réalisé par le ministère du travail est bienvenu pour créer une culture partagée et identifier des priorités communes, mais il demande, à tous les niveaux, une mobilisation significative pour parvenir à dépasser la simple juxtaposition d'actions. L'évaluation de l'impact des plans en santé au travail a jusqu'ici été malaisée, faute d'avoir été prévue en amont. Plus fondamentalement, les plans s'avèrent souvent trop ambitieux pour que l'ensemble de leurs actions puissent être menées à bien. La Cour recommande à cet égard que les plans, tout en conservant leur fonction fédératrice, présentent nettement les actions requérant un effort particulier de coordination, notamment de la part du ministère chargé du travail vis-à-vis de l'ensemble des acteurs institutionnels.

La recherche en santé au travail, qui souffre de la même fragmentation et d'une absence de chef de file, est insuffisamment reliée à l'écosystème des grands financements. Elle doit tenter de mobiliser davantage des partenaires tels que l'agence nationale de la recherche, afin d'accroître le nombre d'appels à projets en matière de santé au travail. En outre, elle se fonde sur des données de santé au travail dont la qualité doit être améliorée, en définissant l'investissement attendu des services de prévention et de santé au travail inter-entreprises et en coordonnant leur participation aux enquêtes nationales, tout en prenant davantage en compte les champs mal couverts (inaptitude, absentéisme, nouvelles formes d'activité).

Les partenaires sociaux, auxquels la gouvernance donne beaucoup de poids, sont inégalement investis, en particulier au niveau local, alors même que la mobilisation des branches est effectivement cruciale pour progresser.

Une partie de la réussite de la mise en œuvre de la loi du 2 août 2021 dépend de la capacité des services de prévention et de santé au travail interentreprises à mener les actions prévues. Le contenu des décrets d'application de la loi sur différents sujets (offre socle, certification, partage de données) sera déterminant pour la réussite de la stratégie qui a été arbitrée à l'occasion de l'adoption de la loi. Ce cadre réglementaire ne garantira pas à lui seul l'adhésion desdits services à des priorités communes, et la réflexion sur le devenir des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens doit donc être poursuivie.

Par ailleurs, l'articulation avec la santé publique demeure embryonnaire, alors que les perspectives en matière de données de santé font entrevoir la possibilité d'une approche globale des risques sanitaires auxquels sont soumis les personnes, dans leur travail (avec des carrières d'ailleurs plus diverses) comme dans leur vie quotidienne. S'inscrire dans cette logique conduit en premier lieu à ne pas se satisfaire d'un ciblage des priorités qui s'appuie encore sur une vision étroite du coût du risque, limitée à celui porté par la branche AT-MP. En outre, sans opposer prévention des risques professionnels et action de promotion de la santé, un travail prospectif beaucoup plus résolu devrait être entamé sur les possibilités qu'ouvrirait une prévention considérant comme un tout la santé des travailleurs, sans craindre la disparition de l'édifice de la santé au travail : quelles que soient les évolutions institutionnelles possibles, le besoin d'acteurs disposant d'une expertise particulière, spécialisés dans la relation avec l'entreprise, demeurera. Il ne s'agit pas de s'épuiser dans la recherche d'un interfaçage généralisé des données disponibles, mais d'identifier un nombre limité de projets porteurs de progrès, travail qui n'est pas fait à ce jour.

En conséquence, la Cour formule les recommandations suivantes :

- 1. mettre l'accent, dans les plans en santé au travail sur les actions qui exigent un effort de coordination entre les acteurs institutionnels concernés et renforcer le pilotage de celles-ci (ministère chargé du travail) ;*
- 2. mieux prendre en compte la sinistralité élevée propre à certaines filières et populations pour l'intégrer pleinement dans le ciblage des orientations nationales des actions de prévention (ministère chargé du travail, Cnam-DRP) ;*
- 3. définir une stratégie de partage ciblé de données entre santé au travail et santé publique au profit d'une meilleure prévention (ministères chargés du travail et de la santé, Cnam, Santé Publique France) ;*
- 4. définir les priorités de prévention, en termes de risques et d'entreprises ciblées, en tenant compte de l'impact financier des sinistres sur l'ensemble des branches de la sécurité sociale (ministère chargé du travail, Cnam-DRP) ;*
- 5. assurer une plus grande continuité du calendrier et des objectifs de la convention d'objectifs et de gestion de la branche accidents du travail-maladies professionnelles entre l'État et la Cnam avec ceux du plan sur la santé au travail, afin de permettre l'évaluation complète de celui-ci (ministères chargés de la sécurité sociale et du travail, Cnam-DRP).*

Chapitre III

Des outils à rationaliser, des priorités peu suivies d'effets

Les politiques de prévention en santé au travail recourent à de multiples outils : obligations et normes, formation, sensibilisation et assistance aux entreprises, accompagnement, subventions, tarification, répression. Chacun d'entre eux peut être mieux mobilisé (I). Dans l'ensemble, l'évaluation des effets des actions menées peine à démontrer leur efficacité (II). Au surplus, parmi les nombreuses priorités énoncées, certaines rencontrent des difficultés à se concrétiser (III).

I - Des leviers d'action multiples, qui pourraient être mieux mobilisés

A - Une réglementation foisonnante et des outils que les très petites entreprises peinent à s'approprier

1 - Une réglementation résultant pour partie d'arbitrages de l'État entre impératifs économiques et santé au travail

La réglementation en matière de sécurité et santé au travail d'essence communautaire et nationale (cf. annexe n° 4) est foisonnante et son appréhension par les PME peut sembler hors de portée. Sa pierre angulaire est l'obligation pour l'employeur de préserver la santé des

salariés, édictée à l'article L.4121-1 du code du travail⁵⁶, et précisée par les principes généraux de prévention issus de la directive européenne n°89/391 du Conseil du 12 juin 1989 repris dans l'article 4121-2 de ce même code⁵⁷.

Pour certains risques spécifiques (par exemple les risques sanitaires autour de produits phytosanitaires dans l'agriculture ou le chrome VI hexavalent), l'État est amené à arbitrer entre différentes priorités.

Les textes réglementaires fixant les valeurs limites d'exposition professionnelle sont introduits dans le code du travail⁵⁸ après consultation d'une commission du conseil d'orientation des conditions de travail. Pour leur très grande majorité, les valeurs limites d'exposition professionnelles sont transposées des directives européennes dans le droit national en respectant le délai prescrit, en général de deux ans. Dans des cas plus rares toutefois, le délai pris par l'État pour retenir un arbitrage final peut être jugé excessif.

Le décret dit « poussières », un exemple du caractère tardif de la décision de l'État

L'Anses a proposé en 2019 de nouvelles valeurs limites d'exposition professionnelle aux poussières dites sans effet spécifique mais pouvant entraîner une surcharge pulmonaire. Les valeurs en vigueur dataient des années 1980. Un recours devant le Conseil d'État formé par la section transports d'une organisation de salariés pour exiger une réduction de l'exposition aux poussières dans les gares souterraines a conduit *in fine* la direction générale du travail à imposer à compter du 1^{er} juillet 2023 les nouvelles valeurs préconisées quatre ans plus tôt par l'Anses.

Par ailleurs, l'État peut être amené à autoriser des dérogations quand il estime être en présence d'une impasse économique créée par l'absence d'autorisation de vente et d'utilisation d'une substance nécessaire à l'activité économique mais potentiellement dangereuse. C'est le cas par exemple des autorisations temporaires de mise sur le marché de produits phytosanitaires⁵⁹ accordées, selon le ministère chargé de l'agriculture, sur

⁵⁶ « L'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs. Ces mesures comprennent : 1° Des actions de prévention des risques professionnels (...); 2° Des actions d'information et de formation ; 3° La mise en place d'une organisation et de moyens adaptés ».

⁵⁷ Notamment, éviter les risques, évaluer les risques qui ne peuvent être évités, adapter le travail à l'homme, planifier la prévention.

⁵⁸ Soit par décret en Conseil d'État pour les valeurs contraignantes (art. R. 4412-149 du code du travail), soit par arrêté pour les valeurs indicatives (art. R. 4412-150 de ce code).

⁵⁹ Ainsi, selon l'article 53 du règlement 1107/2009 « ... par dérogation ...et dans des circonstances particulières, un État membre peut autoriser, pour une période n'excédant pas cent vingt jours, la mise sur le marché de produits phytopharmaceutiques en vue d'un usage limité et contrôlé, lorsqu'une telle mesure s'impose en raison d'un danger qui ne peut être maîtrisé par d'autres moyens raisonnables... ». Au cas d'espèce, c'est le ministère chargé de l'agriculture qui délivre l'autorisation temporaire de mise sur le marché.

la base d'une analyse de risque. Le nombre de dérogations accordées en France à ce titre a varié, entre 2016 et 2021, entre 69 et 107⁶⁰.

Au total, nombre de valeurs limites d'exposition professionnelle sont arrêtées trop tardivement et la pratique des autorisations temporaires de mise sur le marché de produits phytopharmaceutiques ne respecte pas l'esprit des textes qui ont prévu de borner dans le temps ces dérogations⁶¹.

2 - Un recours aux accords collectifs encouragé

Le choix de privilégier le dialogue social pour faciliter une adhésion volontaire aux normes applicables conduit à conférer un rôle important aux accords collectifs. À titre d'exemple, outre l'Ani du 9 décembre 2020 déjà cité, on peut citer l'Ani du 19 juin 2013 sur la qualité de vie au travail, ou celui relatif au télétravail du 26 novembre 2020.

La dimension technique de la prévention et de la sécurité au travail nécessite en effet d'être adaptée aux filières, aux métiers et à la taille des entreprises, et les accords de branche sont un vecteur indispensable. Par exemple, si les effets négatifs du travail de nuit sur la santé sont connus⁶², l'organisation du travail propre à limiter les postes de nuit diffère nécessairement selon les branches professionnelles⁶³. Dans certains cas, l'obligation de conclure un accord d'entreprise est un outil de prévention. Ainsi, dans le cadre du compte pénibilité, les entreprises d'au moins 50 salariés ou appartenant à un groupe d'au moins 50 salariés ont eu l'obligation de négocier un accord collectif en faveur de la prévention des effets de l'exposition à certains risques professionnels ou, à défaut, d'établir un plan d'action.

⁶⁰ L'examen de la liste de ces autorisations au 20 janvier 2022 montre qu'une même substance active (le Métalaxyl-M par exemple) peut bénéficier de plusieurs autorisations temporaires simultanées ou consécutives lorsqu'elle est contenue dans des produits phytosanitaires différents et utilisés pour traiter des cultures différentes. De fait, le Métalaxyl bénéficie d'une ou plusieurs autorisations chaque année. Il en est de même pour un même produit phytopharmaceutique utilisé successivement pour traiter des plantes différentes qui s'échelonnent tout au long de l'année.

⁶¹ Des dérogations d'une autre nature peuvent également être accordées. Ainsi, le chrome VI ou chrome hexavalent, utilisé notamment dans l'aéronautique, est interdit en principe dans l'Union européenne sans autorisation spécifique selon le règlement Reach, mais celui-ci prévoit aussi la possibilité que des dérogations soient accordées à certains grands groupes et à leur chaîne de sous-traitance « *si les avantages socio-économiques de l'utilisation du chrome VI l'emportent sur les risques* ». Son utilisation a été autorisée aux sous-traitants d'un groupe industriel de l'aéronautique alors qu'il est interdit pour toutes les autres entreprises.

⁶² Anses, *Rapport relatif à l'évaluation sanitaire des risques sanitaires liés au travail de nuit*, 2016.

⁶³ La filière du BTP était parvenue le 20 décembre 2011 à un accord collectif national relatif à la prévention de la pénibilité et à l'amélioration des conditions de travail. L'accord sur la santé, la sécurité, les conditions et la qualité de vie au travail du 7 février 2022, signé entre l'UIMM et les organisations syndicales de salariés de la métallurgie, peut également être cité.

3 - Des difficultés d'appropriation des documents obligatoires de prévention des risques

Depuis 2001, les employeurs doivent élaborer un document unique d'exposition aux risques professionnels (Duerp) identifiant les risques encourus sur le lieu de travail. Ce document doit être actualisé annuellement (excepté, à compter du 31 mars 2022, pour les TPE de moins de 11 salariés) et accessible aux salariés. Cette obligation repose sur l'idée que tous les employeurs, en se confrontant à un inventaire des risques, réalisent la première étape d'une démarche de prévention qu'il leur appartient ensuite de poursuivre par des actions concrètes.

Pour autant, selon l'enquête « Conditions de travail et risques psychosociaux » de 2016, malgré l'obligation légale, seuls 45 % des employeurs avaient alors élaboré ou actualisé un document unique d'évaluation des risques professionnels au cours des 12 mois précédant l'enquête. Parmi les établissements de moins de 10 salariés du secteur privé, qui représentent les trois quarts des établissements et emploient 17 % des salariés, seulement 38 % disposaient d'un document unique d'évaluation des risques professionnels actualisé. Malgré les nombreux outils disponibles permettant de les assister, de nombreuses PME ne s'acquittent pas de leur obligation. Le fait même que les données de suivi soient désormais anciennes sur ce sujet important pose question.

L'obligation d'établir un document unique d'évaluation des risques professionnels peut aussi être considérée comme une contrainte administrative formelle, et ne susciter aucune réflexion ou action concrète au sein de l'entreprise. En 2016, en réponse à l'enquête précitée, 48 % des employeurs déclaraient avoir mis en œuvre au cours des 12 derniers mois des mesures de prévention des risques physiques, ce taux atteignant 90 % pour les entreprises de plus de 250 salariés. Les employeurs n'ayant entrepris aucune action de prévention dans l'année (52 %) étaient surreprésentés dans le commerce et dans les « autres services », où les très petits établissements sont nombreux.

Selon une étude qualitative réalisée pour Cnam-DRP sur la prévention des chutes de hauteur, bien que 60 % des répondants estiment que le document unique d'évaluation des risques professionnels leur a permis de s'organiser plus efficacement pour éviter les risques professionnels, et 57 % d'améliorer les méthodes et l'organisation du travail, il est jugé trop dense, trop général, inadapté ; en conséquence, il est rarement mis à disposition des salariés et ne fait pas l'objet de communication spécifique au sein de l'entreprise, et lorsqu'il l'est, il n'est

pas consulté⁶⁴. De fait, il est jugé d'autant plus pertinent que l'entreprise a elle-même un niveau de maturité élevé (par exemple avec l'identification d'un responsable de la prévention distinct du dirigeant) et sa consultation dépend de ses qualités pédagogiques.

Quant à l'obligation de disposer, dans les entreprises de plus de 50 salariés, d'un plan annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail (Papripact), elle est censée inciter les entreprises d'une certaine taille à passer d'un recensement des risques à une prévention active. Les attentes sur son contenu ont été précisées par la loi du 2 août 2021 précitée⁶⁵.

Le plan annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail est soumis au comité social et économique (CSE) de l'entreprise et le procès-verbal de la réunion du comité consacrée à l'examen du rapport annuel sur la santé, la sécurité et les conditions de travail et du programme est joint à toute demande présentée par l'employeur en vue d'obtenir des marchés publics, des participations publiques, des subventions, des primes de toute nature. Elle est un préalable à l'attribution des aides des Carsat. Ces obligations constituent donc un levier en faveur de la prévention.

Étendre aux entreprises de moins de 50 salariés l'obligation de disposer d'un plan annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail pourrait en théorie constituer un progrès, dans la mesure où ce sont souvent les PME de cette taille qui sont les plus démunies en termes de santé au travail. Pour autant, une telle extension a jusqu'ici semblé disproportionnée à leurs moyens.

Une piste de réflexion pourrait consister, à l'instar de la démarche Prem's⁶⁶ proposée par l'OPPBTP aux TPE de moins de 10 salariés, à ce que les branches fournissent des plans d'action-type aux entreprises d'une taille inférieure à ce seuil, sous forme de propositions d'actions concrètes dont la reprise et l'adaptation par l'entreprise vaudrait respect de cette obligation.

⁶⁴ Une étude menée pour l'OPPBTP par ViaVoice auprès de 1 115 entreprises du bâtiment indique que, sur 883 entreprises ayant réalisé un Duerp, seules 545 en ont déduit un plan d'action. Selon cette enquête, un responsable interrogé sur deux estime que ses salariés ne connaissent pas ce document.

⁶⁵ Depuis la loi du 2 août 2021, les entreprises de plus de 50 salariés doivent apporter un certain nombre de précisions aux mesures de prévention qu'elles planifient dans leur Papripact.

⁶⁶ « MonDocUnique Prem's » vise la prise en compte des risques majeurs pour 22 métiers du BTP, 5 risques par métier et 3 actions par risque.

4 - Des outils pléthoriques et redondants en libre-service

L'offre d'outils (guides, modèles de documents, outils méthodologiques, kits de communication) destinés à assister les entreprises dans leur démarche autonome de prévention est surabondante.

Les nombreux acteurs sont fondés à produire des outils que les entreprises sont censées utiliser de manière autonome⁶⁷. Mais l'écosystème de la prévention conduit chacun d'entre eux à faire valoir une approche singulière, parfois au nom d'une spécificité géographique plus ou moins réelle⁶⁸, sans mutualisation ni diffusion réciproque, alors que les entreprises n'ont pas nécessairement le temps de consulter plusieurs sources d'information⁶⁹.

D'une manière générale, le recensement des outils et actions existants n'est pas systématiquement effectué par les acteurs lorsqu'ils décident de produire un nouvel outil. Lorsqu'il l'est, par exception, les résultats sont édifiants.

Le recensement des actions de prévention des troubles musculo-squelettiques en Provence-Alpes-Côte-d'Azur

Un recensement effectué en 2018 par l'Observatoire régional de la santé Provence-Alpes-Côte-d'Azur, pour le compte de la Drees, des actions et outils antérieurs, est édifiant. Il a nécessité la consultation de 25 sites Internet différents, a identifié 12 structures porteuses de projets concernant les troubles musculo-squelettiques dans la région ; 69 actions et outils sur la période 2008-2017, ramenés à 52 après examen approfondi, dont la moitié spécifique à ces troubles. Sur 40 actions ne comportant qu'une seule modalité, les principales relèvent de la conception ou de la diffusion d'outils et messages de sensibilisation (15 actions), de la formation (7 actions), les actions directes auprès des entreprises ne représentant que 15 actions (9 actions d'accompagnement méthodologique, 3 actions de financement d'équipement et 3 de réalisation de diagnostics). L'étude n'a constaté « *quasiment aucune mesure de l'efficacité des actions* ».

⁶⁷ L'INRS met à disposition sur son site des guides, des dépliants, des brochures, des outils selon les métiers, un outil d'évaluation des risques professionnels adapté à différents secteurs (Oira – *Online Risk Assessment*), Seirich pour l'évaluation du risque chimique. L'Anact fait de même avec une dominante liée aux ressources humaines. Les caisses de MSA, pour le secteur agricole, font de même. Certains services de prévention et de santé au travail interentreprises développent des outils de diagnostic comme Diag-Prev. Les Carsat conçoivent aussi des outils en partenariat local, sur des thématiques déjà traitées ailleurs dans le réseau.

⁶⁸ Par exemple, dans la filière de la boulangerie en Poitou-Charentes, pas moins de trois guides d'élaboration du Duerp sont disponibles.

⁶⁹ De manière éclairante, un responsable de prévention en entreprise rencontré pendant l'enquête indiquait ne rechercher que sur le site de sa Carsat d'affiliation les documents dont il avait besoin.

L'une des explications à cette inflation est aussi que, pour mobiliser des relais (branches, services de prévention et de santé au travail interentreprises) sur une action de prévention, la première étape est souvent la nouvelle rédaction d'un nouvel outil en commun, pour s'assurer de son appropriation et de sa diffusion par les partenaires.

Selon les opinions recueillies lors de l'enquête précitée, l'offre est généralement jugée de qualité. Toutefois, la satisfaction des usagers sur les outils mis à disposition est rarement évaluée. En outre, les modalités de communication ne paraissent pas toujours adaptées au public visé. Si certains organismes font appel à des professionnels de la communication grand public, cette démarche n'est pas encore assez répandue et conduit parfois à des supports trop complexes pour leur public, par exemple ceux des Aract. Il conviendrait de mieux distinguer les outils à destination des personnels chargés de la prévention, de ceux qui visent directement leur public final⁷⁰.

Enfin, il n'existe pas au niveau national de portail renvoyant vers les outils déjà existants et que pourrait consulter chaque institution de prévention, chef d'entreprise ou salarié⁷¹. Un portail internet national « Travailler mieux » ayant cette vocation avait été un temps animé par la direction générale du travail, puis abandonné faute de suivi. Un tel outil semble nécessaire : il pourrait faciliter le renvoi vers les sites nationaux et locaux existants, chaque opérateur conservant la responsabilité de ses contenus.

B - Des leviers à utiliser plus efficacement

1 - Des subventions sans contrepartie, propices aux effets d'aubaine

Les contrats de prévention et les subventions prévention TPE (SPTPE), qui succèdent aux aides financières simplifiées (AFS), sont les deux dispositifs de soutien financier de la branche AT-MP à des actions de prévention. Les montants payés ont été de 14,7 M€ en 2018 et de 40,8 M€ en 2019 au titre de la subvention prévention et respectivement de 21,2 M€ et 18,4 M€ au titre des contrats de prévention⁷².

⁷⁰ Dans le même esprit, la communication en direction des jeunes doit par exemple adopter leurs modes d'information, celle en direction de salariés très peu qualifiés s'adapter à des locuteurs non français, etc.

⁷¹ Des initiatives locales existent, par exemple en Provence-Alpes-Côte-d'Azur.

⁷² Les caisses de MSA attribuent également des aides aux entreprises de leur filière tandis que l'OPPBTP bonifie des prêts.

Si règlementairement, les subventions prévention TPE s'adressent à toutes les entreprises employant moins de 50 salariés, elles concernent de fait les plus petites entreprises puisque 65 % d'entre elles ont été accordées à des entreprises de moins de 10 salariés⁷³. En réponse à la pandémie de covid-19, une enveloppe de subventions supplémentaires a été ouverte pour aider au financement de mesures de prévention spécifiques, qui a connu un grand succès⁷⁴.

Le contrat de prévention, ouvert aux entreprises de moins de 200 salariés, consiste, pour sa part, en une avance financière en contrepartie de l'application par l'entreprise d'un programme spécifique de prévention⁷⁵. Environ un millier de contrats de prévention ont été conclus au cours de l'année 2019⁷⁶.

Ainsi, si les contrats de prévention impliquent un véritable programme de prévention, l'octroi des subventions prévention TPE, qui ne réclament aucun engagement, devrait faire l'objet d'un suivi par les Carsat. Leur contrepartie ne saurait en outre se limiter à une notoriété accrue de la Carsat ou de la branche AT-MP.

Par ailleurs, l'enveloppe budgétaire consacrée à ces programmes est consommée très tôt dans l'année au fil de la demande. *De facto*, à budget constant, cela ne permet pas d'assurer que ce sont les entreprises qui en ont le plus besoin qui en bénéficient, à la différence d'un appel à projet.

Enfin, la cible de ces dispositifs fait parfois débat. Certaines organisations patronales souhaitent que les plafonds d'effectifs en matière d'accès aux subventions soient relevés. De manière évidente, la collectivité ne peut prendre en charge une aide financière au respect d'une obligation légale que pour des entreprises pour lesquelles l'investissement nécessaire est hors de portée.

⁷³ Les montants moyens par SPTE en 2019, tous CTN confondus, ont été de 6 394 €.

⁷⁴ 40 000 entreprises concernées, pour un budget de 50 M€, dont 30 M€ engagés au 31 juillet 2020.

⁷⁵ S'il existe une convention nationale d'objectifs approuvée par un comité technique national et conclue entre la Cnam et les organisations professionnelles concernées.

⁷⁶ Plus de 51 % de ces contrats ont été signés avec des entreprises de moins de 30 salariés pour un montant moyen de 33 828 € et 43 % en prévention du risque manutention et, selon la Cnam, avec globalement une orientation sur les priorités nationales (TMS, risques cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques).

En Allemagne et en Italie : des subventions ciblées

Plusieurs organismes européens d'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles mettent en place des incitations à la prévention des risques⁷⁷. En Allemagne, cinq caisses d'assurance accidents (*Berufsgenossenschaften*) sur neuf disposent d'un système de primes attribuées aux entreprises en fonction de mesures de prévention mises en œuvre, si elles vont au-delà des standards minimaux. En 2016, ce dispositif a bénéficié à 3 000 entreprises, pour un montant de 8 M€. En Italie, le budget alloué par l'Inail (*Istituto nazionale assicurazione contro gli infortuni sul lavoro*) aux subventions est de l'ordre de 250 M€ par an ; la recevabilité des projets d'amélioration est évaluée selon un barème en points, modulés en fonction de la taille et du secteur des entreprises. 93 % des bénéficiaires sont des PME.

2 - Un déficit d'accompagnement malgré des tentatives d'approche globale

Pour toucher les PME et les entreprises qui ne sont pas spontanément mobilisées sur les sujets de prévention, une intervention humaine est nécessaire, non seulement pour s'assurer que les subventions accordées ont des contreparties, mais, surtout, pour assister les entreprises dans l'utilisation des outils mis à leur disposition, à savoir identifier les risques, construire la démarche de prévention, mettre en œuvre les actions : sur toutes ces questions, les outils en libre accès ne sont autoportants que si les entreprises disposent, en interne, d'effectifs formés à cet effet.

Si, en droit, il leur appartient de s'en assurer, force est de constater qu'une PME de quelques salariés peut être en difficulté. Les effectifs des Carsat, de l'organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics, limités à quelques centaines de préventeurs, ne peuvent y suppléer. La mobilisation des services de prévention et de santé au travail interentreprises, aux effectifs beaucoup plus nombreux, est une autre solution. Par ailleurs, des entreprises, convaincues de dégager les moyens financiers nécessaires, font appel à des prestataires externes à titre onéreux. La qualité de ces prestations est hors du champ de contrôle des pouvoirs publics. Si certains ont développé une véritable expertise, il n'est pas rare de trouver, par exemple, une offre de document unique d'évaluation des risques professionnels (Duerp) « prérempli ».

⁷⁷ Eurogip, *Les incitations à la prévention des risques professionnels*, 2018.

En tout état de cause, une palette d'outils ne constitue pas une politique de prévention. Consciente de cet état de fait, la Cnam a construit depuis plusieurs années des « programmes » sur ses risques prioritaires (TMS Pros, Risques chimiques Pros, Chutes) ; l'organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics et la mutualité sociale agricole procèdent de la même manière. Ces programmes sont proposés à des entreprises ciblées en raison de la sinistralité constatée et du risque perçu. Si cette approche combinée est judicieuse, elle ne suffit pas à répondre à l'ensemble des besoins en matière d'accompagnement.

3 - Des initiatives à étendre en matière de formation

Une étude récente⁷⁸ a montré que dans les deux premières années de leur vie professionnelle, le risque d'accident du travail était divisé par deux pour les participants ayant déclaré avoir reçu un enseignement en santé et sécurité au travail au cours de leur formation initiale. L'enseignement en santé et sécurité au travail est une priorité d'action reconnue. Il est intégré à la plupart des référentiels des diplômes professionnels des secteurs de l'industrie, de la construction et des services, notamment grâce à un partenariat noué depuis 1993 entre le ministère de l'éducation nationale et la Cnam⁷⁹. Des efforts significatifs ont déjà été menés, mais restent à poursuivre pour renforcer la culture de prévention. La direction générale du travail estime que plus d'un million d'élèves et apprentis préparant un certificat d'aptitude professionnelle (CAP) ou un baccalauréat professionnel ont bénéficié d'un enseignement en sécurité au travail. Pour autant, sa portée s'avère variable d'un métier à l'autre, selon la place effective donnée à la prévention au sein des modules de formation⁸⁰.

Selon la Cnam-DRP, sur l'année scolaire 2020-2021, 11 142 élèves et apprentis⁸¹ ont été certifiés en « prévention des risques liés à l'activité physique » dans les lycées et centres de formation des apprentis⁸². Dans l'enseignement supérieur, plus de 5 000 ingénieurs ont

⁷⁸ Cf. notamment « Accidents du travail chez les jeunes : la formation initiale en S&ST joue-t-elle un rôle préventif ? », *Hygiène et sécurité du travail* n° 252, INRS, juin 2018.

⁷⁹ Cette coopération fait l'objet d'une déclinaison locale par le biais de conventions régionales entre les Carsat et les rectorats, avec financement d'actions par la branche.

⁸⁰ Pour certains d'entre eux (métiers du pressing, plâtriers, couvreurs), la prévention s'articule autour de risques communs à tous les secteurs professionnels. Dans d'autres modules (coiffeurs), la prévention porte plus précisément sur l'identification et le repérage des risques professionnels ainsi que sur une sélection de mesures de prévention.

⁸¹ À ces chiffres s'ajoutent 76 276 élèves et apprentis certifiés « Sauveteurs secouristes du travail » sur un périmètre plus large que la santé au travail.

⁸² En 2021, selon la Dares, 710 000 apprentis ont signé un contrat d'apprentissage dans le secteur privé et 21 000 dans le secteur public.

suivi un cursus en prévention des risques professionnels au sein de 23 établissements impliqués dans cet enseignement⁸³. Ces effectifs restent faibles, alors que l'offre d'appui existe⁸⁴.

Pour le régime agricole, le ministère de l'agriculture a reconduit, en 2018, la convention-cadre le liant à la direction générale du travail et à la caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) pour l'intégration de la formation de la santé et de la sécurité au travail dans l'enseignement agricole et d'autres initiatives sectorielles sont également conduites⁸⁵. L'enjeu est désormais celui du périmètre et de la qualité. Ces formations initiales pourraient voir leur contenu précisé à partir d'un cahier des charges défini plus fréquemment en lien avec chacune des branches professionnelles concernées afin que les formations dispensées en milieu scolaire répondent bien à la réalité des risques en entreprise.

S'agissant de la formation en santé et en sécurité au travail en cours de carrière, la branche AT-MP s'est engagée depuis 2011 dans un processus consistant à habiliter des structures extérieures, organismes de formation ou entreprises, chargées de la mise en œuvre des formations en prévention des risques professionnels⁸⁶ et à certifier des formateurs. Au 30 juin 2021, 8 415 structures étaient habilitées par l'INRS et la branche et plus de 20 000 formateurs étaient certifiés. Depuis 2014, un million de salariés sont formés chaque année aux questions de santé et sécurité au travail par ces dispositifs démultipliés et quelque 25 000 personnes par an bénéficient des supports d'auto-formation produits par l'INRS.

Enfin, la loi du 2 août 2021 déjà citée a instauré, au plus tard à compter du 1^{er} octobre 2022, un passeport de prévention dans lequel l'employeur devra renseigner les attestations, certificats et diplômes obtenus par un travailleur dans le cadre des formations relatives à la santé et la sécurité au travail dispensée à son initiative. Ce passeport de prévention sera accessible à partir d'avril 2023.

⁸³ Dans le cadre de la COG 2018-2022, les caisses régionales ont été invitées à mobiliser les écoles d'ingénieurs et les écoles de management.

⁸⁴ Le dispositif « TutoPrév' » de l'INRS repose sur un livret « accueil » couvrant sept secteurs d'activité (logistique, réparation automobile, transport routier de marchandise, hôtellerie-restauration *etc.*), permettant de tester la capacité d'un nouvel embauché à identifier les risques et à proposer des préconisations de prévention et un livret « pédagogie » composé de ressources pédagogiques.

⁸⁵ Le 24 novembre 2021, le comité de concertation et de coordination de l'apprentissage du BTP et l'OPPBTP ont reconduit une convention pour quatre ans.

⁸⁶ En 2022, 11 dispositifs sont concernés : sauvetage secourisme du travail, prévention des risques liés à l'activité physique, aide et soin à domicile, amiante sous-section 4, risques psychosociaux, TMS, hébergement et accueil des personnes âgées, transport routier de voyageurs et de marchandises, échafaudage roulant - échafaudage de pied, évaluation des risques professionnels des salariés désignés compétents (en matière de prévention) et interventions en espace confiné.

4 - Une utilisation insuffisante de la tarification du risque AT-MP

La Cour a déjà souligné dans ses travaux que la tarification du risque AT-MP joue un rôle insuffisamment incitatif⁸⁷. Si la sinistralité est bien prise en compte dans le calcul de la cotisation de base, les mécanismes de calcul font en sorte de mutualiser en réalité une trop grande partie de ce risque.

En effet, des secteurs particulièrement accidentogènes (secteur du BTP) ou d'autres aux effectifs en fort développement (services à la personne), continuent à bénéficier de modes de tarification dérogatoires, mutualisant excessivement le risque et pouvant ainsi déresponsabiliser les employeurs. De plus, la Cnam a certes la possibilité de majorer les cotisations des entreprises qui, après injonction, n'ont pas pris les mesures de prévention nécessaires à la réduction d'un risque avéré supérieur à celui de leur filière, qu'elles font peser sur leurs salariés. La majoration du taux net de cotisation peut atteindre 25 %, 50 %, voire 200 % du taux de cotisation et sa durée peut varier de quelques jours à plusieurs années⁸⁸. Le recours aux majorations est toutefois utilisé avec parcimonie : les 865 majorations avec effet sur tout ou partie de 2019 ont représenté 11,5 M€, soit un volume tout à fait négligeable rapporté au montant des recettes de la branche de la même année, qui dépassait 14 Md€. Il intervient lui-même après une utilisation très modérée des injonctions : les Carsat y recourent dans quelques dizaines de cas par an, tous motifs confondus.

En sens inverse, la cotisation AT-MP peut être réduite par la caisse régionale sous certaines conditions : effort de prévention, mesures pour diminuer la fréquence et la gravité des accidents du travail, etc. Un dispositif analogue existe pour la réduction de la majoration forfaitaire relative aux accidents de trajet. En 2019, 797 ristournes accordées ont eu un impact financier de 9,5 M€⁸⁹. Ces montants sont ici encore très faibles. Les Carsat préfèrent l'usage des subventions à celui des ristournes dont le bénéfice est décalé dans le temps. Or, ces mécanismes de modulation sont utiles mais leur utilisation est largement insuffisante pour avoir une portée effective.

Les Carsat font part de leur inconfort à adopter une posture répressive, au motif qu'elles perdraient dans ce cas la confiance de l'entreprise. Pour autant, il n'est plus question de nouer une relation de confiance avec une entreprise dont la mauvaise volonté est avérée. Dans ce cadre, la direction de la sécurité sociale et la Cnam envisagent dans la prochaine convention d'objectifs et de gestion 2023-2027 une plus grande individualisation du risque dans les secteurs jugés prioritaires.

⁸⁷ Cf. Cour des comptes, chapitre sur « La tarification des accidents du travail et maladies professionnelles », *Rapport annuel sur l'exécution des lois de financement de la sécurité sociale, 2018*.

⁸⁸ Cf. loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, arrêté du 9 décembre 2010, et circulaire ministérielle du 18 janvier 2011 : la majoration est au minimum de 25 % de la cotisation initiale, et le montant minimal de la cotisation supplémentaire fixé à 25 % pendant trois mois avec un minimum de 1 000 €.

⁸⁹ Ces ristournes ont concerné le trajet (704 cas pour un montant de 9,3 M€), et l'organisation du travail (93 cas pour un montant de 230 000 €).

5 - Une intervention de l'inspection du travail à mieux articuler avec la prévention

Les inspecteurs du travail ont longtemps effectué leurs interventions de manière très autonome, sans que des cibles leur soient fixées. Le plan pluriannuel 2020-2022 constitue un progrès en prévoyant que 50 % des 300 000 actions attendues doivent être consacrées à des priorités nationales. Deux d'entre elles concernent la prévention des accidents du travail : les chutes de hauteur et l'amiante, la troisième étant un enjeu de santé publique pouvant avoir des implications en santé au travail (risque Seveso). Les contrôles liés à la protection des salariés face au risque de la covid-19 ont été ajoutés en cours de déploiement du plan et ont fortement mobilisé les inspecteurs du travail, comme la Cour l'a déjà relevé⁹⁰.

Le choix et le nombre limité de ces priorités sont adaptés aux interventions des inspecteurs du travail fondées sur des constats et concernant prioritairement les risques de chutes de hauteur⁹¹. Ces interventions ont ciblé des établissements appartenant au secteur de la construction (48 % des interventions) et de l'industrie manufacturière (8,1 % des interventions). En 2020, hors actions liées à la pandémie, 66 % des quelque 78 870 actions des inspecteurs du travail, dont 58 374 contrôles, ont concerné des TPE. En 2021, cette proportion est stable⁹².

Plusieurs pistes de progrès font l'objet de travaux au sein de la direction générale du travail pour mieux cibler les entreprises à contrôler et les secteurs devant faire l'objet d'une attention particulière.

Le réseau dispose d'informations étendues sur les accidents du travail : données bimensuelles des Dreets, enquêtes sur chaque accident grave, informations issues de l'activité des inspecteurs du travail, possibilité de réaliser des extractions dans l'outil de suivi de l'activité des inspecteurs du travail, *Wiki'T*. Ces flux d'informations ne sont cependant pas conçus à ce stade pour permettre une exploitation statistique aisée.

⁹⁰ Cf. Cour des comptes, *Préserver l'emploi : le ministère du travail face à la crise sanitaire*, rapport public thématique, juillet 2021.

⁹¹ Les inspecteurs du travail interviennent aussi sur de multiples problématiques de santé au travail.

⁹² Ces données se rapportent au nombre total d'interventions sans que la part des TPE concernées par les contrôles en matière de santé et sécurité au travail soit précisée.

Si la direction générale du travail indique qu'il lui a d'ores et déjà été possible de mobiliser le réseau sur des thématiques émergentes⁹³, le ciblage des entreprises contrôlées reste établi sur la base de la perception locale des enquêteurs ou des signalements de préventeurs ou d'organisations syndicales. Ce processus assez artisanal devrait à l'avenir se fonder sur un outil informatique permettant de consulter les données générales d'accidents du travail. Cet outil est en cours de conception et devrait permettre aux services d'inspection du travail de connaître l'accidentologie dans leur territoire ou secteur d'activité, et ainsi d'agir en conséquence : sensibilisation auprès des branches ou des organisations professionnelles, contrôle d'un secteur d'activité, d'un groupe, d'une entreprise, voire d'un établissement. L'outil pourrait aussi contenir une fonction d'analyse prédictive, s'enrichir de bases tierces et être consultable par certains partenaires.

Cette évolution est indispensable, même si l'information relative aux accidents est en réalité déjà disponible en grande partie à la Cnam, sur le périmètre du régime général et à la mutualité sociale agricole (MSA) pour le régime agricole. Le projet actuel va conduire dans les faits à entériner la redondance des outils statistiques d'exploitation des données sur les sinistres notamment entre la Cnam et l'inspection du travail, là où il aurait été préférable d'enrichir les outils existants et de les partager⁹⁴.

⁹³ Dans les domaines suivants : risques liés à certaines bennes basculantes, travaux de cordistes, plateformes élévatrices mobiles de personnes, tapis roulant de montagne (la direction générale du travail a engagé avec les professionnels du secteur le chantier de la remise à niveau de l'ensemble des appareils du parc des massifs montagneux sur le territoire et produit une nouvelle version de la norme harmonisée), prévention du risque lié à l'hyperbarie.

⁹⁴ Dans le même esprit, l'inspection du travail n'a pas accès aux données de l'enquête Sumer qui permettraient, par exemple, d'identifier par croisement des entreprises ne déclarant pas leurs salariés soumis à des facteurs de pénibilité.

La jurisprudence de la Cour de cassation

Outre le contrôle de l'inspection du travail, les employeurs sont fortement incités au respect de leurs obligations en matière de santé au travail par la perspective de sanctions judiciaires.

Des sanctions pénales peuvent être prononcées au titre du code du travail ou, à défaut, au titre d'une obligation plus générale du code pénal. L'échelle des sanctions prend en compte la nature de l'infraction (simple imprudence ou violation délibérée) et la gravité de l'atteinte physique à la victime (de l'atteinte à l'intégrité sans incapacité à l'homicide involontaire)⁹⁵. La mise en danger de la vie d'autrui⁹⁶, sans pour autant qu'un sinistre soit constaté, peut également être poursuivie pénalement. Les employeurs sont aussi attentifs au risque que leur soit reprochée une faute inexcusable⁹⁷ les conduisant à indemniser la victime.

Cette crainte conduit parfois à une stratégie des employeurs visant à pouvoir démontrer que des exigences procédurales ont été respectées, par exemple en mobilisant les services de prévention et de santé au travail interentreprises essentiellement sur les visites médicales. C'est une réponse à la qualification d'obligation de résultat donnée par le juge à l'obligation de prévention édictée par l'article L. 4121-1 du code du travail de « *prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs* », depuis les arrêts concernant l'amiante en 2002. Toutefois, en 2015, la chambre sociale de la Cour de cassation a semblé considérer que cette obligation de résultat s'apparentait à une forme d'obligation de moyens renforcés, puisqu'elle est satisfaite si l'employeur justifie avoir pris toutes les mesures de prévention attendues⁹⁸. En 2019, les conseils de prud'hommes ont été saisis au total de 691 affaires relatives à l'exposition à un risque professionnel et les tribunaux de grande instance de 30 demandes tendant à faire ordonner une mesure préventive visant à éviter la réalisation d'un risque professionnel.

⁹⁵ Les sanctions encourues en cas d'homicide involontaire par violation manifestement délibérée sont de cinq ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende.

⁹⁶ Constitue une infraction pénale le fait d'exposer directement une personne à un risque immédiat de mort ou de blessures risquant d'entraîner une mutilation ou une infirmité permanente. Ce délit de mise en danger de la personne est constitué par une violation délibérée des règles d'hygiène ou de sécurité. Il est passible d'une peine d'un an d'emprisonnement et d'une amende de 15 000 €.

⁹⁷ Le régime de la faute inexcusable de l'employeur est fixé par les articles L452-1 et suivants du code de la sécurité sociale. Son périmètre résulte notamment d'arrêts rendus le 28 février 2002 en matière de maladie professionnelle dues à l'amiante.

⁹⁸ La jurisprudence a également précisé plusieurs dispositions ou modalités d'exercice de droit, en matière de risques psycho-sociaux et d'étendue de la responsabilité de l'employeur pour harcèlement moral, de protection des salariés intérimaires, du contrôle des accords collectifs produisant des effets sur la sécurité et la santé, de l'exercice du droit d'alerte des salariés et a consacré la création du préjudice d'anxiété. Ce dernier a été reconnu en 2010 dans le cadre de l'amiante, reconnu applicable à d'autres risques en 2019 (benzène) et précisé par cinq arrêts du 13 octobre 2021 : l'exposition n'est pas suffisante, il faut que soit reconnu un état risquant d'aboutir à la reconnaissance d'une maladie professionnelle.

II - Une démonstration nécessaire des gains attendus de la prévention

A - Des travaux encore non conclusifs sur l'intérêt économique de la prévention pour l'entreprise

Il est évidemment réducteur, et même inapproprié, d'analyser l'intérêt de la prévention en termes purement économiques. Au-delà de leurs répercussions pour les entreprises et pour les comptes sociaux, les sinistres ont avant tout un effet sur des personnes : leur bien-être, leur santé, leur qualité de vie, leurs modalités d'existence, voire leur existence-même. Pour autant, force est de constater que la perspective de ces atteintes aux travailleurs ne suffit pas toujours à déclencher les actions de prévention nécessaires.

Pour convaincre les employeurs, des raisonnements de nature économique, du point de vue des coûts et des bénéfices pour l'entreprise (et non plus pour le système de protection sociale, ni pour la collectivité sociale dans son ensemble), sont désormais déployés, mais ils sont encore embryonnaires. En 2013, une étude pionnière avait avancé le chiffre d'un rendement de 2,2 € économisés pour 1 € investi, mais avec un certain nombre de limites méthodologiques assumées⁹⁹. En 2018, l'INRS indiquait que 149 études coûts-bénéfices de la prévention avaient pu être recensées depuis 2007 au niveau international, dont 96 % établissaient que les bénéfices étaient supérieurs aux coûts. Les travaux théoriques soulignent que la mise en place d'une véritable démarche de prévention induit un rapport différent entre l'entreprise et ses salariés, plus favorable au développement du capital humain et *in fine* de la performance.

À partir de 2018, l'INRS lui-même a entamé des travaux en plusieurs étapes, qui n'ont pas encore fourni de résultats¹⁰⁰. L'organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics (OPPBTP) a également beaucoup investi dans cette thématique depuis 2010 et développé une méthodologie propre ; il disposait dès 2018 d'un retour d'expériences sur 250 cas lui permettant, sous certaines hypothèses, de conclure à un rendement consolidé de 2,34 € économisés par l'entreprise pour 1 € investi, le rendement provenant en bonne partie du fait que l'investissement dans l'amélioration de l'environnement de travail permet aussi des gains de productivité.

⁹⁹ D. Bräunig, T. Kohstall, *Rendement de la prévention : calcul du ratio coût-bénéfices de l'investissement dans la sécurité et la santé en entreprise*, AISS, 2011-2013.

¹⁰⁰ Au-delà des études théoriques, l'INRS publie des exemples pratiques, tels que le cas d'un projet d'achat de lits motorisés pour le groupe hospitalier Saint-Joseph, dont la rentabilité a été établie *ex ante* par l'hôpital notamment sur la base d'une estimation des indemnités journalières évitées.

De fait, les résultats avancés restent très dépendants des hypothèses retenues. Ainsi, en 2020, si la direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (Dares) a bien mis en évidence une corrélation très positive entre la prévention et la performance économique des entreprises en France, elle prend soin de préciser que « *l'ordre de grandeur obtenu, les connaissances accumulées sur le terrain ainsi que les problèmes méthodologiques rencontrés excluent de conclure de cette corrélation l'existence d'une causalité* »¹⁰¹.

B - Une robustesse des travaux d'évaluation à conforter pour pouvoir mesurer l'efficacité des mesures de prévention

La Cour avait formulé, dans ses travaux antérieurs, le vœu d'une évaluation plus systématique des mesures prises en matière de prévention des risques professionnels, notamment vis-à-vis de la Cnam. Cette exigence a été reprise dès la convention d'objectifs et de gestion (COG) 2014-2017, qui comprenait explicitement un engagement d'évaluer davantage les actions, et plusieurs travaux ont été entrepris en ce sens par la caisse, principalement au cours de l'année 2018.

En premier lieu, l'exercice d'évaluation des quatre programmes prioritaires de la Cnam sur 2014-2017 s'est rarement aventuré dans le domaine de l'évaluation de l'impact sur la sinistralité. Ces travaux se sont souvent concentrés sur les difficultés de mise en œuvre et des retours qualitatifs¹⁰². Si les aspects qualitatifs de ces évaluations ne sont pas sans intérêt, l'enjeu principal de ces études en termes de politiques publiques réside pourtant bien dans l'évaluation de l'impact des dispositifs mis en œuvre dans les entreprises bénéficiaires sur leur sinistralité, à l'instar du programme national TMS Pros¹⁰³

¹⁰¹ « La relation entre prévention et performance peut s'expliquer par d'autres facteurs, tels que la qualité du management, la qualité de la production, le climat social, l'engagement des salariés ou l'image de l'entreprise. Malheureusement, nous ne sommes pas en mesure d'examiner ces différents mécanismes. Il est également possible que les entreprises les moins performantes soient tout simplement moins impliquées dans le développement de la prévention, d'où la forte relation positive observée dans cette étude ». *Document d'études* n° 238, août 2020.

¹⁰² S'agissant du programme « risques chimiques et cancers », il est noté que la durée du programme est trop courte pour évaluer l'impact du programme sur la sinistralité ; pour le programme concernant les chutes, cette analyse a été retirée de l'étude.

¹⁰³ Selon un sondage par auto-évaluation mené auprès des responsables d'entreprises et des salariés, la démarche TMS Pros aurait, dans la très grande majorité des entreprises (plus de 90 %), effectivement permis de réduire les risques. La Cnam estime que les entreprises adhérentes depuis 2014 ont vu leur sinistralité en troubles musculo-squelettiques diminuer de plus de 16 %, alors que la tendance naturelle de diminution de ce risque pour l'ensemble des entreprises se situe autour des 8 % sur la même période. En revanche, le cabinet mandaté note que « *l'analyse de la sinistralité des entreprises de la cible ne permet pas d'identifier d'effets massifs du programme à ce stade* ».

Or, les questions méthodologiques s'avèrent centrales dans la mise en œuvre des évaluations dans ce domaine et ne sont pas entièrement maîtrisées. Ainsi, la plupart des travaux menés consistent à comparer la sinistralité observée dans les entreprises bénéficiaires du dispositif évalué par rapport à celle qui prévaut dans les entreprises qui n'en ont pas bénéficié. Mais cette méthode, utilisée notamment par la Cnam et par l'organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics (OPPBT), ne donne pas de résultats robustes, car elle ne garantit pas l'identité des caractéristiques des entreprises des deux groupes¹⁰⁴.

La démarche d'évaluation reste à améliorer¹⁰⁵ de manière à mieux sélectionner les actions méritant d'être financées.

III - Certaines priorités peinent à se concrétiser

A - Un ciblage des entreprises par la branche AT-MP à affiner

La mission des Carsat consistant à prévenir les risques professionnels et à assurer la santé et la sécurité au travail est structurée au sein des contrats pluriannuels de gestion (CPG) autour des trois programmes prioritaires nationaux précités (TMS Pros, Risque chimique Pros et Chutes), et d'un ou plusieurs programmes régionaux qui peuvent compléter une priorité nationale. Cela soulève trois problématiques : le choix des critères de ciblage, l'articulation d'une logique de sinistralité, d'une logique de filières et d'une logique géographique, la part du volontariat des entreprises dans la sélection.

¹⁰⁴ À titre d'exemple, dans son analyse de l'impact des aides financières simplifiées, la Cnam observe qu'entre l'année N de versement de l'aide et l'année N + 2, l'indice de fréquence des accidents du travail dans les entreprises aidées passe de 70 à environ 62, soit une baisse d'environ 11 %. Dans le même temps, l'indice de fréquence des accidents de l'ensemble des entreprises de moins de 50 salariés enregistre une baisse limitée à 3 %. Pour les contrats de prévention, elle n'observe pas de différence entre l'évolution du nombre d'accidents dans les entreprises bénéficiaires et non bénéficiaires. Dans tous les cas, les entreprises aidées et non aidées n'étant pas comparables par leurs caractéristiques, aucune conclusion ne peut être tirée de ces travaux.

¹⁰⁵ Pour progresser, il serait nécessaire de prévoir, d'une part, un protocole qui, à défaut de tirer de manière aléatoire les bénéficiaires d'un programme parmi l'ensemble de la population, identifie un groupe d'entreprises volontaires pour suivre un tel programme et n'en retienne qu'une partie, de manière purement aléatoire, pour y entrer dans les faits, l'autre partie devenant le groupe témoin, et, d'autre part, prenne la précaution, pour constituer le groupe témoin, d'écarter *a posteriori* les entreprises qui auraient adopté une autre démarche en faveur de la santé au travail pendant la période d'observation.

L'activité des Carsat est principalement déterminée par la mise en œuvre des grands programmes nationaux¹⁰⁶, pour lesquels une liste d'entreprises ciblées est déterminée par la Cnam-DRP à partir de critères fondés sur la valeur du risque et sur la sinistralité, et dans les faits, principalement sur cette dernière. La sinistralité présente une limite significative : elle est peu adaptée à l'identification des PME où le risque est élevé car, même dans des conditions dangereuses, un sinistre peut fort heureusement ne pas s'être matérialisé dans le passé.

De plus, la mesure de l'impact des sinistres repose de manière trop étroite sur les seuls coûts supportés par la branche AT-MP. Des indicateurs plus complets devraient être utilisés, à l'instar des indemnités journalières, ou des données d'absentéisme et de *turnover*. En outre, le travail de ciblage des entreprises à accompagner en prévention face aux maladies professionnelles pourrait être beaucoup plus pertinent si la Cnam avait accès aux données de carrière des assurés détenues par l'assurance vieillesse, avec l'identification des employeurs antérieurs de chaque salarié. Il pourrait aussi être pertinent de tenir compte de la dynamique d'effectifs dans laquelle se trouve l'entreprise, certaines études montrant que les accidents du travail se multiplient dans les phases de croissance rapide des PME.

Ensuite, l'approche de la sinistralité par filière, relativement peu présente jusqu'en 2017, s'est trouvée renforcée à compter de la convention d'objectifs et de gestion (COG) 2018-2022, mais demeure très décentralisée. S'agissant de TMS Pros, la problématique de filière n'a guère été prise en compte dans la démarche nationale. Sur le risque chimique, la Cnam-DRP a identifié avec les caisses les secteurs les plus souvent mentionnés¹⁰⁷, et intégré les filières concernées dans l'approche nationale, dans une certaine mesure. Les avantages de ce processus, qui permet de mobiliser les branches professionnelles en donnant du sens à l'action, plaident pour son extension, ces synergies bénéficiant localement aux entreprises concernées. La Cnam précise que les travaux d'élaboration de la convention d'objectifs et de gestion (COG) AT-MP 2023-2027 devraient renforcer cette approche infra-sectorielle notamment dans des secteurs particulièrement sinistrés comme ceux du BTP, l'aide et soins à la personne et l'intérim.

En dernier lieu, les actions sont d'abord menées auprès des seules entreprises ou branches d'activité qui acceptent la démarche. La méthode

¹⁰⁶ Elles peuvent aussi mettre en œuvre des programmes régionaux, dont le ciblage est le résultat d'une évaluation par les Carsat des critères de sinistralité ou d'exposition. Les partenaires sociaux sont alors associés aux choix de l'action et au ciblage des entreprises.

¹⁰⁷ Il s'agissait des cinq secteurs suivants : BTP, menuiserie, mécanique et usinage, soins et analyses, ateliers de réparation et centres de contrôle automobile.

de sélection des entreprises contactées par les Carsat facilite ce biais¹⁰⁸. Il est donc possible d'atteindre l'objectif quantitatif demandé sans avoir à exercer une forte pression sur des entreprises non volontaires¹⁰⁹.

Certes, face à une entreprise réticente à l'entrée dans un programme, le préventeur peut en théorie multiplier les visites et user de la menace de l'injonction ou de la majoration de tarification. Cette stratégie n'est pas celle suivie par les équipes pour atteindre leurs objectifs, car elle est la plus difficile. Les effectifs de préventeurs les conduisent en outre à concentrer naturellement leurs éventuels efforts de contrainte sur les entreprises d'une certaine taille.

Au final, le très faible recours aux injonctions et majorations de cotisations, déjà évoqué, permet à une minorité substantielle d'entreprises particulièrement sinistrées de demeurer en dehors de toute politique, incitative ou répressive. Des échanges spécifiques avec l'inspection du travail, portant notamment sur ces entreprises non volontaires permettraient de réduire ce hiatus. Cette possibilité existe¹¹⁰ mais n'est utilisée que très rarement, certaines Carsat l'excluant même par principe. Une coopération plus étroite des acteurs institutionnels face aux entreprises non volontaires doit être recherchée.

B - Des priorités opérationnelles parfois trop peu suivies d'effets

1 - Un budget public de prévention limité au regard des montants de réparation

Dès le troisième plan santé au travail (PST 3), un « renversement de perspective » a été revendiqué en faveur de la prévention plutôt que de la réparation¹¹¹. Cette orientation a été confirmée par le quatrième plan santé au travail (PST 4), mais la réalité des budgets consacrés par les

¹⁰⁸ S'agissant de TMS Pros, la Cnam-DRP fournit aux Carsat la moitié de l'échantillon d'environ 8 000 entreprises qu'elles devront contacter, et parmi celles-ci les Carsat peuvent *in fine* en éliminer 20 %. L'évaluation externe menée sur la mise en œuvre de ce programme sur 2014-2017 montre que les Carsat présentaient le programme de manière très diverse aux entreprises, entre obligation et simple proposition d'accompagnement.

¹⁰⁹ À la Carsat Centre-Val-de-Loire, une action du programme TMS Pros en direction du secteur de la viticulture a été suspendue par absence d'entreprises volontaires identifiées par les syndicats des viticulteurs. La Carsat Sud-Est, désignée pour copiloter nationalement, avec la Cnam, un ensemble d'expérimentations régionales sectorielles sur le risque routier, dans le cadre de la COG 2018-2022, a précisé que le volontariat des entreprises était au nombre des critères retenus pour déterminer la sélection des entreprises.

¹¹⁰ La convention prévoyant le partage d'information entre les Dreets et les Carsat en application de l'article R. 8112-6 du code du travail pourrait préciser ce point.

¹¹¹ Au sein de la prévention, ce plan a en outre mis en avant la prévention dite primaire, celle, selon la classification établie par l'OMS, qui vise à soustraire purement et simplement le salarié au risque, non pas seulement à protéger le salarié d'un risque encore présent (prévention dite secondaire).

administrations publiques ne valide pas ce renversement. En effet, des travaux menés à l'occasion du rapport Lecocq en 2018 ont pu établir que le budget public consacré à la prévention était de l'ordre de 2 Md€ (hors régime agricole qui représente environ 122 M€), sans évolution significative depuis lors, hors dispositifs *ad hoc* de la crise sanitaire.

Le budget public consacré à la prévention en santé au travail

Les 2 Md€ évoqués dans le rapport Lecocq se décomposent de la manière suivante. S'agissant des services inter-entreprises de santé au travail, la cotisation des entreprises adhérentes équivaut à près de 1,6 Md€. La part des actions de prévention de la branche des AT-MP en 2016 était de 341 M€, répartis ainsi : 186 M€ pour le fonctionnement des Carsat, 83,5 M€ pour l'INRS (soit 98 % du budget total de l'organisme), 1,3 M€ pour Eurogip (soit environ de 85 % du budget de l'organisme), 50 M€ d'aides financières aux TPE et PME, 14 M€ de ristournes. Le financement par l'État de l'Anact et du budget santé au travail des agences sanitaires (Anses, Santé publique France) représente 26 M€. La dotation pour le Fonds pour l'amélioration des conditions de travail (Fact) est de 2 M€. Les ressources des Aract (issues des Dreets, des régions et des ressources propres), déduction faite de la part financée par l'Anact, sont de 17,3 M€. Le budget de l'OPPBT est de l'ordre de 40 M€.

Si les budgets privés sont vraisemblablement conséquents, notamment dans les grandes entreprises, il n'en existe aucune estimation agrégée.

2 - Les enjeux du vieillissement actif ne sont pas suffisamment pris en compte

a) La prévention de l'usure professionnelle est encore peu développée

Les salariés que leur domaine d'activité a exposés à des fonctions pénibles, qu'elles soient reconnues en tant que telles ou non au titre de la pénibilité, peuvent se trouver progressivement incités à cesser leur activité professionnelle, ou à devoir chercher à se reconvertir au sein de l'entreprise ou en-dehors, sans nécessairement que leur situation relève de l'inaptitude au sens médical ou de la maladie professionnelle incapacitante¹¹².

La notion d'usure professionnelle, définie comme un processus d'altération de la santé qui s'inscrit dans la durée et qui résulte d'une exposition prolongée à des contraintes de travail en rend compte, mais elle ne donne encore lieu qu'à des actions limitées et essentiellement lorsque le

¹¹² Des travaux de l'INRS relèvent ainsi que les conditions de travail difficiles sont corrélées aux fins de vie professionnelle précoces.

risque de désinsertion professionnelle est déjà avéré¹¹³. L'article L. 6321-1 du code du travail dispose désormais que l'employeur doit assurer l'adaptation des salariés à leur poste, mais également veiller au maintien de leur capacité à occuper un emploi. Cependant peu d'entreprises considèrent dans les faits que leur responsabilité inclut aussi celle de faire évoluer progressivement en leur sein les travailleurs seniors vers des métiers moins exposés, de manière préventive.

Les pistes d'action, identifiées notamment dans certains travaux de l'INRS ou de l'agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (Anact), concernent souvent l'organisation concrète du travail, par exemple, négocier le droit au dépostage dans un accord de groupe pour les plus de 50 ans ou réinternaliser en journée des tâches de nuit dont l'intérêt économique ou la nécessité ne sont pas clairement établis. Un appel à projets a été lancé en 2021 par le Fonds pour l'amélioration des conditions de travail (Fact), avec pour objectif de soutenir des démarches innovantes de prévention de la désinsertion professionnelle des seniors. La démarche demeure à ce stade exploratoire et les employeurs restent peu sensibilisés à cette dimension.

Au regard de ces constats, il pourrait être utile d'identifier les bonnes pratiques en matière de prévention de l'usure professionnelle et d'en faciliter leur extension par voie d'accord collectif.

b) Le compte professionnel de prévention, un dispositif sans ambition et non contrôlé

Le compte professionnel de prévention (C2P) est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2015¹¹⁴ autour du concept de pénibilité, qui est l'une des dimensions de l'usure professionnelle mais ne se confond pas avec elle.

Six¹¹⁵ facteurs de risques professionnels sont désormais pris en compte au titre du compte professionnel de prévention (C2P) : le travail de nuit, le travail en équipes successives alternantes, le travail répétitif, les températures extrêmes, les activités exercées en milieu hyperbare et le

¹¹³ Le sujet de la désinsertion professionnelle se focalise surtout sur les cas déjà avérés d'arrêts maladie prolongés, et s'intéresse au retour dans l'emploi du salarié ou à son maintien dans l'emploi en cas de handicap reconnu ou de maladie évolutive.

¹¹⁴ Après avoir été institué par la loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites, et modifié par l'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.

¹¹⁵ En décembre 2017, les critères retenus ont été ramenés de dix à six, écartant quatre critères : contact avec des agents chimiques dangereux, manutention manuelle de charges, postures pénibles et vibrations mécaniques.

bruit ; des seuils définissent l'entrée dans le dispositif ¹¹⁶. Les déclarations sont effectuées par les entreprises, en principe *via* la déclaration sociale nominative (DSN) depuis 2018. L'exposition est traduite en points, et crée des droits : ainsi, une année d'exposition à un risque vaut 4 points, à deux ou plusieurs risques, 8 points. Le compte peut être alimenté tout au long de la carrière, dans la limite de 100 points et donner droit *in fine* à des heures de formation professionnelle, au recours au temps partiel sans perte de salaire ou à une anticipation du départ à la retraite au moyen d'une majoration de durée d'assurance vieillesse.

Selon l'assurance vieillesse¹¹⁷, comme l'indique le tableau suivant, en 2016-2017, en moyenne 759 060 salariés ont été déclarés par leur employeur exposés à des facteurs de pénibilité. Depuis 2015, le travail de nuit et le travail en équipes successives alternantes sont les deux facteurs ayant conduit au plus grand nombre d'ouvertures de compte professionnel de prévention¹¹⁸.

Les résultats de l'enquête Sumer 2016-2017 (qui identifie les effectifs exposés à des conditions de travail pénibles la semaine précédant l'enquête), fournissent un élément de comparaison éclairant pour apprécier la question de la pénibilité. Elle contient en effet des données d'exposition aux risques, renseignées par les médecins du travail, qui sont très proches des définitions retenues pour les seuils de pénibilité¹¹⁹.

¹¹⁶ Travail de nuit : 1 heure de travail de nuit (entre minuit et 5 heures) pendant 120 nuits par an ; travail en équipes successives alternantes : 1 heure de travail entre minuit et 5 heures, pendant 50 nuits par an, non cumulable avec le travail de nuit ; activités en milieu hyperbare : 1 200 hectopascals et 60 interventions par an ; travail répétitif : 15 actions techniques ou plus sur un cycle inférieur ou égal à 30 secondes ou 30 actions techniques ou plus par minute, sur un cycle supérieur à 30 secondes, pendant 900 heures par an ; températures extrêmes : inférieures à 5° C ou supérieures à 30° C, (hors températures extérieures non liées à l'activité) pendant 900 heures par an ; bruit : 81 décibels pendant 8 heures sur une période de référence, pendant 600 heures par an, ou l'exposition à un niveau acoustique de crête au moins égal à 135 décibels, 120 fois par an.

¹¹⁷ Source : système d'information pénibilité pilotage (SIPP).

¹¹⁸ Par code NAF, pour les femmes, quatre secteurs réunissent 60 % des salariées exposées (fabrication de denrées alimentaires et de boissons, activités de services administratifs et de soutien, hébergement médico-social et action sociale, activité pour la santé). Pour les hommes, cinq secteurs réunissent 61 % des salariés (activités de services administratifs et de soutien, transport et entreposage, fabrication de denrées alimentaires et de boissons, réparation d'automobiles et motocycles, fabrication de produits en caoutchouc et en plastique).

¹¹⁹ À titre d'exemple, le travail de nuit est un facteur de pénibilité s'il est effectué 120 jours par an entre minuit et 5 heures du matin ; les médecins du travail comptabilisent dans l'enquête Sumer les agents soumis au travail de nuit plus de 120 jours par an sans précision d'horaire. De même, les températures extrêmes au sens de la pénibilité concernent les agents soumis à moins de 5° C ou plus de 30° C, avec une durée minimale de 900 heures par an ; dans l'enquête Sumer, les mêmes bornes de température sont retenues, pour 20 heures par

Tableau n° 1 : salariés déclarés et salariés potentiellement exposés à la pénibilité

	Déclarés exposés en 2016-2017	Potentiellement exposés selon la Dares en 2016-2017
<i>Tous risques confondus dont</i>	759 050	2 920 000
<i>Travail de nuit</i>	256 050	486 000
<i>Travail en équipes alternantes</i>	220 750	441 000
<i>Travail répétitif</i>	90 900	320 000
<i>Bruit</i>	74 550	680 000
<i>Températures extrêmes</i>	37 200	228 000

Source : Cour des comptes d'après Dares et Cnav

Les différences de méthode, limitées, ne suffisent pas à expliquer les écarts observés. Par ailleurs, les données d'exposition déclarée plus récentes¹²⁰ (2019) restent proches de celles de 2017. L'ampleur des écarts, au moins en ce qui concerne certains critères, montre une appropriation très en-deçà des objectifs du dispositif par les employeurs concernés, malgré l'absence de coût pour ces derniers, rendant nécessaire la mise en œuvre d'actions de sensibilisation et de contrôle. À l'automne 2022, la Cnam préparait un plan de sensibilisation des entreprises. À la même date, hormis le traitement des réclamations à l'initiative des salariés, la direction générale du travail n'avait lancé aucun plan de contrôle.

En tout état de cause, le dispositif est voué à n'exercer qu'un effet réduit, sans impact sur la prévention. En 2019, 2 271 demandes d'utilisation de points ont abouti, portant le total d'utilisations à 4 598 depuis le début du dispositif¹²¹, ce qui est très réduit, mais peut s'expliquer par la montée en charge forcément progressive du dispositif. La limitation des comptes à 100 points fait que le dispositif rend possible un départ en retraite anticipé de deux ans au maximum, ou encore une activité à mi-temps sans perte de salaire pendant trois ans, sous réserve d'un accord avec l'employeur.

semaine. Dans l'enquête Sumer, les réponses sont effectuées sur la base de ce qui est observé la semaine précédant l'enquête et non sur une année donnée.

¹²⁰ 294 170 personnes concernées par le travail de nuit, 258 716 par le travail en équipe alternante, 91 343 par le travail répétitif, 73 437 par l'exposition au bruit et 47 184 par l'exposition aux températures extrêmes.

¹²¹ 97 % des salariés ayant des points relèvent du régime général et 2 % du régime agricole. 76 % des salariés bénéficiaires sont des hommes. 14 % des salariés sont âgés de 55 à 66 ans, 54 % de 35 à 54 ans et 25 % de 25 à 34 ans.

De plus, la logique du compte était double : compenser les effets de la pénibilité pour les travailleurs, une logique de réparation, mais aussi inciter les employeurs à réduire l'exposition de leurs salariés à la pénibilité en faisant peser sur eux une cotisation spécifique¹²². Or, cette ambition a été abandonnée dès 2017 : le dispositif n'a donc plus aucune vertu de prévention. Résultat d'un compromis, le compte professionnel de prévention (C2P) dans ses modalités actuelles n'est pas à la hauteur des objectifs qui lui étaient assignés, dans un contexte où l'âge de départ en retraite recule par ailleurs.

3 - Les salariés intérimaires, un public peu connu et pris en compte récemment

Cette population, relativement jeune¹²³, connaît une fréquence des accidents de travail plus élevée que celles d'autres catégories de salariés, parce qu'ils sont souvent affectés aux postes les plus risqués et sont confrontés fréquemment à de nouveaux environnements. Le bilan de la campagne européenne de contrôles réalisés de 2017 à 2019 sur la santé et la sécurité des salariés intérimaires et des travailleurs détachés, coordonnés et pilotés par la direction générale du travail en partenariat avec l'institut national du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (Intefp), avait montré que la question de la double responsabilité, à la fois des entreprises de travail temporaire et des entreprises utilisatrices, pouvait conduire à une situation où chacun attend de l'autre qu'il mette en place des mesures de prévention.

La nécessité de conduire des actions à destination des intérimaires est donc bien identifiée. La loi du 2 août 2021¹²⁴ envisage, à titre expérimental, des actions spécifiques de prévention collective dans les services de prévention et de santé au travail interentreprises à destination des salariés intérimaires afin de prévenir les risques professionnels auxquels ils sont exposés. Le quatrième plan santé au travail (PST4), et surtout le tout récent plan de prévention des accidents graves et mortels du ministère du travail, prévoient des actions spécifiques en leur faveur.

¹²² Une cotisation de 0,01 % assise sur l'ensemble des rémunérations versées, dite de base, et une cotisation de 0,2 % à 0,4 % assise sur les rémunérations des salariés concernés, selon qu'ils sont mono-exposés ou multi-exposés. Le dispositif a été remplacé par une composante mutualisée de la cotisation AT-MP.

¹²³ En 2019, au niveau européen, 21,6 % des salariés intérimaires avaient entre 15 et 21 ans contre 9 % pour l'ensemble des salariés.

¹²⁴ Cf. article 24 de la loi n° 2021-1018 du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail.

Cependant, le suivi de leur sinistralité est malaisé sur un plan statistique. En effet, l'utilisation de la nomenclature d'activités française¹²⁵ ne permet pas de faire la différence entre les salariés des agences et les intérimaires qu'elles emploient ; des retraitements sont effectués seulement pour les accidents graves et mortels. En outre, la déclaration d'accidents de travail doit préciser l'établissement dans lequel les sinistres ont eu lieu lorsqu'il est différent de celui employant les salariés. Une étude publiée en janvier 2021 par la Cnam-DRP montre toutefois que cette consigne est peu suivie. De ce fait, les secteurs d'activités des entreprises utilisatrices d'une main-d'œuvre intérimaire ne sont connus que dans 40 % des cas, ce qui limite l'analyse de la sinistralité propre à cette population.

Par ailleurs, la loi du 2 août 2021 n'impose pas à l'entreprise utilisatrice de faire figurer sur son document unique d'évaluation des risques professionnels (Duerp) ou son programme pluriannuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail (Papripact) un volet spécifique aux actions prises en faveur des salariés intérimaires. Pourtant, bien qu'en théorie ouverts aux salariés intérimaires, les parcours de prévention pour les nouveaux arrivants, par leur contenu et leur périodicité, ne sont pas toujours adaptés et offerts aux personnels présents pour des missions courtes. Cela pourrait légitimer un protocole de prise en charge spécifique reflété dans les documents obligatoires.

4 - Des actions tardives et partielles des pouvoirs publics en matière de prévention de la désinsertion professionnelle

Il n'existe pas de mesure du nombre de salariés risquant de perdre leur emploi à court ou moyen terme en raison d'un problème de santé ou d'un handicap, mais, selon l'inspection générale des affaires sociales, entre un et deux millions de salariés seraient exposés à ce risque, soit entre 5 et 10 % d'entre eux¹²⁶.

Comme la Cour l'a récemment rappelé¹²⁷, le repérage précoce des salariés potentiellement concernés par un risque de désinsertion professionnelle, c'est-à-dire que l'éloignement durable du travail réduise fortement les chances du salarié en arrêt de retrouver un emploi, demeure une condition essentielle pour une prévention réussie. L'autre condition de

¹²⁵ Code NAF : 7820Z Activités des agences de travail temporaire.

¹²⁶ Inspection générale des affaires sociales, *La prévention de la désinsertion professionnelle des salariés malades ou handicapés*, décembre 2017.

¹²⁷ Cf. Cour des comptes, « La reconnaissance et la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles », chapitre IX du *Rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, octobre 2021.

succès est la bonne communication entre le médecin traitant, le médecin conseil et le médecin du travail au moment où il s'agit de réinsérer dans le milieu professionnel un salarié qui vient de connaître un sinistre ayant entraîné un long arrêt de travail. Or, bien que la prévention de la désinsertion professionnelle constitue un objectif affirmé dans toutes les conventions d'objectifs et de gestion (COG) de la branche AT-MP depuis celle de 2004-2006, les progrès dans ces deux domaines ont tardé, comparés à la situation d'autres pays de l'Union européenne.

La prévention de la désinsertion professionnelle dans trois pays

En Allemagne, un service de placement de l'assurance AT-MP¹²⁸, d'abord expérimenté en région, puis généralisé en 2010, aide les salariés qui le souhaitent à se réorienter sur le marché du travail après un accident ou une maladie professionnelle. L'Autriche a déployé en 2012 le programme *fit2work* associant le ministère du travail, l'assurance AT-MP (Auva), l'assurance retraite, l'assurance maladie et le service public de l'emploi. Ce programme permet d'offrir, aux salariés et aux entreprises, une source d'unique d'information, de conseil et d'orientation en créant des interactions entre institutions pour une intervention précoce face à des problèmes de santé ayant une incidence sur le travail. Au Danemark, les services de l'emploi des communes ont depuis 2014 des obligations de suivi et d'action vis-à-vis des salariés à partir de la huitième semaine d'arrêt de travail.

En France, les actions en matière de prévention de la désinsertion professionnelle ont été jusqu'à présent pilotées par la direction déléguée aux opérations de la Cnam. Celle-ci a privilégié au niveau national un portage par l'assurance maladie, en associant la Cnam-DRP, et, au niveau local, le service social des Carsat. À ce stade, ce mode de fonctionnement n'a pas produit les effets attendus¹²⁹. Mais la Cnam n'est désormais plus seule à mettre en place des actions dans ce domaine.

¹²⁸ *Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV jobs)*.

¹²⁹ Deux dispositifs sous forme d'expérimentations ont été lancés ces dernières années. Le premier avait concerné, au 30 septembre 2021, 273 assurés dans trois régions. Le second, consistant en un déploiement de plateformes pluridisciplinaires sur 14 territoires, mis en œuvre en juin 2021, visait à repérer les assurés en risque de désinsertion professionnelle à partir de critères liés aux arrêts de travail (longs ou répétés) et aux pathologies (maladies chroniques). Au 31 décembre 2021, 5 000 assurés ont été accompagnés par les départements expérimentateurs, sans qu'un bilan plus précis ait été réalisé.

En effet, la loi du 2 août 2021 précitée est venue modifier le paysage en matière de prévention de la désinsertion professionnelle. Il incombe désormais aux services de prévention et de santé au travail interentreprises de mettre en place une cellule pluridisciplinaire de prévention de la désinsertion professionnelle animée et coordonnée par un médecin du travail¹³⁰, lequel aura été informé en amont des arrêts maladie des salariés ; un accès réciproque des médecins concernés au dossier médical en santé au travail et au dossier médical partagé, sous certaines conditions, doit contribuer à une meilleure coordination.

Selon la Cour, cette modification devrait conduire l'assurance maladie à ajuster en conséquence son offre de prévention compte tenu du risque de redondance entre ses services et les missions dévolues aux services de prévention et de santé au travail interentreprises. Une instruction commune de la Cnam et de la direction générale du travail du 26 avril 2022 prévoit de renforcer les actions menées par le réseau de la Cnam en faveur des assurés en situation complexe, en lien avec les services de prévention et de santé au travail.

Pour autant, la question du pilotage du parcours de réinsertion entre les trois médecins concernés (médecins prescripteurs, du travail et conseil), n'est pas entièrement réglée par la loi ni par cette instruction. Un rapport remis au Premier ministre en janvier 2019 recommandait d'organiser la collaboration des médecins prescripteurs, conseil et du travail, afin de permettre une mise en relation rapide, essentielle à la prévention de la désinsertion¹³¹. Cette proposition n'a pas été reprise dans la loi.

¹³⁰ Ou par un membre de l'équipe pluridisciplinaire qu'il aura désigné pour s'occuper des besoins de santé des entreprises.

¹³¹ Jean-Luc Bérard, Pr Stéphane Oustric, Stéphane Sellier avec l'appui de l'Inspection générale des affaires sociales, *Plus de prévention, d'efficacité, d'équité et de maîtrise des arrêts de travail. Neuf constats, vingt propositions*, janvier 2019. Le rapport recommandait de faire évoluer les modèles Cerfa de prescription des arrêts de travail pour maladie ou AT-MP et les outils permettant le partage d'information sur l'arrêt de travail.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La réglementation foisonnante en matière de santé et de sécurité au travail, d'essence communautaire et nationale, présente deux spécificités : celle de permettre à l'État, dans des conditions qui ne sont pas toujours satisfaisantes, d'arbitrer et chercher un équilibre difficile entre protection de la santé des salariés et compétitivité des entreprises qui les emploient ; et celle de donner un rôle éminent aux accords collectifs, qui ne peuvent cependant constituer une panacée. Si la complexité de la réglementation ne peut guère être réduite, du fait de la technicité des problématiques sanitaires sous-jacentes, le besoin d'outils et d'offres d'accompagnement pour la mettre en œuvre n'en est que plus marqué.

À cet égard, le grand nombre d'acteurs publics ou parapublics concernés et la diversité des filières, des entreprises et des publics salariés conduisent à une abondance d'outils de prévention qui cherchent un équilibre entre incitation et contrainte, entre une prise en charge mutualisée ou renvoyée à chaque entreprise des coûts de la prévention. Mais l'efficacité de l'ensemble doit encore progresser.

Bien qu'intégré à la plupart des référentiels des diplômes professionnels, le contenu de l'enseignement en santé et sécurité au travail mériterait d'être précisé selon le secteur professionnel concerné par la formation. Les outils en libre accès sont souvent redondants, à défaut d'une forme de mémoire centralisée au niveau adéquat. Leur adéquation aux besoins en fonction du public visé est trop peu prise en compte en amont, trop peu mesurée en aval. Document unique d'évaluation des risques professionnels (Duerp) et programme pluriannuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail (Papripact) restent souvent vécus comme des contraintes bureaucratiques dans les PME. Par ailleurs, les subventions ne devraient être attribuées que sous réserve d'une démarche concrète de prévention des entreprises les plus prioritaires. L'accompagnement humain est donc souvent indispensable, notamment pour les PME. Les moyens des pouvoirs publics en la matière étant limités, la tentative de remobilisation des services de prévention et de santé au travail interentreprises, au succès incertain, ouvre bien en la matière la principale perspective possible.

Ensuite, les instruments incitatifs en matière de tarification sont trop peu utilisés, comme déjà souligné par la Cour.

Par ailleurs, des progrès en matière de ciblage des interventions peuvent être réalisés en ce qui concerne les Carsat comme l'inspection du travail. En pratique, les actions de prévention menées par les Carsat le sont surtout auprès des entreprises volontaires pour participer à la démarche.

L'effort d'évaluation des résultats doit être poursuivi dans deux directions : celui de l'intérêt économique de la prévention pour les entreprises elles-mêmes, et de l'impact sur la sinistralité des mesures prises. Dans les deux cas, des progrès méthodologiques sont en cours, que les évaluateurs doivent s'approprier.

La priorité donnée à la prévention ne se reflète pas encore dans les budgets qui lui sont consacrés. Tant que l'efficacité des mesures proposées sur le recul de la sinistralité n'est pas mieux établie, il serait hasardeux de proposer un changement d'échelle en la matière. Enfin, certaines priorités affichées en termes de public (les intérimaires, les personnes exposées à l'usure professionnelle, à la pénibilité ou au risque de désinsertion professionnelle) peinent encore à se concrétiser.

En conséquence, la Cour formule les recommandations suivantes :

- 6. accentuer, dans la contractualisation des services du ministère du travail et des Carsat avec les services de prévention et de santé au travail, le volet relatif au développement de l'activité de prévention dans les entreprises (ministère chargé du travail) ;*
 - 7. rendre la tarification plus incitative à la prévention des accidents du travail, en majorant les taux de cotisation lorsque l'entreprise présente une sinistralité anormalement élevée dans son domaine d'activité (Cnam-DRP, recommandation réitérée) ;*
 - 8. poursuivre les travaux d'évaluation permettant d'apprécier de manière robuste l'efficacité des programmes de prévention (ministère chargé du travail, Cnam-DRP, CCMSA, Santé Publique France) ;*
 - 9. rendre plus efficace l'accompagnement à la reprise du travail par une intervention très précoce auprès des salariés, en lien avec leur médecin traitant, en associant durant l'arrêt de travail l'employeur et les services de santé au travail (ministère chargé du travail, Cnam, recommandation réitérée) ;*
 - 10. mettre en œuvre sans tarder un programme de contrôle du respect par les employeurs de leurs obligations relatives au compte professionnel de prévention (ministère chargé du travail, Cnam-DRP).*
-

Conclusion générale

Face aux multiples enjeux de la prévention en santé au travail, pour le moment, l'État a mis en balance, d'une part les inconvénients avérés d'une gouvernance complexe, d'autre part les avantages attendus du maintien d'une forte implication des partenaires sociaux et du respect d'une forme d'autonomie des acteurs (supposés contribuer *in fine* à l'implication des entreprises dans les démarches opérationnelles), et a choisi de se cantonner à une fonction d'ensemblier. Conscient de l'importance de l'accompagnement humain dans le déploiement des outils de prévention, il tente de réorienter vers cette priorité les effectifs des services de prévention et de santé au travail interentreprises, en utilisant de nouveaux leviers à l'efficacité encore incertaine. La pertinence de ce choix devra être appréciée au regard des résultats obtenus, notamment en matière d'évolution de la sinistralité. Si les résultats ne sont pas probants, la question d'une réforme institutionnelle plus profonde pourra être reposée. De ce point de vue, la pandémie de covid-19 a permis d'élargir la notoriété des acteurs de la prévention et de sensibiliser à cet objectif des entreprises qui en étaient éloignées.

L'enjeu de la démonstration de l'efficacité économique des politiques de prévention, s'il ne peut constituer la seule boussole des choix publics en la matière, est de premier ordre. Il sera d'autant plus difficile de réorienter les budgets en fonction de la priorité donnée à la prévention sur la réparation, par exemple en y affectant une part accrue des excédents de la branche, que cette efficacité n'est pas mieux fondée. C'est pourquoi il est essentiel de faire progresser les outils méthodologiques permettant d'objectiver et de chiffrer les coûts évités par des mesures de prévention ambitieuses et de les analyser au regard des coûts d'une politique trop orientée vers la réparation.

Liste des abréviations

ANI	Accord national interprofessionnel
Anact	Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail
Anses.....	Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
AT-MP	Accidents du travail-maladies professionnelles
BTP	Bâtiment et travaux publics
Carsat	Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
CAT-MP.....	Commission des accidents du travail-maladies professionnelles
CCCA-BTP...	Comité de concertation et de coordination de l'apprentissage du bâtiment et des travaux publics
CCMSA.....	Caisse centrale de la mutualité sociale agricole
CGSS	Caisse générale de sécurité sociale
C2P.....	Compte personnel de prévention
CIPP	Certificat individuel pour l'utilisation des produits phytosanitaires ou phytopharmaceutiques
Cnam	Caisse nationale d'assurance maladie
Cnam-DRP....	Direction des risques professionnels de la Caisse nationale d'assurance maladie
CMR.....	Cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction
COG	Convention d'objectifs et de gestion
Coct.....	Conseil d'orientation des conditions de travail
CPG.....	Contrat pluriannuel de gestion
Cramif	Caisse régionale d'assurance maladie d'Île-de-France
CSS	Caisse de sécurité sociale (Mayotte)
CTN.....	Comités techniques nationaux
Dreets	Directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités
DSN.....	Déclaration sociale nominative
Duerp.....	Document unique d'évaluation des risques professionnels
INRS	Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles
Intefp.....	Institut national du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle

MSA	Mutualité sociale agricole
OPPBTP	Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics
Présanse.....	Prévention santé services entreprises
PRST	Plan régional de santé au travail
RPS	Risques psychosociaux
Seirich	Système d'évaluation et d'information sur les risques chimiques
SNDS	Système national des données de santé
SPST	Services de prévention et de santé au travail
SPSTI	Services de prévention et de santé au travail interentreprises
SSTI	Services de santé au travail interentreprises
TMS	Troubles musculo-squelettiques
TPE/PME	Très petites entreprises / Petites et moyennes entreprises

Annexes

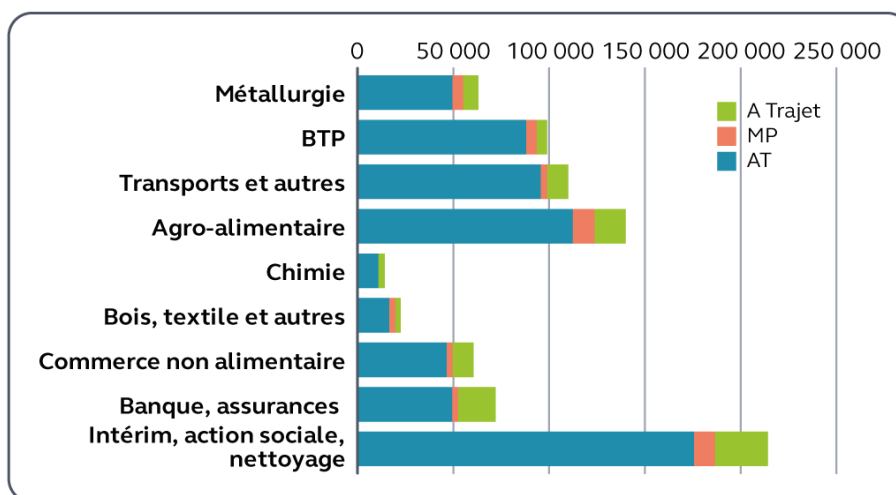
Annexe n° 1 : données sur la sinistralité.....	90
Annexe n° 2 : des comparaisons biaisées par les modalités de reconnaissance des accidents du travail et des maladies professionnelles.....	94
Annexe n° 3 : les acteurs publics de la prévention.....	98
Annexe n° 4 : un cadre normatif communautaire et national.....	99
Annexe n° 5 : les accidents de trajet et de mission : un risque routier prédominant.....	105
Annexe n° 6 : hiérarchie des risques par type et par secteur.....	106

Annexe n° 1 : données sur la sinistralité

La Cnam-DRP recense de manière détaillée les accidents du travail, de trajet et les maladies professionnelles reconnues des salariés relevant de la branche AT-MP du régime général. De même, la CCMSA effectue un travail identique pour les exploitants agricoles et les salariés du régime agricole.

Au régime général, la sinistralité est documentée selon des groupes d'activités appelés CTN¹³², permettant une analyse par secteur d'activité.

Graphique n° 6 : répartition du nombre de sinistres par groupe d'activité en 2019

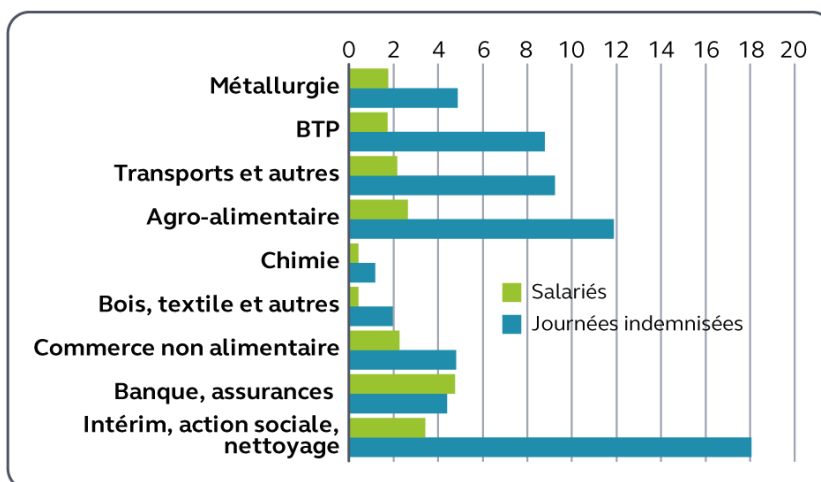


Note de lecture : AT : accident du travail ; MP : maladie professionnelle, A trajet : accident de trajet. Périmètre : régime général.

Source : Cour des comptes d'après Cnam-DRP

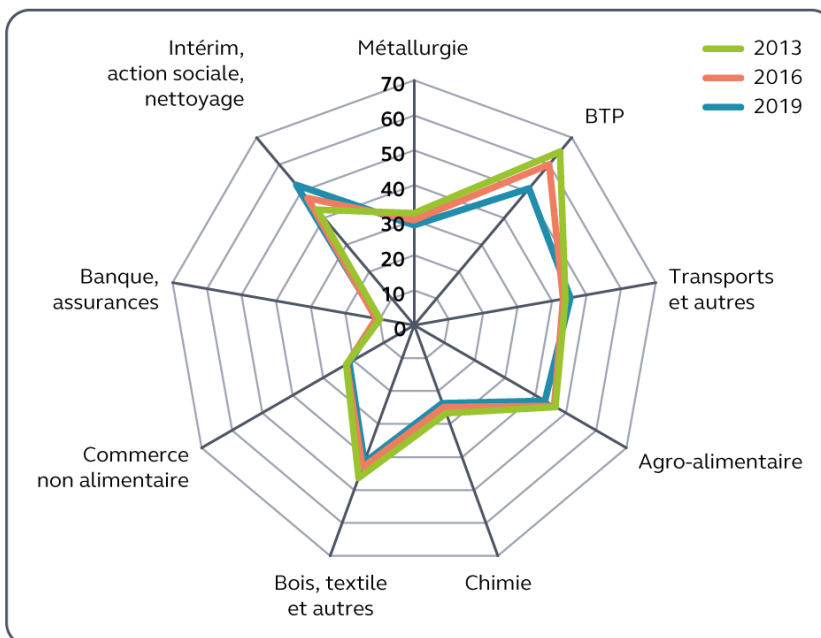
¹³² Les CTN sont des comités paritaires consultatifs assistant la Cnam et sa commission des AT-MP, en définissant les priorités d'action par secteur d'activité et en élaborant des recommandations nationales en matière de prévention. Il existe neuf CTN : A : industries de la métallurgie ; B : industries du bâtiment et des travaux publics ; C : industries des transports, de l'eau du gaz, de l'électricité, du livre et de la communication ; D : services, commerces et industries alimentaires ; E : industries de la chimie, du caoutchouc et de la plasturgie ; F : industries du bois, ameublement papier-carton, textile, vêtement, cuirs et peaux, pierres et terres à feu ; G : commerce non alimentaire ; H : activités de service groupe 1 : administrations, banque, assurance, etc. et I : activités de service groupe 2 : action sociale, santé, nettoyage et travail temporaire.

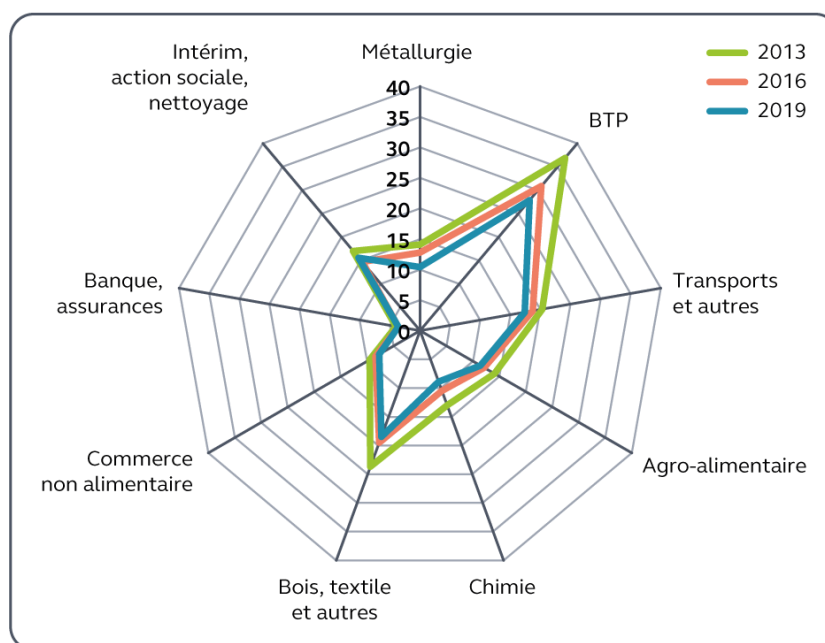
Graphique n° 7 : répartition des salariés et des journées indemniées par secteur d'activité en 2019 (en millions)



Périmètre : régime général, tous types de sinistres
Source : Cour des comptes d'après Cnam-DRP

Graphique n° 8 : évolution des indices de fréquence



Graphique n° 9 : évolution des indices de gravité

Périmètre : régime général

Source : Cour des comptes d'après Cnam-DRP

Tableau n° 2 : ventilation des accidents mortels par secteur d'activités au régime général

	Total	A*	B	C	D	E	F	G	H	I
2013	541	53	145	120	41	11	22	30	34	77
2016	514	54	112	127	43	13	16	43	32	74
2018	562	49	107	126	53	9	25	41	42	99
2019	733	69	176	145	67	14	32	58	63	109

* Les secteurs d'activités sont répertoriés selon les lettres : A (métallurgie), B (BTP), C (transports et autres), D (agro-alimentaire), E (chimie), F (bois, textile et autres), G (commerce non alimentaire), H (banque, assurances, services de bureau), I (services à la personne, intérim, nettoyage).

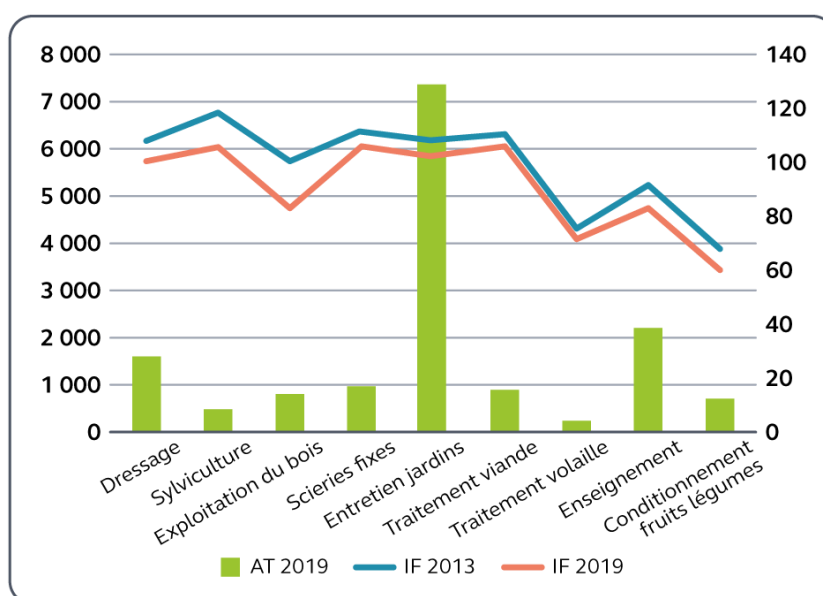
Les écarts entre la colonne « total » et la somme des groupes d'activité sont liés à des activités non classées, par exemple les vendeurs à domicile.

Source : Cnam-DRP, Rapports annuels de chaque exercice

Tableau n° 3 : accidents mortels au régime agricole

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
<i>Salariés</i>	63	67	58	59	59	53	43
<i>Chefs d'exploitation</i>	74	86	97	86	80	99	69

Source : Cour des comptes d'après CCMSA

Graphique n° 10 : exposition des salariés agricoles dans les filières à indice de fréquence élevé

Note de lecture : Échelle de gauche : nombre d'accidents en 2019, échelle de droite : indice de fréquence, hors données non représentatives. Lecture : en 2019, 7 339 accidents du travail ont été dénombrés dans la filière de l'entretien de jardins, soit un indice de fréquence de 102,5 pour 1 000 salariés contre 107,7 en 2013.

Source : Cour des comptes d'après CCMSA

Annexe n° 2 : des comparaisons biaisées par les modalités de reconnaissance des accidents du travail et des maladies professionnelles

La Cour a déjà largement illustré l'effet du cadre de l'instruction des demandes sur la sinistralité dans son enquête sur la reconnaissance des accidents du travail et des maladies professionnelles. Quelques données sont rappelées ci-après.

Pour les accidents du travail, la comparaison des données est malaisée du fait des différences de reconnaissance. Si la France est mal classée à l'échelle européenne, c'est essentiellement parce que les accidents du travail sont déclarés en tant que tels, et pour l'écrasante majorité d'entre eux, reconnus.

Ainsi, même l'analyse comparée des accidents mortels peut être limitée, car elle dépend de la reconnaissance ou non des malaises sur le lieu du travail suivis de décès en tant qu'accidents du travail. De même, la comparaison de la sinistralité des maladies professionnelles d'un pays à l'autre, au sein même de l'Europe, peut être biaisée par les mécanismes de reconnaissance. Un rapport récent d'Eurogip¹³³ rappelle quelques données en la matière et l'origine des disparités.

À titre d'exemple, la France reconnaît 258 maladies professionnelles pour 100 000 assurés tandis que l'Allemagne n'en compte que 81. Les troubles musculo-squelettiques au sein des maladies professionnelles représentent 88 % du total en France et 75 % en Italie, 4 % en Allemagne et 22 % au Danemark. Les surdités sont reconnues en très faible nombre en Espagne et en France, comme les dermatoses en Espagne, en France et en Italie, tandis que dans ces mêmes pays, les TMS sont sur-représentés : 227 pour 100 000 en France, 84 en Italie, 119 en Espagne, si l'on tient compte des pathologies causées par le travail et reconnues en accidents du travail. Seuls les cancers affichent des niveaux homogènes : 6 pour 100 000 au Danemark et en Italie, 10 en France.

Des écarts apparaissent non seulement quant au taux de reconnaissance des maladies déclarées, mais aussi aux déclarations par pathologie. Ainsi, on constate un niveau identique de déclarations toutes pathologies confondues au Danemark et en France (ratios respectivement de 561 et 557 pour 100 000 salariés), tandis qu'il est de moitié en Italie et plus de 3 fois moins élevé en Allemagne. Le rapport avance que les modalités de déclaration (par la victime en France, l'employeur en Italie, des personnels soignants au Danemark, en Allemagne ou en Espagne), peuvent expliquer ces différences.

¹³³ C. Kieffer, *Établir l'origine professionnelle d'une maladie. Zoom sur les approches italienne et danoise. Cas des TMS, cancers et pathologies psychiques*, Eurogip, 2020.

Ensuite, les disparités ne proviennent pas tant des différences dans les listes de maladies reconnues, mais dans la procédure d'instruction de la reconnaissance. En Italie, France et Espagne, l'origine professionnelle d'une maladie est présumée. Les autres pays ne recourent pas à la présomption. Des listes énumèrent les pathologies recevables à la reconnaissance. Lors de l'instruction, la probabilité que l'activité professionnelle ait provoqué la pathologie doit être démontrée au cas par cas, sans être présumée. L'exposition au risque professionnel (sa réalité et son intensité) est évaluée concrètement et les antécédents médicaux de la victime sont examinés pour pouvoir apprécier l'éventuelle part d'une exposition non professionnelle. L'instruction des dossiers est ensuite confrontée à des référentiels de nature scientifique ou technique qui servent d'outil de décision. Ceux-ci sont compilés dans des manuels (non publics) en Allemagne, tandis qu'au Danemark des critères ou indicateurs de reconnaissance en sont extraits et transcrits dans un guide des maladies professionnelles qui sert de référence à l'agent instructeur. De ce fait, une maladie peut être partiellement imputée à une exposition professionnelle, selon des fractions de risque attribuable.

Des exemples de taux de reconnaissance pour 100 000 salariés sur deux maladies courantes illustrent cette situation dans le domaine des TMS. En 2018, on compte 3 086 reconnaissances de maladie lombaire chronique en France, 147 au Danemark, 1 772 en Italie, 465 en Allemagne. Pour le syndrome du canal carpien, on compte 304 reconnaissances en Allemagne, 12 580 en France, 521 en Italie.

Il convient de noter qu'une moindre reconnaissance des maladies professionnelles ne signifie pas nécessairement que la protection sociale est au total moins coûteuse, ou plus limitée, dans les pays concernés. En effet, le travailleur dont la capacité de travail est réduite pourra, selon les cas, être pris en charge au titre d'arrêts maladie de droit commun, dans certaines limites, ou au titre du handicap, voire le cas échéant du chômage ou de dispositifs de retraite anticipée.

Une autre étude d'Eurogip, un peu plus ancienne¹³⁴, mettait déjà au jour les fortes disparités en la matière. Pour les TMS déclarés comme maladie professionnelle, la France, la Belgique et le Danemark affichent des ratios pour 100 000 assurés élevés (respectivement 463, 263 et 257) ; l'Italie un ratio médian (150) ; l'Allemagne, la Finlande, la Suède et la Suisse les ratios les plus faibles (entre 23 et 13 déclarations). Les écarts sont encore plus importants concernant les TMS reconnus comme MP. La France en dénombre le plus (ratio pour 100 000 assurés de 322), puis l'Espagne (94), la Belgique (82) et l'Italie (64).

¹³⁴ C. Kieffer, S. Palfner, M. Janotka, M. Maltrovsky, A. Delépine, J.P. Zana, *Troubles musculo-squelettiques : quelle reconnaissance en maladies professionnelles ? Étude sur dix pays européens*, Eurogip, 2016.

Le taux de reconnaissance des TMS, qui résulte du rapprochement des niveaux de déclaration et de reconnaissance, variait de 69 % en France à 8 % au Danemark, de 30 à 50 % en Belgique, Finlande, Italie, Suède et Suisse.

Dans quatre des dix pays de l'étude, les TMS constituent une part très importante du total des maladies professionnelles reconnues : France (88 %), Espagne (75 %), Belgique et Italie (69 %). En revanche, cette part représente moins de 20 % en Allemagne, Autriche, au Danemark, en Finlande et en Suisse.

L'étude concluait que la plupart des TMS sont couverts par tous les systèmes de liste, et que les critères liés à l'exposition, lorsqu'ils sont formalisés, ne font pas l'objet de différences notoires entre les pays. Toutefois, une reconnaissance en maladies professionnelles des atteintes de la colonne vertébrale est impossible en Autriche, Finlande et Suisse. De même, le syndrome du canal carpien n'est pas reconnu en Autriche. Quelques autres TMS, moins fréquents, ne faisaient pas consensus : des tendinites des membres inférieurs, l'arthrose du genou, des atteintes au rachis cervical.

Pour ce qui est des modes d'instruction des demandes de reconnaissance du caractère professionnel des TMS, les pays étudiés étaient classés en trois groupes :

- Allemagne, Autriche, Suisse, Finlande, Suède : chaque cas donne lieu à l'étude de tous les facteurs de risque (professionnels et personnels) pouvant être à l'origine de la maladie.
- Belgique, Danemark : lorsque l'étude de la demande de reconnaissance révèle que les conditions liées à la pathologie et les critères précis d'exposition (décrits le cas échéant dans des documents annexes à la liste) sont remplis, le cas est généralement reconnu.
- Espagne, France, Italie : la liste des maladies professionnelles est généralement précise quant aux syndromes couverts et aux gestes ou postures qui en sont la cause.

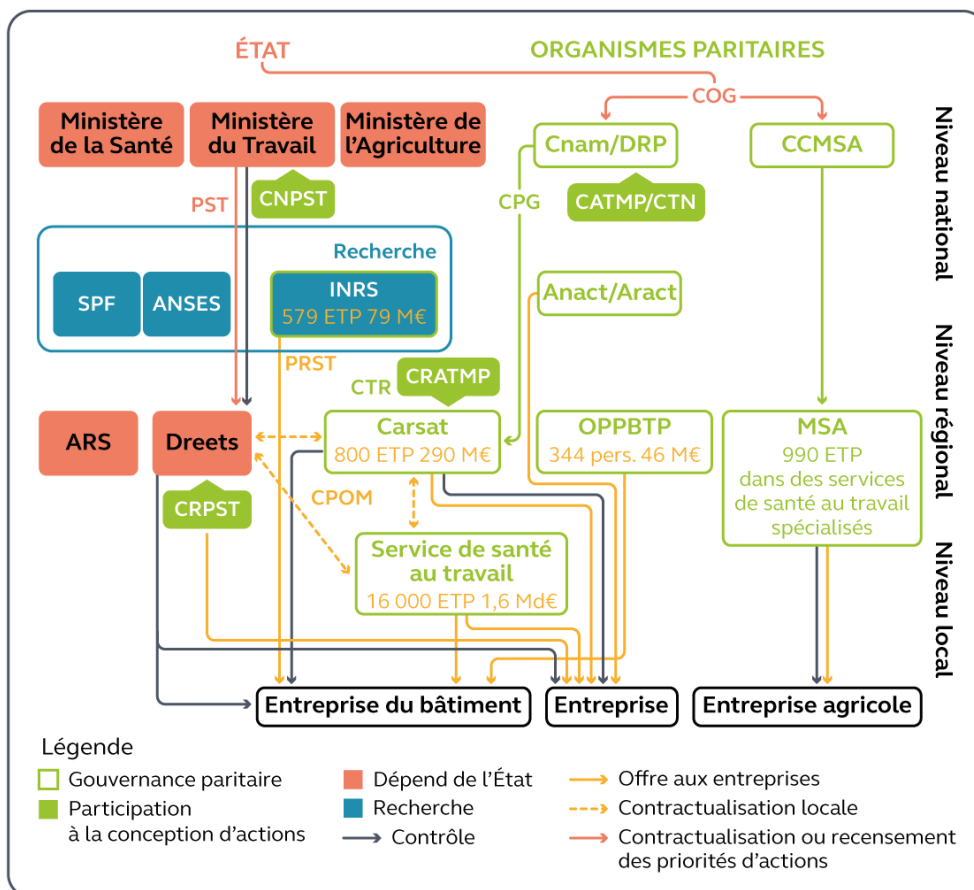
Les études de cas effectuées (syndrome du canal carpien, tendinopathie de la coiffe des rotateurs, lombalgie épicondylite), permettaient de retenir notamment que les pays dans lesquels la liste nationale des maladies professionnelles confère une présomption d'origine professionnelle forte aux pathologies qui y figurent (Belgique, Espagne, France, Italie) sont ceux qui ont le plus largement reconnu les cas étudiés. Les cas de syndrome du canal carpien et d'épicondylite sont "probablement" ou "certainement" reconnus comme maladies professionnelles dans la majorité des pays. En revanche, les cas de tendinopathie de la coiffe des rotateurs et de lombalgie divisent les pays.

Les tendances au cours du temps, contrastées entre les pays, résultaient principalement des évolutions réglementaires. Pour la France, l'une des explications données du renversement de tendance à partir de 2011 était la révision des conditions de reconnaissance des TMS de l'épaule intervenue en 2011 et de celles des TMS du coude en 2012.

S'agissant des troubles psychosociaux, qui constituent l'autre sujet controversé, une étude de la Cnam¹³⁵, observe que certains organismes nationaux d'assurance, comme en Finlande, excluent la reconnaissance de troubles psychiques comme maladies professionnelles. Des pays comme l'Allemagne ou la Suisse offrent une possibilité de reconnaissance par un comité scientifique mais prévoient des conditions tellement restrictives qu'en pratique, aucun cas n'est reconnu. D'autres pays, comme la Belgique, l'Italie, le Danemark ou la Suède, offrent une possibilité de reconnaissance par un comité scientifique. L'ordre de grandeur des cas reconnus comme maladie professionnelle ne dépasse pas 300 cas par an pour l'ensemble des pays concernés.

¹³⁵ *Les affections liées au travail*, Cnam, janvier 2018.

Annexe n° 3 : les acteurs publics de la prévention



Source : Cour des comptes

Annexe n° 4 : un cadre normatif communautaire et national

A – Une commission européenne féconde ces dernières années notamment en matière de directives traitant de valeurs limites d'exposition

1 – Une directive cadre édicte neuf principes de prévention dès 1989

Dès 1989, la Commission a cherché par sa directive européenne du 12 juin 1989 à imposer la mise en place de services de protection et de prévention, afin de viser une harmonisation entre les états membres. La transcription de cette directive en droit français devait être opérée avant le 31 décembre 1992. À cet effet, le Parlement a adopté le 31 décembre 1991 la loi n° 91-1414 modifiant le code du travail et le code de la santé publique en vue de favoriser la prévention des risques professionnels. Le texte impose notamment au chef d'établissement de « prendre les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des travailleurs de l'établissement, y compris les travailleurs temporaires. Ces mesures comprennent des actions de prévention des risques professionnels, d'information et de formation ainsi que la mise en place d'une organisation et de moyens adaptés. Il veille à l'adaptation de ces mesures pour tenir compte du changement des circonstances et tendre à l'amélioration des situations existantes ».

La directive édicte les neuf principes de prévention toujours en vigueur :

- éviter les risques ;
- évaluer les risques qui ne peuvent pas être évités ;
- combattre les risques à la source ;
- adapter le travail à l'homme, en particulier en ce qui concerne la conception des postes de travail ainsi que le choix des équipements de travail et des méthodes de travail et de production, en vue notamment de limiter le travail monotone et le travail cadencé et de réduire les effets de ceux-ci sur la santé ;
- tenir compte de l'état d'évolution de la technique ;
- remplacer ce qui est dangereux par ce qui n'est pas dangereux ou par ce qui est moins dangereux ;
- planifier la prévention en y intégrant, dans un ensemble cohérent, la technique, l'organisation du travail, les conditions de travail, les relations sociales et l'influence des facteurs ambiants ;
- prendre des mesures de protection collective en leur donnant la priorité sur les mesures de protection individuelle ;
- donner les instructions appropriées aux travailleurs.

Cette directive-cadre est suivie de plusieurs autres (directive 89/654 du 30/11/1989 sur les prescriptions minimales de sécurité et de santé pour les lieux de travail, directive 89/655 du 30/11/1989 sur les équipements de travail, directive 89/656 du 30/11/1989 sur l'utilisation des équipements de protection individuels (EPI), directive 90/269 du 29/05/90 sur la manutention manuelle des charges comportant des risques, notamment dorsolombaires, pour les travailleurs, directive 92/85 du 19/10/1992 sur l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleuses enceintes, accouchées ou allaitantes au travail).

La Commission européenne a adressé à la France le 4 mars 1997 une mise en demeure demandant une transposition complémentaire sur deux points : prévoir une obligation pour l'employeur de « *faire en sorte que la planification et l'introduction de nouvelles technologies fassent l'objet de consultations avec les travailleurs et/ou leurs représentants en ce qui concerne les conséquences sur la sécurité et la santé des travailleurs, liées au choix des équipements, à l'aménagement des conditions de travail et à l'impact des facteurs ambiants du travail* » et prévoir une formation appropriée pour « *les représentants des travailleurs ayant une fonction spécifique dans la protection de la sécurité et de la santé des travailleurs* ». La transposition intervient finalement en 2000 par voie d'ordonnance.

2 – Une activité féconde de la Commission européenne s'agissant notamment de la prévention du risque chimique

Plus récemment, la Commission européenne a eu une activité riche dans le domaine de la santé et la sécurité au travail avec l'adoption, notamment, de nouvelles directives. Elle a ainsi proposé la révision de la directive 2004/37/CE concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à des agents cancérigènes ou mutagènes au travail en trois étapes :

- la directive 2017/2398, dite « 1^{er} paquet », a été adoptée le 12 décembre 2017 ;
- deux nouvelles directives (2019/130 et 2019/983) ont été adoptées en 2019 et achèvent de mettre à jour la directive 2004/37/CE ;
- trois autres directives ont également été adoptées : la directive 2019/1831 qui concerne les risques liés à des agents chimiques et fixe de nouvelles valeurs limites indicatives d'exposition professionnelle, la directive 2019/1832 qui fixe les nouveaux standards applicables pour l'utilisation des équipements de protections individuelle et la directive 2019/1833 qui met à jour les règles visant à protéger les travailleurs contre les risques pour leur sécurité et leur santé résultant d'une exposition à des agents biologiques au travail.

Ces directives attribuent des valeurs limites d'exposition professionnelle à un certain nombre de substances ou des « valeurs limites indicatives d'exposition professionnelle » (VLIEP) pour d'autres : dans ce dernier cas les valeurs limites « indicatives » ne sont pas contraignantes, elles fixent un objectif minimum pour l'employeur qui doit maintenir un niveau aussi faible que possible. Cependant, pour tout agent chimique

assorti d'une valeur limite indicative au niveau de l'Union européenne, les États membres sont tenus d'établir une valeur limite nationale d'exposition professionnelle, en prenant compte de la valeur limite fixée au niveau européen. S'agissant plus particulièrement de la directive 2019/1832, elle traite de modifications d'annexes d'une directive antérieure sur des adaptations techniques. En effet, lorsque les risques d'exposition des travailleurs à des substances dangereuses ne peuvent pas être évités ou suffisamment limités, des prescriptions minimales pour l'utilisation d'EPI sont édictées. Cette mise à jour tient compte de l'avancée des connaissances, de son adaptation aux secteurs et industries, activités spécifiques et risques spécifiques. L'adaptation est importante car si l'EPI, par sa lourdeur, sa conception, le temps qu'il faut pour le vêtir, le retirer, gêne trop le travailleur, il risque de ne pas être systématiquement porté dans les situations qui le nécessitent : ce peut être le cas par exemple dans le secteur de l'agriculture lors de l'épandage de produits phytosanitaires.

La Commission européenne s'appuie pour ce travail sur des instances consultatives comme le Comité consultatif pour la sécurité et la santé sur le lieu de travail (ACSH) qui est chargé de l'assister dans la préparation, la mise en œuvre et l'évaluation de toute initiative concernant la sécurité et la santé sur le lieu de travail. Elle fait appel également au Groupe risque chimique qui a pour mission d'examiner les problématiques liées à l'utilisation de substances chimiques sur les lieux de travail pour l'ensemble des activités régies par la directive 89/391/CE. L'articulation avec le règlement *Reach* en matière de mesures réglementaires de gestion des risques pour les travailleurs est un prérequis pour les travaux du groupe. Le Groupe normalisation (ACSH WP normalisation) s'est réuni en 2019 pour évoquer la norme ISO 45001 sur les lignes directrices en management de la santé et de la sécurité au travail et ses évolutions (guide pour les TPE-PME, risques psychosociaux). Les travaux sur les déclinaisons de cette norme se poursuivent, mais la France, qui ne l'a pas adoptée, s'est désengagée de la participation aux travaux au niveau international ISO, tout en conservant un statut d'observateur.

Le comité des hauts-responsables de l'inspection du travail composé des représentants des services des inspections des États membres, du Bureau international du travail (BIT), de la Commission européenne, d'observateurs et d'experts invités assiste également la Commission.

Enfin, la Commission européenne s'appuie aussi sur les agences européennes EU-OSHA (Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail, basée à Bilbao) et Eurofound (Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail).

Le domaine des substances dangereuses n'est pas le seul qui a été travaillé par l'Union européenne ces dernières années. Sur un plan plus politique, les conclusions du Conseil dans le champ de la sécurité et de la santé au travail en 2019 ont porté sur la sécurité et les conditions de travail des travailleurs en Europe ; il a invité les États membres, la Commission et les partenaires sociaux à :

- prendre en compte l'impact des nouvelles formes d'emploi dans l'élaboration de politiques publiques relatives à la santé et à la sécurité, notamment au regard de la responsabilité des employeurs ;
- explorer des alternatives aux traditionnels contrôles et procédures s'assurant de la conformité aux règles relatives à la santé et à la sécurité afin de mieux s'adapter au suivi des nouvelles formes d'emploi ;
- identifier, en partenariat avec les agences européennes EU-OSHA et Eurofound, les défis et risques engendrés par les nouvelles formes d'emploi dans le domaine de la santé et la sécurité ;
- renforcer l'application de la législation européenne en matière de conditions de travail.

Enfin, le Conseil a conclu sur un nouveau cadre stratégique de l'Union européenne en matière de sécurité et de santé au travail pour la période 2021-2027 en soulignant la nécessité de prendre en compte les défis posés par la transformation du marché de l'emploi et d'assurer dans ce sens que tous les travailleurs, y compris les plus vulnérables ou occupant des formes d'emploi atypiques, soient couverts par les mesures prises en matière de sécurité et santé au travail, de répondre au défi des risques psychosociaux, de prendre en compte la dimension du genre et de lutter contre le harcèlement au travail. On constate une préoccupation de plus en plus prégnante au sujet des nouvelles formes d'emploi, tant en raison de leur développement, que des risques qui leur sont inhérents, que, finalement, de la difficulté à atteindre les travailleurs concernés. C'est le cas des travailleurs détachés, des travailleurs intérimaires, des travailleurs indépendants qui en réalité travaillent pour le compte de plates-formes, des saisonniers et des sous-traitants en cascade.

La France souligne, dans le dernier rapport dit d'évaluation d'application des directives européennes en santé au travail, qu'entre 2013 et 2017, dans le domaine de la sécurité et santé au travail, elle a fait évoluer son cadre législatif notamment en matière de :

- signalisation : afin de tenir compte de l'évolution de la réglementation européenne sur la classification, l'étiquetage et l'emballage des substances et des mélanges ;
- risque électrique : avec la création d'un dispositif d'agrément des organismes de formation chargés de la formation des travailleurs effectuant des travaux sous tension ;
- risques liés à l'exposition aux poussières d'amiante : baisse de la valeur limite d'exposition professionnelle de 100 F/1 à 10 F/1 à compter du 2 juillet 2015 et obligation systématique de repérage de l'amiante avant travaux incombant au donneur d'ordre, au maître d'ouvrage, au propriétaire d'un immeuble par nature ou par destination, d'un équipement, d'un matériel ou d'un article ;
- suivi individuel de l'état de santé des travailleurs qui peut dorénavant être assuré par du personnel non médecin (infirmier, par exemple).

B – Une réglementation nationale peu ou prou universelle dont les prémices remontent à 1892

La réglementation en matière de sécurité et de santé au travail est, peu ou prou, la même qu'il s'agisse d'une grande entreprise ou d'une très petite entreprise et quelle que soit sa filière. Le code du travail s'applique à toutes, cette caractéristique pouvant le rendre d'une lecture malaisée pour les petites entreprises qui n'ont que des moyens modestes pour assurer une veille juridique et technique du code sans accompagnement.

Au niveau national, les grandes étapes de la construction du corpus réglementaire dans ce domaine ont été pour l'essentiel les suivantes :

- 1892 : La loi du 2 novembre crée un véritable corps de fonctionnaires spécialisés dans le contrôle des conditions de travail.
- 1893 : La loi du 12 juin introduit, pour la première fois, un devoir général de prévention à la charge de l'employeur. Les établissements industriels, en particulier, doivent « être aménagés de manière à garantir la sécurité des travailleurs »
- 1898 : La loi du 9 avril marque un changement radical dans la réparation des accidents du travail. Dès lors, un accident survenu au travail est présumé d'origine professionnelle et indemnisé comme tel de manière forfaitaire. L'employeur peut s'assurer auprès de compagnies privées.
- 1919 : La législation des accidents du travail s'étend aux victimes de certaines maladies professionnelles. Le saturnisme est la première maladie professionnelle reconnue.
- 1946 : L'assurance contre les risques professionnels est intégrée aux missions de la sécurité sociale. En plus de l'indemnisation, les organismes de sécurité sociale se voient confier la mission de prévention des risques. La loi qui fonde sur le plan légal la médecine du travail est adoptée le 11 octobre. Elle a précisé les objectifs ainsi que les règles essentielles d'organisation de la médecine du travail, en imposant aux employeurs la création et le financement des services médicaux, soit directement dans l'entreprise, soit dans le cadre de services inter-entreprises de santé au travail.
- 1976 : Loi du 6 décembre relative à la prévention des accidents du travail.
- 20 mars 1979 : Institution du tiers-temps permettant au médecin du travail la prise en compte des conditions de travail en allant sur les lieux de travail.
- 1994 : La loi du 25 avril permet à la branche AT/MP d'acquérir une certaine autonomie, notamment financière, en restant au sein de la Cnam.

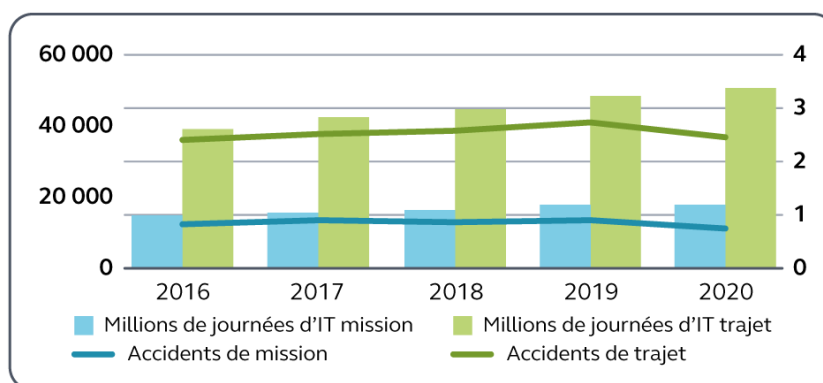
- 1994 : Directive 94/33/CE du Conseil du 22 juin 1994 relative à la protection des jeunes au travail, qui sera transposée après qu'un manquement aura été constaté en 2000 par la CJCE.
- 1997 : Interdiction de l'amiante, après plusieurs années de débats et d'expertises. En 2018, selon les autorités sanitaires, l'amiante est responsable d'environ 3 000 décès par cancer chaque année.
- 2001 : La loi du 5 novembre met en place le document unique d'évaluation des risques professionnels (Duerp).
- 2002 : La loi du 17 janvier transforme les services de médecine du travail en services de santé au travail en incluant l'approche pluridisciplinaire.
- 2004 : Décret fixant des critères de nombre maximum d'entreprises (450) et de salariés (3 300) confiés à un médecin, ainsi que d'examens médicaux annuels réalisés par lui (3 200), définition d'un nombre minimum de demi-journées (150) qu'un médecin du travail (à temps plein) doit consacrer à ses missions en milieu de travail.
- 2005 : Premier plan sur la santé au travail visant notamment à réduire le nombre d'accidents du travail et de maladies professionnelles et à renforcer les actions de prévention des services de santé au travail.
- 2011 : La loi du 20 juillet réforme la médecine du travail : intégration des infirmiers en santé au travail, prescription concernant la constitution d'équipes pluridisciplinaires, possibilité de moduler sous condition la périodicité de certaines surveillances médicales, extension de la surveillance médicale du travail à certaines catégories de salariés, abandon de la fixation réglementaire des effectifs d'entreprises et de salariés par médecin du travail, programmation pluriannuelle de l'activité des services de santé au travail, possibilité de contractualisation au niveau régional avec les services de l'État et de la sécurité sociale.
- 2016 : la loi dite « Travail » (loi n ° 2016-1088 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels) prévoit une adaptation du suivi de l'état de santé en fonction du poste de travail, de l'âge et de l'état de santé, en particulier en termes de périodicité.
- 2018-2021 : le rapport de la députée Charlotte Lecocq préconise une refonte radicale de l'organisation en matière de santé au travail. À la suite d'un accord national interprofessionnel intervenu le 10 décembre 2020, la loi du 2 août 2021 écarte ce scénario, mais apporte de multiples évolutions ciblées, notamment en ce qui concerne les conditions de l'activité des services de santé au travail.

Annexe n° 5 : les accidents de trajet et de mission : un risque routier prédominant

Selon les données agrégées du régime général et du régime agricole¹³⁶ de 2018, 39 % des accidents de la route avaient un lien avec le travail, impliquant 54 152 personnes : 13 802 relevaient d'un accident de travail et 40 350 d'un accident de trajet. 335 personnes avaient été tuées lors d'un accident de trajet et 147 lors d'un accident de mission. Si 10 % des accidents de travail ont pour origine le risque routier, celui-ci est à l'origine de 40 % des accidents de travail mortels. Par ailleurs, 84 % des accidents de trajet ont lieu sur la route.

La série statistique de la Cnam, disponible depuis 2016 pour les accidents de mission, montre que de 2016 à 2019, les accidents routiers de mission ont augmenté, de 12 870 à 13 827 (dont respectivement 63 et 126 mortels). Les activités notoirement à risque routier sont les services de déménagement (l'indice de fréquence était de 104,2 en 2019), la location de camions avec chauffeur (indice de fréquence de 92,6), la messagerie fret express (indice de 81,1), le transport routier de fret de proximité (indice de 73,5), le transport de fret interurbain (indice de 70,5).

Graphique n° 11 : évolution comparée des accidents de trajet et de mission



*Note de lecture : Échelle de gauche : nombre d'accidents ; échelle de droite, nombre de journées d'arrêt avec indemnisation temporaire.
Source : Cour des comptes d'après Cnam-DRP*

¹³⁶ *L'essentiel du risque routier professionnel*, édition 2020.

Annexe n° 6 : hiérarchie des risques par type et par secteur

Les risques ayant conduit à des accidents du travail sont répertoriés depuis 2013 selon une nomenclature européenne : risques physique (dont électrique), chimique, machines, outillage à main, manutention manuelle, routier, manutention mécanique, autres véhicules de transport, chutes de plain-pied, chutes de hauteur, agressions, autres.

Cette hiérarchie par type de risques est relativement stable dans le temps : la manutention manuelle était à l'origine de la moitié des accidents, les chutes de plain-pied 17 %, les chutes de hauteur 11 % et l'outillage à main 8 % en 2019¹³⁷. Elle caractérise les secteurs d'activités, comme l'illustre le tableau suivant.

**Tableau n° 4 : principaux types d'accident du travail
selon les secteurs d'activité**

2019	Manutention manuelle	Chutes de hauteur	Outillage à main	Chutes de plain-pied
<i>BTP</i>	48 %	16 %	15 %	14 %
<i>Commerces et industries agro-alimentaires</i>	49 %	9 %	13 %	16 %
<i>Industries de transformation du bois et autres</i>	54 %	8 %	12 %	13 %
<i>Nettoyage, action sociale et intérim</i>	52 %	11 %	6 %	18 %

Source : Cnam-DRP

¹³⁷ Les risques ayant conduit à des accidents du travail sont répertoriés depuis 2013 selon une nomenclature européenne : risques physique (dont électrique), chimique, machines, outillage à main, manutention manuelle, routier, manutention mécanique, autres véhicules de transport, chutes de plain-pied, chutes de hauteur, agressions, autres.