

PROPOSITION DE LOI

RENFORCER LA PRÉVENTION EN SANTÉ AU TRAVAIL

Première lecture



Réunie le mercredi 23 juin 2021, sous la présidence de Mme Catherine Deroche, la commission des affaires sociales a examiné le **rapport de M. Stéphane Artano et Mme Pascale Gruny** sur la **proposition de loi pour renforcer la prévention en santé au travail**.

Elle a adopté la proposition de loi avec modifications.

Ce texte fait suite à un long **processus de démocratie sociale et parlementaire**, précédé par la publication de plusieurs rapports ayant dressé le constat d'un **système de santé au travail essoufflé**, marqué par une très grande hétérogénéité dans le contenu et la qualité de l'offre des services de santé au travail (SST), confronté à de multiples défis dont celui de la démographie médicale et qui peine encore à développer la prévention primaire en entreprise. Parmi ces rapports, on recense en particulier celui de la députée Charlotte Lecocq et de MM. Henri Forest et Bruno Dupuis plaçant pour une remise à plat de la gouvernance du système de santé au travail, publié en août 2018¹ ; celui produit en octobre 2019² par les rapporteurs, M. Artano et Mme Gruny, proposant des évolutions destinées à garantir un service universel de la santé au travail de qualité pour tous les travailleurs ; et enfin celui publié en février 2020³ par l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) procédant à l'évaluation des services de santé au travail interentreprises (SSTI).



de salariés relèvent d'un SSTI en 2019



de visites sont réalisées chaque année par les SSTI



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

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

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

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



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

Les partenaires sociaux ont conclu le 9 décembre 2020 un accord national interprofessionnel « pour une prévention renforcée et une offre renouvelée en matière de santé au travail et conditions de travail »

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

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

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

La commission a veillé à réunir les conditions d'un développement effectif de la prévention au sein des entreprises tout au long de la vie du travailleur

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

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

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

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

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

Dans leur rapport d'information précité d'octobre 2019, les rapporteurs de la commission des affaires sociales du Sénat avaient déjà fait le constat d'une **culture de la prévention des risques professionnels insuffisamment répandue** au sein des très petites entreprises (TPE) qui représentent pourtant près d'un cinquième¹ de l'emploi salarié du secteur privé en France.

Selon la dernière enquête² du ministère du travail, seuls 45 % des employeurs interrogés ont élaboré ou réactualisé un DUERP au cours des douze mois précédant l'enquête

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

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

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

Soucieuse que la démarche d'évaluation des risques professionnels s'inscrive dans une **démarche de co-construction**, la commission a également précisé le champ des instances internes de l'entreprise et des acteurs externes de la prévention qui pourront être mobilisés pour

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

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

accompagner l'employeur dans cette évaluation dont il conserve seul la responsabilité. Elle a en outre posé dans la loi le principe d'un **dépôt dématérialisé des DUERP** afin de garantir la **pérennité de leur conservation et de leur mise à disposition**, au travers d'un **portail numérique** géré par les organisations patronales. Il est prévu que ce dépôt dématérialisé devienne effectif pour l'ensemble des entreprises à compter du 1^{er} juillet 2024 au plus tard.

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

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

Dans leur rapport fait au nom de la commission sur la santé environnementale d'avril dernier¹, M. Bernard Jomier et Mme Florence Lassarade ont rappelé la nécessité de prendre en compte, dans la prise en charge d'un individu, l'ensemble de ses expositions tout au long de la vie, conformément à l'**approche « One Health »** (« une seule santé »). Dans cette logique, la santé au travail, au même titre que la santé maternelle et infantile, la santé scolaire et universitaire et la santé environnementale, a toute sa place dans la réalisation des objectifs de notre politique nationale de santé publique. Convaincue que l'établissement d'une frontière étanche entre la santé au travail et le reste du parcours de soins du travailleur n'a plus de sens, la commission a donc reconnu, à l'**article 4**, la contribution de la médecine du travail à l'atteinte d'objectifs de santé publique qui permettent, au cours de la vie professionnelle, de **préserver un état de santé compatible avec le maintien en emploi**. Elle a également introduit dans la loi le nouveau concept élargi d'amélioration de la **« qualité de vie et des conditions de travail »**, consacré par l'ANI du 9 décembre 2020 et à laquelle les SPST devront contribuer.

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

La commission a ainsi étendu, à l'**article 11**, l'accès au DMP à l'ensemble des professionnels de santé exerçant sous l'autorité du médecin qui sont chargés du suivi médical du travailleur, dont en particulier les infirmiers de santé au travail qui jouent un rôle de plus en plus déterminant dans ce suivi dans le cadre des délégations de tâches. En effet, ces professionnels sont soumis aux mêmes exigences d'indépendance professionnelle et de secret professionnel que celles applicables au médecin du travail sous l'autorité duquel ils interviennent. Afin que le travailleur ne s'estime pas contraint d'accorder l'accès à son DMP lors d'un entretien avec le médecin du travail, la commission a tenu à préciser que **l'accès ne pourra pas être accordé oralement**. La demande d'accès devra ainsi faire l'objet d'une **procédure dématérialisée** conduisant à alerter le titulaire du DMP *via* son application ou le site de consultation du DMP qu'une demande d'accès a été formulée par son médecin du travail. Il sera informé de la possibilité d'ignorer cette demande, de la refuser ou de restreindre l'accès au contenu de son dossier. Dans le même esprit, la commission a renforcé l'interdiction de communication de données issues du DMP à l'employeur ou à tout autre employeur auprès duquel la personne pourrait solliciter un emploi.

En miroir, la commission a complété, à l'**article 12**, les modifications apportées par l'Assemblée nationale sur l'étendue des données issues du DMST qui pourront être intégrées au DMP pour

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

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

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

A. LA DÉFINITION D'UNE OFFRE SOCLE DE SERVICES

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

L'offre socle de services devra couvrir l'intégralité des missions prévues par la loi en matière de prévention des risques professionnels, de suivi individuel des travailleurs et de prévention de la désinsertion professionnelle

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



des salariés sont en risque de désinsertion professionnelle¹

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

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

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

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

¹ IGAS, 2017.

B. RENFORCER LE SUIVI DE CERTAINS PUBLICS

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

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

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

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

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

C'est pourquoi, en cohérence avec les propositions de ses rapporteurs dans le rapport précité d'octobre 2019, la commission a tout d'abord précisé que l'intervention du médecin praticien correspondant devra s'inscrire dans le cadre d'un **protocole** qu'il aura signé tant avec la direction du SPST qu'avec les médecins du travail de l'équipe pluridisciplinaire et qui définira les modalités de son exercice au sein du SPST. Elle a également limité le recours au dispositif du médecin praticien correspondant aux zones identifiées par l'agence régionale de la santé comme sous-dotées en médecins du travail pour répondre aux besoins en suivi médical des travailleurs du territoire.

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

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

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



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

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

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

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



Catherine Deroche
Sénateur (LR) de
Maine-et-Loire
Présidente



Pascale Gruny
Sénateur (LR) de l'Aisne
Rapporteur



Stéphane Artano
Sénateur (RDSE) de
Saint-Pierre-et-Miquelon
Rapporteur

Consulter le dossier législatif

<http://www.senat.fr/dossier-legislatif/ppl20-378.html>

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