



**Financement des missions de prévention des services
externes de prévention et de protection au travail**

Etude HUT/DIRACT/2008/SD/1

Rapport final

Résumé

Université de Liège

Service de Santé au travail et Education pour la santé

**Pr Philippe Mairiaux
Mme Anne Chanteux (HEC-ULg)
Mme Bernadette Delwick
Dr Eveline Schleich**

Version résumée remise au SPF Emploi, Travail et Concertation Sociale le 4 mai 2010

Table des matières

Abréviations utilisées.....	4
Chapitre 2 : Objectifs de l'étude et méthodologie générale.....	5
Chapitre 5 : Analyse financière des comptes annuels des 15 SEPPT.....	6
Chapitre 6 : Analyse des coûts et des produits.....	6
6.2 Ventilation des chiffres d'affaires et des coûts entre surveillance médicale et gestion des risques	6
6.3 Détermination des coûts complets par heure et croisement des données financières et opérationnelles.....	7
Chapitre 7 - Coûts des missions minimales obligatoires.....	11
7.4 Comparaison des coûts des missions entre conditions actuelles et conditions idéales.....	11
Chapitre 8 : Scénarii de financement des services	13
8.1. Principes et critères guidant le choix de systèmes de financement.....	13
8.1.1. Composantes d'un système de financement	13
8.2. Entretiens avec les directions générales de cinq SEPPT.....	14
8.2.1. Justification et méthodologie suivie.....	14
8.2.2. Résultats	15
8.3. Scénarii alternatifs concernant les entrées du système de financement	16
8.3.1. Diversification des sources de financement	16
8.3.2. Modification du mode de calcul de la cotisation des entreprises	17
8.3.3. Cotisation forfaitaire par travailleur	19
8.3.4. Proposition de calcul d'une cotisation basée sur 3 composantes.....	23
8.3.5. Mode de collecte des cotisations	23
8.4. Scénarii alternatifs concernant les sorties du système de financement	25
8.4.1 Organisation de la surveillance de santé	25
Chapitre 9 : Conclusions.....	33

Abréviations utilisées

Adm. SM	Administratif "surveillance médicale"
Adm. Support	Administratif fonction support
Adm.GDR	Administratif "gestion des risques"
Assist. Consult.	Assistant en consultation
ARD	Activités à risque défini
AT	Accident de travail
BCSS	Banque Carrefour de la Sécurité Sociale
CCB	Comité de Concertation de Base
CFMO	Cotisation forfaitaire minimale obligatoire
CIC	Comité intermédiaire de Concertation
Co-Prev	Association des services externes de prévention et de protection au travail
CP	Conseiller en Prévention
CP sécurité	Conseiller en prévention - Sécurité du travail - niveau 1
CP aspects psychosociaux	Conseiller en prévention - Aspects psychosociaux
CP ergonome	Conseiller en prévention - Ergonome
CP hygiène ind.	Conseiller en prévention - Hygiéniste industriel
CP-MT	conseiller en prévention- médecin du travail
CP-MT 1	CP-MT candidat spécialiste (1ère année de formation) (AR SEPP, art 22, 2°c)
CPPT	Comité de prévention et de protection au travail
CSPPT	Conseil supérieur de la Prévention et de la Protection au Travail
ETP	Equivalent temps plein
E & M	Exposition professionnelle Ecrans et Manutention
FMP	Fond des maladies professionnelles
GDR	Gestion des risques
MCS	Moment de contact santé
MP	Maladie Professionnelle
ONSS	Office National de Sécurité Sociale
RGPT	Règlement général pour la protection du travail
RR	... à Risques professionnels Réduits
SEPPT	Service Externe de Prévention et de Protection au Travail
SIPPT	Service Interne de Prévention et de Protection au Travail
SM	Surveillance de santé ou surveillance médicale
SPF ETCS	Service Public Fédéral, Emploi Travail et Concertation Sociale
VLT	Visite des lieux de travail

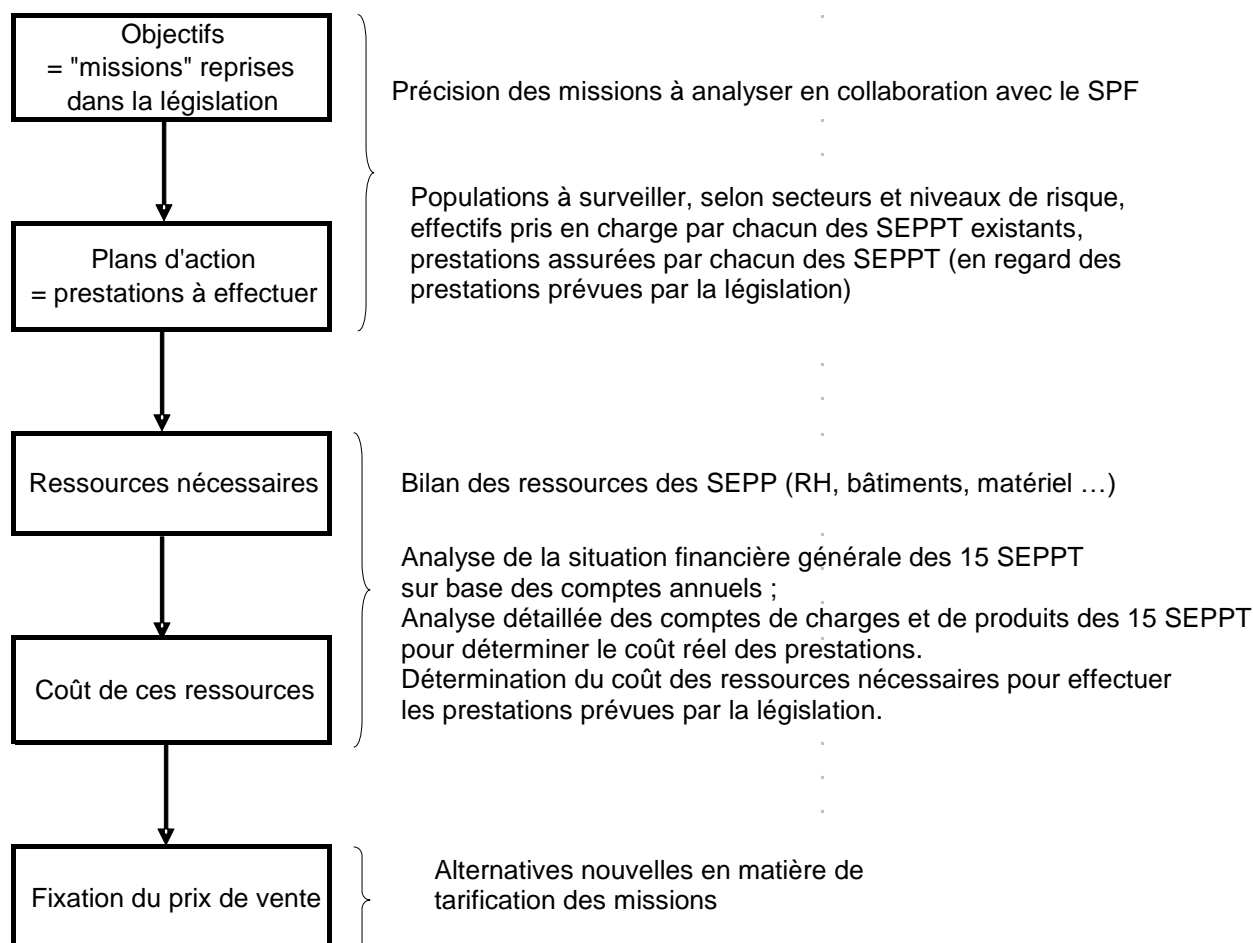
Chapitre 2 : Objectifs de l'étude et méthodologie générale

La figure 1.1 illustre de façon schématique les différentes composantes du travail d'analyse et de réflexion réalisé dans le cadre du projet.

La méthodologie du projet a comporté deux éléments essentiels :

- La remise par les SEPP d'un maximum de données standardisées concernant les populations et entreprises affiliées, et les ressources disponibles au sein du service pour assurer les missions. Cet ensemble de données est qualifié tout au long du rapport de « données opérationnelles ». Ces données, relatives à l'année 2007, ont été recueillies auprès des services par l'intermédiaire de tableaux Excel préparés par l'équipe de recherche.
- L'analyse financière des coûts exposés par les services pour la réalisation de leurs missions. Cette analyse a comporté schématiquement deux éléments principaux : d'une part la consultation des comptes 2007 des SEPPT déposés auprès de la Banque nationale, et d'autre part, la fourniture par ces services de la balance détaillée des comptes 1 à 7 afin de pouvoir mener une étude analytique de la distribution des coûts, et en particulier, de pouvoir distinguer les différentes catégories de coûts et les ventiler entre les missions de surveillance de la santé et les missions de gestion des risques.

Figure 1.1



Chapitre 5 : Analyse financière des comptes annuels des 15 SEPPT

Un panorama de la santé financière des ASBL chargées de la prévention et de la protection au travail de manière globale a été dressé sur base d'une analyse financière des comptes annuels déposés à la Banque nationale.

Globalement, on peut conclure que le secteur constitué des 15 SEPPT existant au 1^{er} janvier 2009 présente de hauts niveaux de solvabilité et de liquidité.

Par contre, la rentabilité a diminué entre 2006 et 2008 et cette situation est surtout marquée au cours de la dernière année. Le chiffre d'affaires et divers autres produits ont augmenté constamment mais cette hausse n'a pas suffi à compenser l'accroissement des charges et à maintenir un niveau de marge stable au fil du temps. Ce sont principalement les rémunérations et les charges sociales (représentant environ 2/3 du chiffre d'affaires) qui ont augmenté ainsi que, dans une plus faible mesure, les services et biens divers.

La rentabilité est donc un élément à tenir sous surveillance les années à venir ; il faut veiller à maîtriser les coûts en regard de la croissance des ventes.

Chapitre 6 : Analyse des coûts et des produits

L'étude de la comptabilité analytique a été réalisée afin de définir la structure des coûts des SEPPT et d'établir le montant des coûts complets supportés par les SEPPT, c'est-à-dire les coûts complets par heure prestée par catégorie de personnel. Ces coûts horaires serviront lors des valorisations des différents scénarii proposés au chapitre 8.

L'analyse de la comptabilité analytique a été réalisée en trois phases :

1. De la comptabilité générale à la comptabilité analytique
2. Ventilation des chiffres d'affaires et des coûts entre surveillance médicale (SM) et gestion des risques (GR)
3. Croisement des données financières et opérationnelles et calcul des coûts complets par heure

6.2 Ventilation des chiffres d'affaires et des coûts entre surveillance médicale et gestion des risques

L'objectif de cette section est de déterminer la part de chiffres d'affaires et de coûts comptabilisés, d'une part, en surveillance médicale et, d'autre part, en gestion des risques et de comparer les charges et les produits respectivement affectés à chacune des branches.

6.2.1. Ventilation des chiffres d'affaires

La distinction entre chiffre d'affaires « surveillance médicale » (SM) et « gestion des risques » (GR) a été prévue afin d'établir la part de chacun dans le chiffre d'affaires total.

Sur base des données des balances des 13 SEPPT entre SM et GR dans les centres de chiffres d'affaires, nous obtenons une proportion de 90% pour la SM et 10% pour la GR¹.

6.2.2. Analyse des clés de répartition de chiffres d'affaires et de coûts entre Surveillance Médicale et Gestion des Risques

a. Clés de répartition des chiffres d'affaires

D'une part, l'affectation directe des chiffres d'affaires aboutit à une première ventilation entre SM et GR de 80% et 20% respectivement. D'autre part, si nous observons les clés de répartition des 12 SEPPT ayant fourni leur ventilation², nous constatons qu'en moyenne 79% du chiffre d'affaires est attribué à la SM et 21% à la GR.

En conclusion, nous pouvons dire que les SEPPT utilisent peu de clés de répartition différentes. De plus, celles-ci sont bien souvent arbitraires, ce qui rend la ventilation entre surveillance médicale et gestion des risques peu pertinente.

6.3 Détermination des coûts complets par heure et croisement des données financières et opérationnelles

Nous avons analysé la totalité des coûts des SEPPT et nous avons distingué deux catégories : les coûts à mettre en rapport avec les travailleurs (cars médicaux et bâtiments pour la surveillance médicale) et ceux à intégrer dans un coût complet à l'heure prestée.

6.3.1. Coûts des cars médicaux et des bâtiments

Les coûts des cars médicaux et des bâtiments alloués à la surveillance médicale peuvent être résumés dans le tableau ci-dessous :

Coût / travailleur soumis	2007	2010 (prévision ³)
Cars médicaux	2,355 €	2,499 €
Bâtiments	7,554 €	8,015 €
Total	9,909 €	10,514 €

Pour établir le coût des bâtiments, a été pris en compte la surface uniquement allouée à la surveillance médicale. Les coûts relatifs aux bâtiments destinés aux autres activités des SEPPT seront repris dans les coûts de structure.

6.3.2. Coût global complet du personnel

¹ Il est important de remarquer que cette ventilation a été réalisée sur base des données comptables brutes, sans aucune réaffectation entre SM et GR. Par la suite (voir § 6.2.4.), une analyse de la part du chiffre d'affaires de chacune de ces deux catégories sera réalisée sur base des informations relatives aux clés de répartition fournies directement par les SEPPT ; nous verrons que la proportion 90 / 10 ne sera pas confirmée.

² Ces clés sont basées sur des forfaits (2/3 – 1/3 ; 80 - 20) ou sur des estimations de temps consacré à chacune des activités (45min-15min, 60min-10min) ou encore d'autres critères qui ne nous ont pas été commentés.

³ Nous avons estimé le coût de ces deux postes en 2010 en indexant les valeurs de 2007 sur base de l'indice global des prix (106,5342 pour 2007) et des prévisions pour 2010 (indices prévisionnels des 12 mois : 113,00), soit une augmentation de 6,10% par rapport à 2007.

Nous avons croisé les données financières⁴ et opérationnelles dans l'objectif de déterminer des coûts complets pour les différentes catégories de personnes actives au sein des SEPPT (médecins, spécialistes de la gestion des risques, infirmiers et paramédicaux, personnel administratif) et ce, de manière globale, mais aussi par personne, par ETP et par heure prestée.

Ce coût complet comprend les coûts salariaux directs (rémunérations brutes et autres coûts directs en dehors des frais de déplacement), les coûts salariaux indirects, les frais de déplacement et une part de coûts de structure (une partie du personnel et des frais généraux tels que informatique, matériel de bureau, frais de représentation, bâtiments,...).

Coûts directs + indirects des travailleurs
+ Frais de déplacement
+ Coûts de structure

SYNTHESE DES CALCULS DES TAUX HORAIRES PAR CATEGORIE DE PERSONNEL

En synthétisant l'ensemble des données obtenues au niveau de nos analyses approfondies des coûts salariaux et sociaux, nous obtenons les taux horaires suivants pour l'année 2007.

DONNEES DE 2007	Brut par heure	Coûts directs par heure (y compris brut)	Brut + coûts directs & indirects par heure	
Médecins	39,81	57,16	63,95	
Personnel qualifié GR	20,49	30,12	33,46	40,00
Infirmiers & paramédicaux				31,00
Administratifs	19,96	29,46	32,00	

Indice santé moyen de 2007 : 105,7875

L'indice santé moyen de 2007 (calculé sur base des indices des 12 mois de l'année) s'élève à 105,7875⁵ alors que les prévisions pour l'indice santé moyen de 2010 (calculé sur base des indices prévisionnels des 12 mois de 2010) nous donnent un indice de 112,2408, soit un accroissement de 6,07 % par rapport à 2007.

En appliquant ce pourcentage d'accroissement aux taux obtenus en 2007 dans le tableau ci-dessus, nous pourrions utiliser les taux suivants pour nos diverses simulations.

⁴ Sur les 15 SEPPT, 2 ont dû être écartés systématiquement des croisements en raison de données comptables incomplètes. Les calculs comptables se basent donc sur les 13 services restants.

⁵ Source : Bureau Fédéral du Plan : Analyses et prévisions économiques : Indices des prix à la consommation et prévisions de l'inflation – site web : <http://www.plan.be/databases/indprix.php?lang=fr&TM=44&IS=60> (page consultée le 06/02/2010)

DONNEES PREVISIONNELLES POUR 2010	Brut par heure	Coûts directs par heure (y compris brut)	Brut + coûts directs & indirects par heure	
Médecins	42,24	60,65	67,85	
Personnel qualifié GR	21,74	31,96	35,51	42,44
Infirmiers & paramédicaux				32,89
Administratifs	21,17	31,26	33,95	

Indice santé moyen de 2010 : 112,2408 accroissement de 6,07 %

A ces taux comprenant l'ensemble des charges salariales et sociales, il faut encore ajouter

- les coûts des déplacements (d'une part les coûts des voitures de sociétés et d'autre part les remboursements de frais de déplacements sur base de notes de débours) ;
- les coûts de la structure du SEPPT (rétributions des directeurs et administrateurs, coûts informatiques, petit matériel et fournitures de bureau, coûts de communication, marketing et frais de représentation, bâtiments, charges financières, frais généraux divers,...).

6.3.3. Synthèse des taux horaires globaux par catégorie de personnel

En ajoutant aux taux horaires complets (coûts directs et indirects du personnel)

- les coûts des déplacements par heure par catégorie de personne ;
- les coûts de la structure du SEPPT

nous obtenons donc les taux horaires globaux suivants pour l'année 2007.

2007 :

DONNEES DE 2007	Brut par heure	Coûts directs par heure (y compris brut)	Brut + coûts directs & indirects par heure	Coût des véhicules	Coût total personnel par heure	Frais de structure par heure	Coût complet par heure avec structure
Médecins	39,81	57,16	63,95	3,50	67,45	24,69	92,14
Personnel qualifié GR	20,49	30,12	33,46	40,00	44,41	24,69	69,10
Infirmiers & paramédicaux				31,00	1,04	32,04	24,69
Administratifs	19,96	29,46	32,00	sans objet	32,00	24,69	56,69

Indice santé moyen de 2007 : 105,7875

Indice moyen des prix de 2007 : 106,5342

Taux horaires globaux prévisionnels pour 2010 :

En appliquant les pourcentages d'accroissement de respectivement l'indice santé (6,07%) et de l'indice global des prix (6,10%), aux taux obtenus en 2007 dans le tableau ci-dessus, nous pourrions utiliser les taux suivants pour nos diverses simulations.

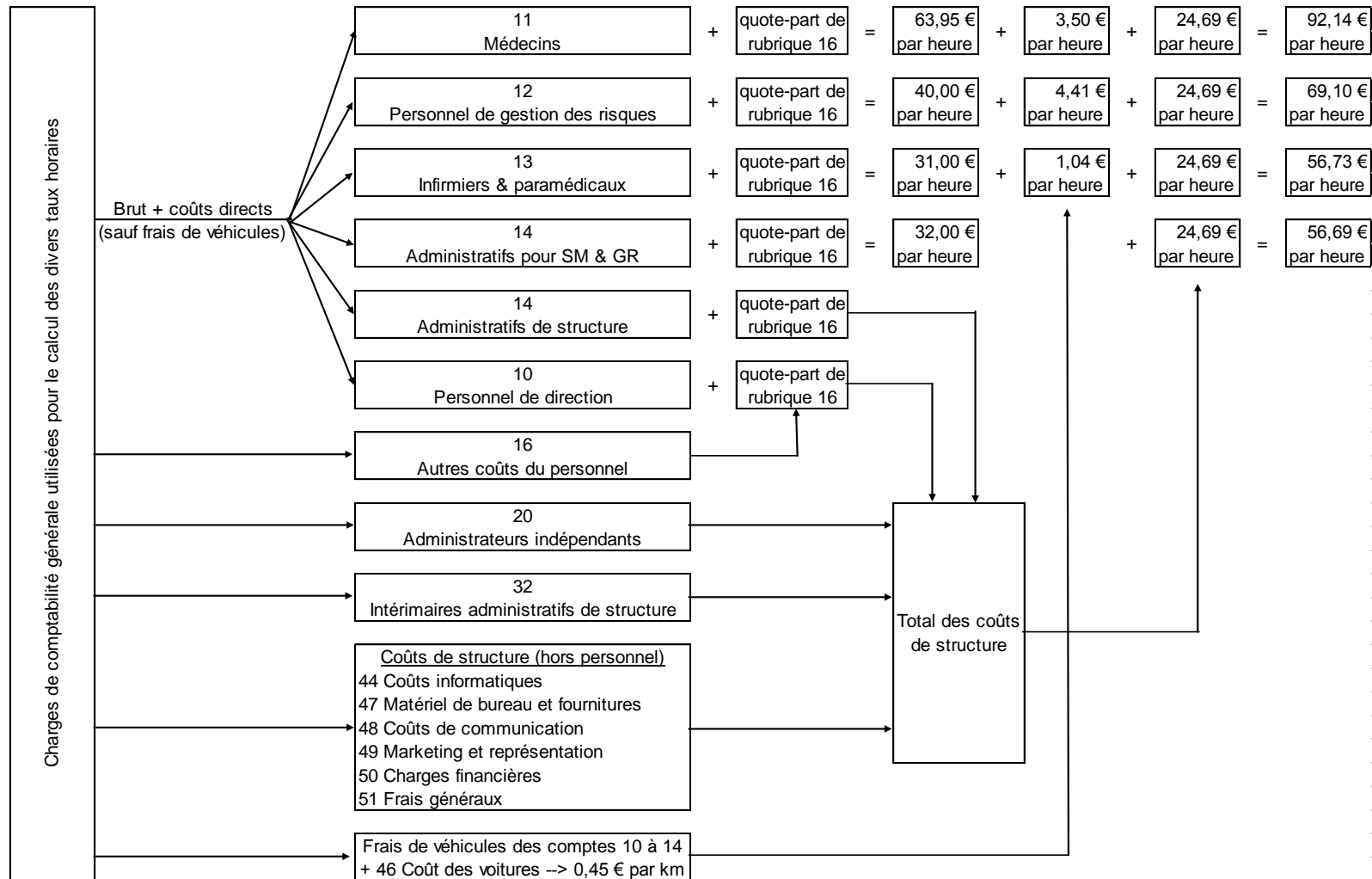
2010 :

DONNEES PREVISIONNELLES POUR 2010	Brut par heure	Coûts directs par heure (y compris brut)	Brut + coûts directs & indirects par heure	Coût des véhicules	Coût total personnel par heure	Frais de structure par heure	Coût complet par heure avec structure
Médecins	42,24	60,65	67,85	3,71	71,56	26,19	97,75
Personnel qualifié GR	21,74	31,96	35,51	42,44	47,12	26,19	73,31
Infirmiers & paramédicaux				32,89	1,10	33,99	26,19
Administratifs	21,17	31,26	33,95	sans objet	33,95	26,19	60,14

Indice santé moyen de 2010 : 112,2408 accroissement de 6,07 %

Indice moyen des prix de 2010 : 113 accroissement de 6,10 %

SCHEMA RECAPITULATIF DU CALCUL DES DIVERS TAUX HORAIRES SUR BASE DES CHARGES DE LA COMPTABILITE GENERALE DE 2007



Chapitre 7 - Coûts des missions minimales obligatoires

7.4 Comparaison des coûts des missions entre conditions actuelles et conditions idéales

L'équipe de recherche a comparé les coûts des missions selon qu'ils étaient calculés à partir des données opérationnelles de l'année 2007 (voir 7.1) ou selon qu'ils étaient basés sur les temps « idéaux » estimés (voir 7.3). Cette comparaison doit être envisagée bien sûr avec prudence dans la mesure où les questions posées aux SEPPT en avril 2009 (données opérationnelles) et en décembre 2009 (temps idéaux) n'étaient pas entièrement comparables ; en outre le nombre de répondants à l'enquête de décembre s'est avéré plus limité (6 SEPPT au lieu de 12 ou 13 pour les données opérationnelles).

Une synthèse des comparaisons réalisées est présentée au tableau 7.15.

Tableau 7.15				
Comparaison des coûts complets des missions obligatoires calculés sur base des temps déclarés actuellement et des temps estimés idéaux				
Conditions actuelles			Conditions idéales	
Missions	Conditions d'application	Coût, €	Conditions d'application	Coût, €
Surveillance de santé				
	Exam. de base – moy.	79,30	Exam. de base	87,00
	Exam. de base – max.	131,34	Exam. à coût majoré	95,16 – 105,58
Participation au comité PPT				
		812,07	Unités ARD	946,92
			Unités EM - RR	759,56
Analyse AT grave				
	Estimation max	586,48		475,69
	intermédiaire	329,09		
Charge psychosociale				
	Accueil / conseil	194,97		260,02
	Traitement plainte	439,77		109,05
	Anal. risques	138,20 - 5528		553,26
Visite des lieux de travail				
VLT initiale	Entreprise D	36,87 – 59,89	Entrep.<20 trav.	136,63 – 364,67
	Entreprise A	305,60	Entrep. >50 trav.	305,79 – 804,52
VLT annuelle	Entreprise D	34,98 – 56,82	Entrep.<20 trav.	118,34 – 191,61
	Entreprise A	177,36 - 236,49	Entrep. >50 trav.	308,90 - 607,04

Pour la planification des examens de surveillance de santé dans un nouveau système de financement, le tableau montre que la prise en compte des conditions jugées idéales impliquerait une augmentation du budget relativement modérée : passer de 79,30 € en moyenne à 87 € représente en effet une augmentation d'environ 10% du coût des examens. Toutefois cette augmentation concernerait 90% du total des examens de surveillance de santé et représenterait un coût additionnel de 29.176.215 €, si l'on prend pour référence le nombre total d'examen réalisés par les SEPPT en 2007 (4.210.132).

En ce qui concerne les coûts liés à la préparation et à la participation à deux Comités PPT par an, la comparaison des données actuelles et des estimations dites idéales fait apparaître une grande convergence des montants estimés.

Pour une analyse d'un accident du travail grave par un CP niveau 1, on remarque que l'estimation en conditions idéales (475,69 €) représente une augmentation sensible par rapport à l'estimation intermédiaire basée sur les données opérationnelles 2007 (329,09 €). Au vu des objectifs européens et belges en matière de réduction des accidents de travail graves, il semble logique de privilégier dans les scénarios de financement futur le montant moyen estimé nécessaire en conditions idéales, soit 475,69 €.

Pour les missions relatives à la charge psychosociale, la comparaison des coûts se heurte à la pauvreté des données quantitatives fournies par les services dans le cadre des données opérationnelles 2007.

Moyennant cette réserve, on peut néanmoins constater que le coût moyen retenu pour l'accueil et la fonction de conseil dans les conditions actuelles (194,97 €) est sensiblement inférieur au montant estimé en conditions idéales (260,02 €). De façon paradoxale, le coût estimé en 2007 pour le traitement d'une plainte motivée (439,77 €), est très largement supérieur à l'estimation du coût nécessaire dans les conditions idéales (109,05 €) ce qui suggère que l'interprétation qui a été faite de la question a varié selon l'interlocuteur considéré.

En ce qui concerne l'analyse des risques globale, une très grande variété de montants a été citée, dans le cadre des données opérationnelles, avec une influence forte de la taille de l'entreprise (138,20 € pour une entreprise de catégorie D, et 5528 € dans les entreprises de catégorie A).

Pour les visites des lieux de travail, il n'est pas aisé d'estimer les coûts et a fortiori de les comparer entre les conditions actuelles et les conditions idéales. La comparaison est, en particulier, rendue difficile par le fait que dans les données opérationnelles, les services étaient invités à évaluer le coût en fonction de la catégorie d'entreprises, A, B, C ou D, tandis que dans l'exercice relatif aux temps idéaux, la ventilation se faisait en fonction à la fois du niveau de risque des entreprises (catégorie ARD, E&M, RR) et de leur taille.

Les fourchettes de coûts données dans le tableau tiennent compte des variations de coût liées à la qualification du conseiller en prévention réalisant la VLT (MT, niveau 1 ou niveau 2).

On remarque dans le tableau, tant pour les VLT initiales que pour les VLT suivantes (annuelles), des écarts assez significatifs entre les deux estimations : en conditions idéales les montants estimés nécessaires sont plus élevés, et parfois nettement, que dans les conditions actuelles de fonctionnement des services. La confrontation de ces deux estimations des coûts pour les VLT suggère donc la nécessité d'une marge d'investissement supplémentaire importante pour pouvoir réaliser ces missions dans des conditions jugées idéales et de qualité par les acteurs de terrain.

Chapitre 8 : Scénarii de financement des services

8.1. Principes et critères guidant le choix de systèmes de financement

8.1.1. Composantes d'un système de financement

Les principales composantes d'un système de financement de services à vocation sociale peuvent être catégorisées en deux classes selon qu'il s'agit des entrées ou « Inputs » du système de financement, ou de ses sorties, ou « Outputs ».

Inputs :

Sous le terme générique d'« Inputs », on peut ranger :

- les sources de financement : exclusivement les entreprises ? Ou diversification des sources de financement ?
- la base de calcul (ou assiette) des cotisations : maintenir la distinction entre « soumis » et « non-soumis » pour le calcul de la cotisation ? cotisation fonction d'un pourcentage de la masse salariale ?
- la nature des liens entre la ou les sources de financement et les opérateurs assurant les missions : envisager une collecte centralisée via les pouvoirs publics ? conserver un système mixte maintenant un lien contractuel direct entre le SEPPT et l'entreprise affiliée ? En de prélèvement centralisé, quels critères de redistribution aux opérateurs ?

Outputs :

Les sorties, ou « Outputs », du système de financement concernent plusieurs éléments distincts :

- la nature des missions de prévention à assurer dans le cadre du financement
- les conditions de réalisation de celles-ci : modifications de la périodicité de certaines prestations, telles que les évaluations de santé, ou les visites des lieux de travail ,
- les objectifs fixés par le législateur aux opérateurs de service : introduction d'une fraction variable de financement qui ne dépendrait plus d'objectifs quantitatifs mais qualitatifs, c'est-à-dire instauration au moins partielle d'un système de type « Pay for quality » avec fixation au service d'objectifs à atteindre et mesure des performances atteintes

Principes du futur système:

Tout en veillant à respecter les contraintes du cahier des charges (coût global du système identique pour les employeurs, et financement des SEPPT à un niveau équivalent), l'équipe de recherche a pris le parti de proposer différents scénarii se situant entre deux extrêmes,

d'une part un système qui respecterait toutes les conditions réglementaires actuelles, soit le statut quo, et d'autre part une réforme radicale du secteur de la prévention au travail ; elle a recherché des mesures susceptibles d'assurer une protection des secteurs les plus exposés aux risques ainsi que des catégories de travailleurs les plus précaires.

D'autres préoccupations ont également été prises en compte, et en particulier :

- Le maintien du rôle spécifique du CP-MT, à la fois, comme référent santé du travailleur mais également comme une personne possédant une connaissance réelle des conditions de travail ; ce principe a des implications à la fois pour la périodicité des examens de surveillance de santé et pour la participation du CP-MT aux VLT ;
- Une optimisation de la plus-value apportée par le médecin du travail ou le CP niveau 1 en réservant l'intervention de ces diplômés universitaires très spécialisés (Bac +6 à Bac +11 selon les cas) aux prestations apportant une plus haute valeur ajoutée soit au niveau individuel, soit au niveau collectif ;
- La préoccupation précédente implique donc une hiérarchisation et une priorisation d'un certain nombre de prestations, avec notamment la possibilité de faire exécuter certaines tâches par les infirmiers avant de recourir au médecin du travail ;
- Une meilleure intégration entre les activités de surveillance de la santé et celles de gestion des risques, en visant à promouvoir un plus grand développement de ces dernières ;
- La volonté de proposer un système qui s'adapte mieux aux réalités du secteur de façon à qu'à l'avenir les services n'aient plus de raisons « d'arranger » leurs données chiffrées afin de les faire correspondre avec les exigences réglementaires.

8.2. Entretiens avec les directions générales de cinq SEPPT

8.2.1. Justification et méthodologie suivie

A la suite de la réunion du Comité d'accompagnement tenue au SPF Emploi le 16 novembre 2009, l'équipe de recherche s'est rendu compte qu'il serait difficile, et sans doute hasardeux, de proposer au secteur des SEPPT de nouveaux scénarios de financement sans avoir recueilli de leur part des suggestions et des propositions de systèmes alternatifs.

Le conseil d'administration de CoPrev a donné son accord à l'organisation de rencontres d'1 heure 30 chacune entre l'équipe de recherche et les dirigeants de 5 services externes. Le conseil laissait cependant à l'équipe de recherche le soin de choisir les services à inviter ; ces rencontres étaient planifiées le lundi 25 janvier 2010 dans les locaux du SPF Emploi.

Les 5 SEPPT auxquels une invitation a été envoyée le 23 décembre 2009 sont les suivants: trois services à compétence territoriale nationale, IDEWE, Mensura et Provikmo ainsi que deux services à compétence régionale, Premed en Flandre et le CESI dans la région de langue française.

8.2.2. Résultats

Le présent résumé présente seulement les conclusions que l'équipe de recherche a tirées de ces entretiens pour sa réflexion relative à des scénarii alternatifs de financement :

1. Tendance dominante parmi les DG rencontrés en faveur du maintien du principe de financement actuel
 - a. pour certains, en adaptant la périodicité, pour d'autres en modifiant les critères de soumission
 - b. en intégrant officiellement dans les heures agréées les autres experts et assistants des CP (infirmiers notamment)
 - c. en jouant sur l'attribution du temps prévu en SM ; si il n'est pas utilisé entièrement, conversion en un crédit-temps au bénéfice de la GR
 - d. bien définir qui fait quoi et pour qui
 - e. clarifier la distinction entre le temps prévu par l'agrément et le temps dispensé sur le terrain, dans l'entreprise.
2. SEPPT pas très favorables au principe d'un prélèvement centralisé via la BCSS
3. Actions dans les TPE:
 - a. Coûteuses pour SEPPT
 - b. Principe d'une approche sectorielle:
 - i. Déjà développé chez les SEPPT bicommunautaires, mais à renforcer et promouvoir
 - ii. Intérêt pour une valorisation financière des approches sectorielles
4. Intégration entre surveillance de santé et gestion des risques:
Les avis divergent : pour 1 SEPPT, cela ne marche pas en raison de principes de financement différents ; pour 2 autres SEPPT, cela fonctionne bien si l'on adapte l'organisation interne dans ce but.
5. Faire prévaloir la notion d'accès à une surveillance de santé et distinguer celle-ci de la surveillance médicale qui implique de façon spécifique un examen du travailleur par le médecin du travail.
6. Indicateurs de résultats (ou Outcome) :
Sauf pour les accidents du travail, ils sont encore fort peu développés et c'est regrettable !
7. Intérêt de développer une politique globale de prévention au travail dans le cadre d'une stratégie pluri-annuelle :
Deux des SEPPT rencontrés déterminent, chaque année, un ou deux secteurs d'activités qu'ils jugent prioritaires et mettent alors en place, pour ce ou ces secteur(s) d'activités, un ensemble d'actions de prévention et y affectent les ressources humaines correspondantes.

8.3. Scénarii alternatifs concernant les entrées du système de financement

8.3.1. Diversification des sources de financement

Différentes raisons peuvent plaider en faveur de la recherche d'autres sources de financement que les entreprises elles-mêmes pour le système de prévention et protection au travail. Les dispositions de l'A.R. de 2003 relatif à la surveillance de santé ont introduit une série de nouvelles prestations sans que soit modifié pour autant le système de financement, ainsi que l'ont fait remarquer plusieurs dirigeants des SEPPT : surveillance de santé prolongée, et examen en vue de la réintégration professionnelle d'un travailleur déclaré inapte définitivement, auxquels il faut ajouter la visite de pré-reprise instituée par un A.R. du 4 juillet 2004.

L'équipe de recherche a envisagé des pistes pour promouvoir le développement futur de ces nouvelles prestations de surveillance de santé.

Surveillance de santé prolongée

Le détail des propositions faites pour ce type d'évaluation de santé est présenté dans le rapport de recherche dans sa version complète.

Visite de « pré-reprise » du travail

Tant les médecins-conseils des Mutuelles que les médecins traitants, une fois informés de l'existence de cette modalité, sont d'accord avec les médecins du travail sur l'utilité de cette possibilité de contact avec le CP-MT durant l'absence maladie afin de préparer un retour au travail et ainsi, peut-on l'espérer, réduire les durées d'absence maladie. Et en effet, une série de publications scientifiques relatives aux expériences-pilote menées dans d'autres pays, et en particulier au Canada et aux Pays-Bas suggèrent qu'un tel contact peut avoir un très bon rapport efficacité/coût⁶⁷.

Or, sur base des données 2007, il apparaît que l'on comptabilise environ 1 visite de pré-reprise pour 20 examens de reprise du travail. Il y a donc manifestement une sous-utilisation de cette possibilité, qui se traduit très vraisemblablement par des coûts pour le régime des indemnités de l'INAMI. Si l'on veut donc promouvoir cette formule de préparation du retour au travail, il importe de proposer un financement adéquat d'une part, et d'autre part de trouver ce financement dans le cadre d'une masse budgétaire devant rester stable.

Le montant à financer peut être évalué de la façon suivante : si l'on souhaite voir évoluer le ratio pré-reprise/visite de reprise de 1 sur 20 (12.200 examens réalisés en 2007) à 1 sur 10 par exemple, il faut alors financer environ 24.500 examens de pré-reprise soit une masse financière équivalente à 2.450.000 € environ (le coût estimé de l'examen est en effet de l'ordre de 100 à 105 €). Il s'agit donc d'un budget relativement limité, à l'échelle du secteur des SEPPT.

Deux options sont possibles pour financer ces examens :

- Soit prévoir ce montant dans le cadre d'une réallocation globale des moyens actuellement disponibles dans le cadre de la surveillance de santé au bénéfice des

⁶ Recommandations de bonne pratique pour la prise en charge de la lombalgie en médecine du travail, SPF Emploi, 2008

⁷ Preventing Absenteeism at the Workplace - European Research Report, European Foundation for the Improvement of Working and Life conditions, Luxembourg, 2007

examens dits « à cout majoré » dont la visite de pré-reprise fait partie ; cette hypothèse sera examinée au point 8.4. ;

- Soit imputer le coût de cette prestation médicale au régime général de la Sécurité Sociale, c.à.d. au régime des indemnités INAMI. En termes financiers en effet, puisque cet examen intervient par définition en dehors de la période du salaire garanti, la prolongation éventuelle de l'arrêt de travail n'a un impact direct et conséquent que pour la Sécurité Sociale.

Examen en vue de la réintégration professionnelle en cas d'inaptitude définitive

Cet examen de santé pose un problème particulier dans la mesure où les SEPPT estiment qu'assurer une prestation de qualité dans ce contexte est très consommateur de temps, non seulement pour le CP-MT mais également pour d'autres intervenants tels que le CP niveau 1 ; en conséquence, comme indiqué dans le présent rapport (tableaux 7.9 et 7.10), le coût de cet examen se monterait à minimum 150 € mais pour certains SEPPT il pourrait représenter un montant plus important, supérieur à 200€.

Il faut cependant relativiser l'impact possible des montants cités en tenant compte du nombre en principe peu élevé de travailleurs concernés (en 2007, 8420 examens pour l'ensemble du secteur des SEPPT). Dans ce cas cependant, et comme pour la visite de pré-reprise, le bénéfice du maintien du lien à l'emploi et donc la prévention du passage dans le régime de l'invalidité ou du chômage peuvent constituer un bénéfice sociétal important.

Le budget total qui serait nécessaire pour couvrir la prestation peut être évalué à 1.263.000 € (8420 examens au tarif de 150 € / examen).

Pour financer ce montant, diverses options peuvent être envisagées :

- Maintien d'une intervention de l'employeur avec lequel le travailleur est sous contrat, c'est à dire le statu quo par rapport à la situation actuelle ;
- Collaboration technique et financière à mettre en place avec les structures ayant en charge l'intégration des personnes handicapées (AWIPH etc)..°
- Intervention complète, ou partielle, du régime d'indemnités de l'INAMI pour soutenir la réalisation de cette prestation.

L'inconvénient potentiel des deux dernières options est la déresponsabilisation de l'employeur par rapport aux situations de désinsertion professionnelle survenant chez les travailleurs vieillissants ou souffrant d'une maladie ou d'un handicap. Il est donc, sans doute, préférable de maintenir une responsabilité financière de l'employeur tout en envisageant, éventuellement, des incitants qui récompenseraient les employeurs qui font des efforts pour maintenir dans leur emploi des travailleurs présentant des limitations de santé.

8.3.2. Modification du mode de calcul de la cotisation des entreprises

8.3.2.1 Cotisation en pourcentage de la masse salariale

L'équipe de recherche a déterminé quel serait le pourcentage de la masse salariale qu'il faudrait prélever en 2010 afin d'obtenir un chiffre d'affaires équivalent à celui produit par le système existant de cotisations facturées par les SEPPT aux entreprises.

Données utilisées pour le calcul :

1. Chiffre d'affaires (CA) du secteur des SEPPT sur base des données, figurant dans le chapitre 6 du rapport, et en retenant les données de 12 SEPPT (CPS, Encare et Medimar ne sont pas pris en compte) en distinguant deux hypothèses

- a. CA total incluant l'ensemble des rubriques de la surveillance médicale et de la gestion des risques, soit un CA de 244.171.828 €
 - b. CA cumulé de la SM et de la GR, mais en excluant les rubriques « autres prestations facturées » en SM, soit un CA de 226.929.751 €.
2. Masse salariale (en 2007) des travailleurs concernés sur la base des données ONSS. Deux types de données ont été utilisés : le montant global des « rémunérations ordinaires », et la « masse salariale totale » qui inclut en sus des rémunérations ordinaires, les primes, indemnités de rupture, et pécules simples de vacances. Il s'agit des montants suivants :
- a. Rémunérations ordinaires : total de 87.139.729.000 € pour les secteurs privé et public cumulés ;
 - b. Masse salariale totale : pour les secteurs privé et public, un total de 95.974.263.000 €
3. Calcul du prorata de la population des travailleurs affiliés à un SEPPT : le total des travailleurs affiliés dans les 12 SEPPT (2.780.420) représente 83,71 % de la population des travailleurs belges en 2007 (source ONSS).

Résultats

Le tableau 8.1 décrit les pourcentages de la masse salariale que représentaient en 2007, pour les 12 SEPPT considérés, le chiffre d'affaires total, le chiffre d'affaires sans les « autres prestations facturées », et le montant total des cotisations « soumis + non-soumis ».

Ces pourcentages sont donc compris entre 0,22% et 0,30% de la masse salariale totale extrapolée pour les 2.780.420 travailleurs affiliés à ces 12 services.

Tableau 8.1 : Equivalents en % de la masse salariale 2007 de certaines rubriques du chiffre d'affaires des SEPPT				
	Montants (€)	% total rémunérations ordinaires	% masse salariale totale	Forfait par travailleur (€)
CA total des 12 SEPPT	244.171.828,00	0.33%	0.30%	87,82
CA hors prestations facturées en SM	226.929.751,00	0.31%	0.28%	81,62
Cotisations soumis + non soumis	179.835.555,43	0.25%	0.22%	64,68

Avantages de ce mode de calcul de la contribution des entreprises

- Simplicité et prévisibilité pour les employeurs
- Prélèvement des cotisations étalé dans le temps (mensuel, et non plus annuel)
- Analogie de principe avec les autres secteurs de la sécurité sociale et notamment le secteur des maladies professionnelles.
- Peut contribuer à une plus grande équité s'il est couplé à un prélèvement à la source et une redistribution par les pouvoirs publics sur base de critères prédéfinis.

Inconvénients de ce mode de calcul

- Les secteurs à masse salariale élevée ne sont pas nécessairement ceux présentant les besoins les plus importants en matière de prévention des risques professionnels, comme l'illustre le tableau 8.2 basé sur les données ONSS 2007 ; des écarts potentiels de contribution forfaitaire, par travailleur occupé, pourraient être observés entre des secteurs importants par les effectifs occupés.
- Un tel mode de calcul de la contribution des entreprises pourrait donc se traduire par le renforcement des disparités entre secteurs dans la mise en œuvre des politiques de prévention s'il n'est pas associé à un mécanisme de redistribution.

Secteur (code Nacebel 2003)	Total rémunérations (€)	Effectifs travailleurs	Rémunération moyenne par travailleur (€)	Forfait par travailleur (€)
Horeca (55)	1.361.414.000	105.929	12.852,14	32,13
Construction (45)	4.317.853.000	208.754	20.683,93	51,71
Activités financières (65 – 67)	4.786.147.000	127.417	37.562,86	93,91
Santé et action sociale (85)	8.177.589.000	379.541	21.546,00	53,86

8.3.3. Cotisation forfaitaire par travailleur

8.3.3.1. Suppression ou réduction de l'écart de cotisation entre soumis et non-soumis

Une réforme du système de financement pourrait comporter le maintien d'une cotisation forfaitaire par travailleur employé, mais en modifiant le système actuel qui repose sur la distinction entre travailleurs « soumis » et « non-soumis » à la surveillance de santé.

Les arguments en faveur d'une réduction progressive du différentiel des taux entre les deux statuts, ou sa suppression à terme, sont principalement de trois ordres :

- L'écart très important de cotisations entre travailleurs soumis et non-soumis (95,51 € dans la tarification 2010) constitue un incitant indirect à réduire le nombre de travailleurs soumis à la surveillance de santé afin de diminuer les coûts de la prévention pour l'employeur, et cette pratique semble être utilisée, dans le cadre de la concurrence commerciale entre les divers SEPPT ;
- L'évolution du marché du travail est caractérisée par une tertiarisation croissante des emplois et par une amélioration concomitante des conditions de travail, y compris dans le secteur industriel ; cette évolution conduit à mettre en doute le bien-fondé de la distinction entre soumis et non-soumis.
- Lors de la création de la Médecine du Travail en 1965, un contraste bien net prévalait, en effet, entre des emplois ouvriers dont beaucoup comportaient une exposition à une série de risques professionnels chimiques ou physiques, et des emplois de bureau caractérisés par l'absence de ces risques classiques. Ces quinze dernières années, le développement des techniques de l'information et l'informatisation généralisée des processus de travail a permis une intensification du travail et favorisé l'émergence de la problématique des risques psychosociaux et du stress. Ces évolutions rendent en grande partie obsolète la distinction entre travailleurs exposés et non-exposés, surtout si l'on considère en parallèle l'évolution

des concepts sous-jacents à la réglementation : la notion de médecine du travail et de dépistage des maladies professionnelles a fait place à la notion beaucoup plus large de santé au travail et de bien-être au travail.

Dans ce contexte sociétal, il paraît discutable que la possibilité d'un contact régulier avec le médecin du travail soit réservée à la seule catégorie des travailleurs soumis, l'existence de la consultation « spontanée » ne constituant manifestement pas une solution réellement satisfaisante à cette question. L'ouverture à tous les travailleurs de l'accès au médecin du travail ou au minimum à un « moment de contact santé », ce concept ne recouvrant pas nécessairement un examen médical par le médecin du travail (voir conclusions du point 8.2.)

Afin d'explorer la faisabilité d'une modification de la distinction soumis/non-soumis, l'équipe de recherche a procédé à une série de simulations sur base des données 2007.

Données utilisées pour les simulations :

1. Chiffre d'affaires (CA) du secteur des SEPPT en 2007 : utilisation des données disponibles pour 12 SEPPT (ceux retenus dans la simulation en % de la masse salariale) :
 - a. CA cumulé de la SM et de la GR, mais en excluant les rubriques « autres prestations facturées » en SM, soit un CA de 226.929.751 €.
 - b. Rubriques 70.01, 70.02, et 70.03 du CA spécifique à la surveillance médicale, c'est-à-dire les montants correspondant au cumul des cotisations des soumis et non-soumis pour ces 12 SEPPT, soit 179.835.555 €
2. Effectifs des travailleurs affiliés aux 12 SEPPT, soit 2.852.708 travailleurs au total se répartissant comme suit :
 - a. Soumis annuels : 1.495.729 travailleurs (52,4%)
 - b. Soumis partiels (/ 3 ans ou 5 ans): 524.346 (18,4%) ; les soumis à surveillance tous les 5 ans ont été assimilés aux soumis tous les 3 ans.
 - c. Non-soumis : 832.633 (29,2%)
3. Montants des cotisations forfaitaires obligatoires en 2007 pour les 3 catégories de soumission.

Résultats

Le tableau 8.3 décrit les taux de cotisations qui pourraient être appliqués, par travailleur, sur la base des hypothèses évoquées ci-dessus, et cela dans le cadre des données 2007.

Les taux uniques de cotisation figurant dans le tableau ont été obtenus en divisant les deux chiffres d'affaires de référence par l'effectif total des travailleurs affiliés aux douze services.

Dans l'hypothèse du maintien de deux cotisations distinctes, l'une donnerait accès à l'examen médical et l'autre donnerait accès à un « moment de contact santé » Ce dernier est défini comme un moment où le travailleur peut bénéficier d'un entretien individuel (et confidentiel) avec un membre de l'équipe de santé au travail ; cet entretien peut avoir pour objectif de faire le bilan des plaintes de santé en relation avec les conditions de travail, ou de donner des conseils d'hygiène de vie dans le cadre d'une politique de promotion de la santé

générale. Cet entretien est en général conduit par l'infirmier du travail mais il doit toujours pouvoir déboucher sur un entretien ultérieur avec le CP-MT si le travailleur, ou l'infirmier du travail, le juge nécessaire.

Ce second niveau de cotisation concernerait aussi bien les travailleurs actuellement soumis à une surveillance tous les 3 ou 5 ans que les travailleurs non-soumis. Dans ce contexte, trois hypothèses de cotisations (a, b, c) ont été formulées. Le tableau montre que si l'on prend pour référence le CA total des services hors prestations facturées en surveillance médicale, on peut proposer trois paires de taux de cotisation assurant chacune un chiffre d'affaires pratiquement équivalent : 100 et 57,02€, 95 et 62,51€, et enfin 85 et 73,54 €.

Dans l'hypothèse ici évoquée par cette simulation, il y aurait suppression de la cotisation forfaitaire demandée aux entreprises de moins de 20 travailleurs ne comportant pas de travailleurs soumis à la surveillance de santé (89,99€ si moins de 10 travailleurs, et 179,99€ si de 10 à 19). Cette suppression explique que le taux inférieur de cotisation est, dans toutes les hypothèses examinées, nettement plus élevé que le taux non soumis en vigueur en 2007, soit 14,99€.

Tableau 8.3 : Hypothèses de cotisation forfaitaire par travailleur occupé						
	Cotisation forfaitaire (€)		CA (€) hors prestat facturées en SM	Cotisation forfaitaire (€)		CA (€) généré par cotisations Soumis + NS
CA de référence			226.929.751			179.835.555
Taux unique de cotisation		79,55	226.932.921		63,04	179.834.712
Taux de cotisation examen médical	a	100,00	149.572.900	a	95,00	142.094.255
	b	95,00	142.094.255	b	85,00	127.136.965
	c	85,00	127.136.965	c	80,00	119.658.320
Taux de cotisation Moment Contact Santé	a	57,02	77.374.943	a	27,81	37.737.586
	b	62,51	84.824.757	b	38,83	52.691.495
	c	73,54	99.792.236	c	44,34	60.168.449
Total - CA générés par cotisations	a		226.947.843	a		179.831.841
	b		226.919.012	b		179.828.460
	c		226.929.201	c		179.826.769

Avantages de ce mode de calcul de la contribution des entreprises :

- Neutralité de ce mode de calcul de la cotisation pour les recettes à percevoir par le secteur des SEPPT pris dans son ensemble ainsi que le démontre le tableau 8.3.
- Simplicité et prévisibilité pour les employeurs ;
- Meilleure protection de certains travailleurs qui en fonction de leurs risques professionnels auraient dû être « soumis » mais qui avaient été classés en « non-soumis » pour permettre aux employeurs de réduire les coûts du service ;
- Impact différentiel selon le type d'entreprise considérée (voir discussion de ce point dans la partie inconvénients) ;
- Accès universel aux services de prévention quel que soit le statut du travailleur.

Ce dernier avantage suppose cependant qu'en parallèle d'autres modifications soient introduites notamment en ce qui concerne la distinction à faire entre un examen médical proprement dit (impliquant la présence du Médecin du Travail) et un contact santé avec l'équipe du service de prévention au travail. Une telle modification de l'approche implique sans doute également que soit modifié le système de déclaration d'aptitude pour une série de risques professionnels puisque ce système impose en lui-même la signature du Médecin du Travail et donc son intervention directe.

Inconvénients de ce mode de calcul de la contribution des entreprises :

- Augmentation du coût de la prévention au travail pour les très petites entreprises (TPE) de moins de 20 travailleurs : ces TPE devraient, en effet dorénavant, payer par travailleur occupé, soit 79,55€ (hypothèse d'un taux unique), soit 57,02€ (option 'a' du système à 2 taux) pour un moment de contact santé pour les travailleurs non exposés à un risque professionnel important. Il s'agit d'une difficulté significative pour la mise en œuvre de la proposition, mais son impact réel dépendra de la proportion des entreprises de moins de 20 travailleurs payant actuellement le taux plancher, soit une information dont l'équipe de recherche ne dispose pas.

- Impact différentiel de la mesure selon le SEPPT considéré :

L'impact de la mesure peut être favorable ou défavorable à un SEPPT particulier et cela en fonction de la proportion de travailleurs soumis ou non-soumis affiliés à ce SEPPT. Comme indiqué au chapitre 4, le pourcentage de « soumis annuels » est en moyenne de 52,7%, avec un minimum de 46,1% et un maximum de 63,5%.

Dans le cas d'un SEPPT (type A) bénéficiant d'un pourcentage de travailleurs soumis plus élevé que la moyenne du secteur, le taux de la cotisation unique devrait être plus élevé que celui calculé au tableau 8.3 : 99,99€ au lieu de 79,55€ dans l'exemple donné. A l'inverse, dans un SEPPT (type B) présentant un pourcentage de non-soumis plus élevé que la moyenne du secteur (29,3%), le taux de cotisation unique à appliquer pour générer le même chiffre d'affaires pourrait être légèrement plus faible que celui calculé au tableau 8.3 : 76,71€ au lieu de 79,55€. Parmi les 14 SEPPT ayant fourni les informations nécessaires, 6 appartiennent au type A avec les pourcentages de travailleurs soumis (annuels) suivants : 55,6%, 56,4%, 58,4%, 60,3%, 61,5% et 63,5%. Ces SEPPT pourraient donc enregistrer, à des degrés divers, une réduction de leurs recettes liées aux cotisations des entreprises.

- Impact différentiel selon le type d'entreprise considérée

Un impact similaire peut être attendu au niveau des entreprises selon qu'elles comportent actuellement un nombre élevé de travailleurs soumis ou au contraire un nombre faible ; dans le premier cas, l'imposition d'un taux de cotisation unique pourra se traduire par une réduction de la contribution de l'entreprise, tandis que dans le second cas, le taux de cotisation unique devrait en toute hypothèse contribuer à augmenter la contribution à fournir par l'employeur.

Un tel effet pourrait constituer du point de vue de l'autorité publique, non pas un inconvénient mais un réel avantage dans la mesure où il contribuerait à augmenter la contribution des secteurs à risques faibles, qui sont souvent des secteurs riches, et à diminuer les contributions des secteurs à risques professionnels plus élevés. Il s'agirait donc d'une forme de mutualisation indirecte de la prévention au travail en faveur des secteurs les plus exposés à des risques professionnels.

Une telle mutualisation apparaît incontournable à partir du moment où le SPF Emploi, commanditaire de l'étude, a mis comme conditions de conserver une même enveloppe budgétaire pour la profession tout en veillant à ce que les TPE bénéficient du même niveau de protection.

Les simulations présentées ci-dessus, permettent de conclure que l'imposition d'un taux unique de cotisation ou d'une réduction de l'écart entre deux taux, est susceptible d'avoir un impact important sur le plan financier tant pour les entreprises, que pour les services externes. La mise en place éventuelle d'une telle mesure devra donc se concevoir dans un schéma d'application progressif, de façon à permettre à chacun des acteurs du système de s'adapter à cette nouvelle règle du jeu.

8.3.4. Proposition de calcul d'une cotisation basée sur 3 composantes

Si la préférence était donnée à un système de calcul des cotisations qui resterait proche du système actuellement en vigueur, une solution pourrait être de prévoir pour l'entreprise une cotisation dont le montant serait la résultante de 3 volets :

- Prestations de base et détermination des missions futures
(référence de calcul = taille de l'entreprise)
- Approche individuelle en surveillance de la santé
(référence de calcul = nombre de travailleurs occupés)
- Approche collective en gestion des risques
(référence de calcul : unité fonctionnelle de type ARD⁸, ou EM⁹, ou RR¹⁰)

Des suggestions concrètes sont formulées dans le rapport de recherche, mais elles n'ont pas été reprises dans ce résumé car les simulations financières n'ont pu être réalisées pour le 3^e volet, celui relatif à l'approche collective en gestion des risques, vu les données actuellement disponibles.

8.3.5. Mode de collecte des cotisations

Le prélèvement centralisé d'une contribution, calculée par travailleur, ne s'applique pour l'instant dans le domaine de la Santé au Travail que pour la cotisation maladies professionnelles. Cependant la possibilité qu'un tel système de prélèvement soit étendu au secteur de la prévention et la protection au travail a été évoquée de façon extrêmement précise et sérieuse dans la négociation sociale qui s'est tenue en 2009 entre partenaires sociaux en France pour la réforme des services médicaux du travail.

Aux yeux de l'équipe de recherche, la balance entre avantages et inconvénients d'une perception centralisée ne peut s'envisager sans prendre en considération les objectifs assignés au système de prévention au travail par les pouvoirs publics. Sur un plan historique, la décision politique de généraliser la Médecine du Travail, en 1965, à toutes les entreprises quelque soit leur taille, procédait, déjà à l'époque, du souci d'assurer une

⁸ ARD : entreprises de petite taille ou départements (de max 100 personnes) dans de plus grandes entreprises, où les travailleurs sont exposés à soit des activités à risques définis, soit un contact direct avec les denrées alimentaires, soit occupent un poste de sécurité ou de vigilance

⁹ E & M = unités comportant seulement l'exposition au risque « écran » ou « manutention de charges »

¹⁰ RR = unités à risques professionnels réduits

protection à tous les travailleurs quel que soit le secteur ou quelle que soit la taille de l'entreprise qui les emploie. Auparavant, en effet, la Médecine du Travail était principalement développée dans les grandes entreprises. Ce souci d'équité et de protection de tous les travailleurs indépendamment de leur statut individuel était également souligné par le SPF Emploi dans son appel d'offres. Dans l'offre remise au SPF Emploi, l'équipe de recherche insistait notamment sur le fait que « De nombreuses raisons donnent à penser que le système actuel est déséquilibré en ce sens qu'il assure une protection de qualité dans les moyennes et grandes entreprises c'est-à-dire dans les entités qui disposent déjà de ressources internes importantes pour veiller non seulement à la qualité mais aussi à la sécurité et à la santé, tandis que des moyens beaucoup plus faibles sont alloués en pratique aux petites et très petites entreprises. Les travailleurs intérimaires, les travailleurs travaillant dans des entreprises en sous-traitance sont eux surveillés de façon plus aléatoire. La dualisation du marché du travail dénoncée par beaucoup semble donc se doubler d'une dualisation du service offert par le système belge des SEPPT. »

Aux yeux de l'équipe de recherche, un système de financement approprié doit offrir des moyens de lutter contre la dualisation croissante du système de prévention au travail. Or il semble illusoire d'espérer que des modifications du système actuel de financement puissent avoir un impact réel sur la protection de la santé des plus exposés et des plus fragiles aussi longtemps que le financement s'inscrit dans un cadre général de concurrence commerciale exacerbée entre les SEPPT et d'absence de possibilités d'action pour les Pouvoirs Publics.

L'équipe de recherche est donc arrivée à la conclusion qu'une plus grande efficacité du système de prévention dans le domaine de la protection des secteurs et des travailleurs les plus exposés et les plus fragiles ne pouvait se concevoir sans une mutualisation, au moins partielle, des moyens mis à la disposition du système de prévention et de protection au travail. Ce postulat implique donc que soit limité le caractère exclusif du lien contractuel liant l'entreprise et le SEPPT qu'elle s'est choisi.

Notre proposition est donc d'introduire un certain degré de mutualisation dans le système de financement via une procédure mixte de collecte des cotisations qui comporterait :

- Un prélèvement centralisé de la cotisation des entreprises (ou d'une fraction de celle-ci) via la Banque Carrefour de la Sécurité Sociale (BCSS) ; ce prélèvement concernerait le paquet de prestations minimales de base défini par les autorités (la version à adapter de l'actuelle CFMO) ;
- Une redistribution d'une partie seulement des montants ainsi récoltés (80% ou 90% par exemple), de façon rapide, directe et non-conditionnelle vers les SEPPT ;
- L'allocation conditionnelle aux SEPPT du solde des montants ainsi collectés, dans une deuxième phase, sur base de critères déterminés par les autorités publiques ;
- Pour tout ce qui excède la cotisation minimale obligatoire, le SEPPT garderait la possibilité de convenir, par contrat, avec l'entreprise de la fourniture de prestations et services complémentaires, et de facturer directement à l'entreprise les dits services.

En ce qui concerne les critères éventuels de redistribution de la fraction de financement initialement retenue, les pistes de réflexions suivantes mériteraient d'être analysées :

- Financement a posteriori des examens dits spéciaux ou « à coûts majorés » qui mériteraient d'être mieux financés et qui sont susceptibles d'apporter une valeur ajoutée importante, au niveau du travailleur individuel ;

- Financement (complémentaire) a posteriori de la surveillance de santé de catégories particulières de travailleurs souvent insuffisamment protégés tels que les travailleurs intérimaires ou les apprentis ;
- Mutualisation d'une partie des moyens financiers générés par les cotisations des TPE et PME afin de soutenir des activités de gestion des risques dans le cadre d'une approche spécifiquement sectorielle ; ce financement sectoriel pourrait s'inscrire dans le cadre de programmes d'action pluri-annuels établis par convention entre le SPF Emploi, les organisations professionnelles et les partenaires sociaux du secteur, et les SEPPT acceptant de s'inscrire dans le cadre de ce type de programmes ;
- Allocation de moyens supplémentaires, via la mutualisation partielle des cotisations, pour couvrir la prévention dans les secteurs à plus haut risques tels que par exemple la construction, ou dans les entreprises utilisant des produits de type CMR (cancérogènes, mutagènes, reprotoxiques). Il faut remarquer qu'une forme de mutualisation, basée sur le secteur de l'entreprise et donc son niveau de risques, ne rencontre pas d'opposition de principe des acteurs du secteur des SEPPT.
- Attribution de moyens financiers complémentaires aux SEPPT ayant satisfait à un certain nombre d'indicateurs de performance ou ayant démontré qu'ils ont atteint tel ou tel objectif fixé par l'autorité fédérale ; cette perspective s'inscrirait dans le cadre d'une philosophie de « Pay for quality » et pourrait s'appuyer, à l'avenir, au moins en partie, sur les recommandations de la recherche ayant trait au « Développement de modèles de rapport pour les SEPPT et analyse des données disponibles quant aux risques existants dans les entreprises en Belgique » ;

8.4. Scénarii alternatifs concernant les sorties du système de financement

8.4.1 Organisation de la surveillance de santé

8.4.1.1 Modification de la périodicité de certains examens

En matière de surveillance de la santé, les milieux professionnels concernés plaident depuis quelque temps déjà pour une évolution de la périodicité de certains examens.

Des propositions ont été formulées à cet égard par l'association COPREV ainsi que par l'association professionnelle belge des Médecins du Travail (APBMT) dans le cadre de son « livre blanc » (« witboek ») publié en 2008. Il faut ajouter que l'enquête effectuée en 2009 par l'APBMT auprès d'un échantillon d'environ 250 médecins du Travail, indique qu'une large majorité des médecins répondants sont en faveur d'une évolution dans ce domaine.

Il est en particulier question de réduire la fréquence d'examens médicaux dont le bien-fondé sur le plan scientifique reste à prouver et l'exemple le plus fréquemment cité est celui des examens de santé périodique pour les nombreux travailleurs soumis au risque « écran ».

Afin de simuler l'impact que de telles modifications pourraient avoir sur le plan financier, l'équipe de recherche a utilisé les données détaillées des examens médicaux disponibles pour 9 des 14 SEPPT ayant répondu aux données opérationnelles et les a croisées avec les coûts horaires « complets » des professionnels impliqués dans ces activités de surveillance de la santé.

Données utilisées pour le calcul

- Nombre et type d'évaluations de santé réalisés par les 9 SEPPT (cf tableau 7.2) ;
- Données en matière de chiffres d'affaires des mêmes 9 SEPPT ;
- Coûts estimés de chaque type d'examen de santé en données 2010 sur base des estimations de temps idéaux fournis par 6 SEPPT (tableau 7.9) ;
- Distinction entre des examens de surveillance de santé à coût de base, des examens à coût majoré (consultation spontanée, examen de reprise et de pré-reprise du travail) et des examens à coût très majoré, c.à.d. l'examen en vue de la réintégration d'un travailleur déclaré en inaptitude définitive ; les simulations prennent également en compte la possibilité de remplacer une évaluation de santé avec examen médical par un « moment de contact santé » (MCS) assuré par l'infirmier du travail.
- Le tableau 8.5. présente les hypothèses chiffrées retenues pour ces simulations. Ce tableau reprend les données figurant dans le tableau 7.1 en y ajoutant un temps moyen (2) d'examen médical afin de tenir compte de ce qui semble être assez souvent la réalité dans les SEPPT.
- Pour le MCS, deux hypothèses sont utilisées : dans les deux cas, il est prévu que 1 travailleur sur 10 demande à rencontrer le CP-MT lors d'une consultation supplémentaire à programmer ; un dixième de temps supplémentaire est donc ajouté soit au temps moyen (1), soit au temps moyen (2). On remarque que le coût du MCS (1) est extrêmement proche de l'évaluation du coût de l'examen médical dans l'hypothèse des temps de prestation minimaux.
- Taux de présence aux examens médicaux : un taux de 90% est postulé (car des actions bien menées en matière de politique de convocation doivent permettre d'améliorer le taux moyen, 82,4%, observé en 2007).
- Doublement à l'avenir du nombre d'examens de pré-reprise : 8.430 examens par an.

Ces deux derniers postulats ont pour effet de faire passer le nombre total d'examens qui auraient été réalisés en 2007 par les 9 SEPPT de 1.445.274 à 1.554.949 examens. A partir de ce cadre de base, différentes hypothèses ont été testées en distinguant principalement deux cas de figure :

- Premier cas de figure : les examens médicaux à périodicité non-annuelle (tous les trois ou cinq ans) qui représentent 25,3% des travailleurs soumis dans ces 9 SEPPT seraient remplacés par un « moment de contact santé ». Afin d'évaluer le nombre annuels d'examens qui seraient concernés, le nombre total de travailleurs soumis à une périodicité de trois ou cinq ans a été divisé par trois et ensuite multiplié par le taux de présence moyen observé aux examens, soit 82,4% ; de même, le nombre de travailleurs affiliés considérés comme soumis annuellement a été multiplié par le taux de présence de 82,4%. Le résultat de ce calcul est que pour la population des 9 SEPPT, il y aurait eu sur cette base, 1.033.461 examens chez des soumis annuels et 115.591 examens chez des soumis non-annuels, soit un total de 1.149.052 examens ; ce chiffre est extrêmement proche du total réel déclaré par les 9 services soit 1.143.403 examens en 2007. On peut donc en déduire que dans le système actuel, il y a chaque année environ 90% des examens périodiques réalisés qui concernent des soumis annuels et 10% qui concernent des soumis non-annuels. Sur cette base, l'équipe de recherche a pu estimer le nombre d'examens périodiques destinés à des travailleurs soumis partiels qui pourraient être transformés en un moment de contact santé, soit 124.886 examens.

- Deuxième cas de figure : le scénario précédent a été complété par l'hypothèse suivante : 50% des travailleurs actuellement soumis à un examen périodique annuel le resteraient à l'avenir, tandis que le solde (50 autres %) passerait à une périodicité d'un examen médical tous les deux ans. Dans ce scénario, les postes de sécurité et les postes de vigilance ainsi que les postes de travail exposés à des substances de type CMR resteraient soumis à une périodicité annuelle tandis que les autres risques professionnels (autres « activités à risque défini » et « contact avec les denrées alimentaires » notamment) passeraient à une périodicité tous les deux ans.

A partir de ce scénario de base, 8 hypothèses différentes ont fait l'objet d'une simulation :

- Hypothèses 1a et 1b : similaires au système actuel dans le sens où un même coût par examen s'applique à l'ensemble des évaluations de santé, et la périodicité des examens n'est pas modifiée. Les travailleurs non-soumis annuellement font l'objet d'un examen médical (par hypothèse, 1/3ans); la seule distinction concerne le coût unitaire de l'examen médical, 74,75€ d'une part, et 63,8€ d'autre part (tableau 8.5);
- Hypothèses 2a et 2b : par rapport aux hypothèses précédentes, un moment de contact santé remplace l'examen médical pour les travailleurs non-soumis annuellement; le coût unitaire de ce MCS est de 45,25€ ou de 39,46€ (tableau 8.5.) ;
- Hypothèses 3a et 3b : par rapport aux hypothèses précédentes, les simulations prennent en compte un coût unitaire par examen qui varie selon le type d'examen: pour les examens dits « de base », les montants sont identiques, mais pour les examens dits « à coûts majorés », un coût unitaire de 100€ par examen est retenu, (soit la moyenne des chiffres donnés par 6 SEPPT sur base de temps jugés idéaux (tableau 7.9) pour les examens de reprise, de pré-reprise et la consultation spontanée) ; enfin, un coût de 152,79 € est retenu pour l'examen médical en vue de la réintégration professionnelle d'un travailleur déclaré inapte définitivement ;
- Hypothèses 4a et 4b : par rapport aux hypothèses précédentes, est introduit une réduction de la périodicité des examens périodiques classiques pour la moitié de l'effectif des examens considérés (soit 561.988 examens, ce qui implique la réalisation de seulement 280.994) : la périodicité des examens préalables et de protection de la maternité ne font pas l'objet de modification de périodicité.

Tableau 8.5 : Estimation du coût complet des évaluations de santé dans le cadre des simulations de financement

	CP-MT	Infirmier	Administ.	Coût 2007 examen (€)
Coût horaire, €	92.14	56.73	56.69	
Temps moyen (1), min	24.1	21.33	18.6	74.75
Temps moyen (2), min	20	20	15	63.8
Temps minimum, min	15	15	10	46.67
Temps maximum, min	40	33	33	123.81
Moment de contact santé (moy. 1) (+ EM 1/10)	2.41	23.46	20.5	
Coût MCS (1)	3.70	22.18	19.37	45.25
Moment de contact santé (moy. 2) (+ EM 1/10)	2	22	16.5	
Coût MCS (2)	3.07	20.80	15.59	39.46

Résultats

Les résultats des simulations réalisées sont présentés dans le tableau 8.6. Ce tableau distingue donc trois catégories d'évaluations de santé : celles à coût de base, celles à coût majoré et celles à coût très majoré (concerne la réintégration professionnelle).

Dans l'état actuel d'application de la réglementation (cf tableau 7.2.), les temps moyens de prestations déclarés par les services et appliqués de façon uniforme à tout type d'examen médical quel qu'il soit, représentaient un coût total de 108.035.650€, soit 56,9% du CA total de la surveillance médicale et 93% du CA lié aux cotisations des soumis et non-soumis.

Par rapport à cette situation de référence, le tableau 8.6 montre que

- les hypothèses 1a et 1b génèrent des coûts totaux du même ordre de grandeur, en dépit d'un coût unitaire par examen plus faible, et cela en raison de l'augmentation des coûts que provoque l'augmentation du taux de présence aux examens (90% au lieu de 82,4%) et du doublement du nombre des examens de pré-reprise.
- dans les hypothèses 2a et 2b, la réduction des coûts liée au remplacement de l'examen médical par un MCS pour les travailleurs non-soumis annuellement à la visite périodique, n'a qu'une incidence assez faible sur le coût total par rapport aux hypothèses 1a et 1b, et ceci est dû au fait que les examens concernés ne constituent qu'environ 10% du total des examens de santé annuels à réaliser ;
- dans les hypothèses 3a et 3b, l'introduction de coûts majorés pour certains types d'examen a pour effet de ramener le coût total observé pratiquement au niveau des coûts calculés dans les hypothèses 1a et 1b ;
- seules les hypothèses 4a et 4b permettent d'introduire une réduction significative des coûts de la surveillance de santé ; dans ces deux hypothèses, les coûts totaux ne représentent plus respectivement que 82% (4a) et 72% (4b) du CA produit par les cotisations soumis et non-soumis. Par rapport aux données du tableau 7.2, ces hypothèses permettraient donc de dégager une marge financière respectivement de 11 % (4a), et de 21% (4b).

Ces marges financières pourraient, au moins en principe, être réorientées vers des activités de gestion des risques et ainsi rééquilibrer un peu le système comme le souhaite les autorités du SPF Emploi.

Toutefois les scénarii présentés dans le tableau 8.6 ne tiennent pas compte d'une des pistes de réforme du système, à savoir la suppression de la distinction entre travailleurs soumis et non-soumis et l'instauration d'un accès généralisé à un « moment de contact santé » pour tous les travailleurs quel que soit le niveau de risque auxquels ils sont exposés.

Ce scénario fait l'objet des hypothèses 5a et 5b dans le tableau 8.7. Les 9 SEPPT déjà mentionnés comportant un total de 738.119 travailleurs non-soumis, l'hypothèse prévoit que ces travailleurs bénéficieraient d'un accès à un MCS tous les 5 ans avant l'âge de 40 ans et tous les trois ans à partir de l'âge de 40 ans ; pour les besoins de la simulation, la périodicité moyenne estimée serait donc d'un contact avec l'équipe de Santé au Travail tous les 4 ans. Cette périodicité représenterait 184.530 contacts théoriques par an ; faisant l'hypothèse d'un taux de présence à ce contact santé de 75%, il s'agirait de 138.397 contacts santé à organiser par an pour ces 9 services.

Tableau 8.6	Réalité 2007	Action présents examens	Exam. Med. vs MCS	Réduire fréq. soumis	Coût des évaluations de santé (€)								
					1a	1b	2a	2b	3a	3b	4a	4b	
Hypothèses de scenarii													
	N exam/an	N exam/an	N exam/an	N exam/an									
Taux de présence, %	82.4	90.0	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90
Evaluation santé à coût de base													
Coût par examen médical (EM), €					74.75	63.8	74.75	63.8	74.75	63.8	74.75	63.8	63.8
Coût par moment contact santé (MCS), €							45.25	39.46	45.25	39.46	45.25	39.46	39.46
préalable à affectation	128 146	128 146	128 146	128 146	9 578 914	8 175 715	9 578 914	8 175 715	9 578 914	8 175 715	9 578 914	8 175 715	8 175 715
préalable à mutation	2 504	2 504	2 504	2 504	187 174	159 755	187 174	159 755	187 174	159 755	187 174	159 755	159 755
périodique / EM / 1 an	1 143 403	1 248 863	1 123 976	561 988	84 017 225	71 709 685	84 017 225	71 709 685	84 017 225	71 709 685	42 008 612	35 854 842	
périodique / EM / 2 ans				280 994							21 004 306	17 927 421	
périodique / MCS			124 886	124 886	9 335 247	7 967 743	5 651 103	4 928 011	5 651 103	4 928 011	5 651 103	4 928 011	4 928 011
Protection maternité	34 336	34 336	34 336	34 336	2 566 616	2 190 637	2 566 616	2 190 637	2 566 616	2 190 637	2 566 616	2 190 637	2 190 637
Sous-total exam.de base	1 308 389	1 413 849	1 413 849	1 132 854	105 685 175	90 203 534	102 001 031	87 163 803	102 001 031	87 163 803	80 996 725	69 236 382	
Evaluations à coût majoré													
Coût par exam.méd. €					74.75	63.8	74.75	63.8	100	100	100	100	100
de pré-reprise	4 215	8 430	8 430	8 430	630 143	537 834	630 143	537 834	843 000	843 000	843 000	843 000	843 000
de reprise du travail	82 826	82 826	82 826	82 826	6 191 244	5 284 299	6 191 244	5 284 299	8 282 600	8 282 600	8 282 600	8 282 600	8 282 600
consultation spontanée	48 037	48 037	48 037	48 037	3 590 766	3 064 761	3 590 766	3 064 761	4 803 700	4 803 700	4 803 700	4 803 700	4 803 700
Sous-total éval. À coût majoré	135 078	139 293	139 293	139 293	10 412 152	8 886 893	10 412 152	8 886 893	13 929 300	13 929 300	13 929 300	13 929 300	13 929 300
Evaluation à coût très majoré													
Coût par exam.méd. €					74.75	63.8	74.75	63.8	152.79	152.79	152.79	152.79	152.79

réintégration profess.	1 807	1 807	1 807	1 807	135 073	115 287	135 073	115 287	276 092	276 092	276 092	276 092
	N évaluations de santé				Coûts résultants (€)							
Total	1 445 274	1 554 949	1 554 949	1 273 954	116 232 400	99 205 714	112 548 256	96 165 983	116 206 423	101 369 195	95 202 116	83 441 773

Chiffre d'affaires (2007)
des 9 SEPP

Montants €

70 CA - surveillance méd.

70.01 CA - SM

cotisations S + NS

189 839 097

116 122 988

% CA	% CA	% CA	% CA	% CA	% CA	% CA	% CA
61%	52%	59%	51%	61%	53%	50%	44%
100%	85%	97%	83%	100%	87%	82%	72%

La ligne « total » du tableau correspond dans la partie gauche du tableau, au nombre total d'examens résultant des différentes hypothèses, et dans sa partie droite, au coût total annuel que l'ensemble de ces examens impliquerait pour les services.

A titre de référence par rapport à ces coûts, la partie inférieure du tableau reprend les montants du chiffre d'affaires des 9 SEPPT, en distinguant le total du chiffre d'affaires en surveillance médicale, d'une part, et d'autre part, le montant résultant du total des cotisations des travailleurs soumis et non-soumis. Le tableau montre quel pourcentage du chiffre d'affaires déclaré en 2007 serait apporté par chaque scénario (1a à 4b).

Tableau 8.7 : Hypothèses de réduction de la périodicité pour les soumis	N exam/an	Coût des évaluations de santé (€)			
		4a	4b	5a	5b
Hypothèses de scenarii					
Evaluation de santé à coût de base					
<i>Coût par examen médical, €</i>		74.75	63.8	74.75	63.8
<i>Coût par moment contact santé, €</i>		45.25	39.46	45.25	39.46
préalable à l'affectation	128 146	9 578 914	8 175 715	9 578 914	8 175 715
préalable à mutation	2 504	187 174	159 755	187 174	159 755
périodique avec exam. Médical/an	561 988	42 008 612	35 854 842	42 008 612	35 854 842
périodique avec exam. Médical/2ans	280 994	21 004 306	17 927 421	21 004 306	17 927 421
périodique avec MCS	124 886	5 651 103	4 928 011	5 651 103	4 928 011
MCS pour travailleurs non-soumis	138 397			6 262 478	5 461 158
Protection maternité	34 336	2 566 616	2 190 637	2 566 616	2 190 637
Sous-total examens de base	1 271 252	80 996 725	69 236 382	87 259 203	74 697 540
Evaluations à coût majoré					
<i>Coût par examen médical, €</i>		100	100	100	100
de pré-reprise	8 430	843 000	843 000	843 000	843 000
de reprise du travail	82 826	8 282 600	8 282 600	8 282 600	8 282 600
consultation spontanée	48 037	4 803 700	4 803 700	4 803 700	4 803 700
Sous-total éval. À coût majoré	139 293	13 929 300	13 929 300	13 929 300	13 929 300
Evaluation à coût très majoré					
<i>Coût par examen médical, €</i>		152,79	152,79	152,79	152,79
réintégration professionnelle	1 807	276 092	276 092	276 092	276 092
Total	1 412 352	95 202 116	83 441 773	101 494 595	88 902 931
Données CA (2007) des 9 SEPP		% CA	% CA	% CA	% CA
Total CA - surveillance médicale		50%	44%	53%	47%
CA - SM : cotisations S + NS		82%	72%	87%	77%

Comme le montre le tableau 8.7, l'adjonction en moyenne tous les 4 ans d'un moment de contact santé pour les travailleurs non-soumis se traduit par une augmentation du coût total par rapport aux hypothèses 4a et 4b mais cette augmentation ne fait pas varier, de façon très importante, les pourcentages du chiffre d'affaires: ceux-ci représentent alors respectivement 87% (5a) et 77% (5b) du chiffre d'affaires généré par les cotisations des soumis et non-soumis. Il y a donc, potentiellement, par rapport à la situation actuelle (données observées en 2007) une marge financière de 6% (93-87%), ou de 16% dans l'hypothèse 5b.

Ces données montrent donc qu'il est théoriquement possible, tout en offrant à l'ensemble des travailleurs une accessibilité réelle aux examens de santé et tout en préservant la qualité de ces examens et plus particulièrement de ceux considérés comme à haute valeur ajoutée, de dégager une marge financière qui pourra être affectée au des activités de gestion des risques.

Afin d'examiner la faisabilité des scénarii 5a et 5b, l'équipe de recherche a vérifié les équivalents de temps de prestation qui seraient nécessaire dans ces hypothèses pour les CP-MT. Les temps cumulés calculés représentent le produit du nombre d'examens planifiés pour chaque type d'évaluation de santé par sa durée unitaire du point de vue du CP-MT. Les analyses réalisées indiquent que le volume horaire total qui serait nécessaire pour l'ensemble des CP-MT des 9 services concernés est de l'ordre de 500.000 heures dans l'hypothèse 5a et de l'ordre de 430.000 heures dans l'hypothèse 5b.

Or le total des heures prestées déclarées par les 9 services pour l'année 2007 se monte à 1.014.174 heures, qui englobent tant les médecins sous statut salarié que les médecins sous statut indépendant ainsi que les candidats spécialistes en Médecine du Travail. La charge représentée par les examens de surveillance de santé, à l'exclusion des autres tâches du CP-MT, représenterait donc environ la moitié du temps de travail disponible. Cette donnée souligne le caractère réaliste des simulations présentées.

En conclusion, les simulations présentées dans les tableaux 8.6 et 8.7 mettent en évidence plusieurs phénomènes significatifs :

- Le remplacement des examens périodiques, à périodicité fixée tous les 3 ou 5 ans, par un contact santé avec le paramédical ne permet pas, à lui seul, de réduire significativement les coûts de la surveillance de santé. Une telle stratégie pourrait cependant avoir un intérêt réel du point de vue d'une utilisation optimale des compétences et des ressources ; il s'agirait notamment de libérer du temps pour les CP-MT, temps qu'ils pourraient consacrer à des examens à plus haute valeur ajoutée. Une telle proposition recueille, notons-le, un large accord au sein de l'association professionnelle et du secteur des SEPPT;
- Dans l'hypothèse où la source de financement du système de prévention et de protection au travail resterait exclusivement basée sur des cotisations venant des entreprises, la revalorisation financière des examens à plus haute valeur ajoutée, (appelés à « coûts majorés » et « à coûts très majorés » dans les tableaux 8.6. et 8.7), se traduirait par un coût total de la surveillance de santé tout aussi important que la situation prévalant aujourd'hui, situation jugée insatisfaisante par la plupart des parties ;
- L'attribution d'une allocation plus importante de moyens à la gestion des risques, à budget total égal pour les entreprises et pour les SEPPT, ne peut donc s'envisager que moyennant une réduction très significative de la périodicité des examens médicaux classiques, c'est-à-dire ceux à périodicité annuelle. Dans la simulation présentée au tableau 8.6. (scénarii 4a et 4b), l'équipe de recherche a fait le choix, arbitraire en soi, de réduire la périodicité de moitié pour la moitié des travailleurs. Il va de soi que cette simulation devra être affinée sur base de données dont l'équipe de recherche ne dispose pas actuellement ; il faudra en effet disposer d'une ventilation des travailleurs soumis annuels selon la nature du risque professionnel principal (poste de sécurité, ARD hors exposition CMR, contact avec denrées alimentaires...etc) qui justifie leur soumission à un examen de santé.

Chapitre 9 : Conclusions

L'équipe de recherche s'est efforcée de répondre au mieux au véritable défi que représentait la mission qui lui avait été confiée. Il s'agissait, en effet, de surmonter l'absence de données standardisées, disponibles au niveau de l'autorité publique, concernant tant les aspects financiers qu'opérationnels des services de Prévention et de Protection au Travail.

Les comptes annuels des services qui doivent être déposés à la Banque Nationale constituaient la seule forme de données standardisées directement exploitables. Comme le souligne le chapitre 6, il a fallu cependant déployer de grands efforts, en collaboration avec les services concernés, pour attribuer dans la comptabilité analytique (balances des comptes des classes 1 à 7), le détail des postes à des rubriques standardisées définies par l'équipe de recherche. Il est évident que cette partie de l'étude n'est sans doute pas exempte d'erreurs et de problèmes d'interprétation mais les chiffres globaux qui en ont été tirés, et en particulier les coûts « complets » des différents types de personnel, reflètent, en toute hypothèse, de très près la réalité 2007 du secteur.

L'absence de données standardisées concernait surtout l'aspect opérationnel des services et, en particulier, la description quantitative des différentes missions réalisées dans le cadre de la réglementation et financées par la cotisation minimale obligatoire (CFMO). Comme cela a été souligné dans le chapitre 4, des données relativement détaillées et précises sont disponibles en ce qui concerne la surveillance de santé mais elles sont malheureusement beaucoup plus hétérogènes et beaucoup moins précises pour la plupart des missions relatives à la gestion des risques. L'équipe de recherche s'est efforcé de surmonter cette difficulté notamment en sollicitant des estimations de temps idéaux pour un certain nombre de prestations et nous pensons que cet exercice de réflexion prospective était très utile, même si malheureusement, le temps a manqué pour le compléter et en particulier pour obtenir un échantillon plus large d'avis venant des services.

A travers ce laborieux processus de recueil des données, et les allers-retours incessants nécessaires pour s'assurer de leur exactitude ou de leur interprétation, l'équipe de recherche a pu compter sur une collaboration très constructive de la plupart des SEPPT et de l'association CoPrev qui les regroupe.

Le croisement des données recueillies d'une part pour les comptes financiers des services, et d'autre part, pour le volet opérationnel de leurs activités, a permis de constituer une base de données chiffrées relative au secteur qui est probablement sans précédent tant par sa précision que par l'étendue du champ d'informations couvert. Il est clair à nos yeux que le présent rapport ne reflète que partiellement la richesse des informations ainsi rassemblées.

Ce très grand volume de données chiffrées peut, en théorie, donner lieu à un très grand nombre de simulations possibles en matière de financement des services et de modèles d'organisation des activités de surveillance de la santé ou de gestion des risques.

Dans le cadre du présent rapport, il n'a été possible de mener de façon relativement approfondie que des simulations portant sur des modifications dans l'organisation de la surveillance de santé (voir chapitre 8). Il nous paraît évident, qu'à partir des chiffres contenus dans ce rapport et des données stockées dans les différentes bases de données que nous avons constituées, d'autres simulations mériteraient d'être réalisées en particulier pour les visites des lieux de travail. L'équipe de recherche est donc prête à poursuivre certaines analyses et à collaborer à des simulations qui seraient jugées utiles par les autorités publiques dans la perspective d'une plus grande efficacité et efficience du système de prévention.

Toutefois, nous pensons que tout programme d'analyses complémentaire mériterait que préalablement les autorités de tutelle, les partenaires sociaux et les acteurs du secteur définissent en quoi doivent consister les missions d'évaluation et de gestion des risques, et ceci en tenant compte des réalités du terrain, c'est-à-dire de la taille des entreprises notamment. Si d'autres scénarii de financement et d'organisation des missions méritent d'être étudiés, ils devraient faire l'objet d'abord d'une concertation entre les acteurs concernés afin de définir, par consensus, les pistes de réforme à étudier plus avant.

Plusieurs pistes concrètes de réforme du système de financement ont cependant été envisagées par l'équipe de recherche et ces pistes font l'objet du chapitre 8 du rapport. Dans le cadre de ce chapitre de conclusions, il nous paraît important de rappeler les points essentiels que devrait comporter tout projet de réforme du financement des SEPPT visant à garantir plus d'équité et plus d'efficacité dans le système de prévention au travail :

- Prévoir un certain degré de mutualisation des cotisations, en particulier pour assurer des approches sectorielles au bénéfice des plus petites entreprises (TPE et PME) dans les secteurs les plus exposés aux risques professionnels ; cette mutualisation implique par définition que tout ou partie de la cotisation minimale (CFMO) des entreprises fasse l'objet d'un prélèvement centralisé via la BCSS ;
- Un prélèvement centralisé ouvrirait également la possibilité pour l'autorité publique de procéder à une redistribution différée et conditionnelle d'une fraction des montants collectés (10 à 20%) dans le cadre du développement de campagnes de prévention ciblées ou d'un système de type « Pay for quality » ; cette modalité de collecte des cotisations offrirait également un instrument pour limiter la concurrence commerciale entre services.
- Introduire une réelle hiérarchisation des prestations à effectuer dans le cadre de la surveillance de santé afin de valoriser mieux sur le plan financier les prestations qui peuvent apporter, tant pour l'entreprise au niveau collectif que pour le travailleur au niveau individuel, une plus-value importante ; ces prestations complexes imposent l'intervention de conseillers en prévention spécialisés, et tout particulièrement du médecin du travail ;
- Mener une étude complémentaire afin d'évaluer le bénéfice que le régime indemnités de l'INAMI pourrait tirer d'une intervention financière dans certaines évaluations de santé à valeur ajoutée telles que la visite de pré-reprise ou le bilan de santé en fin de carrière professionnelle (dans le cadre de la surveillance de santé prolongée) ;
- Réduire les coûts dans d'autres activités de la surveillance de santé afin que la revalorisation des évaluations de santé à haute valeur ajoutée se fasse à budget constant pour les entreprises. Le rapport esquisse, à cet égard, deux pistes complémentaires : déléguer certaines tâches à l'infirmier du travail dans le cadre de l'instauration d'un « moment de contact santé » pour les travailleurs soumis à des risques réduits ou aux contraintes « écran/manutention », et par ailleurs, réduire la périodicité des examens habituellement annuels pour passer, par exemple, à une périodicité tous les deux ans. Cette réduction de la périodicité ne concernerait pas cependant les travailleurs actuellement soumis à une surveillance annuelle en raison de risques professionnels importants (poste de sécurité ou vigilance, radiations ionisantes, ARD impliquant l'exposition à des substances de type CMR, et autres à définir....) ;

- Revoir la distinction entre travailleur soumis et non-soumis et offrir un accès généralisé à l'équipe de Santé au Travail à tout travailleur quel que soit son statut et le niveau des risques professionnels auxquels il est exposé ; cet accès pourrait prendre la forme d'un « moment de contact santé » pour les travailleurs actuellement non-soumis et cela selon une périodicité variant avec l'âge du travailleur (tous les 5 ans avant 40 ans et tous les 3 ans ensuite ?) ;
- Libérer une certaine masse budgétaire à partir du volet surveillance de santé pour renforcer les missions des SEPPT dans le domaine de la gestion des risques, tout en maintenant le budget global constant. Les simulations réalisées et présentées au chapitre 8, montrent qu'il est possible de dégager 10 à 15% de marge par les mesures indiquées, à savoir principalement une réduction de la périodicité des examens médicaux pour un nombre significatif de travailleurs.
- Assurer à l'avenir des bases claires pour le système de financement, qui tiennent compte en particulier de la réalité des ressources humaines disponibles pour la surveillance de santé. Est-il raisonnable de comptabiliser un temps plein de CP-MT pour 2000 heures ou 1750 heures, selon les cas, alors qu'environ 90% de ces CP-MT sont salariés et prestent en fait un volume horaire annuel considérablement plus faible ? Dans le même esprit, est-il logique de ne pas comptabiliser les heures de l'infirmier(e) du travail dans le cadre des missions de surveillance de la santé ? Maintenir ces faux-semblants constituerait un mauvais signal pour l'avenir dans la mesure où ces éléments encouragent de facto les services à enjoliver les chiffres qu'ils doivent présenter dans leurs rapports annuels.
- Inviter les SEPPT à fixer et négocier avec les entreprises affiliées des objectifs, et à mesurer des indicateurs en matière d'offre de prestations, de réalisation et de suivi de ces prestations, et cela dans le cadre de la certification qualité (ISO 9000) imposée aux SEPPT. Ce dernier point implique que l'autorité fédérale propose un cadre précis dans lequel seraient définis objectifs et performances à atteindre ; actuellement les SEPPT se voient seulement imposés des obligations en matière d'offre et de réalisation de prestations.