



# Évaluation des services de santé au travail interentreprises (SSTI)

Rapport

**Delphine CHAUMEL**

**Benjamin MAURICE**

**Jean-Philippe VINQUANT**

**Membres de l'Inspection générale des affaires sociales**

**Avec la participation d'Antoinette ROUSTEAU**

**Stagiaire à l'Inspection générale des affaires sociales**

2019-070R1  
Février 2020



## SYNTHÈSE

Dans le cadre de son programme annuel d'activité, l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) a conduit une mission d'évaluation des services de santé au travail interentreprises (SSTI). Menés indépendamment des rapports remis et des concertations en cours, ses travaux l'ont conduite à analyser le fonctionnement et l'action des SSTI, ainsi que leur apport dans la mise en œuvre des réformes successives et notamment celles de 2011 et de 2016, des Plans régionaux de santé au travail (PRST) et des contrats pluriannuels d'objectif et de moyens (CPOM) conclus avec les DIRECCTE (Directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi) et les CARSAT (Caisses d'assurance retraite et de la santé au travail).

Face aux critiques visant la gouvernance, la qualité ou le coût des prestations des SSTI, la mission s'est attachée à mesurer concrètement et objectivement leurs forces et faiblesses. La mission a sélectionné et évalué douze SSTI implantés dans quatre régions (Île-de-France, Bretagne, Auvergne – Rhône-Alpes, Grand-Est) en s'appuyant également sur un questionnaire adressé aux entreprises adhérentes de ces 12 services ainsi qu'aux représentants du personnel de certains de ces adhérents. Ces éléments qualitatifs et quantitatifs ont enrichi les analyses que la mission a faites par ailleurs à partir des données issues des DIRECCTE et de PRÉSANSE – l'association représentant les SSTI – en complément de ses entretiens avec les acteurs du secteur.

**Créés à l'initiative des employeurs, les SSTI sont, de par leur nombre et leurs missions, les premiers acteurs de proximité en matière de santé au travail et de prévention des risques professionnels.**

Au nombre de 235 en 2019, contre 500 environ dans les années 1980, les SSTI font l'objet d'un agrément délivré par la DIRECCTE qui leur octroie une compétence, exclusive ou non, sur un territoire et au titre d'une activité. Si 85 % des SSTI ont une compétence interprofessionnelle, 36 services assurent le suivi des salariés d'un seul secteur d'activité, le plus souvent le BTP.

Comptant près de 15 000 professionnels médicaux et de prévention, dont près de 4 500 médecins du travail, pour un effectif total de 17 300 collaborateurs et un « budget » de 1,5 Md€ issu des cotisations des entreprises, ils couvrent plus de 16 millions de salariés, dont un peu moins de 5 % relèvent du secteur public, pour le compte de 1,4 million d'entreprises ou d'établissements qui, à près de 80 %, ont des effectifs inférieurs à 10 salariés. Ils disposent d'environ 1 400 centres fixes, 9 100 centres annexes ou d'entreprise, et de plus de 10 000 points de stationnement d'unités mobiles. Chaque année, ils réalisent environ 7 millions de visites et 550 000 actions en entreprise.

En imposant l'obligation de créer ces services interentreprises à défaut d'organiser un service interne, la loi a favorisé la mutualisation de services médicaux entre entreprises au travers d'associations d'employeurs « loi de 1901 ». Réservant aux entreprises de plus de 500 salariés (sauf dérogation) la possibilité de créer un service autonome, la loi a assuré l'essor des SSTI qui, depuis leur création<sup>1</sup>, exercent par délégation de l'employeur une partie de ses responsabilités en matière de santé et de sécurité au travail des salariés, en contrepartie d'une cotisation annuelle.

Les missions des SSTI les placent en acteurs de premier niveau auprès des entreprises, des salariés et des institutions, car ils doivent conduire des actions de santé au travail dans le but de préserver la

---

<sup>1</sup> Par la loi du 11 octobre 1946 relative à l'organisation des services médicaux du travail.

santé des salariés, conseiller les employeurs, les salariés et leurs représentants sur la prévention ou la diminution des risques professionnels, améliorer les conditions de travail, contribuer au maintien dans l'emploi des travailleurs, assurer la surveillance de l'état de santé de ces derniers et participer au suivi et à la traçabilité des expositions ainsi qu'à la veille sanitaire.

**La gouvernance des SSTI est spécifique mais souffre d'un investissement insuffisant des partenaires sociaux dans un contexte où les contrôles internes et externes sont très limités**

Les SSTI relèvent à la fois du droit commun des associations en ce qui concerne l'assemblée générale et le conseil d'administration, et d'un régime propre dans lequel le paritarisme a toute sa place, qu'il s'agisse de la composition des instances ou de l'attribution de la présidence de la commission de contrôle et du poste de trésorier de l'association aux représentants des salariés. En lien avec leurs missions, les SSTI sont également dotés d'une commission médicoteknique composée de membres élus parmi les professionnels des équipes pluridisciplinaires (EP).

Bien que placés au cœur du « contrôle social » des services, les employeurs et les salariés ne s'impliquent pas suffisamment dans ces instances de gouvernance au fonctionnement souvent complexe et redondant, ce qui se traduit par des difficultés à obtenir des désignations pour y siéger. Les membres élus ou mandatés peinent à exercer un véritable contrôle, faute d'informations ou de formations adaptées. Il se dégage au total l'impression d'un assez large accord entre représentants patronaux et syndicaux des instances, qui ne parvient pas à masquer une forme de léthargie ou à éviter à l'inverse des crises sévères dans certains d'entre eux.

Pour ces raisons et afin de renforcer l'implication des représentants des employeurs et des salariés, la mission propose la mise en place d'un mode de gouvernance simplifié (avec une possible fusion des instances), d'une meilleure information des entreprises adhérentes et, enfin, d'une formation plus adaptée des membres des instances. Pour ces derniers, l'adoption d'une charte de déontologie est également préconisée pour prévenir les conflits d'intérêt.

Le contrôle externe sur la gestion des SSTI repose essentiellement sur l'examen de la conformité comptable ou juridique de leur gestion (*via* les commissaires aux comptes), les DIRECCTE n'opérant pas quant à elles de contrôle financier, faute de supports adaptés et de compétences mobilisées pour traiter l'ensemble des informations qui leur sont transmises.

**Malgré les réformes mettant l'accent sur l'utilisation efficiente de la ressource médicale et la prévention, les SSTI peinent à accomplir leurs missions de manière homogène**

Dans un contexte de rareté de la ressource médicale et de « virage » vers la prévention, les réformes de 2002, 2011 puis de 2016 ont conduit à une évolution profonde du fonctionnement souhaité des SSTI, notamment sur le plan de la pluridisciplinarité de leurs interventions.

Cela étant, les différents leviers mobilisés pour maximiser les effectifs de médecins du travail n'ont pas permis à tous les SSTI de maintenir ces effectifs ainsi qu'un fonctionnement leur permettant de satisfaire à leurs obligations. Dans ce contexte, la mission insiste sur la nécessité de mettre en œuvre les recommandations de la mission IGAS de 2017 sur l'attractivité et la formation des professionnels de santé, et de promouvoir la télémédecine en précisant sa doctrine d'utilisation en santé au travail.

Vécue dans un premier temps comme une contrainte par les SSTI et en particulier par une partie des médecins du travail, la pluridisciplinarité s'est fortement développée, notamment avec l'arrivée des infirmiers de santé au travail (IDEST), mais de manière hétérogène selon les services et le positionnement des médecins, entraînant parfois un malaise chez les autres professionnels, infirmiers comme préventeurs. La mission préconise de conforter la pluridisciplinarité en adoptant

des protocoles types de délégation, en diffusant les bonnes pratiques, en élargissant le périmètre d'intervention des IDEST, et en assouplissant certaines exigences réglementaires.

Cette montée en puissance de la pluridisciplinarité a fait évoluer le rôle des médecins du travail, lesquels, d'une part, sont chargés de « l'animation et de la coordination » des équipes pluridisciplinaires et, d'autre part, voient leurs interventions se concentrer sur les suivis des situations les plus complexes. Vu la diversité des pratiques constatées, la mission recommande de clarifier, dans le cadre d'une concertation *ad hoc*, les conditions d'exercice médical de la santé en travail, pour assurer sa cohérence avec les orientations des projets de service des SSTI.

Le desserrement progressif de la fréquence de la visite périodique opéré par les différentes réformes ayant eu pour but de permettre à la fois le recentrage de l'activité des médecins du travail, une amélioration subséquente de la réalisation des visites ainsi priorisées et un redéploiement vers la prévention, il ressort des investigations de la mission que les résultats attendus de ces réformes n'ont pas été pleinement atteints par les SSTI, individuellement et collectivement, nonobstant l'engagement et le professionnalisme parfois remarquables que la mission a constaté.

Dans un contexte où, à nombre de salariés constant, le nombre de visites à assurer était à la fois en décroissance et déléguable pour une part importante à des infirmiers, étant rappelé que 80 % des salariés suivis par les SSTI ne sont ni en suivi individuel renforcé (SIR), ni en suivi individuel adapté (SIA), la mission n'a pas eu l'assurance que les visites et examens obligatoires étaient réalisés dans les délais par les SSTI. Par ailleurs, le développement espéré des actions en milieu de travail (AMT), missions essentielles des SSTI pour la prévention et le maintien dans l'emploi, reste difficile à mesurer et marqué par de fortes disparités entre services. Premier outil d'identification des risques et de préconisations aux entreprises, les fiches d'entreprise voient leur réalisation ou leur actualisation progresser, mais leur taux de couverture ne dépasse pas encore 50 % des établissements. En outre, les actions de prévention primaire collective restent peu développées.

Enfin, l'investissement des SSTI dans la prévention de la désinsertion professionnelle (PDP) et le maintien dans l'emploi (MEE) est hétérogène. Si certains ont développé une vraie politique en ce sens, avec des équipes internes et des partenariats externes renforcés, d'autres semblent plus en attente d'une impulsion externe, notamment de la part de la sécurité sociale.

Dans un contexte où l'hétérogénéité domine en termes de prestations réalisées et dans le but d'accroître la qualité globale et individuelle du service rendu, la mission propose qu'un socle de prestations de base assurées par tous les SSTI soit défini en contrepartie de la cotisation, des prestations complémentaires pouvant être facturées aux entreprises de manière distincte, dans des conditions encadrées. La mission recommande également la mise en place systématique par les SSTI d'une cellule de prévention de la désinsertion professionnelle et de maintien en emploi, internalisée ou mutualisée avec d'autres services. La mission recommande en outre qu'un référentiel de certification des SSTI, prenant mieux en compte les aspects médicotехniques, soit adopté en complément de l'agrément et articulé avec lui. Afin de mesurer la perception des entreprises adhérentes sur la qualité du service rendu, la mission propose enfin le recueil et l'exploitation en routine d'indicateurs de satisfaction.

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

Les sondages et le questionnaire exploité par la mission font apparaître une image globalement positive des SSTI, qui s'accompagne toutefois d'un manque de connaissances sur les missions qu'ils assurent et de fortes critiques. Certains aspects comme leur réactivité ou le coût des cotisations font

par ailleurs l'objet d'opinions négatives. Un effort important a été entrepris par les SSTI pour rendre leur offre de service plus claire et mieux portée à connaissance, mais il n'en reste pas moins une ambiguïté sur leur capacité à assurer ces prestations si le nombre d'entreprises y recourant était en forte progression, notamment s'agissant des TPE.

S'agissant des cotisations, le passage progressif au *per capita*<sup>2</sup>, en application stricte de la loi, a pu jouer en la défaveur des SSTI, en favorisant la comparaison entre le coût annuel par salarié (100€ en moyenne) et celui d'une consultation médicale. Or, cette comparaison n'est pas pertinente, la cotisation étant forfaitaire « quel que soit le nombre de visites » et incluant les actions en milieu de travail et de maintien dans l'emploi. Il n'en reste pas moins que le coût des cotisations est très dispersé entre les SSTI (de 70 à 160€), et que la justification de ces écarts est essentiellement historique : les cotisations sont fixées à un niveau qui permet de financer les charges et d'assurer un équilibre ou un excédent de gestion. La mission n'a pas trouvé de corrélation entre le coût des SSTI visités et le taux de salariés en SIR ou recevant une visite chaque année. En l'absence d'éléments indiscutables de comparaison avec d'autres organismes, à l'exception des services de santé autonomes, en moyenne plus coûteux avec un taux d'encadrement de médecins du travail beaucoup plus élevé, rien ne permet d'infirmier ou de confirmer l'idée selon laquelle le coût de prise en charge des salariés par les SSTI serait exorbitant. En revanche, le constat exprimé par la Cour des comptes d'une forme « d'aisance financière » des SSTI est confirmé par la mission, la relative stabilité des coûts et des cotisations permettant une gestion de trésorerie et la constitution de réserves à des niveaux parfois plus confortables que prudentiels.

Afin de garantir la bonne gestion des SSTI, la mission propose de renforcer et d'encadrer la fixation des cotisations par un tunnel ou un autre dispositif, après une enquête sur la décomposition et les déterminants des coûts auprès d'un panel de SSTI.

### **L'absence de véritable tête de réseau, d'un pilotage satisfaisant et de systèmes d'information interopérables contribue à freiner l'amélioration de l'action des SSTI**

Si PRÉSANSE est un acteur central dans le paysage des SSTI et joue à la fois un rôle de négociateur de branche, d'expert, d'animateur et de porteur de projets, cette association n'est pas considérée comme une tête de réseau par les parties prenantes et ne peut engager collectivement l'ensemble des SSTI ou même l'ensemble de ses adhérents.

Le « pilotage » des SSTI repose donc largement sur les DIRECCTE, coordonnées par la DGT, qui rencontrent des difficultés à remplir cette mission de manière satisfaisante faute de moyens juridiques et humains adaptés. Les agréments, fondés sur une politique régionale et principaux outils de discussion avec les SSTI, n'ont qu'une portée limitée sur l'amélioration du fonctionnement des services non conformes. Si le développement de la certification doit venir à moyen terme alléger le travail des DIRECCTE, l'agrément devrait être conservé car il constitue un outil de restructuration territoriale et une autorisation d'exercice, là où la certification ne porte que sur la conformité du fonctionnement et des prestations. L'instruction des agréments repose néanmoins sur des effectifs en diminution dans les DIRECCTE, particulièrement pour les médecins inspecteurs régionaux du travail (MIRT). La mission propose donc d'engager un plan de résorption priorisé des vacances de postes de MIRT et de les recentrer sur le suivi médicotechnique.

Pour autant, certaines DIRECCTE ont su saisir les opportunités créées par les réformes pour animer des démarches collectives en s'appuyant sur les CROCT (Comités régionaux d'orientation des

---

<sup>2</sup> Répartition du financement entre les entreprises au prorata des salariés couverts en ETP.

conditions de travail) les plus dynamiques, mais aussi pour adopter des orientations régionales plus exigeantes pour la politique d'agrément.

Prolongeant un lent mouvement de regroupement, les fusions de services se sont poursuivies à un rythme accéléré, 30 d'entre elles étant intervenues entre 2015 et 2019. Toutefois, les SSTI restent très disparates dans leur taille et leur périmètre d'intervention, et tous n'ont pas la même capacité à bien remplir leurs missions. Pour cette raison, la mission propose qu'un cadre national soit défini et concerté pour la mise en place d'une nouvelle politique d'agrément à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2022, impliquant, auparavant, un réexamen de l'ensemble des agréments des SST.

Les CPOM de 1<sup>ère</sup> génération conclus entre les DIRECCTE, les CARSAT et près de 8 SSTI sur 10 sont un second outil d'implication des SSTI. Les acteurs concernés s'en sont diversement emparés, avec des actions en nombre trop important et peu évaluables. La 2<sup>ème</sup> génération de CPOM a fait l'objet d'un travail de préparation sérieux prenant en compte ces défauts. La mission propose l'ajout d'un volet performances aux CPOM avec des incitations financières ainsi que l'expérimentation dans une région de la fusion de l'agrément et du CPOM dans une instruction et une négociation unique menée avec les SSTI par la DIRECCTE et le réseau de la branche AT-MP.

Pour assurer un meilleur pilotage du système, la mission recommande la mise en place d'une « Alliance pour la santé au travail » réunissant l'État, la CNAM, l'INRS, l'OPPBT, l'ANACT et une représentation des SSTI à créer, cadre de coopération visant à préciser la contribution de chacun des acteurs participant aux objectifs de la politique nationale de santé au travail et à présenter le bilan de leurs actions. S'agissant des SSTI, les actions à mener et leur suivi s'appuieraient sur des objectifs et des indicateurs d'activité, de résultats ou d'efficacité fixés par un « Groupe permanent de suivi des SSTI » réunissant la DGT, la CNAM et une représentation des SSTI issue d'une conférence nationale et de conférences régionales des présidents des SSTI et de leurs commissions de contrôle.

Autre conséquence de l'absence de lignes directrices et d'un véritable fonctionnement en réseau, la grave lacune constatée en termes de systèmes d'information consolidés et interopérables est une véritable perte de chance à la fois pour la qualité du suivi de la santé des salariés les plus fragiles et mobiles, pour le suivi des risques et expositions identifiés, pour le pilotage de l'activité des SSTI et, enfin, pour le suivi épidémiologique. Cette absence nuit également au pilotage des politiques nationales et régionales de santé au travail et de prévention des risques professionnels, et au lien avec les acteurs sanitaires. La mission propose la définition de normes de fonctionnalités et d'interopérabilité entre les SI des SSTI, qui seraient autorisés à utiliser l'INS (Identifiant national de santé) et dont les médecins pourraient consulter le DMP (Dossier médical partagé). Ce système d'information permettrait ainsi de recueillir et d'exploiter les remontées des SSTI.

**Compatibles avec différents schémas de réorganisation à venir du système tout en étant très structurantes pour les SSTI, les recommandations de la mission appellent un calendrier de mise en œuvre resserré, sur 3 ans. Le bilan des évolutions pourra être évalué dans le cadre d'une mission inscrite au programme d'activité de l'IGAS en 2023.**





## RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
<b>Mettre en œuvre des mesures visant à accroître la qualité globale et individuelle du service rendu</b>				
1	Redéfinir un socle de prestations de base en contrepartie de la cotisation, et permettre aux SSTI d'accomplir des prestations complémentaires sur demande des entreprises, sur la base d'une facturation complémentaire forfaitaire.	1	DGT en lien avec le COCT	de mars 2020 à septembre 2020 pour la définition de la doctrine
2	En sus des mesures proposées dans le cadre du rapport IGAS de 2017 sur la prévention de la désinsertion professionnelle des salariés malades ou handicapés, imposer à tous les SSTI de mettre en place une cellule de prévention de la désinsertion professionnelle et de maintien en emploi, éventuellement en la mutualisant.	1	DGT, DIRECCTE et réseau AT-MP (pour ce qui concerne les CPOM)	de septembre 2020 à janvier 2021
3	Développer un référentiel de certification des SSTI leur permettant de s'inscrire dans une logique d'amélioration continue et vérifiable des pratiques, en particulier médicotéchniques, articulée avec la procédure d'agrément	1	HAS ou COFRAC	de septembre 2020 à juin 2021
4	Mettre en place des indicateurs de satisfaction des entreprises adhérentes permettant de mesurer la perception de la qualité du service rendu à la fois du point de vue des employeurs, des salariés et des représentants du personnel	2	HAS ou Alliance de la santé au travail (cf. recommandation n°10)	De juin 2021 à juin 2022
<b>Optimiser les ressources et le fonctionnement des SSTI pour les appuyer dans l'atteinte de leurs objectifs</b>				
5	Remédier à la problématique de la démographie médicale en mettant en œuvre les recommandations issues du rapport IGAS de 2017 sur l'attractivité et la formation des professions de santé.	1	cf. Rapport IGAS	de mars 2020 à mars 2021
6	Promouvoir la télémédecine en précisant sa doctrine d'utilisation en santé au travail.	1	HAS	De juin 2020 à janvier 2021
7	Amplifier la mise en œuvre de la pluridisciplinarité en élargissant le périmètre d'intervention des IDEST, en assouplissant certaines exigences réglementaires et en assurant la diffusion de bonnes pratiques.	1	DGT, DGOS, HAS	De mars 2020 à septembre 2020

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
8	Dans le cadre d'une concertation <i>ad hoc</i> , clarifier les conditions d'exercice médical en santé au travail, en cohérence avec les orientations des projets de service des SSTI.	1	DGT, DGS, en lien avec le CNOM	De mars 2020 à septembre 2020
<b>Améliorer la transparence de la gestion des SSTI</b>				
9	Assurer un meilleur taux de couverture des SSTI, en matière de contrôle, en mobilisant davantage les compétences des différents acteurs	1	IGAS, juridictions financières	1 <sup>er</sup> janvier 2021
10	Encadrer davantage la fixation et l'évolution des cotisations, par un tunnel ou un autre dispositif, après avoir procédé sur un panel de SSTI à une enquête sur les déterminants des coûts et des niveaux de cotisation	2	DGT, DARES, PRÉSANSE	De septembre 2020 à juin 2021
<b>Renforcer le pilotage des SSTI et la coopération avec les autres acteurs intervenant dans le champ de la prévention</b>				
11	Créer un cadre de partenariat régulier et formalisé entre l'Etat, la CNAM, l'INRS, l'OPPBTP, l'ANACT et une représentation des SSTI permettant la coordination et le suivi des actions mettant en œuvre les objectifs de la politique nationale de santé au travail et, via un Groupe permanent de suivi, afin de donner plus de cohérence et de transparence à l'intervention des SSTI.	1	Alliance pour la santé au travail (DGT, DGS, CNAM, INRS, OPPBTP, ANACT, représentation des SSTI)	De mars à juin 2020
12	Définir, recueillir et suivre des indicateurs d'activité et de gestion permettant un pilotage plus resserré des SSTI : - Saisir le COCT en vue d'arrêter, dans les six prochains mois, les indicateurs de suivi de l'activité des SSTI ; - Unifier, dans un SI, les informations actuellement contenues dans les rapports d'activité financière et les rapports d'activité médicale pour en permettre une exploitation systématique et harmonisée ; - Mettre en place un système d'information permettant aux DIRECCTE et au Groupe national de pilotage prévu en recommandation n°10 de recueillir et d'exploiter les remontées des SSTI d'ici le 1 <sup>er</sup> janvier 2022.	1	DGT, en lien avec le COCT	De septembre 2020 au 1 <sup>er</sup> janvier 2022
13	Définir et mettre en œuvre un cadre national de la nouvelle politique d'agrément pour une prise d'effet le 1 <sup>er</sup> janvier 2022, selon les échéances intermédiaires suivantes : - Saisir le COCT en vue de définir, au plus tard dans les six prochains mois, un cadre national d'agrément des SST ; - Confier aux CROCT l'élaboration des diagnostics territoriaux servant de base aux décisions que les DIRECCTE pourront prendre en matière d'agrément d'ici le 1 <sup>er</sup> juillet 2021.	1	DGT, DIRECCTE	De septembre 2020 au 1 <sup>er</sup> juillet 2021

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
14	<p>En parallèle du développement de la certification des SSTI, susceptible de leur apporter une aide, renforcer la capacité des DIRECCTE à animer la politique régionale des SSTI,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Organiser des sessions d'échange de bonnes pratiques entre SSTI ainsi qu'un suivi de l'activité de chacun des SSTI à mi-parcours de la période d'agrément</li> <li>- Engager un plan de résorption priorisé des vacances de postes de MIRT en 2020 et 2021</li> <li>- Diversifier les compétences au sein des DIRECCTE pour analyser l'activité des SSTI et suivre le déploiement du nouveau système d'information</li> </ul>	1	DGT, DIRECCTE	De mars 2020 au 31 décembre 2021
15	<p>Renégocier les CPOM conclus entre DIRECCTE, CARSAT et SSTI en :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettant en place un volet « performance » au sein du CPOM pouvant mobiliser des crédits pour accompagner les SSTI, et expérimenter la mise en place d'incitations financières ;</li> <li>- Expérimentant dans une région et pendant une durée limitée la fusion de l'agrément et du CPOM des SSTI dans le cadre d'une procédure d'instruction et de négociation unique menée par la DIRECCTE et la CARSAT.</li> </ul>	2	DGT, CNAM	1 <sup>er</sup> janvier 2021
16	Renforcer l'implication des représentants des employeurs et des représentants des salariés au sein des instances, au travers d'un mode de gouvernance simplifié, d'une meilleure information des entreprises adhérentes, et d'une formation plus adaptée des membres de ces instances.	2	DGT, OS, OP	1 <sup>er</sup> janvier 2021
17	Elaborer une charte de déontologie des membres des instances des SSTI.	3	COCT	de janvier à décembre 2021
<b>Mettre en place un SI recueillant des informations et permettant le partage de données individuelles entre SSTI ainsi que l'exploitation de données</b>				
18	Mettre en place une norme de fonctionnalités et d'interopérabilité commune à l'ensemble des SI des SSTI, permettant d'une part l'échange de données individuelles entre SSTI avec l'accord des salariés, et d'autre part le suivi de l'activité, de la gestion et d'indicateurs épidémiologiques.	1	DGT, CNAM	De mars 2020 à décembre 2020
19	Permettre aux SSTI d'utiliser l'identifiant national de santé (INS) pour permettre les échanges de données individuelles.	1	DGOS, Délégation au numérique en santé, ASIP, DGT	Mars 2020

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
20	Ouvrir la possibilité pour les médecins du travail de consulter le DMP avec l'accord du salarié.	2	CNAM, Délégation au numérique en santé	Mars 2020
<b>L'ensemble de ces recommandations s'inscrit dans un calendrier resserré dont le respect apparaît nécessaire pour mettre le système actuel sous tension et le réformer</b>				
21	Inscrire au programme d'activité de l'IGAS une mission d'évaluation du bilan des évolutions des SSTI en 2023.	1	IGAS	1 <sup>er</sup> janvier 2024

## SOMMAIRE

<b>SYNTHESE</b> .....	<b>3</b>
<b>RECOMMANDATIONS DE LA MISSION</b> .....	<b>9</b>
<b>RAPPORT</b> .....	<b>15</b>
<b>1 LES SSTI, ACTEURS DE PROXIMITE MAJEURS DE LA SANTE AU TRAVAIL, OBEISSENT A DES REGLES DE GOUVERNANCE PARTICULIERES ET MOBILISENT DES COMPETENCES DIVERSIFIEES</b> .....	<b>17</b>
1.1 CRES A L'INITIATIVE DES EMPLOYEURS, RESPONSABLES DE LA SANTE ET DE LA SECURITE AU TRAVAIL DE LEURS SALARIES, LES SERVICES DE SANTE AU TRAVAIL ONT POUR MISSION D'ACCOMPAGNER LES EMPLOYEURS COMME LES TRAVAILLEURS.....	17
1.2 CONSTITUES SOUS STATUT ASSOCIATIF, LES SSTI OBEISSENT A DES REGLES DE GOUVERNANCE PARTICULIERES.....	19
1.2.1 <i>Les SSTI sont des associations constituées à l'initiative des employeurs pour remplir leurs obligations</i> .....	19
1.2.2 <i>Les SSTI ont des règles de gouvernance particulières</i> .....	20
1.3 VERITABLES ACTEURS DE PROXIMITE EN SANTE AU TRAVAIL, LES SSTI FORMENT UN PAYSAGE HETEROGENE.....	22
1.3.1 <i>Le territoire français est maillé de 235 SSTI, dont le nombre diminue sous l'effet des fusions</i> .....	22
1.3.2 <i>Assurant le suivi de plus de 16 millions de salariés, les SSTI comptent 80 % de très petites entreprises parmi leurs adhérents</i> .....	24
1.3.3 <i>Principalement interprofessionnels, les SSTI comptent parmi eux des services spécialisés dans un secteur d'activité</i> .....	25
<b>2 DANS UN CONTEXTE DE RARETE DE LA RESSOURCE MEDICALE ET DE VOLONTE D'INTENSIFIER LA PREVENTION, LES MISSIONS DES SSTI ET LEUR MODE DE FONCTIONNEMENT ONT EVOLUE, POUR DES RESULTATS CONTRASTES</b> .....	<b>25</b>
2.1 CONFRONTES A LA RAREFACTION DE LA RESSOURCE MEDICALE, LES SSTI MOBILISENT DIFFERENTS LEVIERS POUR MAXIMISER LES EFFECTIFS DE MEDECINS DU TRAVAIL.....	25
2.1.1 <i>La démographie des médecins du travail est marquée par une forte baisse des effectifs et un vieillissement de la population</i> .....	25
2.1.2 <i>Les SSTI rencontrés mobilisent différents leviers pour attirer les médecins du travail</i> .....	27
2.2 LES REFORMES SUCCESSIVES DE LA SANTE AU TRAVAIL ONT CHERCHE A DEGAGER DES MARGES DE MANOEUVRE AFIN DE PERMETTRE AUX SSTI DE MIEUX REMPLIR LEURS MISSIONS.....	30
2.2.1 <i>La pluridisciplinarité, à la mise en œuvre disparate selon les SSTI et les professionnels de santé, vise à développer la prévention et à mobiliser la ressource médicale de manière plus efficiente</i> .....	30
2.2.2 <i>Les modalités de suivi individuel ont évolué afin de recentrer l'intervention des SSTI sur les salariés confrontés à des risques ou des problématiques de santé particuliers</i> .....	37
2.3 LE REDEPLOIEMENT DE L'ACTIVITE DES PROFESSIONNELS DE SANTE VERS DES ACTIONS EN MILIEU DE TRAVAIL RESTE DIFFICILE A MESURER ET FAIT APPARAITRE DE FORTES DISPARITES ENTRE SSTI.....	39
2.3.1 <i>Les actions en milieu de travail, orientées sur de la prévention et du maintien dans l'emploi, constituent une composante essentielle des missions des SSTI</i> .....	39
2.3.2 <i>Si l'évaluation quantitative des actions en milieu de travail apparaît délicate, l'investissement dans ce type d'actions est disparate d'un SSTI à l'autre</i> .....	40
<b>3 MALGRE UNE IMAGE GLOBALEMENT POSITIVE, LES SSTI FONT L'OBJET DE CRITIQUES SUR LE SERVICE RENDU ET LE MONTANT DES COTISATIONS, DONT LA DISPERSION ET LA CONSTRUCTION PEINENT A ETRE EXPLIQUES DE MANIERE OBJECTIVE</b> .....	<b>47</b>
3.1 LES SSTI FONT L'OBJET DE NOMBREUSES CRITIQUES, DE LA PART DES EMPLOYEURS COMME DES SALARIES, ET D'UNE MECONNAISSANCE DES MISSIONS DES SSTI AU-DELA DES VISITES.....	47
3.1.1 <i>Les enquêtes montrent une satisfaction globale non exempte de fortes critiques</i> .....	47
3.1.2 <i>La mauvaise perception de leurs prestations a poussé les SSTI à améliorer leur visibilité</i> .....	49
3.1.3 <i>Le coût et l'efficacité des SSTI sont souvent questionnés</i> .....	52
3.1.4 <i>En l'absence d'éléments indiscutables de comparaison, il est difficile de juger le rapport coût / efficacité des SSTI</i> .....	58
3.2 LA VOLONTE DES EMPLOYEURS ET DES SALARIES DE S'APPUYER SUR LES INSTANCES DE GOUVERNANCE POUR EN INFLECHIR LA STRATEGIE OU LES INTERVENTIONS RESTE FAIBLE.....	62
3.2.1 <i>Les SSTI ont une vraie difficulté à mobiliser et faire vivre les instances</i> .....	62
3.2.2 <i>On note souvent un accord entre représentants patronaux et syndicaux au sein des instances</i> .....	66

3.2.3	<i>Une pression est parfois exercée par les adhérents, dans un cadre peu formalisé.....</i>	67
<b>4</b>	<b>SANS VERITABLE TETE DE RESEAU RECONNUE, LES SSTI SONT INSUFFISAMMENT PILOTES ET OUTILLES.....</b>	<b>68</b>
4.1	LES SSTI N'ONT PAS DE VERITABLE TETE DE RESEAU RECONNUE POUR LES REPRESENTER.....	68
4.1.1	<i>PRÉSANSE est un acteur central dans le paysage des SSTI, sans toutefois être considéré comme une tête de réseau par les parties prenantes .....</i>	68
4.1.2	<i>Nonobstant la prise de distance des partenaires sociaux, PRÉSANSE joue un rôle d'animateur de projets ....</i>	69
4.2	AVANT TOUT REGIONALE, LA REGULATION DES SSTI REPOSE EN PREMIER LIEU SUR LES DIRECCTE, QUI RENCONTRENT DES DIFFICULTES A REMPLIR CETTE MISSION DE MANIERE SATISFAISANTE .....	71
4.2.1	<i>La politique régionale d'agrément, principal outil de régulation des SSTI pour les DIRECCTE, n'a qu'une portée limitée sur l'amélioration du fonctionnement des SSTI .....</i>	71
4.2.2	<i>Au-delà de la politique d'agrément, la régulation des SSTI assurée par les DIRECCTE fait apparaître plusieurs angles morts.....</i>	76
4.2.3	<i>Les CPOM, conclus entre DIRECCTE, CARSAT et SSTI, constituent un deuxième outil de régulation dont les acteurs concernés se sont emparés de manière très diverse.....</i>	78
4.3	L'ABSENCE D'UN VERITABLE PILOTAGE NATIONAL DES SERVICES DE SANTE AU TRAVAIL NUIT A L'EFFICACITE DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE DE SANTE AU TRAVAIL .....	85
4.3.1	<i>Les DIRECCTE manquent de lignes directrices pour mener des politiques cohérentes.....</i>	85
4.3.2	<i>L'absence d'un système d'information unifié ne permet pas l'exploitation de données au niveau national et régional à des fins de pilotage.....</i>	85
<b>5</b>	<b>FACE A CES CONSTATS QUI APPELLENT DES EVOLUTIONS PROFONDES, LA MISSION FORMULE DES PRECONISATIONS VALABLES QUEL QUE SOIT LE SCHEMA DE REFORME RETENU .....</b>	<b>88</b>
5.1	LE RAPPORT LECOCQ AINSI QUE LES TRAVAUX ET CONCERTATIONS QUI L'ONT SUIVI ONT ENGENDRE UNE FORME D'EBULLITION DES ACTEURS MAIS AUSSI UN ATTENTISME PARFOIS BLOQUANT .....	88
5.1.1	<i>Le rapport LECOCQ consacre des développements importants aux SSTI.....</i>	89
5.1.2	<i>Les discussions engagées au sein du COCT à la suite du rapport LECOCQ n'ont pas encore permis d'aboutir à l'engagement d'une négociation.....</i>	90
5.2	L'AMELIORATION DE L'ORGANISATION ET DU FONCTIONNEMENT DES SSTI, SI ELLE APPARAIT NECESSAIRE, DOIT S'APPUYER SUR UN SOCLE DE PRINCIPES LARGEMENT PARTAGES.....	91
5.3	LES RECOMMANDATIONS DE LA MISSION S'ORGANISENT AUTOUR DE CINQ BLOCS PRINCIPAUX .....	93
5.3.1	<i>Accroître la qualité globale et individuelle du service rendu .....</i>	93
5.3.2	<i>Optimiser les ressources et le fonctionnement des SSTI pour les appuyer dans l'atteinte de leurs objectifs... ..</i>	97
5.3.3	<i>Améliorer la transparence de la gestion des SSTI.....</i>	100
5.3.4	<i>Renforcer le pilotage des SSTI et la coopération avec les autres acteurs intervenant dans le champ de la prévention .....</i>	101
5.3.5	<i>Mettre en place des systèmes d'information permettant le recueil des informations et le partage de données individuelles entre SSTI ainsi que l'exploitation de données.....</i>	108
5.3.6	<i>L'ensemble de ces recommandations s'inscrit dans un calendrier resserré dont le respect apparaît nécessaire pour mettre le système actuel sous tension et le réformer .....</i>	109
	<b>LISTE DES ANNEXES .....</b>	<b>111</b>
	<b>ANNEXE 1 : PANORAMA NATIONAL DES SSTI .....</b>	<b>113</b>
	<b>ANNEXE 2 : PANORAMA DE L'ECHANTILLON DE SSTI .....</b>	<b>119</b>
	<b>ANNEXE 3 : ANALYSE DU QUESTIONNAIRE ADRESSE AUX ENTREPRISES ADHERENTES DES SSTI DE L'ECHANTILLON .....</b>	<b>127</b>
	<b>ANNEXE 4 : ORGANISATION ET ACTIVITE DE LA MSA EN MATIERE DE SANTE AU TRAVAIL ET DE PREVENTION DES RISQUES .....</b>	<b>151</b>
	<b>ANNEXE 5 : INITIATIVES DE SPECIALISATION SUR DES BRANCHES ET POPULATIONS PARTICULIERES .....</b>	<b>153</b>
	<b>LISTE DES PERSONNES RENCONTREES .....</b>	<b>161</b>
	<b>SIGLES UTILISES .....</b>	<b>179</b>

# RAPPORT

## Introduction

Dans le cadre de son programme d'activité pour l'année 2019, l'IGAS a inscrit une mission d'évaluation des services de santé au travail interentreprises (SSTI), conduite par Delphine CHAUMEL, Antoinette ROUSTEAU, Jean-Philippe VINQUANT et Benjamin MAURICE. Engagée par la lettre du 22 juillet 2019, la mission vise à analyser le fonctionnement de ces services – en particulier à objectiver l'usage des ressources dont ils bénéficient - et à formuler des recommandations visant à améliorer l'efficacité de la politique publique relative à la santé au travail.

Depuis la loi fondatrice du 11 octobre 1946, relative à l'organisation des services médicaux du travail, qui crée ces services chargés d'assurer par délégation de l'employeur une partie de ses responsabilités en matière de santé et de sécurité au travail en contrepartie d'une cotisation d'adhésion, l'organisation actuelle du système est issue de réformes successives<sup>3</sup> qui ont fait évoluer progressivement le système en vue d'apporter des réponses au double défi posé par la démographie médicale et la nécessité de développer la prévention des risques professionnels.

Si depuis plusieurs années, de nombreux acteurs estiment que ce système reposant sur les SSTI a atteint ses limites, la mission d'évaluation de l'IGAS s'inscrit dans un contexte de volonté réformatrice de l'ensemble des acteurs.

C'est le rapport présenté par Mme Charlotte LECOCQ, MM. Bruno DUPUIS et Henri FOREST qui a proposé en 2018 la refonte la plus radicale, recommandant la mise en place d'une structure nationale de pilotage de la prévention assurant le pilotage des structures régionales de prévention (CARSAT, OPPBTP (Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics), ARACT (Agences régionales pour l'amélioration des conditions de travail) et des SSTI. Ce rapport suscitant de vives réactions – en particulier de la part des organisations d'employeurs –, la Ministre du travail a invité les partenaires sociaux à identifier les sujets de négociation et de concertation au niveau interprofessionnel, tout en confiant une mission d'appui à MM. Stéphane SEILLER, Christian EXPERT et Hervé LANOUZIÈRE. Partant du constat de l'échec des discussions entre les partenaires sociaux en juillet 2019, des positions communes des organisations patronales d'un côté, et des syndicats de salariés de l'autre, ont permis d'identifier un socle d'accord, parfois très minimal, par rapport au système actuel et aux évolutions souhaitables.

Par ailleurs, une mission du Sénat a établi, en octobre 2019, un diagnostic et des schémas d'évolution qui, s'ils poursuivent des objectifs proches de ceux du rapport LECOCQ, sont plus conservateurs et plus acceptables par les organisations d'employeurs.

En fin d'année 2019, le président du MEDEF a proposé aux partenaires sociaux d'ouvrir une négociation interprofessionnelle sur les conditions de travail et la santé au travail, durant le premier semestre 2020. C'est dans cette perspective que l'ensemble des acteurs s'inscrit, avec le souhait de voir cette négociation interprofessionnelle déboucher sur des dispositions à caractère législatif qui pourraient figurer dans le projet de loi portant diverses mesures d'ordre social qui a été présenté en Conseil des ministres le 13 novembre 2019.

---

<sup>3</sup> Notamment les lois n°2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, n°2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail et n°2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels

Dans le cadre de sa démarche d'évaluation – et non de contrôle – la mission a d'abord effectué un déplacement « test » dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Elle a arrêté une méthodologie qui l'a conduite à privilégier une approche de terrain avec des déplacements dans quatre régions – sélectionnées à partir d'une analyse multicritères croisant des données sur la fréquence des accidents du travail, la densité des SSTI ainsi que la part de CPOM signés - et, à l'intérieur de celles-ci, des visites de trois SSTI - choisis en tenant compte de la date et de la durée de leur agrément, de la signature du CPOM, de la spécialisation et de la taille du service, de leur situation monopolistique ou concurrentielle, du caractère urbain ou rural de leur zone géographique. Les régions et SSTI évalués sont listés ci-dessous :

- En Île-de-France : le CIAMT, OSTRAL et le CMSM ;
- En Bretagne : l'AMIEM, l'AIST 22 et le SP BTP 35 (spécialisé dans le BTP) ;
- En Auvergne Rhône-Alpes : l'ASTGL, le SSTI 03 et le ST BTP42 (spécialisé dans le BTP) ;
- En Grand-Est : l'ALSMT, le GISMA et le SPST.

Dans chaque région, des rencontres ont également été organisées avec la DIRECCTE, la CARSAT, les membres du CROCT, parfois l'ARACT et l'OPPBTP.

En plus des entretiens menés au niveau régional et national, la mission a adressé un questionnaire aux DIRECCTE visant à recueillir les principales données concernant les SSTI, et un autre questionnaire destiné à recueillir l'avis d'un échantillon d'entreprises adhérant aux SSTI rencontrés ainsi que de leurs secrétaires des CSE (Comité social et économique) / CHSCT (Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail) pour celles d'entre elles qui en sont dotées.

La mission n'aborde pas de manière approfondie le sujet des services de santé autonomes ni le suivi de la santé au travail des agents de la fonction publique, dont le pilotage, les moyens et les problématiques diffèrent de ceux des SSTI.

Au terme de ses travaux, la mission fait les constats suivants :

- Acteurs de proximité majeurs de la santé au travail, les SSTI obéissent à des règles de gouvernance particulières et mobilisent des compétences diversifiées (1<sup>ère</sup> partie) ;
- Dans un contexte de rareté de la ressource médicale et de volonté d'intensifier la prévention, les missions des SSTI et leur mode de fonctionnement ont évolué, pour des résultats contrastés (2<sup>ème</sup> partie) ;
- Malgré une image globalement positive, les SSTI font l'objet de critiques sur le service rendu et le montant des cotisations, dont la dispersion et la construction peinent à être expliqués de manière objective (3<sup>ème</sup> partie) ;
- Sans véritable tête de réseau reconnue, les SSTI sont insuffisamment pilotés et outillés (4<sup>ème</sup> partie).

Partant des constats opérés à l'issue des déplacements qu'elle a effectués, la mission formule ensuite des recommandations qui sont valables quel que soit le schéma de réforme voulu (5<sup>ème</sup> partie).



## 1 Les SSTI, acteurs de proximité majeurs de la santé au travail, obéissent à des règles de gouvernance particulières et mobilisent des compétences diversifiées

### 1.1 Créés à l’initiative des employeurs, responsables de la santé et de la sécurité au travail de leurs salariés, les services de santé au travail ont pour mission d’accompagner les employeurs comme les travailleurs

L’employeur est responsable de la santé et de la sécurité au travail des salariés. Il lui revient de prendre toutes les mesures nécessaires pour assurer leur sécurité et protéger leur santé physique et mentale. Ces mesures comprennent des actions de prévention des risques professionnels, des actions d’information et de formation et la mise en place d’une organisation et de moyens dédiés<sup>4</sup>. Une obligation de résultat en matière de sécurité, que la jurisprudence de la Cour de cassation a établie pour la nuancer ces dernières années, pèse ainsi sur lui<sup>5</sup>.

Si la médecine du travail émerge progressivement en France avant la seconde guerre mondiale, c’est la loi du 11 octobre 1946 relative à l’organisation des services médicaux du travail<sup>6</sup> qui l’impose et en édicte les principes fondamentaux. Elle crée ainsi l’obligation, pour les entreprises, de créer et de financer des « *services médicaux du travail* », assurés par des médecins du travail dont « *le rôle exclusivement préventif consiste à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail, notamment en surveillant les conditions d’hygiène du travail, les risques de contagion et l’état de santé des travailleurs* ». Ces services évoluent, au travers de la loi du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, vers la dénomination de « *services de santé au travail* », traduisant la volonté d’insister sur une approche pluridisciplinaire de la prévention des risques professionnels mais aussi sur l’objectif de promouvoir le bien-être au travail, C’est donc au travers des services de santé au travail (SST) que la médecine du travail est organisée dans notre pays.

Selon la taille des entreprises, ces services peuvent prendre deux formes différentes :

- Soit un service propre à l’entreprise (service de santé au travail autonome - SSTA) uniquement si ses effectifs franchissent le seuil de 500 salariés<sup>7</sup> ;
- Soit un service regroupant plusieurs employeurs (service de santé au travail interentreprises - SSTI) à adhésion obligatoire pour les entreprises de moins de 500 salariés, et pour les entreprises n’ayant pas mis en place un service de santé au travail autonome.

Quelle que soit leur forme, les dépenses afférentes à ces services sont intégralement à la charge des employeurs, les frais étant répartis proportionnellement au nombre de salariés lorsque les entreprises adhèrent à un SSTI<sup>8</sup>.

Les missions des SST sont fixées par l’article L. 4622-2 du code du travail. Les SST :

« 1° Conduisent les actions de santé au travail, dans le but de préserver la santé physique et mentale des travailleurs tout au long de leur parcours professionnel ;

<sup>4</sup> Article L.4121-1 du code du travail

<sup>5</sup> C. Cass, Ch. Soc, 22 février 2009, n°99-18389

<sup>6</sup> Codifiée aux articles L.4621-1et suivants du code du travail

<sup>7</sup> Articles D.4622-5 et D.4622-14 du code du travail

<sup>8</sup> Article L.4622-6 du code du travail

2° Conseillent les employeurs, les travailleurs et leurs représentants sur les dispositions et mesures nécessaires afin d'éviter ou de diminuer les risques professionnels, d'améliorer les conditions de travail, de prévenir la consommation d'alcool et de drogue sur le lieu de travail, de prévenir le harcèlement sexuel ou moral, de prévenir ou de réduire les effets de l'exposition aux facteurs de risques professionnels mentionnés à l'article L.4161-1 et la désinsertion professionnelle et de contribuer au maintien dans l'emploi des travailleurs ;

3° Assurent la surveillance de l'état de santé des travailleurs en fonction des risques concernant leur santé au travail et leur sécurité et celle des tiers, des effets de l'exposition aux facteurs de risques professionnels mentionnés à l'article L. 4161-1 et de leur âge ;

4° Participent au suivi et contribuent à la traçabilité des expositions professionnelles et à la veille sanitaire. »

Ces missions doivent être assurées par au moins une équipe pluridisciplinaire de santé au travail depuis la loi du 20 juillet 2011, renforcée par la loi du 8 août 2016. Les textes listent les professionnels exerçant au sein de cette EP, mais n'en définissent pas de composition type.

« Animée et coordonnée par le médecin du travail », celle-ci comprend également<sup>9</sup> :

- Des personnels médicaux :
  - Collaborateurs médecins,
  - Internes en médecine du travail ;
- Des infirmiers diplômés d'Etat spécialisés en santé au travail (IDEST), professionnels de santé paramédicaux : l'infirmier recruté par un service de santé au travail, après avis du médecin du travail, doit nécessairement être diplômé d'Etat ; s'il n'a pas suivi de formation en santé au travail, l'employeur l'y inscrit au cours des douze mois qui suivent son recrutement et favorise sa formation continue. Cette formation peut être en pratique pour les IDEST celle de l'AFOMETRA<sup>10</sup> (Organisme de formation continue en santé au travail, non diplômante), et/ou, parfois dans un deuxième temps, un DIU de santé au travail ou une licence professionnelle Métiers de la santé au travail. Dans le respect des dispositions des articles R. 4311-1 et suivants du Code de la santé publique, l'infirmier exerce ses missions propres, ainsi que celles définies par le médecin du travail, étant entendu que sa mission est exclusivement préventive.
- Des préventeurs de métiers divers :
  - Les assistants de service de santé au travail (ASST) - apparus à la suite de la réforme de 2011- voient leurs missions définies par le code du travail : ainsi l'ASST « apporte une assistance administrative au médecin du travail et aux autres membres de l'équipe pluridisciplinaire dans leurs activités. Il contribue également à repérer les dangers et à identifier les besoins en santé au travail, notamment dans les entreprises de moins de vingt salariés. Il participe à l'organisation, à l'administration des projets de prévention et à la promotion de la santé au travail et des actions du service dans ces mêmes entreprises. » Cette catégorie de professionnels englobe trois déclinaisons de ce métier dans le cadre de la convention collective des SSTI, à savoir :
    - L'assistant de l'équipe pluridisciplinaire, qui assure un rôle d'assistance administrative (documents, préparation des interventions) et des missions de relation et d'information auprès des adhérents (y compris suivi des interventions),

---

<sup>9</sup> Article L.4622-8 du code du travail

<sup>10</sup> Organisme de formation agréé piloté par Présanse – voir les précisions en partie 4.1.1.

- Le secrétaire médical, qui assiste l'équipe médicale dans ses fonctions de suivi individuel des salariés,
  - L'assistant de santé au travail (AST), qui effectue des actions en milieu de travail (repérage des dangers, identification des besoins, notamment dans les entreprises de moins de 20 salariés) dans un but exclusif de prévention, dans le cadre de la pluridisciplinarité.
- Des intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP) parmi lesquels on retrouve différentes qualifications et spécialités tels que les psychologues du travail, les ergonomes, les toxicologues, les statisticiens, les ingénieurs ou techniciens en hygiène, sécurité et environnement (HSE), etc. La réglementation prévoit que *l'IPRP « participe, dans un objectif exclusif de prévention, à la préservation de la santé et de la sécurité des travailleurs et à l'amélioration des conditions de travail. Dans ce cadre, il assure des missions de diagnostic, de conseil, d'accompagnement et d'appui, et communique les résultats de ses études au médecin du travail »*.

Les SSTI doivent comprendre un service social du travail ou se coordonner avec ceux des entreprises<sup>11</sup>. Le service social du travail d'un SSTI doit être « *animé par un assistant social du travail ou par un conseiller du travail* ».

## 1.2 Constitués sous statut associatif, les SSTI obéissent à des règles de gouvernance particulières

### 1.2.1 Les SSTI sont des associations constituées à l'initiative des employeurs pour remplir leurs obligations

Les SSTI sont constitués « *sous la forme d'un organisme à but non lucratif, doté[s] de la personnalité civile et de l'autonomie financière* »<sup>12</sup>. En pratique, ils prennent la forme d'associations loi de 1901 constituées entre employeurs<sup>13</sup>.

Conformément à la jurisprudence, les SSTI entrent dans la catégorie des organismes à but non lucratif, à gestion désintéressée, mais ayant une activité lucrative, ce qui emporte deux conséquences :

- Des conditions de transparence financière s'appliquent aux rémunérations des dirigeants des SSTI<sup>14</sup> ;
- Les SSTI sont assujettis aux impôts commerciaux, l'activité étant considérée par le juge comme lucrative, « *dès lors qu'elle a pour objet de fournir des services aux entreprises qui en sont membres dans l'intérêt de leur exploitation* »<sup>15</sup> .

---

<sup>11</sup> Articles L.4631-1, D. 4631-1 à D 4632-11 du code du travail

<sup>12</sup> Article D.4622-15 du code du travail

<sup>13</sup> Excepté dans l'ancienne région Alsace où les SSTI sont des associations loi 1903.

<sup>14</sup> Notamment la possibilité de rémunérer certains dirigeants explicitement fixée dans les statuts, la fixation du niveau de rémunération par délibération et vote de l'instance délibérative statutairement compétente hors de la présence du dirigeant concerné, l'indication dans une annexe aux comptes de l'organisme du montant des rémunérations versées à chacun des dirigeants concernés, etc.

<sup>15</sup> CE 20 juillet 1990, association pour l'action sociale de la Charente maritime (84 846 Lebon) ; CE 6 novembre 1995, service médical industriel de la Mayenne, association patronale des services médicaux du travail et centre interservices de santé et de médecine du travail en entreprise (147 388 Lebon)

Comme dans toute association loi de 1901, les SSTI sont dotés d'une assemblée générale rassemblant l'ensemble des adhérents, et les règles d'adhésion et de fonctionnement sont fixées dans les statuts et le règlement intérieur.

## 1.2.2 Les SSTI ont des règles de gouvernance particulières

### 1.2.2.1 Les SSTI sont dotés d'instances destinées à assurer un paritarisme mais aussi une surveillance par les différentes parties prenantes

Bien que les SSTI soient des associations, le code du travail instaure des règles de gouvernance spécifiques destinées à mettre en place une forme de paritarisme et de surveillance de leur fonctionnement par les entreprises adhérentes, que ce soit via les représentants des employeurs ou des salariés.

- En premier lieu, le SSTI est administré paritairement par un conseil d'administration (CA) dont les membres sont désignés pour 4 ans :
  - Il est composé pour moitié de représentants des employeurs désignés par les entreprises adhérentes, après avis des organisations professionnelles d'employeurs représentatives au plan national interprofessionnel ou professionnel, et pour moitié de représentants des salariés des entreprises adhérentes, désignés par les organisations syndicales représentatives au niveau national et interprofessionnel<sup>16</sup>.
  - Le président, qui dispose d'une voix prépondérante en cas de partage des voix, est en activité et élu parmi les représentants des employeurs. Cette règle, débattue lors des travaux parlementaires, découle « *naturellement des modalités de financement des services de santé, assuré exclusivement par les cotisations des entreprises adhérentes, et de la responsabilité des employeurs en matière de santé et de sécurité des salariés* »<sup>17</sup>. Néanmoins, elle conduit certaines des organisations syndicales représentatives membres du COCT rencontrées par la mission, à qualifier la gouvernance des SSTI de « *pseudo-paritaire* ».
  - Le trésorier est élu parmi les représentants des salariés. Cette organisation paritaire a été mise en place notamment pour assurer une plus grande transparence financière et un meilleur contrôle interne au sein des services de santé au travail.
- En second lieu, l'organisation du travail et la gestion des SSTI sont placées sous la surveillance soit d'un CSE interentreprises (constitué par les CSE intéressés), soit d'une commission de contrôle (CC), présidée par un représentant des salariés et composée aux deux tiers de représentants de salariés<sup>18</sup>. Si ces deux modalités de surveillance distinctes existent dans les textes, l'échantillon de SSTI sélectionné par la mission comportait uniquement des SSTI disposant d'une commission de contrôle – ce qui, de fait, ressort très majoritairement comme la modalité de surveillance privilégiée.

---

<sup>16</sup> Articles L.4622-11 ; D.4622-19 du code du travail. Ces organisations syndicales représentatives sont actuellement la CFDT, la CGT, Force Ouvrière, la CFE-CGC et la CFTC.

<sup>17</sup> Rapport n° 232 (2010-2011) de Mme Anne-Marie PAYET, fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 19 janvier 2011, dans le cadre de l'examen de la proposition de loi relative à l'organisation de la médecine du travail

<sup>18</sup> Article L.4622-12 du code du travail

Par ailleurs, le ou les délégués élus par les médecins du travail assistent aux réunions du CA ou de la CC avec voix consultative lorsque l'ordre du jour touche aux questions d'organisation et de missions médicales<sup>19</sup>.

Si les textes n'apportent pas de précisions particulières quant aux attributions du CA du SSTI, ils sont plus précis sur celles de la commission de contrôle. Ils listent les informations portées à sa connaissance<sup>20</sup>, prévoient qu'elle est consultée<sup>21</sup> sur le budget, la modification de la compétence géographique ou professionnelle, l'évolution des secteurs médicaux, le recrutement de médecins du travail, le licenciement de membres de l'équipe pluridisciplinaire, etc. Elle peut également faire toute proposition sur l'organisation, le fonctionnement, l'équipement et le budget du service<sup>22</sup>.

#### 1.2.2.2 Les SSTI sont dotés d'une commission médicotechnique, composée de membres élus des équipes pluridisciplinaires et souvent présidée par le directeur

Les SSTI ont la particularité d'être dotés d'une commission médicotechnique (CMT), composée de médecins du travail et d'autres membres des équipes pluridisciplinaires élus. Elle est chargée de formuler des propositions relatives aux priorités du service et aux actions à caractère pluridisciplinaire,<sup>23</sup> qui sont formalisées au travers du projet pluriannuel de service qu'elle élabore<sup>24</sup>. Elle est également consultée sur les questions relatives à la mise en œuvre des compétences pluridisciplinaires au sein du service de santé au travail, à l'équipement du service, à l'organisation des actions en milieu de travail, des examens médicaux et des entretiens infirmiers, à l'organisation d'enquêtes et de campagnes, aux modalités de participation à la veille sanitaire. Elle communique ses conclusions au conseil d'administration et, selon le cas, au comité interentreprises ou à la commission de contrôle, et les tient également à disposition du médecin inspecteur du travail<sup>25</sup>.

Si la commission médicotechnique est constituée à la diligence du président du service de santé au travail, les textes ne prévoient pas que le directeur dirige cette instance<sup>26</sup>. Le directeur est en effet chargé de mettre en œuvre, en lien avec l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail et sous l'autorité du président, les actions approuvées par le conseil d'administration dans le cadre du projet de service pluriannuel. Ainsi, le rôle qui lui est dévolu lui laisse peu de marges de manœuvre juridiques pour diriger les EP des SSTI, la CMT faisant parfois figure de contre-pouvoir, notamment lorsque le directeur essaie d'impulser des orientations non partagées par les médecins qui peuvent revendiquer leur indépendance professionnelle (cf. partie 2).

Cependant, la mission a pu constater qu'en pratique, les directeurs président les réunions de cette instance par délégation du président du SSTI. Dans un certain nombre de cas, les professionnels de santé assurant un rôle de coordinateur ou de référent sont invités de manière systématique à participer aux réunions de la commission médicotechnique afin qu'ils puissent assister aux débats et en faire une restitution.

---

<sup>19</sup> Article R.4623-16 du code du travail

<sup>20</sup> Articles D.4622-32 et D.4622-55 du code du travail. Le comité interentreprises ou la commission de contrôle se voit présenter, au plus tard à la fin du quatrième mois qui suit l'année pour laquelle il a été établi, le rapport annuel de l'employeur ou du président du service de santé au travail interentreprises relatif à l'organisation, au fonctionnement et à la gestion financière du service de santé au travail (Article D. 4622-54 du code du travail). Le comité ou la commission peut formuler des observations lors de cette présentation.

<sup>21</sup> Article D.4622-31 du code du travail

<sup>22</sup> Article D.4622-54 du code du travail

<sup>23</sup> Article L.4622-13 du code du travail

<sup>24</sup> Article L.4622-14 du code du travail

<sup>25</sup> Article D.4622-30 du code du travail

<sup>26</sup> Article D.4622-29 du code du travail

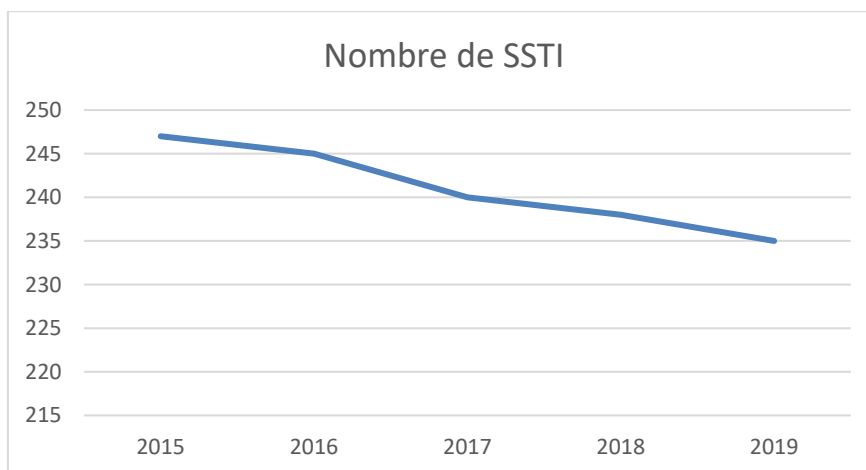
Il n'en demeure pas moins que les médecins apparaissent comme les interlocuteurs privilégiés des entreprises adhérentes, celles-ci n'ayant pas toujours le réflexe de contacter le directeur du SSTI en cas de difficulté. Parmi les SSTI évalués, un directeur a même regretté que la DIRECCTE ne l'ait pas rencontré lors de la procédure d'agrément, alors que le MIRT avait rencontré l'ensemble des membres de la CMT (et notamment le président du service). Cette situation est assez révélatrice de la place parfois résiduelle laissée aux directeurs de SSTI.

### 1.3 Véritables acteurs de proximité en santé au travail, les SSTI forment un paysage hétérogène

#### 1.3.1 Le territoire français est maillé de 235 SSTI, dont le nombre diminue sous l'effet des fusions

D'après les informations recueillies auprès des DIRECCTE<sup>27</sup>, la mission estime qu'en 2019, on comptait en France 235 SSTI, contre 247 en 2015<sup>28</sup> (cf. graphique 1), soit une diminution de près de 5 %. Selon PRÉSANSE, ils disposent d'environ 1 400 centres fixes, de 9 100 centres annexes ou situés en entreprises, et de plus de 10 000 points de stationnement d'unités mobiles. Chaque année, ils réalisent environ 7 millions de visites et 550 000 actions en entreprise.

Graphique 1 : Evolution du nombre de SSTI entre 2015 et 2019



Source : Mission d'après les données des DIRECCTE (France entière)

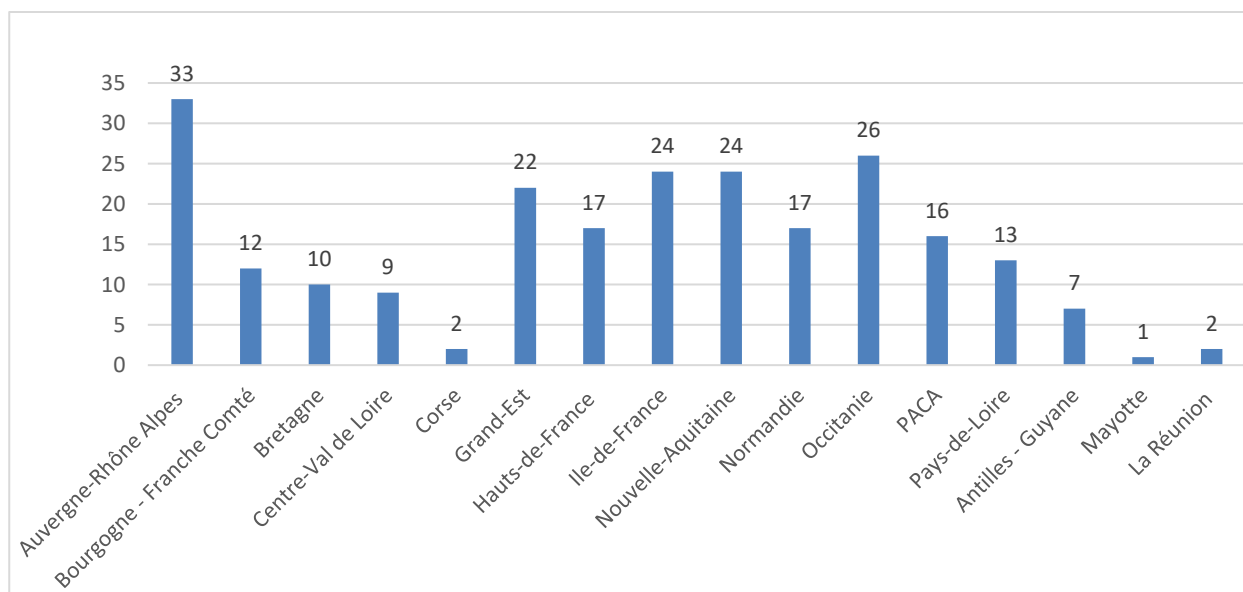
Si la moyenne régionale ressort à 15 SSTI, on note des écarts significatifs entre, d'une part, Mayotte, La Réunion, la Corse, les Antilles-Guyane<sup>29</sup> et le Centre-Val de Loire qui sont les régions les moins dotées avec respectivement 1, 2, 7 et 9 services et, d'autre part, la région Auvergne – Rhône Alpes où l'on en dénombre 33 (cf. graphique 2).

<sup>27</sup> L'ensemble des DIRECCTE et des DIECCTE a été sollicité par la mission. Dans le rapport, l'acronyme DIRECCTE les englobe tous.

<sup>28</sup> Dans son rapport de novembre 2012 « Les services de santé au travail interentreprises : une réforme en devenir », la Cour des comptes cite les chiffres du COCT qui recense 292 SSTI en 2010. La Direction générale du travail en dénombre quant à elle 277 en 2013.

<sup>29</sup> Dans le rapport, les départements et régions d'outre-mer (DROM) ont été regroupés par bassin. Dans le détail, il y a 2 SSTI en Guadeloupe, 3 en Martinique et 2 en Guyane.

Graphique 2 : Nombre de SSTI par région en 2019



Source : Mission d'après les données des DIRECCTE (France entière, 2019)

Au cours des cinq dernières années, les DIRECCTE ont recensé 30 fusions. Si ce nombre est relativement limité en comparaison de celui des SSI, 60 % de ces opérations se sont conclues en 2019, ce qui confirme l'idée d'un effet d'accélération déclenché par la publication en 2018 du rapport de la députée Charlotte LECOQ, ces regroupements étant encouragés le plus souvent par les présidents des SSI et / ou les organisations d'employeurs (cf. partie 5).

La quasi-totalité des régions est concernée par ces fusions avec des exceptions notables pour celles du Grand-Est et des Hauts-de-France. D'après les DIRECCTE interrogées et les dirigeants de SSI concernés qui ont fusionné ou envisagent de le faire, ces opérations répondent à plusieurs motivations : atteindre une taille critique jugée nécessaire au niveau d'un département ou d'un bassin d'emploi pour ne pas être absorbé par un autre service, mutualiser des ressources médicales et réaliser des économies d'échelle sur les moyens de fonctionnement. Du point de vue des autorités publiques, ces fusions ont également pour effet de limiter le nombre d'interlocuteurs et d'optimiser les ressources.

Sur le plan géographique, si 87 SSI couvrent le territoire d'un département, 148 services (soit 63 % des SSI) exercent leur activité sur un territoire d'une taille inférieure à celle du département, ce qui est révélateur du morcellement de ces structures. On dénombre, par exemple, pas moins de 7 SSI en Seine-Maritime, 6 SSI en Isère et autant dans les Pyrénées-Atlantiques. En Ile-et-Vilaine, il existe 4 SSI dont 3 couvrant une partie réduite du département, en particulier à Saint-Malo et à Fougères. À l'opposé, il existe quelques SSI interdépartementaux, comme en région Nouvelle-Aquitaine où le SSI BTP couvre la Haute-Vienne, la Creuse et la Dordogne, ou en Bourgogne - Franche-Comté avec un SSI qui intervient sur 4 départements.

Dans la plupart des régions, les SSI exercent leur activité en exclusivité (hormis pour le suivi des salariés du BTP qui peut être assuré par un SSI dédié lui-même en exclusivité, voir *infra*) sur un territoire, sans possibilité d'autre choix par une entreprise de son service. Ce n'est toutefois pas le cas par exemple en Île-de-France, au sein des métropoles lyonnaise ou strasbourgeoise, dans l'agglomération de Colmar, dans les Bouches du Rhône ou dans les Pyrénées-Atlantiques. Dans certains arrondissements de la capitale, on dénombre jusqu'à onze SSI compétents.

À titre de comparaison, la mission estime d'après les informations des DIRECCTE qu'il y a à ce jour 492 SSTA hors agriculture et fonction publique (en diminution de 16 % par rapport à 2015<sup>30</sup>). Au global, on compte donc 2 SSTA pour un SSTI.

Sur les 5 dernières années :

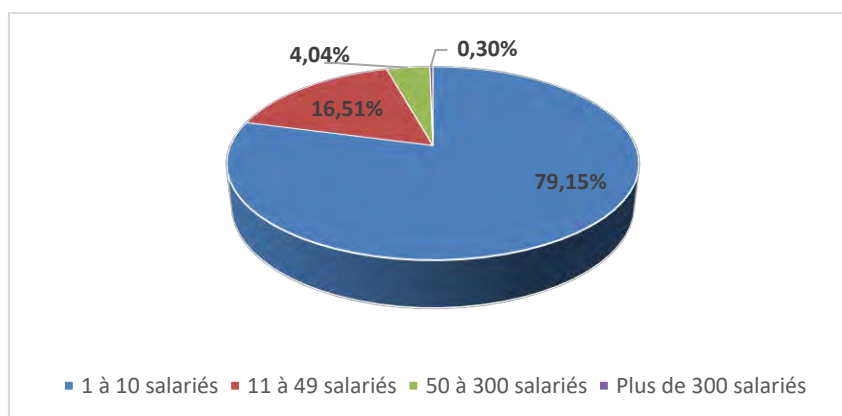
- 61 SSTA ont mis fin à leur activité en raison, principalement, du départ à la retraite de leurs médecins du travail, et / ou d'un choix de l'employeur d'externaliser la compétence médicale, conduisant l'entreprise à adhérer à un SSTI ;
- En sens inverse, 20 entreprises qui adhéraient à un SSTI ont rejoint un SSTA à la suite de la mise en place d'un service de santé interne à leur entreprise ou à leur groupe dans le cas le plus fréquent ou, plus marginalement, parce que l'employeur estimait que son SSTI ne consacrait pas assez de temps médical à ses salariés.

Le nombre et la diversité des SSTI ne manquent pas d'attirer l'attention. Leur implantation tient toutefois aux caractéristiques et à la localisation des entreprises en France. En cela, ils sont un reflet de l'histoire et de la géographie économiques de notre pays.

### 1.3.2 Assurant le suivi de plus de 16 millions de salariés, les SSTI comptent 80 % de très petites entreprises parmi leurs adhérents

En 2018, l'ensemble des SSTI assure le suivi de plus de 16 millions de salariés<sup>31</sup>, avec de fortes disparités régionales (cf. annexe 1). Ces salariés sont employés dans 1,4 million d'entreprises ou d'établissements publics ou privés. À 79 %, ils ont des effectifs inférieurs à 10 salariés (cf. graphique 3).

Graphique 3 : Répartition des entreprises par nombre de salariés suivis en 2018



Source : Mission d'après les données des DIRECCTE (France entière, 2018)

Dans le cadre d'un conventionnement, certains SSTI assurent le suivi d'agents de la fonction publique d'État ou d'agents publics territoriaux, en raison de la pénurie de médecins de prévention<sup>32</sup>. D'après

<sup>30</sup> En 2010, le COCT recensait 612 SSTA.

<sup>31</sup> D'après les remontées des DIRECCTE, les SSTI suivent 16,375 millions de salariés sur l'ensemble du territoire.

<sup>32</sup> Article 11 du décret n°82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique et article 11 du décret n°85-603 du 10 juin 1985 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la médecine professionnelle et préventive dans la fonction publique territoriale. Voir par ailleurs le rapport remis au Premier ministre par Mme Charlotte LECOCQ, Mme Pascale COTTON et M. Jean-François VERDIER : « Santé, sécurité, qualité de vie au travail dans la fonction publique : un devoir, une urgence, une chance. », septembre 2019.



les données des DIRECCTE et après extrapolation, la mission estime qu'environ 4,3 % des personnes suivies par les SSTI relèvent du secteur public, ce qui représente 701 000 personnes.

### 1.3.3 Principalement interprofessionnels, les SSTI comptent parmi eux des services spécialisés dans un secteur d'activité

Si, à plus de 85 %, les SSTI ont une compétence interprofessionnelle, trente-six d'entre eux disposent d'un agrément leur attribuant une compétence professionnelle limitée à un secteur d'activité. Parmi ceux-ci, la spécialisation dans le bâtiment et les travaux publics (BTP) est largement dominante, et est exercée soit à titre exclusif pour vingt-sept d'entre eux soit à titre partagé, neuf autres services exerçant une autre activité spécifique. C'est le cas des activités bancaires (2 services dans les Hauts-de-France et en région PACA), de la métallurgie / industrie (PACA), des transports (PACA), de la publicité, de la communication, du spectacle et des intermittents (Île-de-France), de la boulangerie (Île-de-France), de la chimie et des organismes sociaux de droit privé (Nouvelle-Aquitaine) et de l'activité portuaire (Pays-de-la-Loire).

Compte tenu des caractéristiques de leur bassin d'emploi et des entreprises couvertes, certains SSTI peuvent également être agréés pour des activités particulières en sus de leur compétence interprofessionnelle, comme l'intérim (87 % des SSTI en 2019<sup>33</sup>), le BTP pour ceux d'entre eux dont l'activité ne lui est pas exclusivement consacrée (45 %), les installations nucléaires de base (32 %) et les salariés des particuliers employeurs (14 %).

## 2 Dans un contexte de rareté de la ressource médicale et de volonté d'intensifier la prévention, les missions des SSTI et leur mode de fonctionnement ont évolué, pour des résultats contrastés

### 2.1 Confrontés à la raréfaction de la ressource médicale, les SSTI mobilisent différents leviers pour maximiser les effectifs de médecins du travail

#### 2.1.1 La démographie des médecins du travail est marquée par une forte baisse des effectifs et un vieillissement de la population

Composante essentielle des professionnels des SSTI, les médecins du travail ont quatre missions<sup>34</sup>: l'amélioration des conditions de vie et de travail dans l'entreprise, le conseil de l'employeur, la décision et la réalisation du suivi individuel de l'état de santé des travailleurs et la contribution à la veille épidémiologique et à la traçabilité des expositions professionnelles.

Le médecin du travail est personnellement responsable des missions qui lui sont confiées. Il exerce ses fonctions à l'exclusivité de toutes autres fonctions dans les entreprises dont il est chargé. Il assure ces fonctions personnellement ou il en délègue certaines au sein de l'équipe pluridisciplinaire dans le cadre de protocoles (cf. partie 2.2.1)

Compte tenu de la place occupée par les médecins du travail au sein des SSTI, l'évolution de leur démographie est une préoccupation forte, analysée dans le cadre d'un rapport de l'IGAS en 2017,

---

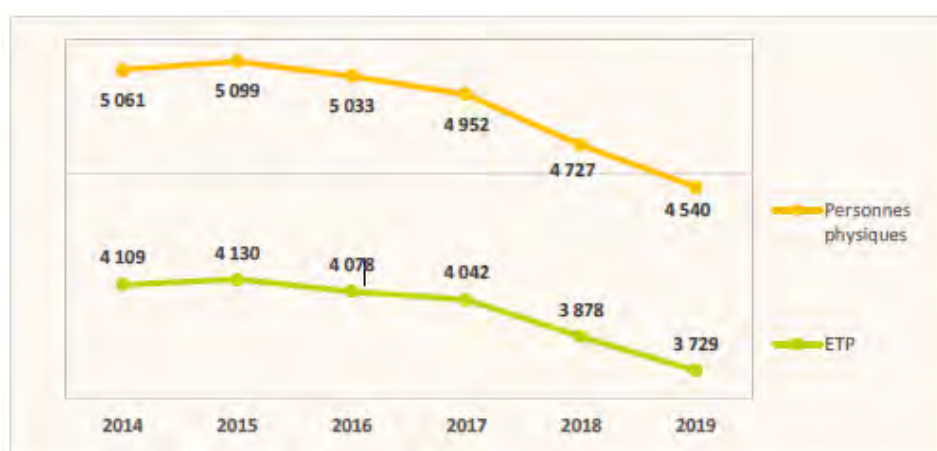
<sup>33</sup> Rapport Chiffres-clés 2019, Présanse

<sup>34</sup> Article R.4623-1 du code du travail

intitulé « *L'attractivité et la formation des professions de santé du travail* » qui a permis de chiffrer les projections et les besoins (cf. encadré ci-dessous).

Selon PRÉSANSE<sup>35</sup>, les effectifs de l'ensemble des médecins ont diminué d'environ 8 % entre mi 2015 et début 2019 (en personnes physiques et en ETP), en passant de 4 915 à 4 540 médecins en exercice (cf. graphique 4). La quasi-totalité des SSTI visités par la mission n'échappe pas à ce contexte démographique : leur perte moyenne en médecins entre 2015 et 2018 est de 20 % en ETP et de 17 % en effectifs, la perte maximale s'établissant à 44 % en effectifs et en ETP. Seul l'un d'entre eux a un solde positif sur cette période (+ 4 % en ETP), qui s'explique principalement par le fort développement de la formation et de l'embauche de médecins collaborateurs, qui représentaient dans ce service 32 % de l'effectif médical en 2018 contre 10 % en 2015.

Graphique 4 : Evolution des effectifs de médecins du travail et de collaborateurs médecins entre mi 2014 et début 2019



Source : Rapport chiffres-clés 2019, PRÉSANSE, p. 34

<sup>35</sup> Rapport Chiffres-clés 2019, Présanse

### Les constats du rapport IGAS-IGAENR de 2017

Un rapport IGAS-IGAENR de 2017, « Attractivité et formation des professions de santé au travail » établi par Xavier Chastel, Hamid Siahmed et Patrice Blémont, a été réalisé à la suite de la loi du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels ; il a permis d'estimer l'évolution de la démographie médicale à dix ans et de formuler un certain nombre de recommandations.

La diminution progressive de l'effectif des médecins du travail, marquant une baisse estimée à 10 % entre 2010 et 2016 selon le Cisme (Centre interservices santé et médecine travail entreprise) devenu PRÉSANSE, est liée d'une part au vieillissement de la population des médecins du travail, dont ce rapport estimait que 50 % de l'effectif partirait à la retraite entre 2017 et 2027, et d'autre part au manque d'attractivité de la profession.

Le rapport permet d'estimer que « *selon les données actuellement disponibles concernant le nombre de médecins du travail, leur activité et le nombre de visites qu'ils doivent effectuer, l'application des réformes introduites par la loi du 8 août 2016 permet de régler, à terme, la question de la pénurie des médecins du travail, même s'il perdure une hétérogénéité dans leur répartition géographique* ». En effet, en 2016, « *environ 12 % des salariés travaillent dans une zone géographique dans laquelle les médecins du travail ne sont pas assez nombreux. A l'inverse, près de sept salariés sur dix travaillent dans une zone d'emploi où un médecin du travail suit en moyenne moins de 4 000 salariés* ».

Néanmoins, le rapport souligne « *la nécessité de se donner les moyens de compléter et fiabiliser les données pour confirmer ce diagnostic* » au vu de l'absence de recueil de données et de projections démographiques systématisés au niveau national.

Selon cette analyse, « *les changements d'organisation induits par la loi du 8 août 2016 génèrent en parallèle un besoin accru d'infirmiers de santé au travail, profession [...] dont les capacités de formation doivent être augmentées. L'inspection médicale du travail doit par ailleurs être dotée des outils de pilotage nécessaires pour favoriser le recrutement des médecins en zones sous-denses et pour accélérer la mise en place en pratique sur le terrain des équipes pluridisciplinaire des services de santé au travail [...]* ».

Ce rapport formule un certain nombre de recommandations qui demeurent d'actualité et sont reprises à partie 5 du rapport. Par ailleurs, il soulignait également que « *les propositions émises par les nombreux rapports précédents touchant à la formation des médecins du travail, à la valorisation de la médecine du travail en tant que discipline médicale, à la reconstitution du vivier des enseignants hospitalo-universitaires et à la redynamisation de la recherche sont en grande partie restées sans suite* ».

Source : *Mission d'après le rapport « Attractivité et formation des professions de santé au travail », Xavier Chastel, Hamid Siahmed et Patrice Blémont, IGAS-IGAENR, 2017.*

#### 2.1.2 Les SSTI rencontrés mobilisent différents leviers pour attirer les médecins du travail

En premier lieu, les SSTI mobilisent différents viviers de recrutement, afin de pourvoir les postes de médecins du travail :

- L'accueil en stage d'internes, qui représentent une centaine de personnes environ d'après les données de PRÉSANSE<sup>36</sup>, constitue une voie privilégiée par les directeurs de SSTI rencontrés par la mission. Néanmoins, les embauches de jeunes médecins du travail apparaissent plus difficiles dans les territoires éloignés des facultés de médecine, qui sont beaucoup moins fréquemment choisis par les internes comme lieux de stage, surtout en fin de formation<sup>37</sup>. De

<sup>36</sup> Rapport Chiffres-clés 2019, Présanse

<sup>37</sup> Le rapport Igas précité soulignait également l'impact de la proximité des centres universitaires sur l'attractivité : « *pour conserver des médecins et lutter contre les déserts médicaux, il faut conserver les médecins en proximité [...] au moment de leur formation initiale* ».

plus, le nombre de postes ouverts chaque année est en diminution : 129 en 2018-2019 contre 138 en 2017-2018 et 177 en 2014-2015.

- Les SSTI ont également recours au cumul emploi-retraite pour pallier le déficit de médecins du travail ; ce levier tend à devenir moins important quantitativement même si la part relative des effectifs de médecins en cumul emplois-retraites a augmenté entre début 2016 et début 2019, de 10 % en personnes physiques (de 12,9 % à 14,2 %) et de 4 % en ETP (de 8,5 % à 8,8 %) d'après les données de PRÉSANSE.
- Les SSTI mobilisent également le levier de l'embauche des collaborateurs médecins, dont le statut a été créé par la loi du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail<sup>38</sup> : PRÉSANSE estime ainsi que les effectifs des médecins en cours de formation ou en attente de la reconnaissance de la spécialisation en médecine du travail (collaborateurs médecins, procédure d'autorisation d'exercice (PAE) et concours européens) ont progressé jusqu'en 2018 puis se sont stabilisés en ETP pour diminuer de 2 % en personnes physiques.  
Néanmoins, la durée de formation de quatre ans est décrite par l'ensemble des collaborateurs médecins rencontrés par la mission, mais aussi par les DIRECCTE, comme trop longue au vu de l'expérience clinique de ceux qui s'engagent dans cette voie, ce qui peut freiner les vocations. En ce sens, ces remarques rejoignent les constats du rapport IGAS 2017 précité, qui restent d'actualité.
- L'embauche de médecins disposant de diplômes étrangers (quasi-exclusivement en provenance de l'UE) constitue également un vivier de recrutement mobilisé par les SSTI : les données de PRÉSANSE montrent ainsi une progression de 6 % en personnes physiques et 3 % en ETP.

Entre 2015 et 2019, la part des médecins DES ou CES et qualifiés en médecine du travail est passée de 71,6 % à 63,1 % de l'effectif des médecins exerçant en SSTI<sup>39</sup> (cf. graphique 5). La part des collaborateurs médecins n'était que de 6,4 % en 2015, contre 12,2 % en 2019. La part de médecins en cumul emploi-retraite est passée de 12,9 % à 14,2 % et la part des médecins à diplôme étranger de 4,9 % à 6,5 %.

---

<sup>38</sup> Les collaborateurs médecins sont en effet des médecins recrutés par les services de santé au travail, qui s'engagent à suivre une formation pour obtenir la qualification de médecin du travail sous la responsabilité d'un médecin du travail, de façon encadrée par un protocole de délégation. L'obtention du statut est conditionnée à un minimum de cinq années d'exercice médical antérieur. Leur formation dure 4 ans et est composée d'enseignements théoriques interuniversitaires (DIU) dispensés au cours des deux premières années en parallèle de stages, et de deux ans de suivi de salariés avec une progressivité pour le type de visites et l'effectif, sous la responsabilité d'un médecin du travail tuteur. La formation est finalisée par la rédaction d'un mémoire et la validation de la capacité de médecin du travail par le CNOM.

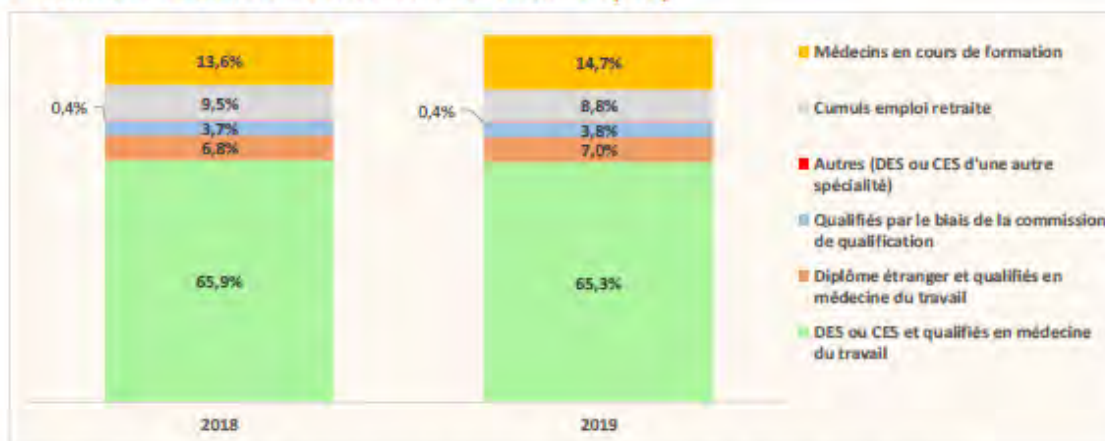
<sup>39</sup> Rapport chiffres-clés 2015, Présanse. Le graphique n'a pas été ajouté en raison d'un changement de code couleur et de l'intégration dans les « Médecins en formation » à partir du rapport 2019 des internes en médecine du travail, qui n'en représentent qu'une faible part.

Graphique 5 : Evolution des profils des médecins du travail

▪ Evolution de la structure des effectifs de médecins (personnes physiques)



▪ Evolution de la structure des effectifs de médecins (ETP)



Note : Effectifs au 1<sup>er</sup> janvier - Les cumuls emploi retraite ne sont pas comptabilisés dans les autres catégories

Source : Rapport chiffres-clés 2019, PRÉSANSE, p. 35

La convention collective nationale des SSTI, négociée par PRÉSANSE, fixe les rémunérations minimales annuelles garanties pour l'ensemble des professionnels, ainsi que la garantie d'évolution de ces rémunérations pour le personnel cadre. La grille de salaires minimale des médecins du travail correspond alors à un salaire à l'embauche de 71 398€, après 10 ans de présence de 82 108€, et après 21 ans de 86 392€<sup>40</sup>. L'attractivité des salaires est l'un des leviers mobilisés par les SSTI pour recruter des médecins, plus particulièrement pour ceux qui sont localisés en zone sous-dotée. Ainsi, les SSTI rencontrés par la mission déclaraient des salaires médicaux variant de 2 % à 75 % au-dessus de la grille de la branche.

Enfin, les SSTI offrent aux médecins une souplesse d'exercice, avec le développement de temps partiels, attesté par la différence constatée entre les effectifs et les ETP.

Au final, malgré ces efforts de diversification des recrutements et d'attractivité salariale, l'effectif moyen de salariés suivis par médecin (y compris les collaborateurs) en ETP a augmenté de 13 % en passant de 3 800 début 2017 à 4 300 début 2019, d'après les données collectées par PRÉSANSE, étant

<sup>40</sup> Convention collective nationale des services de santé interentreprises, accord du 20 février 2019 portant sur les rémunérations minimales annuelles garanties

entendu que le travail en équipe pluridisciplinaire s'est développé dans le même temps dans une logique d'optimisation de la ressource médicale. D'après les données collectées auprès des DIRECCTE par la mission, l'effectif moyen de salariés par médecin (en ETP) s'établit à environ 4 050 en 2018. Dans l'échantillon de SSTI visités par la mission, l'effectif moyen par médecin fin 2018 variait de 2 710 à 12 077, avec une moyenne de 5 790.

## 2.2 Les réformes successives de la santé au travail ont cherché à dégager des marges de manœuvre afin de permettre aux SSTI de mieux remplir leurs missions

Constatant l'insuffisance de la prévention en santé au travail et que les SSTI peinaient à remplir leurs missions, le législateur a refondu l'organisation de la médecine du travail en mobilisant deux leviers principaux, le développement de la pluridisciplinarité et la révision des modalités de suivi des salariés.

### 2.2.1 La pluridisciplinarité, à la mise en œuvre disparate selon les SSTI et les professionnels de santé, vise à développer la prévention et à mobiliser la ressource médicale de manière plus efficiente

#### 2.2.1.1 Les nouvelles professions en santé au travail ont modifié le rôle du médecin du travail

#### **A la suite de la réforme de 2011, les SSTI se sont dotés de professionnels en santé au travail aux profils variés pour constituer leurs équipes pluridisciplinaires**

Si, depuis 1988, la pluridisciplinarité a fait l'objet d'expérimentations au sein des SST, la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale l'érige en obligation, les SST étant désormais tenus d'être en capacité de mobiliser toutes les compétences utiles et nécessaires à la prévention et à l'amélioration des conditions de travail. La loi du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail impose ensuite que leurs missions soient assurées par au moins une équipe pluridisciplinaire de santé au travail (cf. partie 1.1). La convention collective des SSTI a été modifiée en conséquence<sup>41</sup>.

Contrairement à la tendance observée concernant les médecins du travail, le recrutement des autres professionnels composant les EP augmente, ces professions ne rencontrant pas les mêmes problématiques d'attractivité. D'après les données collectées par PRÉSANSE, entre début 2016 et début 2019, les IDEST ont augmenté de 61 % en effectif (de 1337 à 2155), les ASST assistants d'équipe pluridisciplinaire de 35 % (de 819 à 1103), les IPRP de 25 % (de 1384 à 1732), les AST de 13 % (de 1042 à 1178), et les ASST secrétaires médicaux ont diminué de 6 % (de 4113 à 3882).

Dans l'échantillon des SSTI visités par la mission, les IDEST ont augmenté de 82 % en effectifs et 75 % en ETP entre 2015 et 2018 (cf tableau 2 en annexe 2). S'agissant des secrétaires médicaux, un certain nombre de SSTI privilégient un recrutement en partie en CDD, anticipant une transformation du métier du fait de l'arrivée de nouvelles technologies d'une part et d'infirmiers d'autre part.

---

<sup>41</sup> Accord du 20 juin 2013 portant révision partielle de la convention collective du 20 juillet 1976.

### **Le médecin du travail est positionné sur un rôle d'animation et de coordination de l'équipe pluridisciplinaire, dans le cadre de protocoles**

Dans l'échantillon de SSTI sélectionné par la mission, le schéma-type de l'équipe pluridisciplinaire est passé progressivement d'un duo médecin – secrétaire médical, voire d'un trio médecin – secrétaire – préventeur à un schéma plus complexe, à géométrie variable inter et intra SSTI, incluant les IDEST. Les AST sont souvent des secrétaires médicaux montés en compétence en interne. Les préventeurs sont en général organisés en partie en plateaux ou pôles mutualisés au siège du SSTI pour les plus spécialisés, et en partie au sein des équipes pluridisciplinaires.

En général, les médecins sont investis du management fonctionnel de leur équipe, mais pas de l'autorité hiérarchique, qui est assurée par des responsables par profession. Ce rôle de manager est souvent difficile à exercer pour les médecins du travail qui n'ont pas de formation initiale au management et dont la formation les a préparés avant tout à un rôle d'expertise. Afin d'appuyer les médecins dans ce nouveau rôle, certains SSTI ont proposé des formations au management aux médecins volontaires, sans que l'ensemble des médecins se soit saisi de cette opportunité. D'autres ont mis en place une organisation dédiée, en s'appuyant sur une direction des opérations pilotée par un médecin du travail, pour les accompagner dans l'exercice de ces responsabilités.

Les modalités de délégation de tâches sont encadrées réglementairement : ainsi, « *le médecin du travail peut confier certaines activités, sous sa responsabilité, dans le cadre de protocoles écrits, aux collaborateurs médecins, aux internes, aux candidats à l'autorisation d'exercice, aux infirmiers, aux assistants de service de santé au travail ou, lorsqu'elle est mise en place, aux membres de l'équipe pluridisciplinaire* »<sup>42</sup>, étant entendu que, pour les professions réglementées par le code de la santé publique, ces activités sont exercées dans la limite des compétences respectives des professionnels de santé prévues par ce code.

La mise en œuvre de ce protocole n'est pas soumise aux mêmes conditions strictes d'autorisation par l'ARS après avis de la HAS que celles d'autres protocoles de coopération entre professionnels de santé<sup>43</sup>. Il doit décrire précisément le périmètre d'intervention du professionnel concerné et les tâches qui lui incombent lors des visites qu'il effectue ; sa signature engage les deux parties (médecin du travail et autre professionnel). Le protocole constitue donc à la fois un outil de management et une protection juridique, la responsabilité médicale étant engagée pour les actes effectués par le professionnel dans le cadre de ce protocole.

En pratique, concernant le binôme médecin-IDEST, dans les SSTI évalués, les IDEST exercent presque toujours en présence d'un médecin du travail dans le centre, qui n'est pas forcément leur binôme. Le fait de consulter en même temps que le binôme médecin est décrit comme très facilitateur pour la coopération car cela permet des échanges informels et en temps réel si nécessaire, ainsi que parfois, de réorienter directement la visite vers le médecin pour éviter de faire revenir un salarié.

Environ 5 % des salariés vus par les IDEST sont revus par le médecin, soit pour une raison réglementaire comme une grossesse ou un handicap non connus qui font passer le salarié du statut de suivi simple au statut de SIA, soit pour une problématique médicale remettant en question l'aptitude au poste ou nécessitant une prise en charge rapide (risques psychosociaux (RPS), addictologie, hypertension artérielle élevée, diabète déséquilibré, etc.).

---

<sup>42</sup> Article R.4623-14 du code du travail

<sup>43</sup> Article 51 de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

En cas de problématique médicale aiguë, les salariés peuvent être orientés vers le médecin du travail, le médecin traitant ou vers une aide médicale urgente, parfois de façon encadrée par des protocoles.

**Les délégations de tâches aux IDEST conduisent également les médecins à se recentrer sur le suivi individuel des situations les plus complexes**

La délégation de tâches médicales aux IDEST implique un recentrage sur des visites plus complexes : les visites à la demande, de reprise et de pré-reprise, ainsi que sur les salariés en SIR et SIA. Si cette évolution du contenu du suivi individuel permet de repositionner l'intervention du médecin du travail sur des activités à plus forte expertise médicale dans une logique d'optimisation des ressources médicales, cela peut être parfois vécu comme anxiogène par les médecins. Du reste, dans certains SSTI, les médecins continuent à assurer des VIP (visites d'information et de prévention), se donnant ainsi une respiration dans leur exercice et un contact avec les salariés d'entreprises à faible exposition aux risques « classant » en SIR.

Du fait de ce recentrage de l'activité médicale, les professionnels rencontrés par la mission ont fait part d'un nombre de visites médicales par vacation en diminution, sans pouvoir néanmoins l'étayer systématiquement par des données chiffrées. À titre d'exemple, dans un SSTI, le nombre moyen de visites par vacation de 4h est passé de 8 en 2015 à 6,5 en 2018.

**2.2.1.2 La délégation de tâches est très variable d'un SSTI à l'autre, mais également, entre les médecins du travail d'un même SSTI**

**Si certains médecins ont pu se sentir initialement menacés par l'arrivée de nouvelles compétences, ils recourent de plus en plus à la délégation de tâches, de manière inégale**

La qualité de la coordination au sein de l'équipe pluridisciplinaire et le périmètre de délégation reposent principalement sur le développement d'une relation de confiance entre les professionnels. Ainsi, dans le cas de la coopération entre médecin et IDEST, si des protocoles standards de délégation de tâches sont élaborés par la CMT dans la quasi-totalité des SSTI évalués (seul un SSTI n'ayant pas validé de protocole standardisé propre), ils font l'objet d'adaptations permettant à chaque médecin du travail, s'il le souhaite, de définir le périmètre de délégation de tâches en fonction de l'ancienneté ou de la qualification de l'IDEST, mais aussi en fonction de leurs appétences respectives, ou de la connaissance par le médecin de la population suivie<sup>44</sup>. Ces modifications, justifiées selon les médecins par leur indépendance, peuvent toutefois nuire à l'homogénéité des pratiques et compliquer la tâche des IDEST travaillant avec plusieurs médecins<sup>45</sup>.

---

<sup>44</sup> A titre d'exemple, un médecin a indiqué avoir délégué moins de tâches à son infirmier à son arrivée au sein du SSTI afin de mieux connaître la population suivie, puis déléguer progressivement davantage dans un second temps.

<sup>45</sup> Exemples constatés par la mission : variabilité de la répartition des visites entre médecin et IDE, de la prescription des examens complémentaires pour une situation identique.



### **Missions de l'infirmier en santé au travail**

Dans le respect des dispositions du code de la santé publique et sur la base du protocole écrit élaboré par le médecin du travail, l'infirmier de santé au travail a vocation à :

- Réaliser les visites d'information et de prévention, ainsi que leurs renouvellements dans le cadre du suivi individuel de l'état de santé des salariés ;
- Réaliser les visites intermédiaires effectuées dans le cadre du suivi individuel renforcé ;
- Participer aux actions en milieu de travail, notamment aux actions de prévention et d'éducation à la santé au travail en sensibilisant et en informant les salariés en matière de santé et sécurité au travail ;
- Participer à des actions d'information collectives conçues en collaboration avec le médecin du travail et validées par lui ;
- Concourir au recueil d'observations et d'informations dans le cadre d'enquêtes et d'études, y compris épidémiologiques et de veille sanitaire ;
- Réaliser éventuellement des fiches d'entreprises et des études de poste ;
- Participer aux actions visant le maintien et l'insertion ou la réinsertion des salariés au poste de travail et dans l'emploi.

Source : INRS

Dans l'échantillon des SSTI évalués, la mission a ainsi pu constater des niveaux de délégation de tâches très différents entre médecins et IDEST. Dans un schéma de délégation a minima, les IDEST sont chargés de VIP périodiques, de la gestion de leurs convocations et des examens complémentaires. A maxima, ils sont déchargés du secrétariat et des examens complémentaires, effectuent des VIP périodiques et d'embauche et des AMT. Certains services vont au-delà du cadre légal et font effectuer aux IDEST les visites d'embauche de salariés en SIA pour décharger les médecins.

Du reste, certains IDEST rencontrés par la mission ont pu avoir le sentiment de sous-exploiter leurs compétences, allant jusqu'à évoquer « *une souffrance au travail* ». Certains médecins justifient un périmètre de délégation de tâches plus réduit par un niveau de formation jugé insuffisant pour certains IDEST, plusieurs formations coexistant actuellement sans socle de compétences commun défini. Plusieurs directeurs des SSTI évalués ont néanmoins souligné que, si certains médecins ont pu avoir des réticences dans la délégation de tâches, se sentant menacés dans leur périmètre d'intervention, la plupart d'entre eux a apprécié l'apport de cette ressource permettant d'alléger leurs tâches et a appris à la mobiliser. Ce constat les a conduits à recruter des IDEST de manière très progressive afin de faciliter leur intégration au sein du service.

Par ailleurs, en matière de protocole, les pratiques sont très diverses dans les SSTI rencontrés par la mission. En effet, il est fréquent que les IDEST rapportent que le protocole signé n'est pas respecté, ou qu'il ne mentionne pas de manière personnalisée les missions confiées, voire qu'aucun protocole ne soit signé. Ces situations sont fréquemment décrites par les IDEST comme un facteur d'insécurité sur le plan juridique.

La mission a également pu constater l'existence de protocoles pour la répartition des actions en milieu de travail entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire, ce qui peut faciliter l'intervention des préventeurs dans la mesure où elle n'impose pas systématiquement une validation préalable du médecin, comme cela constitue la norme dans la plupart des SSTI.

Au total, la pluridisciplinarité, qui connaît un fort développement, n'est pas encore arrivée à maturité, au vu du temps de formation théorique et pratique et de l'absence d'un socle de compétences commun aux IDEST, et du temps nécessaire au changement des pratiques médicales.

**Les directions des SSTI peuvent s'appuyer sur des médecins coordonnateurs pour promouvoir les bonnes pratiques, dont la mise en œuvre peut se heurter à l'indépendance médicale**

Dans l'ensemble des SSTI évalués par la mission, les directeurs perçoivent la délégation de tâches comme un levier essentiel pour remplir leurs missions de manière plus efficace, dans le cadre d'une ressource médicale contrainte. Néanmoins, de par leur absence de légitimité du point de vue des médecins, parfois liée à un manque initial de compétences en santé au travail, les directions peuvent peiner à faire évoluer les pratiques des médecins du travail (notamment au regard du nombre de visites réalisées, de l'effectivité des délégations de tâches, etc.), qui, compte tenu de leur rareté, de leur positionnement de pierre angulaire au sein de l'équipe pluridisciplinaire et de leur statut, font l'objet d'un traitement particulier.

Pour le Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM), l'indépendance professionnelle suppose que les médecins du travail organisent leur binôme avec l'IDEST « *sans interférence de l'employeur ou de la direction du service de santé au travail* »<sup>46</sup>. Cependant, l'indépendance médicale, garantie par l'article L4622-4 du code du travail, s'entend selon la DGT (Direction générale du travail) au sens de la protection de la santé du salarié par rapport à l'entreprise et de la liberté dans la conduite de la consultation, mais ne doit pas se traduire comme une prise de distance avec les orientations de la direction et du projet de service, voire par le refus d'utiliser les outils et référentiels communs du SSTI<sup>47</sup>. Ainsi, dans un SSTI visité, un médecin du travail a été licencié après avis favorable de la commission de contrôle car il refusait de renseigner le logiciel métier du SSTI.

Dans le cadre de l'organisation du SSTI, un médecin coordonnateur (ou référent), ou un collègue de médecins, est l'interlocuteur privilégié de la direction. Ce médecin, dont la fonction n'est pas encadrée réglementairement, est, selon les cas, soit élu par l'ensemble des médecins, soit nommé par le directeur. Dans ce dernier cas, une attention est toujours portée à ce que cette fonction de coordination soit assurée par un médecin reconnu par ses pairs. Toutefois, l'un des services rencontrés par la mission, de petite taille, fonctionne sans médecin coordonnateur ni aucun responsable hiérarchique autre que la direction.

Dans les services visités par la mission, ce rôle consiste à être l'interlocuteur de la direction pour les médecins, parfois à rencontrer les futurs professionnels, à préparer la CMT, à effectuer des entretiens annuels, à animer les réunions et à coordonner les actions du projet de service ; à jouer un rôle de tampon et de relais entre la communauté médicale et la direction. Au total, le médecin coordonnateur n'a en général pas de rôle hiérarchique, y compris en ce qui concerne les pratiques médicales, mais apparaît d'un grand apport à la fois pour la direction et les médecins.

Les modalités d'évaluation annuelle des médecins sont, dans la plupart des SSTI de l'échantillon, différentes de celles des autres professionnels, qui ont, le plus souvent, un entretien annuel avec leur responsable hiérarchique. Ce responsable hiérarchique est souvent un professionnel qui exerce leur métier, mais c'est parfois le médecin de l'équipe pluridisciplinaire ou le médecin coordonnateur. En principe, les médecins du travail devraient bénéficier d'un entretien professionnel tous les deux ans

---

<sup>46</sup> Nouvelles coopérations en santé au travail : Recommandations du CNOM, INRS, Documents pour le médecin du travail n°127, p.536.

<sup>47</sup> Circulaire DGT n° 13 du 9 novembre 2012 relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine du travail et des services de santé au travail

comme le code du travail le prévoit ; néanmoins, seuls certains SSTI appliquent cette disposition : certains SSTI n'en font pas, dans d'autres il peut s'agir d'un entretien informel avec la direction, voire d'un entretien entre pairs avec le médecin coordonnateur.

Ce traitement particulier peut apparaître paradoxal dans la mesure où le médecin du travail, salarié du SSTI, a comme tout autre salarié du service un lien de subordination vis-à-vis de son employeur qui, d'après la jurisprudence, a le pouvoir de lui donner des ordres et des directives, d'en contrôler l'exécution et d'en sanctionner les manquements<sup>48</sup>. S'il n'est pas envisageable de voir l'employeur entraver l'exercice médical, la question est posée de l'étendue de son pouvoir de direction vis-à-vis des médecins du travail dans la mise en œuvre des orientations stratégiques du projet de service.

#### **Le statut particulier du médecin du travail en SSTI**

Salarié protégé, le médecin du travail est nommé et affecté avec l'accord du conseil d'administration et de la commission de contrôle, qui ont connaissance de l'effectif de salariés suivis ainsi que de la liste des entreprises surveillées<sup>49</sup>. Le recrutement d'un infirmier en santé au travail doit intervenir après l'avis d'un médecin du travail<sup>50</sup>.

Le ou les délégués élus par les médecins du travail assistent aux réunions du conseil d'administration et de la commission de contrôle avec voix consultative « *lorsque l'ordre du jour comporte des questions relatives à l'organisation et au fonctionnement des services de santé au travail ou des questions qui concernent les missions des médecins* »<sup>51</sup>.

Le médecin du travail exerce ses missions en toute indépendance<sup>52</sup>. Du fait de son rôle de protection des salariés des entreprises adhérentes, le médecin du travail est un salarié protégé par la réglementation. En effet, il ne peut être licencié par le SSTI, notamment en cas de rupture anticipée d'un CDD en raison d'une faute grave ou d'une inaptitude, ou de non-renouvellement d'un CDD comportant une clause de renouvellement, qu'après la consultation par vote à bulletin secret du conseil d'administration et de la commission de contrôle et l'avis rendu par le médecin inspecteur du travail à l'inspecteur du travail, à qui revient finalement la décision. Seul le ministre a le pouvoir d'annuler ou de réformer cette décision<sup>53</sup>.

Source : *Mission*

Au total, la mission a pu constater que les médecins du travail peuvent constituer un contre-pouvoir puissant et potentiellement bloquant face à leurs directions ou aux évolutions du cadre global de la santé au travail, en invoquant leur indépendance professionnelle. Les sujets conflictuels, qui ont parfois causé des démissions de médecins, sont en particulier la définition d'objectifs quantitatifs d'activité (nombre de visites par vacation), la mise en œuvre de la pluridisciplinarité (embauche d'IDEST et réelle délégation), et l'homogénéité des pratiques professionnelles.

---

<sup>48</sup> Cour de cassation, 12 février 2009, pourvoi n°07-21790.

<sup>49</sup> Article R.4623-7 du code du travail

<sup>50</sup> Article R.4623-35 du code du travail

<sup>51</sup> Article R.4623-16 du code du travail

<sup>52</sup> Article L.4622-4 du code du travail

<sup>53</sup> Articles R.4623-18 à R.4623-24 et L.4623-5-1 du code du travail

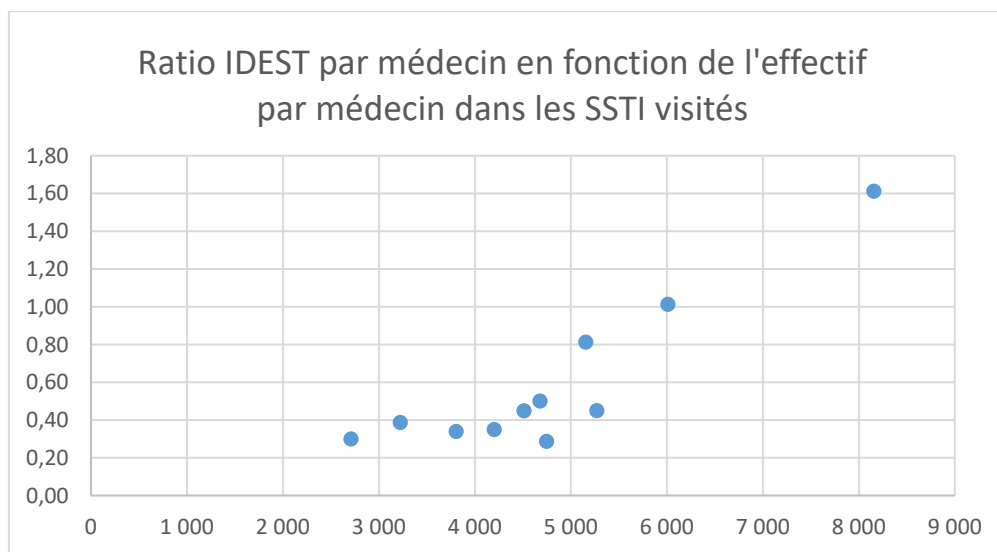
### 2.2.1.3 Malgré les disparités de pratiques, le développement de la pluridisciplinarité est nettement plus marqué dans les zones peu dotées en médecins du travail

D'après les données des DIRECCTE, la mission estime que le ratio d'IDEST et de préventeurs par médecin en ETP s'établit à 1,3 à fin 2018<sup>54</sup>. Plus précisément, le ratio d'IDEST par médecin (médecins du travail et collaborateurs médecins) est en moyenne de 0,54, le ratio de préventeurs (IPRP,AST) par médecin de 0,76 et le ratio de secrétaires par médecin de 1,01<sup>55</sup> - avec des disparités importantes entre régions (voir tableau 1 en annexe 1)<sup>56</sup>.

Dans les SSTI visités, le ratio d'IDEST par médecin est comparable, un peu plus élevé pour les préventeurs et secrétaires (0,9 et 1,32). Le ratio d'IDEST par médecin en ETP est de 0,59 et la part moyenne des visites faites par les IDEST est seulement de 26 %, à temps de travail identique (voir tableaux 1 et 2 en annexe 2). En outre, le nombre moyen de visites effectuées annuellement par les IDEST, en moyenne de 1 059, varie entre les services avec une grande dispersion, de 600 à 1 400. La part des visites IDEST pourrait donc être augmentée, en optimisant l'organisation des visites et la coopération médecin-IDEST dans les services où cela n'est pas encore fait.

Le ratio d'IDEST par médecins en ETP augmente avec l'effectif par médecin dans l'échantillon des SSTI visités (cf. graphique 6), ce qui indique clairement que les services les plus démunis en médecins développent le plus la pluridisciplinarité. Dans l'un des SSTI visités, certains médecins travaillent avec 3 IDEST, sans que cela ne pose de difficultés.

Graphique 6 : Ratio IDEST par médecin en fonction de l'effectif par médecin selon les SSTI visités en 2018



Source : Mission d'après les données des SSTI visités (2018). Par exemple, l'un des SSTI visités présentait un ratio d'environ 1 IDEST par médecin en ETP, l'effectif moyen affecté aux médecins étant d'environ 6000 salariés.

Si la mise en œuvre de la pluridisciplinarité a permis de soulager les SSTI, son déploiement demeure actuellement insuffisant pour pallier la baisse de la démographie médicale, les salariés les plus impactés étant ceux qui dépendent des centres dont les vacances de postes sont les plus marquées. Certains SSTI mettent en place des vacations médicales voire des portefeuilles associant deux zones,

<sup>54</sup> Sur la base des données remontées par les DIRECCTE ainsi que celles collectées par Présanse

<sup>55</sup> Dans ces données, le « médecin » est entendu comme médecin du travail ou médecin collaborateur.

<sup>56</sup> Ratios calculés sur la base des ETP

l'une centrale, l'autre éloignée, d'autres développent d'autant plus la pluridisciplinarité dans ces centres.

Ces difficultés sont mal acceptées par les entreprises, notamment celles qui ont eu l'habitude de consulter dans des camions qui venaient à elles. En effet, pour répondre à l'exigence de proximité, certains SSTI utilisent des camions qui stationnent sur les parkings d'entreprises ou de mairies, ou conventionnent pour les entreprises qui en font la demande avec des IDE d'entreprise.

### 2.2.1 Les modalités de suivi individuel ont évolué afin de recentrer l'intervention des SSTI sur les salariés confrontés à des risques ou des problématiques de santé particuliers

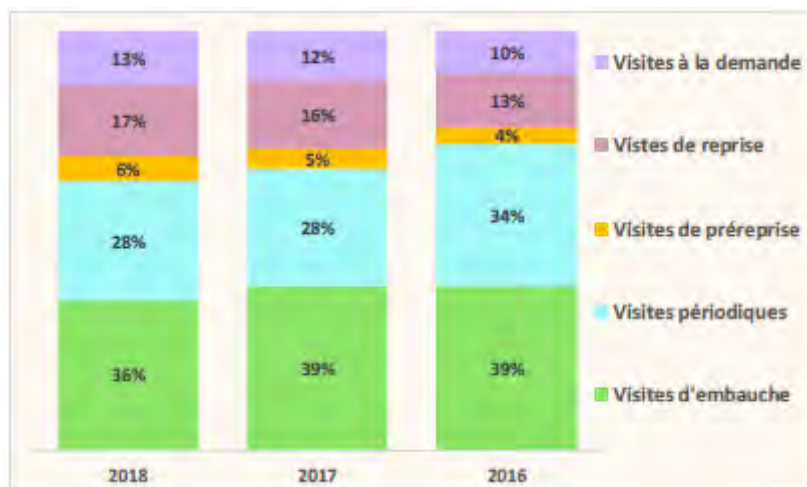
La loi n°2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels modifie les modalités de suivi des salariés en espaçant les visites et en recentrant l'activité du médecin sur le suivi des salariés exposés aux risques les plus importants :

- À la visite médicale d'embauche a succédé une visite d'information et de prévention (VIP), réservée aux salariés n'occupant pas de poste à risques, qui doit avoir lieu dans les 3 mois à partir de la prise de fonction effective d'un nouveau salarié (hormis pour certains salariés tels que les travailleurs de nuit, les jeunes de moins de 18 ans qui doivent bénéficier de cette visite avant leur affectation sur le poste). Après cette visite initiale, le salarié bénéficie d'un renouvellement de la VIP selon une périodicité fixée par le médecin du travail et au maximum de 5 ans ; ce délai est ramené à 3 ans pour les salariés dont l'état de santé, l'âge, les conditions de travail ou les risques professionnels auxquels ils sont exposés le nécessitent. Ne donnant plus lieu à une déclaration d'aptitude mais à la délivrance d'une attestation de suivi au travail, cette visite est réalisée par un membre de l'équipe pluridisciplinaire et non plus obligatoirement par le médecin du travail (cf. supra).
- Pour les postes à risques, la visite d'embauche avant la prise de poste est maintenue dans le cadre d'un SIR, la périodicité de ce suivi médical ne pouvant être supérieure à 4 ans, sachant qu'une visite intermédiaire avec un membre de l'équipe pluridisciplinaire doit être effectuée au plus tard 2 ans après celle avec le médecin du travail.
- À l'issue d'un arrêt de travail, une visite médicale de reprise doit avoir lieu le jour de la reprise ou dans les 8 jours qui la précèdent. La constatation d'inaptitude par le médecin du travail résulte d'une visite et non plus de deux comme par le passé.
- Tout au long de la relation de travail, la visite médicale peut avoir lieu à la demande du salarié, de l'employeur ou à l'initiative du médecin du travail.

D'après les données fournies par PRÉSANSE, le nombre total de visites s'établit à 7,6 millions en 2018 (sur un ensemble de 15 millions de salariés suivis par les SSTI hormis les services à compétence exclusive sur le BTP), qui se décomposent entre :

- 5,7 millions de visites assurées par les médecins, qui concernent 4,9 millions de salariés distincts (soit 33 % des salariés suivis), la part la plus importante des visites concernant les visites d'embauche. En termes d'évolution, la part des visites périodiques ressort en nette diminution de 34 % en 2016 à 28 % en 2018 alors que les visites de pré-reprise, de reprise et de visites à la demande (45 % à la demande du médecin, 32 % à la demande du salarié, 23 % à la demande de l'employeur) progressent (cf graphique 7).

Graphique 7 : Evolution de la répartition des visites réalisées par un médecin par type de visite en 2018



Source : Rapport chiffres-clés 2019, Présanse

- 1,9 millions de visites assurées par les IDEST, concernant 12 % de salariés suivis en 2018 contre 2,5 % en 2012 (cf. graphique 8) : comme pour les médecins, les VIP à l'embauche sont les plus nombreuses (53 % des visites réalisées par les IDEST contre 35 % en 2017).

Graphique 8 : Evolution de la part des salariés vus en visite réalisée par un infirmier de 2012 à 2018



Source : Rapport chiffres-clés 2019, Présanse

Sur l'échantillon des SSTI considérés, il ressort que la révision des modalités de suivi des salariés a eu un impact substantiel sur la réduction du nombre de visites global entre 2015 et 2018. Alors que le ratio du nombre de visites rapporté au nombre de salariés suivis s'établit en moyenne à 60 % en 2015 sur l'ensemble des SSTI évalués, il s'élève à 50 % en 2018 ; ce ratio a ainsi diminué de 7 % à 25 % selon les SSTI comme le montre le tableau 4 en annexe 2.

Dans l'échantillon, 4 des 12 SSTI n'avaient pas encore instauré les visites infirmières en 2015. Parmi les 8 autres, la part des visites faites par les IDEST représentait en moyenne 11 % en 2015. En 2018, dans les 12 SSTI, la part des visites IDEST était de 26 % en moyenne. Au total, dans les 8 SSTI où ce calcul est possible, la part des visites IDEST a augmenté de 120 % en moyenne entre 2015 et 2018, avec un maximum de +268 % (cf. tableau 3 en annexe 2).

La baisse du nombre de visites périodiques (cf. tableau 5 en annexe 2) découle directement de l'espacement des visites d'information et de prévention prévu par la réglementation, le nombre de

visites réalisées à l'embauche d'un salarié étant une variable exogène, directement liée au contexte économique. Le tableau 6 en annexe 2 montre également la diminution du poids des visites périodiques dans le nombre total de visites ; ainsi, la part moyenne des visites périodiques sur l'ensemble des visites passe de 39 % en 2015 à 25 % en 2018 dans l'échantillon de SSTI sélectionné par la mission.

La souplesse réglementaire laissant la possibilité aux médecins de prévoir une périodicité de suivi inférieure à 5 ans pour les suivis simples est assez peu utilisée d'après les médecins rencontrés par la mission. Cependant, le nombre de visites effectuées à la demande du médecin a augmenté dans six SSTI sur sept ayant renseigné les informations demandées par la mission, ce type de visites ne représentant qu'une part marginale (moins de 5 %) de l'ensemble des visites.

Si les évolutions réglementaires ont indéniablement libéré des marges de manœuvre dans le cadre d'une ressource médicale contrainte, la faible part des visites périodiques par rapport aux visites réalisées à l'embauche s'explique également en partie par la non réalisation des visites périodiques dans les délais prévus. En effet, de l'aveu des médecins rencontrés par la mission, ce type de visite n'est pas priorisé par rapport aux autres visites (visites d'embauche, VIP à l'embauche, visites de reprise ou pré-reprise, visites à la demande). Néanmoins, la mission n'a pas pu obtenir d'éléments chiffrés permettant d'évaluer les retards pris dans la réalisation des différentes visites de la part des SSTI évalués, cet indicateur ne faisant pas l'objet d'un suivi, faute de systèmes d'information adaptés (cf. infra).

## 2.3 Le redéploiement de l'activité des professionnels de santé vers des actions en milieu de travail reste difficile à mesurer et fait apparaître de fortes disparités entre SSTI

### 2.3.1 Les actions en milieu de travail, orientées sur de la prévention et du maintien dans l'emploi, constituent une composante essentielle des missions des SSTI

Les marges de manœuvre dégagées par les réformes de 2011 et 2016 visaient à donner des moyens supplémentaires aux professionnels de santé au travail afin, notamment, que les médecins puissent effectivement consacrer le tiers de leur temps de travail prévu (sur une année donnée) pour les actions en milieu de travail et à leur mission d'animation et de coordination de l'EP<sup>57</sup>.

Les actions en milieu de travail s'inscrivent dans le cadre des missions légales des SSTI et visent à conforter leur rôle de prévention et de maintien dans l'emploi ; il s'agit en effet d'une « *activité préventive - au bénéfice collectif ou individuel des salariés - [qui] a pour but de mener ou de proposer des actions de prévention, de correction ou d'amélioration des conditions de travail* ».

Les différentes actions, définies à l'article R. 4624-1 du code du travail et détaillées par la circulaire DGT n°13 du 9 novembre 2012, comprennent notamment la visite des lieux de travail, l'étude de poste, l'identification et l'analyse des risques professionnels, l'élaboration et la mise à jour de la fiche d'entreprise, la participation aux réunions du CSE, la réalisation de mesures métrologiques, l'animation de campagnes d'information et de sensibilisation aux questions de santé publique en rapport avec l'activité professionnelle, les enquêtes épidémiologiques, la formation aux risques spécifiques.

---

<sup>57</sup> Article R.4624-4 du code du travail

Elles sont réalisées par « *par l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail, sous la conduite du médecin du travail et dans le cadre des objectifs fixés par le projet pluriannuel* » conclu entre la DIRECCTE, la CARSAT et le SSTI<sup>58</sup> (cf. partie 4).

La répartition des AMT entre les professionnels varie fortement selon les SSTI et les équipes pluridisciplinaires. En général, les IPRP effectuent les AMT les plus complexes, en se concentrant dans la plupart des SSTI sur les plus grandes entreprises ou les secteurs à activités très à risque ou spécifiques, les petites entreprises et les fiches d'entreprises étant plutôt couverts par les AST. Les IDEST, quant à eux, réalisent des fiches d'entreprises, accompagnent les médecins ou les représentent en CSE/CHSCT, ou font des interventions de sensibilisation. La répartition des AMT au sein de l'équipe pluridisciplinaire peut toutefois différer en fonction des médecins.

Par ailleurs, la mission a pu constater que, même si les textes n'imposent pas aux infirmiers de tiers-temps pour la réalisation d'AMT, plusieurs SSTI de l'échantillon considèrent que cette règle doit trouver à s'appliquer pour ces professionnels.

### 2.3.2 Si l'évaluation quantitative des actions en milieu de travail apparaît délicate, l'investissement dans ce type d'actions est disparate d'un SSTI à l'autre

La manière de décompter les actions en milieu de travail diffère sensiblement d'un SSTI à l'autre, malgré les efforts déployés par PRÉSANSE (cf. partie 4) pour développer un thésaurus commun à l'ensemble des SSTI. En effet, dans son rapport sur les chiffres clés 2019, PRÉSANSE explique que la traçabilité des AMT demeure partielle, à la fois parce que l'ensemble des SSTI ne dispose pas de système d'information permettant leur saisie conformément aux thésaurus, et parce que les modes de saisie ne sont pas harmonisés entre les SSTI pour ceux qui utilisent les thésaurus<sup>59</sup>.

Ainsi, si le rapport précité mentionne - en invitant à la prudence - une évaluation minimale du nombre d'AMT autour de 580 000 pour l'ensemble des SSTI hors services spécialisés sur le BTP, et une moyenne de 1,6 AMT par établissement en ayant bénéficié, la mission considère que ces chiffres sont difficilement interprétables compte tenu des limites mentionnées précédemment mais aussi de la diversité existant dans la nature des AMT (allant d'une élaboration d'une fiche d'entreprise à une étude de poste, en passant par des actions de sensibilisation et de formation à la sécurité). Aussi, la mission a souhaité privilégier une approche consistant à mesurer l'évolution du nombre d'AMT par SSTI ainsi qu'une approximation de l'évolution du nombre d'AMT par SSTI rapporté au nombre d'entreprises adhérentes.

La mission a également pu constater la variabilité de l'investissement dans les AMT inter et intra SSTI dans le cas particulier de la vaccination.

---

<sup>58</sup> Article R.4624-2 du code du travail

<sup>59</sup> Le rapport sur les chiffres clés 2019 de Présanse souligne en effet que : « Certains saisissent uniquement les AMT réalisées par les AST ou IPRP, d'autres saisissent également celles qui sont réalisées par les médecins du travail et les infirmiers. Lorsqu'une AMT est réalisée par plusieurs personnes, certains la comptabilisent une seule fois, tandis que d'autres la comptabilisent plusieurs fois pour chaque personne. »



### **La vaccination, un exemple de variabilité des prestations inter et intra-SSTI**

Les vaccinations nécessaires aux salariés exposés professionnellement à des agents biologiques pathogènes sont à la charge financière de l'employeur, sur proposition du médecin du travail<sup>60</sup>. Certaines de ces vaccinations sont obligatoires et d'autres recommandées en fonction de l'exposition professionnelle. Les maladies infectieuses visées sont par exemple l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la typhoïde, la tuberculose, l'hépatite A, la leptospirose, la rage, la grippe, etc.

La circulaire du 26 avril 1998 prévoit toutefois que ces actes doivent être effectués sur le temps clinique et non pas d'AMT, et que le médecin du travail peut décliner cette pratique s'il estime ne pas en avoir le temps, en particulier pour la vaccination antigrippale qui relève prioritairement du médecin traitant<sup>61</sup>.

Dans les SSTI de l'échantillon, les médecins du travail rapportaient des pratiques très diverses entre eux et selon les SSTI concernant la vaccination, qui semblait globalement une activité peu fréquente. En effet, certains vaccinent lors de leurs visites pour tous les vaccins obligatoires ou recommandés, d'autres vaccinent uniquement pour certains vaccins moins courants (leptospirose), d'autres renvoient systématiquement la personne vers son médecin traitant. En conséquence, certains SSTI disposent de stocks de vaccins, qui peuvent être achetés via l'ARS avec un remboursement partiel par la CPAM. Le vaccin n'est alors pas facturé en sus à l'adhérent.

Certains adhérents (établissement de santé ou médico-social, collectivité territoriale) bénéficient parfois d'une prestation de vaccination antigrippale par le médecin du travail en entreprise, mais beaucoup de médecins ne souhaitent pas s'en charger par manque de temps. Ces actes peuvent également être effectués par les IDEST sous protocole de délégation. Les vaccins sont la plupart du temps fournis par l'entreprise et les actes de vaccination lui sont parfois facturés en sus, mais pas systématiquement.

On constate donc que les pratiques concernant la vaccination varient entre les SSTI et au sein d'un même service, sans positionnement particulier des directions sur ce point, malgré l'inégalité en termes de service rendu et de facturation.

Source : *Mission*

#### **2.3.2.1 À la suite des réformes de 2011 et de 2016, l'évolution du nombre et du temps dévolu aux AMT apparaît disparate entre les SSTI**

Le taux d'évolution du nombre d'AMT entre 2015 et 2018 pour les SSTI de l'échantillon est très contrasté, allant d'une diminution nette à une très forte progression (cf. tableau 7 de l'annexe 2). Il ressort que l'utilisation des marges de manœuvre libérées par les mesures décrites supra n'ont pas eu des effets univoques en termes de développement du nombre d'AMT. Néanmoins, ce sont les actions de réalisation de fiches d'entreprises et de fiches de poste qui affichent une progression dans une majorité des SSTI visités.

Si les évolutions sont disparates d'un SSTI à l'autre, le nombre d'AMT tend à augmenter, ce qui indique que, malgré la diminution des ressources en médecins du travail, les réformes de 2011 et 2016 ont globalement permis aux travers des équipes pluridisciplinaires de dégager du temps pour la réalisation des AMT, sans qu'il ne soit possible de chiffrer le temps qui y est dédié par les professionnels des SSTI. Les entretiens menés par la mission avec les SSTI indiquent que si les médecins s'efforcent de respecter la règle du tiers-temps, celle-ci est moins respectée dans les services implantés dans les zones où il existe des difficultés de recrutement de médecins du travail, la priorité étant donnée aux visites médicales revêtant une sensibilité particulière.

<sup>60</sup> Article R.231-65-1 du code du travail

<sup>61</sup> Lettre circulaire du 26 avril 1998 relative à la pratique des vaccinations en milieu de travail par les médecins du travail

Cette analyse quantitative des AMT réalisées par les SSTI ne préjuge cependant pas de la qualité d'intervention des professionnels de ces services qui déclarent avoir de bons retours de la part des entreprises adhérentes dans lesquelles ils interviennent (cf. partie 3).

### 2.3.2.2 Après un retard considérable, les SSTI ont fait porter leurs efforts sur la réalisation des fiches d'entreprise

Ainsi que le rappelle la circulaire de la DGT précitée, « *la fiche d'entreprise consigne notamment les risques professionnels et les effectifs de salariés qui y sont exposés. Elle est obligatoire pour toutes les entreprises, quel que soit leur effectif, et doit être remise aux entreprises ou établissements qui viennent d'adhérer à un SST au plus tard un an après leur adhésion. [...] Cette fiche constitue non seulement un instrument de repérage des risques professionnels et des populations concernées qui s'articule avec le document unique d'évaluation des risques, réalisé par l'employeur, mais aussi de sensibilisation et d'information de l'employeur sur les questions de santé au travail. A cet égard, sa délivrance et son actualisation sont des éléments importants d'appréciation et de contrôle de l'activité du SST par la DIRECCTE, notamment en direction des petites entreprises.* »

Cette fiche constitue donc un « *document clé dans la démarche de prévention* », en particulier pour les petites entreprises « *dans la mesure où cette fiche constitue un des premiers leviers pour mettre en œuvre une démarche de prévention et pour aider l'employeur dans l'identification et l'évaluation des risques présents dans son entreprise ou son établissement* ».

D'après PRÉSANSE<sup>62</sup>, le nombre de fiches d'entreprise réalisées en 2018 (créations et mises à jour) est de l'ordre de 130 500, en augmentation de 11 % par rapport à 2017<sup>63</sup>, et de 54 % par rapport à 2015. Au total, 610 000 fiches d'entreprises sont comptabilisées en 2018 (réalisées en 2018 et avant), couvrant 45 % des établissements ; ces chiffres sont également en forte progression par rapport à 2015 où 467 000 fiches d'entreprises étaient recensées, couvrant 35 % des établissements. Parmi ces fiches, 63 % portent sur des entreprises de moins de 10 salariés et 28 % sur des établissements de 10 à 49 salariés. De plus, 64 % des fiches ont moins de 5 ans d'ancienneté et les fiches réalisées en 2018 représentent un cinquième de l'effort de réalisation. Les SSTI sélectionnés par la mission s'inscrivent à deux exceptions près dans la même dynamique (cf. tableau 8 de l'annexe 2).

Certains SSTI sont organisés de telle sorte que la demande d'adhésion d'une entreprise déclenche une prise de contact et une visite d'un AST, ce qui peut être l'occasion de réaliser une fiche d'entreprise lorsque le repérage des risques est simple. D'autres, dont l'AST Grand Lyon, ont adopté un outil d'autodiagnostic permettant à une nouvelle entreprise adhérente de préparer l'identification des postes et des risques associés, et d'initier ainsi une démarche permettant de réaliser plus rapidement la fiche d'entreprise. Cet outil a déjà été utilisé par 3500 entreprises. Sans le recours à cet outil, l'AST Grand Lyon estime qu'il lui faudrait doubler le nombre des AST pour viser l'objectif d'un taux de réalisation à 100 %.

<sup>62</sup> Rapport chiffres-clés 2019, Présanse

<sup>63</sup> Le rapport précise que « *dans l'attente d'un arrêté actualisant le modèle de fiche d'entreprise, de nombreuses actions de repérage des situations de travail se développent sans pour autant être comptabilisées comme des réalisations de fiches d'entreprises* ».

### L'outil d'autodiagnostic « Autodiag »

Cet outil a été développé et est utilisé par 13 SSTI.

Il est rempli par l'entreprise, et accessible aussi bien au SSTI qu'à l'entreprise. Il classe les entreprises en fonction des risques qu'elles identifient en trois niveaux : vert, orange ou rouge.

L'AST Grand Lyon a retenu les modalités de suite à chaque auto-diag suivantes :

- Vert > Diagnostic express par téléphone ;
- Orange > Diagnostic terrain par un IPRP ;
- Rouge > Diagnostic expert par un médecin.

Il permet également de mieux cibler les offres de prévention.

Il permet de réaliser deux radars, l'un avec les risques déclarés par l'entreprise, l'autre avec les risques identifiés par le SSTI dans la fiche d'entreprise.

Il permet un traitement agrégé des données saisies par les entreprises et l'édition de « baromètres » par métier ou secteur d'activité. Il est possible de l'interfacer avec un logiciel métier, avec une API de sortie.

Source : AST Grand Lyon

D'après les entretiens que la mission a pu mener, les SSTI priorisent l'élaboration des fiches d'entreprise en fonction de critères différents.

- La taille de l'entreprise peut constituer un critère qui peut jouer dans les deux sens :
  - Certains SSTI cherchant à couvrir le nombre maximal de salariés par une fiche d'entreprise, et privilégiant ainsi les moyennes et grandes entreprises ;
  - D'autres SSTI privilégiant les petites entreprises, dans le souci de ne pas négliger cette cible qui peut ne jamais avoir d'autres contacts avec le SSTI hormis le paiement de la cotisation (cf. partie 3) ;
  - Certains SSTI indiquent également ne pas prioriser les petites entreprises qui se créent dans un souci de pragmatisme, dans la mesure où la réalisation d'un DUERP (Document unique d'évaluation des risques professionnels) ne fait pas partie des priorités des nouveaux entrepreneurs et où le risque de disparition d'une petite entreprise après sa création est non négligeable (de l'ordre de 30 % des entreprises disparaissant après seulement 3 années d'existence) ;
- Les risques inhérents à l'activité de l'entreprise adhérente :

Surtout, depuis la réforme de 2016, le médecin du travail ne peut constater l'inaptitude médicale du travailleur à son poste de travail que s'il a réalisé préalablement quatre actions parmi lesquelles l'actualisation de la fiche d'entreprise<sup>64</sup>. Cette règle a donc conduit les SSTI à devoir combler leur retard de réalisation des fiches d'entreprise, parfois à marche forcée. Du reste, certains AST ou IPRP pouvant être chargés de la réalisation de la fiche d'entreprise soulignent la difficulté à réaliser cette

---

<sup>64</sup> Article R.4624-42 du code du travail : « 1° S'il a réalisé au moins un examen médical de l'intéressé, accompagné, le cas échéant, des examens complémentaires, permettant un échange sur les mesures d'aménagement, d'adaptation ou de mutation de poste ou la nécessité de proposer un changement de poste ; 2° S'il a réalisé ou fait réaliser une étude de ce poste ; 3° S'il a réalisé ou fait réaliser une étude des conditions de travail dans l'établissement et indiqué la date à laquelle la fiche d'entreprise a été actualisée ; 4° S'il a procédé à un échange, par tout moyen, avec l'employeur ».

fiche dans ces conditions qui ne sont plus favorables à la conduite d'une démarche de prévention ; l'employeur a en effet du mal à percevoir le lien entre cet outil et la procédure d'inaptitude en cours.

Si les SSTI ont, dans leur ensemble, amélioré les taux de réalisation des fiches d'entreprise, le risque existe néanmoins de transformer cette dynamique en une logique « d'abattage » (notamment pour pallier les risques juridiques liés aux procédures d'inaptitude). En effet, les interlocuteurs rencontrés par la mission, que ce soient les SSTI ou les représentants d'entreprises adhérentes à des SSTI, soulignent que la fiche d'entreprise est un outil utile à la démarche de prévention si son élaboration est l'occasion d'un échange entre le SSTI et l'entreprise pour repérer et mesurer les risques, dans l'optique de la réalisation ultérieure du DUERP et d'un plan d'actions permettant la maîtrise des risques. Si elle peut être utile aux moyennes et grandes entreprises, celles-ci sont néanmoins moins démunies que les petites entreprises, dans la mesure où elles disposent dans la plupart des cas de ressources en interne ou peuvent plus facilement dégager des ressources pour solliciter un prestataire extérieur pour les appuyer dans cette tâche.

Néanmoins, les organisations d'employeurs, certaines branches professionnelles ou grandes entreprises rencontrées par la mission se montrent critiques par rapport à la fiche d'entreprise. Outre que peu de leurs adhérents disposent d'une fiche d'entreprise (sans que la mission ait pu disposer de chiffres permettant d'étayer cette affirmation), ce document ne permettrait pas pour eux d'élaborer un DUERP facilement.

Il convient néanmoins de souligner que les SSTI peinent à mobiliser les entreprises autour de la culture de prévention, certaines la perçoivent souvent davantage comme une obligation à remplir que comme un levier pour améliorer leur performance ou une réelle responsabilité quant à la santé de leurs salariés en termes de résultats.

Plusieurs SSTI rencontrés ont construit des grilles types informatisées facilitant l'élaboration des fiches d'entreprise, dans le souci de rendre celles-ci facilement mobilisables pour la construction du DUERP. Le développement de ce type d'outils devrait être davantage coordonné et mutualisé, afin d'éviter la construction de différents outils mobilisant des ressources internes.

### 2.3.2.3 La participation aux réunions des CSE est en baisse dans l'ensemble des SSTI

Dans leur ensemble, les SSTI sélectionnés par la mission participent de moins en moins aux réunions des institutions représentatives du personnel, contrairement à ce que prévoit l'article R. 4624-1 du code du travail. Si les médecins du travail peuvent déléguer leur participation aux IDEST, la baisse constatée peut probablement en partie s'expliquer par la mise en place récente des comités sociaux et économiques (CSE) qui ont repris les attributions des CHSCT. Ainsi, la fréquence des réunions des CSE traitant de sujets relatifs aux conditions de travail et auxquelles les médecins du travail sont susceptibles de se rendre diminue.

Par ailleurs, les SSTI soulignent une pratique de certains employeurs consistant à ne pas respecter un délai de prévenance suffisant ou à proposer des horaires ne permettant pas d'assurer la présence du SSTI.

### 2.3.2.4 Les actions de maintien dans l'emploi, à la frontière du suivi individuel et des actions collectives en milieu de travail, font l'objet d'un investissement disparate selon les SSTI

Comme cela a été indiqué dans plusieurs rapports<sup>65</sup>, la mission des SST en matière de maintien dans l'emploi est mise en œuvre de manière hétérogène : ainsi le rapport IGAS de 2017 sur la PDP faisait ressortir que la mission de maintien en emploi bénéficiait d'une organisation et de compétences dédiées dans environ la moitié des services interentreprises, et que la capacité à organiser, pour cette fonction, une équipe pluridisciplinaire était très dépendante de leur taille. Dans le cadre de l'échantillon de SSTI sélectionné par la mission, le même constat peut être fait quant à l'hétérogénéité des organisations retenues pour remplir cette mission de maintien dans l'emploi. Il convient toutefois de noter que l'ensemble des SSTI ont, soit conventionné avec une assistante sociale, soit recruté une assistante sociale, afin de traiter les dossiers de maintien dans l'emploi pour la partie administrative, conformément à ce que prévoit le code du travail<sup>66</sup>.

Par ailleurs, le rapport IGAS précité soulignait également que la prévention de la désinsertion professionnelle mobilisait de nombreux intervenants, qui ont chacun leur logique propre : services de santé au travail, organismes de protection sociale, organismes financés par les fonds pour l'insertion professionnelle des travailleurs handicapés ou par les organismes paritaires de financement de la formation, mais aussi médecins et services hospitaliers. En particulier, la CNAM (Caisse nationale d'assurance maladie) dispose de cellules régionales et locales de coordination intra et interinstitutionnelles de PDP présentant l'intérêt de répondre à un enjeu de coordination des acteurs. Néanmoins, la mission a pu constater que la participation des médecins du travail à ce type de réunions est très variable d'un professionnel à l'autre. Du côté de l'assurance maladie, la méconnaissance des SSTI dont dépendent les salariés concernés constitue un frein au bon fonctionnement de ce type de cellule. Le désintérêt observé de la part de certains médecins du travail interroge cependant sur la capacité de certains SSTI à assumer réellement leur mission de maintien dans l'emploi.

S'agissant des actions de maintien en emploi au sein de chaque SSTI, quelques indicateurs d'activité permettent de les suivre, tels que :

- Les visites de pré-reprise et de reprise, dont le nombre augmente (+21 % entre 2015 et 2018 sur l'échantillon de SSTI), participent aux actions primaires de maintien dans l'emploi ;
- Les aménagements de poste, qui peuvent intervenir à des moments plus ou moins précoces de la démarche de maintien en emploi : selon PRÉSANSE, les préconisations d'aménagement de poste à l'issue d'une visite concernaient 338 000 salariés en 2018, soit 5,9 % de l'ensemble des visites réalisées par le médecin du travail. S'agissant des SSTI sélectionnés dans l'échantillon, le ratio du nombre d'études de poste rapporté au nombre d'entreprises adhérentes montre une évolution à la hausse (cf. tableau 8 en annexe 2), indiquant un effort des médecins du travail dans cette démarche de maintien dans l'emploi.
- Le nombre d'avis d'inaptitude donne une indication plus « négative » sur l'activité des SSTI, même s'ils ne sont pas tous le constat d'un échec imputable aux SSTI ou aux autres acteurs du MEE, que sont la sécurité sociale, CAP Emploi, l'AGEFIPH (Association de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées), etc... D'après les données de PRÉSANSE, les avis

<sup>65</sup> Rapport IGAS sur « La prévention de la désinsertion professionnelle des salariés malades ou handicapés », Pierre Aballéa, Marie-Ange du Mesnil du Buisson, Anne Burstin, 2017 / Rapport sur la réforme de la santé au travail, Christian Expert, Hervé Lanouzière, Stéphane Sellier, 2019.

<sup>66</sup>Articles L.4631-1, D.4631-1 à D.4632-11 du code du travail

d'inaptitude ont représenté 2,2 % de l'ensemble des visites réalisées par les médecins du travail, le nombre de personnes concernées par ces avis d'inaptitude étant estimé autour de 120 000 en 2018, soit 0,8 % des salariés suivis. Les mêmes ordres de grandeur sont observés dans l'échantillon de SSTI sélectionnés par la mission, sans qu'il n'y ait d'évolution notable sur la période de 2015 à 2018.

À cet égard, il est intéressant de noter que le profil des salariés concernés par un avis d'inaptitude partielle ou totale n'est pas nécessairement marqué par une exposition à des risques les classant en SIR, constat qui mériterait une réflexion plus approfondie sur les déterminants de l'inaptitude et sur le lien avec les classements en SIR et SIA. À la demande de la mission, l'ALSMT a analysé les type d'avis d'aptitude partielle et d'inaptitude en fonction du type de suivi, sur une année, dans le tableau figurant ci-dessous. Il y apparaît une surreprésentation des salariés en suivi simple dans toutes les catégories, mais plus marquée pour les inaptitudes totales.

Tableau 1 : Type d'inaptitude par catégories de salariés suivis

Type d'aptitude / catégorie de salariés	SI	SIA	SIR	Total général
Inapte : Emploi Préjudiciable à la Santé R4624-42 du CT	50	11	10	71
Inapte : l'état de santé fait obstacle à tout reclassement dans un emploi – R4624-42 du CT	164	80	38	282
Inapte à tous les postes	217	63	39	319
Inapte au poste, apte à un autre	624	149	152	925
<b>Total général</b>	<b>1055</b>	<b>303</b>	<b>239</b>	<b>1597</b>

Source : ALSMT

Par ailleurs, d'autres professionnels sont susceptibles d'intervenir dans l'accompagnement des personnes confrontées à une problématique de maintien en emploi. Ainsi, 0,45 % des salariés suivis ont bénéficié d'une prise en charge par un assistant social (soit 59 000 personnes environ) et 0,2 % d'un rendez-vous avec un psychologue (soit 31 000 personnes environ).

### **La mission porte au final un jugement contrasté sur le niveau atteint par les SSTI**

In fine, sur l'ensemble de leurs missions et sur l'organisation de leur activité, le niveau de maturité atteint par les SSTI apparaît disparate, certains d'entre eux, de l'avis même de leurs présidents, estimant ne pas rendre pleinement le service dû aux adhérents.

Néanmoins, les SSTI rendent un service réel et ne sont pas des organismes vivant « en dehors ou à côté » des enjeux de santé au travail. En effet, les échanges que la mission a pu avoir avec les responsables des instances de gouvernance ainsi que les ordres du jour et les procès-verbaux de leurs réunions montrent, dans une très large majorité des SSTI évalués, une préoccupation forte sur le meilleur service à rendre aux entreprises et à leurs salariés. De même, les directeurs et équipes de professionnels que la mission a rencontrés font preuve d'un grand engagement, d'une forte connaissance de leur territoire et de compétences professionnelles et techniques certaines.

Par ailleurs, il convient de reconnaître que le niveau atteint en termes de coopération entre professionnels en santé au travail apparaît parfois plus développé que celui rencontré couramment dans le système de santé, notamment au travers du développement des visites infirmières et de la répartition des actions en entreprises.

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

#### 3.1 Les SSTI font l'objet de nombreuses critiques, de la part des employeurs comme des salariés, et d'une méconnaissance des missions des SSTI au-delà des visites

##### 3.1.1 Les enquêtes montrent une satisfaction globale non exempte de fortes critiques

##### 3.1.1.1 Les enquêtes d'opinion donnent des résultats contrastés

Une étude réalisée en 2019 auprès de dirigeants de TPE et de PME<sup>67</sup> indique que l'image des SSTI est positive pour 72 % des répondants, et mauvaise pour 28 %. Une forte majorité des sondés estime que les services de santé sont « *dignes de confiance* » et « *indispensables* ». Ils ne sont plus que 58 % à avoir connaissance d'au moins une intervention de leur SSTI sur les trois dernières années et à les juger « *réactifs* », 54 % « *présents aux côtés des entreprises* » et « *efficaces* », 32 % « *porteurs d'innovations* ». Plus de 40 % les jugent « *mal connus* » des salariés et des chefs d'entreprise »<sup>68</sup>.

S'agissant de la satisfaction sur l'accompagnement, 6 dirigeants sur 10 sont satisfaits, surtout dans les entreprises de plus de 50 salariés, en particulier de « *la proximité du centre de santé au travail et du professionnalisme des équipes* », tout en étant sceptiques sur « *la variété des compétences mises à disposition* ». Quant au niveau des cotisations, 53 % estiment qu'il est « *élevé* » (taux plus élevé dans les entreprises de moins de 50 salariés), 37 % « *correct* » et 4 % « *peu élevé* ».

Le volet « Salariés » de cette même enquête<sup>69</sup> indique que 68 % des salariés répondants ont été en contact avec au moins un acteur de la santé et de la sécurité au travail au cours des 3 dernières années. Dans 6 cas sur 10, ce contact était le service de santé au travail, dans 22 % des cas une institution de prévoyance ou un assureur, dans 18 % des cas une CARSAT ou la CRAMIF, et dans 13 % des cas un consultant. 71 % des sondés a déclaré avoir une bonne image des services de santé au travail, les jugeant « *indispensables* », et 60 % d'entre eux les considèrent à l'écoute. Mais, ils sont 63 % à les estimer mal connus des salariés et seulement 39 % « *présents dans les entreprises* ».

Une enquête réalisée en 2019 auprès d'un échantillon de Français actifs<sup>70</sup> confirme la mauvaise connaissance des SSTI et de leur rôle par ces derniers. Ainsi, 59 % d'entre eux affirment que la médecine du travail évoque « *un service de contrôle des conditions de travail dans les entreprises* » (taux qui monte à 65 % chez les ouvriers), seuls 40 % y voyant « *un service de conseil aux entreprises et salariés* ». À la question de vers qui ils se tourneraient en cas de problèmes de santé liés à leur travail, 82 % s'adresseraient à leur médecin traitant, contre 17 % à la « *médecine du travail* ».

<sup>67</sup> Enquête par Harris Interactive pour Présanse, réalisée par téléphone auprès des dirigeants du 1er au 11 avril 2019 sur un échantillon représentatif de 410 dirigeants d'entreprises de 1 à 249 salariés.

<sup>68</sup> 91 % des dirigeants connaissent au moins une des missions proposées par le SSTI, mais seuls 38% connaissent l'ensemble de leurs missions.

<sup>69</sup> Enquête réalisée en ligne du 1er au 8 avril 2019 sur un échantillon de 1012 personnes, représentatif des salariés d'entreprise de TPE/PME (1 à 249 salariés).

<sup>70</sup> Enquête Odoxa / Service aux entreprises sur la santé au travail par internet du 7 au 9 mai 2019 sur un échantillon de 629 actifs, issu d'un échantillon représentatif de la population française âgée de 18 ans et plus.

### 3.1.1.2 L'enquête de l'IGAS donne un éclairage plus précis sur la perception des SSTI

Afin de recueillir la perception des bénéficiaires, la mission a demandé aux 12 SSTI visités de transmettre à un échantillon représentatif de leurs adhérents un questionnaire portant sur une vingtaine de points (voir l'annexe 3 pour la présentation de la méthodologie et l'exploitation générale des résultats). Dans les entreprises de plus de 50 salariés, le dirigeant était invité à transmettre un questionnaire adapté aux représentants du personnel (CHSCT ou CSE).

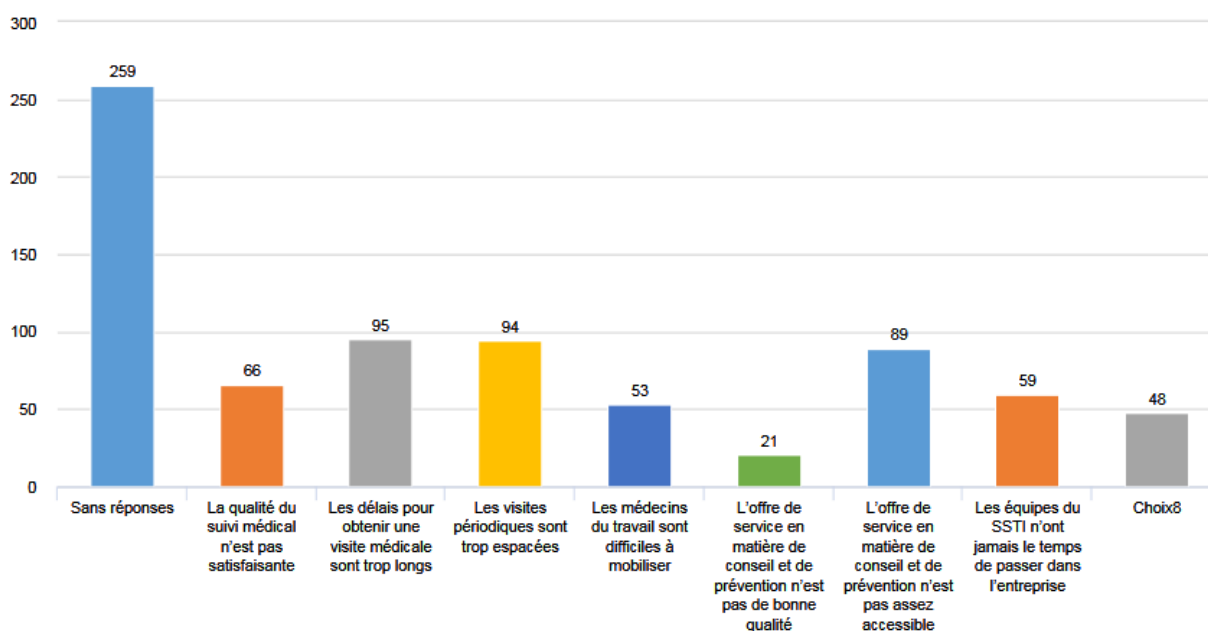
Le premier enseignement de cette démarche est le faible taux de réponse au questionnaire. La mission a pu recueillir au total 533 retours de dirigeants et 9 d'IRP (Instances représentatives du personnel) sur 11 SSTI, aucune entreprise n'ayant répondu pour le 12ème. Cette limite conduit la mission à une exploitation prudente des résultats, sans ventilation par sous-ensembles trop fins de services ou de catégories d'entreprises.

Le suivi médical individuel ressort à 87 % comme la principale attente des entreprises adhérentes, suivie à 32 % par l'aide à l'établissement du DUERP, à 28 % par les conseils sur l'aménagement de poste et sur l'organisation du travail, à 23 % l'identification des risques et à 20 % la réalisation de la fiche d'entreprise. Le suivi individuel est également la priorité des IRP répondants.

Sur l'ensemble des dirigeants répondants, s'agissant de la satisfaction globale vis-à-vis de leur SSTI, 22,3 % des répondants se disent totalement satisfaits, 48,4 % plutôt satisfaits, 17 % plutôt pas satisfaits et 9,4 % pas satisfaits du tout. Neuf SSTI sur onze ont une majorité de répondants totalement ou plutôt satisfaits (dont six à plus de 75 % et un à 85 %), et deux SSTI une majorité de plutôt insatisfaits ou pas satisfaits du tout (un à 61 %, l'autre à 66 %). Les IRP répondants étaient également globalement satisfaits de leur SSTI.

Interrogés sur leurs motifs d'insatisfaction, près de 50 % des dirigeants d'entreprises n'ont pas donné de réponse. Les 50 % ayant répondu ont mentionné les motifs suivants :

Graphique 9 : Question « Pouvez-vous détailler en quoi vos réponses ne sont pas satisfaites ? »



Source : Exploitation du questionnaire de la mission



Les répondants sont particulièrement sensibles aux prestations non rendues : « *visites d'embauche non systématiquement programmées alors que les services de la Médecine du Travail sont informés* », « *pas de réponses suite à la visite pour la fiche entreprise* », etc.

Concernant la perception du positionnement des SSTI, les employeurs interrogés considèrent majoritairement que le SSTI adopte une posture plutôt neutre dans son rôle de conseil de l'employeur d'une part, et du salarié, d'autre part. La majorité des représentants du personnel ayant répondu au questionnaire sont du même avis.

Les entreprises répondantes se montrent critiques sur le niveau des cotisations : sur l'ensemble des SSTI, 54 % des entreprises estiment que le montant des cotisations n'est pas justifié au regard des services rendus, ce taux variant entre 39 % et 70 % selon les SSTI concernés.

Au moment de l'adhésion, s'agissant des documents reçus, les entreprises adhérentes mentionnent en premier lieu la grille de cotisation (31 % en moyenne sur l'ensemble des SSTI), le règlement intérieur (29 %), la description des prestations (27 %), puis les statuts (26 %) et enfin le projet de services et d'autres documents (14 %). Seules 22 % des entreprises adhérentes rapportent avoir reçu la visite d'un représentant du SSTI après leur adhésion, ce chiffre variant de 7 % à 42 % selon les SSTI de l'échantillon, les entreprises de moins de 10 salariés étant moins nombreuses à avoir reçu une visite de leur SSTI après leur adhésion dans 8 des SSTI.

Toutefois, en réponse à la question « *si vous en avez la possibilité, envisagez-vous de changer de SSTI ?* », 70 % répondent non, et 15 % oui, les 15 % restants ne donnant pas de réponse.

Par ailleurs, si les entreprises ayant répondu au questionnaire n'ont pas, dans leur très grande majorité, participé à la désignation des membres des instances des SSTI (conseil d'administration ou commission de contrôle), la part des employeurs qui s'estiment bien représentés est majoritaire, et c'est également le cas pour les représentants du personnel.

### 3.1.2 La mauvaise perception de leurs prestations a poussé les SSTI à améliorer leur visibilité

#### 3.1.2.1 La perception de prestations essentiellement médicales est renforcée par le mode de calcul de la cotisation des entreprises

Au regard de l'enquête de la mission, l'image des SSTI est donc très conditionnée à la réalisation des visites et examens médicaux. Ainsi que le formule un médecin inspecteur du travail, « *Vis-à-vis du travailleur, le médecin du travail a le pouvoir de prononcer une inaptitude au poste, qui, sauf contestation, a une valeur « exécutoire ». Vis-à-vis de l'employeur, le médecin du travail n'a qu'une mission de conseil, que ce soit pour une proposition d'aménagement de poste, des propositions en vue d'un reclassement, ou des conseils donnés dans le cadre de l'amélioration des conditions de travail.* »

Par ailleurs, l'accent très fort mis par le droit et la politique de santé au travail sur la prévention n'est pas au cœur des priorités de tous les chefs d'entreprise, notamment des TPE et des PE. Le baromètre INRS de 2015<sup>71</sup> montrait que la prévention est plus vécue comme une contrainte que comme une opportunité, et que 70 % des TPE et 54 % des PE n'envisageaient pas d'action de prévention pour les deux ans à venir. Toutefois, s'agissant des interlocuteurs sur la prévention, l'enquête montrait que

---

<sup>71</sup> Les PME et les risques professionnels, enquête de Viavoice pour l'INRS, réalisée par téléphone auprès de 1002 chefs d'entreprises de moins de 50 salariés de novembre 2014 à janvier 2015.

les services de santé au travail étaient bien positionnés comme référent (pour 49 % des PE et 34 % des TPE) et comme « *personne de confiance* » (pour 62 % des PE et 32 % des TPE).

Cette perception centrée sur le suivi médical est entretenue par les modalités de contribution au financement des SSTI, et singulièrement par la confirmation par le Conseil d'Etat en 2014<sup>72</sup> de cotisations devant être calculées "per capita" (par salarié), excluant la possibilité de les asséoir sur la masse salariale. À l'issue de cette décision, de nombreux SSTI, poussés le cas échéant par les DIRECCTE, ont modifié leur grille de cotisations. Ce calcul a favorisé la comparaison entre la contribution annuelle versée par salarié et le coût d'une consultation médicale en ville.

Un président de SSTI rencontré par la mission a estimé qu'il ne fallait pas surestimer l'impact psychologique de l'expression en « per capita » de la contribution des entreprises au financement des SSTI, les entreprises pouvant aisément sous le régime de la cotisation en masse salariale recalculer le coût par salarié de leur cotisation. Il est toutefois probable que la progression de la répartition « per capita » a alimenté le sentiment d'un service rendu jugé plus cher dans un contexte d'espacement possible des visites périodiques jusqu'à 5 ans. Dans ces conditions, le montant de la cotisation a pu être estimé trop onéreux pour un service perçu comme moins fréquemment rendu du fait de l'espacement des visites. De même, le fait que certaines tâches autrefois assurées par les médecins (VIP notamment) soient assurées par des IDEST a pu jouer dans le sentiment de certaines entreprises de « *ne pas en avoir pour [leur] argent* ». Du reste, un SSTI rencontré par la mission a même réduit sa cotisation à la suite de la réforme de 2016, dans la mesure où il affirme avoir toujours été en situation de remplir les exigences réglementaires en termes de visites.

Cette perception d'un retour sur investissement insuffisant est plus fréquente chez les TPE. Du fait de leur plus faible nombre de salariés, elles n'ont pas nécessairement l'assurance de voir les SSTI effectuer au moins une visite par an à leur bénéfice. Or, la cotisation, elle, est bien versée annuellement. En outre, le taux de recours aux prestations de prévention ou de conseil des SSTI est plus fort dans les moyennes et grandes entreprises.

En 2018, la Cour de cassation a rendu plus drastique l'application du principe de la cotisation proportionnelle au nombre de salariés, en estimant que le « *seul mode légal de répartition des dépenses de santé entre les entreprises est la répartition par salarié équivalent temps plein* »<sup>73</sup>. Cette décision réintroduit une forme de prise en compte de la masse salariale, puisque qu'à poste et salaire horaire équivalent, les temps partiels représentent un coût salarial moins important que les temps pleins. Elle est toutefois perçue par les SSTI visités comme un facteur de complexité, imposant la prise en compte des temps de travail (voir *infra*). Elle leur semble injustifiée au regard de la charge de travail du SSTI, qui n'est pas fonction décroissante du temps de travail du salarié, et difficile à justifier vis-à-vis des adhérents : les minorations de cotisations des entreprises fortement employeuses de salariés à temps partiel devront être payées par toutes les entreprises.

C'est donc une équation complexe pour les SSTI de justifier d'une cotisation annuelle proportionnelle au nombre de salariés et de contreparties en termes de prestations qui sont variables en fonction des besoins et des demandes des entreprises adhérentes et de leurs salariés.

---

<sup>72</sup> Conseil d'État, 1ère sous-section jugeant seule, 30/06/2014, 365071. Cette décision avait été rendue en jugement d'un recours pour excès de pouvoir de la Fédération française du bâtiment et la société Brandy Véranda demandant au Conseil d'Etat d'annuler la circulaire du ministre du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social DGT n° 13 du 9 novembre 2012 relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine du travail et des services de santé au travail en tant qu'elle imposait aux SSTI de facturer un coût d'adhésion à leurs services calculé "per capita".

<sup>73</sup> Cour de cassation, chambre sociale, 19 septembre 2018, no 17-16.219. Une souplesse est néanmoins introduite par la Cour de cassation qui admet que peut « *être appliqué le cas échéant à ce calcul un coefficient déterminé correspondant au nombre de salariés nécessitant une surveillance médicale renforcée* ».

### 3.1.2.2 Les SSTI ont réalisé un effort de formalisation et de communication sur les prestations

Cette remise en question a été accélérée par les réformes intervenues en 2016 – 2017 (espacement des visites) et par les débats suscités par le rapport Lecocq, entraînant une prise de conscience par les SSTI de la nécessité de plus et mieux communiquer sur les prestations proposées.

Dans les SSTI visités, la mission note la volonté de développer les fonctions de communication et de relation avec les entreprises et d'améliorer les procédures d'accueil des nouveaux adhérents.

#### **Bonnes pratiques d'information et de communication relevées par la mission**

Lors de ses déplacements, la mission a pu examiner différents types d'outils de communication destinés à améliorer l'information et la relation avec les entreprises sur leurs obligations et les prestations que le SSTI peut assurer, permettant également de justifier ce qui change avec la réforme de 2016 :

\*des kits d'accueil des entreprises, avec notamment des documents présentant le SSTI et ses différentes prestations ;

\*des fiches de synthèse de la nouvelle réglementation applicables en termes de visite ;

\*des outils de communication « pédagogiques », tels qu'un disque permettant d'identifier le type et la fréquence des visites et examens en fonction des catégories de salariés ou de risques.

Certains SSTI, comme le SSTI de l'Allier, ont conduit une démarche de fond pour parvenir à une formulation plus claire et plus exhaustive de l'offre de prestations, qui inclut désormais une offre innovante développée par un groupe de SSTI pour aider les petites entreprises à établir en atelier leur document unique, Objectif DU.

Source : *Mission*

Enfin, d'autres SSTI visités par la mission ont profité de la révision de leur projet de service pour en faire un document à vocation non seulement de pilotage interne de l'activité, mais également de communication vis-à-vis des entreprises adhérentes, avec des engagements précis de réalisation de certaines prestations. À titre d'exemple, le CMS Montesquieu a rénové son projet de service (couvrant la période 2019- 2023) pour prendre en compte la nouvelle périodicité des visites, mais également pour y intégrer des objectifs de réalisation des fiches d'entreprise. Le service, qui est déjà au niveau relativement élevé de 71 % des entreprises couvertes par une FE, se fixe comme « *objectif d'augmenter ce pourcentage de manière significative au cours des 5 années à venir et de tendre vers 100 %* », via un plan de 800 réalisations ou reprise de fiches par an.

Reste que, par rapport aux quatre missions légales et réglementaires des SSTI, la diversité des libellés de l'offre de prestations n'apporte pas une visibilité parfaite pour les entreprises adhérentes, qui sont parfois, comme les groupes ayant des établissements dans différents ressorts de compétence des SSTI, en situation de pouvoir les comparer. Lorsque des entreprises ont une capacité de choix de leur SSTI, dans les territoires de « non exclusivité », il apparaît que les demandes particulières de ces entreprises portent le plus souvent sur les modalités du suivi individuel des salariés, et moins sur l'offre de conseil et de prévention. Ainsi, quand une grande entreprise implantée à Paris a conduit une consultation pour retenir le SSTI auquel elle allait adhérer, la discussion a plus porté sur les modalités des visites réglementaires que sur les autres prestations.

L'association PRÉSANSE a engagé une démarche de meilleure identification des prestations dues aux adhérents, dans le cadre de ses travaux sur le « socle » de prestations (voir partie 4).

Les enquêtes précitées et celle de la mission font état d'une confiance majoritaire des entreprises et des salariés dans la neutralité des SSTI. Toutefois, cette confiance globale peut être remise en cause dans des cas particuliers : sont très souvent cités les conflits entre employeur et salarié autour de l'appréciation de l'inaptitude, dont on connaît évidemment la sensibilité et l'impact potentiel sur la relation et le contrat de travail les liant. Les situations rapportées à la mission semblent accréditer l'idée que le mécontentement sur la position prise par le médecin du travail du SSTI peut selon le contexte tout aussi bien venir de l'employeur que du salarié.

À la question posée par la mission dans les quatre régions visitées de savoir si les représentants des organisations représentatives des salariés au CROCT ou les membres des conseils d'administration et commissions de contrôle étaient fréquemment saisis de récriminations ou réclamation des salariés, la réponse a été négative.

### 3.1.3 Le coût et l'efficacité des SSTI sont souvent questionnés

La connaissance et les données disponibles sur les charges, produits et résultats des SSTI sont très lacunaires. Cela s'explique par l'autonomie de gestion de chacune des associations, qui ne dépendent pas d'une structure tête de réseau, par l'absence de remontées économiques et financières exhaustives réellement exploitables au niveau national ou régional, et par la rareté des contrôles ou audits externes qui pourraient régulièrement fournir des données et analyses.

Dès lors, il est impossible pour la mission de porter un jugement portant sur l'ensemble des SSTI, qui sont par construction à la fois très proches dans les missions exercées et les composantes principales de leurs produits et charges, et potentiellement très différents dans l'évolution de leur situation économique et financière, qui résulte de choix propres et très largement souverains. La mission s'appuie donc pour son diagnostic de cette question sur les données de PRÉSANSE, sur l'examen de l'évolution entre 2015 et 2018/2019 de la situation des 12 SSTI visités et, lorsqu'elles sont disponibles, de données régionales collectées par les DIRECCTE.

#### 3.1.3.1 La situation économique et financière des SSTI est globalement bonne

La situation économique et financière des SSTI est globalement bonne, ce que la mission confirme pour la grande majorité des SSTI qu'elle a visités. Les chiffres-clés de PRÉSANSE font état de résultats globalement positifs, en amélioration depuis 2015. Le résultat d'exploitation ressort à 2,23 % des produits d'exploitation, contre 1,41 % en 2016 et 2,35 % en 2017. Le résultat net représentait en 2018 2,46 % des produits, contre 1,72 % en 2016 et 2,36 % en 2017.

Cette « bonne santé » globale se vérifie dans une majorité des SSTI, puisque 78 % d'entre eux avaient en 2018 un résultat d'exploitation positif ou nul (79 % en 2017), et 22 % un résultat négatif, et respectivement 85 % et 15 % s'agissant du résultat net en 2017 comme en 2018.

La mission a noté des résultats très proches dans les SSTI qu'elle a visités. Elle a pu également constater que les SSTI disposaient tous de disponibilités en trésorerie ou en réserves permettant, le cas échéant, d'amortir l'impact d'un ou deux exercices déficitaires et d'envisager des investissements immobiliers pour rénover d'anciens centres médicaux notamment.

Cette situation globalement favorable a plusieurs facteurs explicatifs qui placent les SSTI dans une situation particulière et assez privilégiée de ce fait au regard de nombreux autres organismes remplissant une mission légale :

- Les grands postes de dépenses et de produits sont stables et prévisibles. Côté dépenses, les dépenses de personnel chargées représentent de 70 % à 80 % des dépenses des SSTI, et les achats et charges externes 15 % seulement. Des variations de charges proviennent parfois de la couverture des indemnités de départs en retraite des médecins, les SSTI souscrivant souvent des contrats d'assurance permettant de les lisser. Côté production vendue, les cotisations en représentent plus de 97 %. Hors le turn-over annuel, qui est faible en part des adhérents ou des salariés suivis, ces cotisations sont à la main des SSTI pour la fixation de leur niveau et leur recouvrement, d'où une ressource quasiment garantie.
- Les produits et les dépenses des SSTI sont « auto-ajustants » dans la limite des économies (ou dés-économies) d'échelle et des effets de seuil. En effet, à partir du moment où les SSTI sont financés par des cotisations proportionnelles au nombre de salariés suivis, toute augmentation du nombre de salariés à suivre se traduit par des ressources supplémentaires, permettant, compte tenu des effets d'économies d'échelle dans un sens et de seuil dans un autre sens, d'embaucher ou d'investir. À l'inverse, des pertes d'adhérents et de salariés viennent modérer, modulo les effets des-économie d'échelle et de seuil, les dépenses du SSTI.
- Les SSTI ont eu la possibilité d'augmenter le niveau de leurs ressources issues des cotisations sans rencontrer de difficultés majeures de la part de leurs instances ou des entreprises adhérentes. Cette assertion est évidemment vraie pour les SSTI qui ne sont pas encore passés à une répartition des cotisations per capita. En effet, une grille de cotisations en pourcentage de la masse salariale indexe automatiquement l'évolution des recettes de ces SSTI sur la progression de l'emploi et des rémunérations des entreprises adhérentes, garantissant (hors effet de radiation d'entreprises pour faillite ou démission d'une entreprise) des rentrées supplémentaires d'une année à l'autre.

#### **Modalités de répartition des cotisations**

En 2012, sur la base des données de l'ex CISME, la Cour des comptes indiquait que 51,8 % des services appliquaient le « per capita », 37,23 % un pourcentage de la masse salariale, et 10,95 % un système mixte. En 2019, PRÉSANSE indique qu'en réponse à son enquête sur les chiffres clés, 64 % des répondants disent pratiquer le « per capita », 24 % un pourcentage de la masse salariale (dans 95 % plafonné au plafond de la sécurité sociale) et 12 % un mode de tarification mixte<sup>74</sup>. Des 12 SSTI audités par la mission, seuls trois n'avaient pas encore procédé au passage au per capita, mais deux d'entre eux en avaient en revanche adopté le principe et prévoyaient d'y passer en 2020 pour l'un d'entre eux, et 2021 pour l'autre.

Source : *Mission*

Mais la mission a pu constater, même dans les SSTI passés au « per capita », une acceptation expresse des instances de gouvernance, et sans doute plus implicite et subie des entreprises adhérentes, de plans parfois pluriannuels d'augmentation des cotisations. Par ailleurs, certains SSTI réfléchissent à une indexation annuelle sur un indice mixte prenant en compte des facteurs de progression des charges (inflation, valeur du point de la branche).

<sup>74</sup> Fréquemment, ce mode mixte fixe une part de la masse salariale qui est assortie d'un montant en euro par salarié plancher, estimé en moyenne à 73€, et parfois d'un montant plafond en euro, estimé en moyenne à 122€ (source Présanse).

- Les situations les plus difficiles que rencontrent actuellement certains SSTI, que sont les vacances de poste parfois durables de professionnels, à titre principal les médecins du travail, ont l'effet paradoxal d'améliorer leurs comptes. La cotisation étant due quelle que soit les services « produits », les vacances de postes au long cours peuvent alléger fortement les dépenses de personnel. Bref, « c'est quand le SSTI produit le moins qu'il a les meilleurs résultats ». La pratique de la « restitution » aux entreprises adhérentes d'une partie du résultat positif dégagé notamment quand le service rendu se dégrade est très peu répandue. Le seul SSTI que l'IGAS a rencontré qui l'avait pratiquée a connu des difficultés financières après avoir reversé une partie des cotisations annuelles à l'ensemble de ses adhérents.

En dépit de cette bonne situation financière et de cette stabilité d'ensemble des résultats des SSTI, la mission a trouvé dans certains de ceux qu'elle a visité des contextes plus inquiétants. C'est le cas notamment des SSTI qui ont enregistré des pertes d'adhérents et de salariés couverts, et donc de recettes. Pour ces SSTI, ayant parfois décidé d'investir pour moderniser leurs locaux ou équipements, des déficits récurrents peuvent s'installer. Ainsi, pour l'un des SSTI visités, de petite taille et en concurrence territoriale avec un autre SSTI, la situation économique et financière s'est dégradée entre 2015 et 2018, du fait d'une baisse importante de chiffre d'affaires (-7,3 %) liée à des départs d'adhérents, partiellement contrés par une augmentation de sa cotisation de base.

### 3.1.3.2 Le modèle de financement des SSTI leur a permis de développer la pluridisciplinarité

PRÉSANSE estimait le chiffre d'affaires hors taxe des SSTI à 1,5 Md€ en 2018<sup>75</sup>, chiffre à comparer à l'estimation de la Cour des comptes de 2012<sup>76</sup>, qui s'établissait à 1,2 Md€. On constate donc une progression rapide des ressources (et des dépenses) des SSTI sur une période où la plupart des services publics ont connu des plans de maîtrise des dépenses. Les SSTI sont donc parvenus à autofinancer leur développement dans le cadre d'une gestion qui n'a pas excessivement grevé leurs comptes, et permis à certains d'entre eux de maintenir des excédents à un niveau confortable.

La mission a pu constater de son côté dans les 12 SSTI visités que ces derniers avaient bien réussi à accompagner la montée en charge de la pluridisciplinarité, qui a imposé souvent le changement, l'agrandissement ou la rénovation de centres. Des investissements immobiliers importants ont donc été mobilisés par beaucoup des SSTI rencontrés pour fournir aux EP des locaux dont la configuration soit en adéquation avec leur nouvelle composition, notamment des boxes de consultation supplémentaires et insonorisés pour les IDEST. Certains SSTI ont déclaré qu'ils ne pourront pas déployer pleinement la pluridisciplinarité en raison du coût potentiel que cela représenterait sur le plan immobilier.

Les SSTI ont également fortement investi financièrement dans la formation de ces nouveaux professionnels. Pour l'un des SSTI rencontrés, comptant environ 12 000 adhérents, cet investissement pour la formation des IDEST et des ASST représentait 2,5-3 % de la masse salariale soit environ 150 000 € en 2017, voire jusqu'à 6 % de la masse salariale pour les années de montée en charge. Un autre service de 18 000 adhérents environ cite un coût de 0,5 million d'euros en 5 ans pour la formation des IDEST et des collaborateurs médecins, correspondant à environ 1 % de la masse salariale chaque année.

<sup>75</sup> Rapport Chiffres-clés 2019, Présanse.

<sup>76</sup> Les services de santé au travail interentreprises : une réforme en devenir, rapport public thématique, novembre 2012.

Aucune donnée ne permet de calculer et de tirer un bilan global des dépenses liées à la montée en charge de la pluridisciplinarité depuis 2012. On ne peut lui imputer en effet toute la responsabilité de l'augmentation de 300M€ de dépenses des SSTI entre 2012 et 2018, l'augmentation du coût des facteurs devant être également prise en compte, de même qu'en atténuation des charges, on peut également estimer que les réductions de cotisations sociales, puis le CICE, ont soulagé les SSTI.

Par ailleurs, il convient de prendre en compte le fait que la possibilité depuis 2012 de réaliser des visites par les infirmiers a non seulement permis de pallier les difficultés de recrutement des médecins du travail, mais aussi de réaliser une forme de gain de dépense de masse salariale, la rémunération moyenne des infirmiers représentant de 40 % de celle d'un médecin du travail dans certains SSTI. Aucune donnée, à la connaissance de la mission, ne permet de calculer ce gain.

### 3.1.3.3 De par la faiblesse du contrôle interne et des contrôles externes, la gestion des produits et des dépenses des SSTI est peu questionnée

De par la loi et leurs statuts, les SSTI sont essentiellement dotés de garde-fous internes s'agissant de la gestion, de l'opportunité des dépenses qu'ils engagent et des cotisations collectées : c'est le rôle de l'assemblée générale, du CA, du trésorier et de la commission de contrôle.

La transmission du rapport annuel relatif à l'organisation, au fonctionnement et à la gestion financière du service de santé au travail<sup>77</sup> au CSE ou à la CC et au CA du SSTI, ainsi qu'aux DIRECCTE, prévue par les textes, ne constitue pas une corde de rappel externe efficace, pour trois raisons :

- Le contenu de ces rapports est à la fois obsolète et insuffisamment normalisé.
- Les DIRECCTE (voir partie 4) les reçoivent sous format papier ou PDF, ce qui ne permet pas un traitement automatisé et une exploitation en termes d'analyse financière. On est, en ce domaine, très loin des outils plus performants développés par les pouvoirs publics (Direction générale de la cohésion sociale, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, Agence nationale de l'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux) pour la saisie et l'analyse de données budgétaires et financières des établissements médico-sociaux.
- Les DIRECCTE n'ont pas les moyens humains suffisants pour analyser les comptes transmis.

La certification obligatoire des comptes par les commissaires aux comptes (CAC)<sup>78</sup> apporte, bien évidemment, des garanties sur la régularité et la sincérité des comptes au regard des règles et principes comptables français, et sur la fidélité de l'image qu'ils donnent du résultat des opérations de l'exercice audité ainsi que de la situation financière et patrimoniale du SSTI en fin d'exercice. Néanmoins, comme on le sait, le référentiel d'audit utilisé par les CAC ne les place pas en position de se livrer à des jugements en opportunité sur les conséquences à court ou moyen-long terme des décisions stratégiques ou de gestion des organismes soumis à l'obligation de certification des comptes.

---

<sup>77</sup> Voir en partie 4 les textes et le contenu de ces rapports.

<sup>78</sup> Article D.4622-57 du code du travail. Un rapport comptable d'entreprise, certifié par un commissaire aux comptes, est versé en complément du rapport prévu à l'article D. 4622-54 au plus tard avant la fin du premier semestre suivant l'exercice considéré.

Les dirigeants du SSTI et les commissaires aux comptes ont une deuxième obligation qui relève des dispositions générales du Code du commerce<sup>79</sup>, c'est-à-dire concernant les conventions qui lient le SSTI à une entreprise adhérente. Ces dispositions ont pour objet de proscrire toute forme de favoritisme qui conduirait à privilégier une de ses entreprises adhérentes pour des contrats ou marchés, *a fortiori* si un administrateur ou un cadre en est le responsable, ainsi que de s'assurer de l'absence de surfacturation en raison d'un lien d'intérêt.

La mission a demandé aux 12 services visités de lui transmettre les rapports des CAC et/ou de lui signaler les conventions susceptibles de rentrer dans le champ de ces conventions réglementées. Dans la plupart des SSTI, aucune convention n'était identifiée par les CAC ni signalée par le SSTI, étant signalé qu'un SSTI de taille importante n'a pas communiqué ce rapport malgré la demande renouvelée de la mission. Il est apparu dans les échanges avec les présidents et/ou directeurs des SSTI qu'une majorité d'entre eux a conscience des risques juridiques ou d'image pour le SSTI qui établirait des relations de donneur d'ordre régulier à des entreprises adhérentes, ce qui est encore plus évident lorsque celle-ci est dirigée par le président du SSTI ou un membre du CA. Certains SSTI très scrupuleux ont même jugé plus sûr de faire figurer des montants de remboursement de frais ou d'indemnisation de jours d'absence pour les employeurs de salariés administrateurs du SSTI dans les conventions réglementées.

Néanmoins, la mission a pu identifier dans le rapport du CAC pour un des SSTI visités des opérations assimilées à des conventions réglementées consistant à confier, en sous-traitance d'une entreprise tierce, d'importants chantiers de travaux ou d'aménagement de centres médicaux du SSTI à des entreprises dont un ou plusieurs administrateurs du SSTI sont les dirigeants. Les montants engagés sont parfois importants et pourraient poser la question d'un favoritisme particulier, en l'absence de preuve d'une mise en concurrence effective.

S'agissant des possibilités de contrôle financier par des organismes extérieurs, elles sont peu nombreuses en dehors des CAC. En 2012, la Cour des comptes s'est appuyée sur des dispositions du code des juridictions financières pour entreprendre des contrôles ciblés, après avoir qualifié de « *versements libératoires d'une obligation légale de faire* » les cotisations versées par les entreprises aux SSTI

S'agissant des dépenses des SSTI, celles-ci doivent bien entendu rester en lien direct avec leurs missions et les contreparties qu'ils doivent apporter au regard des cotisations perçues. Il est couramment dit, et cela était également pointé par la Cour des comptes dans son contrôle de 2012, que certains SSTI ont parfois des dépenses qui sortent de l'objet de ces associations, et qu'ils concourraient en particulier au financement des organisations patronales locales.

L'utilisation indue de montants élevés de cotisations au service de dépenses étrangères à l'objet du SSTI n'est pas confirmée dans l'échantillon de SSTI visités par la mission, ceux-ci ayant été sélectionnés sur une base objective et aléatoire et non par « soupçon ». Par ailleurs, la mission s'inscrit dans le cadre d'une évaluation et non d'un contrôle, ce qui lui conférait à la fois moins de temps et moins d'autorité pour vérifier les états comptables, ou l'intégralité des dépenses sur tel ou tel poste comptable. La mission a néanmoins relevé que certains des SSTI visités versaient, sous la forme d'une adhésion, des cotisations à des organisations patronales. Les montants relevés - parmi

---

<sup>79</sup> Elle découle des articles L612-5 et R612-6 du code du commerce qui prévoient que le représentant légal ou, s'il en existe un, le commissaire aux comptes d'une personne morale de droit privé non commerçante ayant une activité économique ou d'une association visée à l'article L.612-4 présente à l'organe délibérant ou, en l'absence d'organe délibérant, joint aux documents communiqués aux adhérents un rapport sur les conventions passées directement ou par personne interposée entre la personne morale et l'un de ses administrateurs ou l'une des personnes assurant un rôle de mandataire social. L'organe délibérant statue sur ce rapport.



les SSTI ayant fait preuve de transparence en communiquant des chiffres à la mission - ne sont pas certes excessivement élevés – de l'ordre de 4000 à 5000€ annuels - mais l'on peut s'étonner que, compte tenu de leur statut d'association, la nécessité d'adhérer à une union patronale soit ressentie.

La proximité de certains SSTI avec des organisations ou représentations territoriales patronales est souvent rapportée, sans que la fréquence ou l'ampleur de ces liens ne soit objectivable. Il existe clairement une proximité dans certains SSTI entre le président et les administrateurs représentant les entreprises et l'organisation patronale dont ils sont membres ou proches. Dans d'autres SSTI, le président peut à l'inverse afficher une politique de forte indépendance vis-à-vis de ces organisations, et rappeler le principe de non mandatement des représentants des entreprises.

Par ailleurs, certains SSTI contribuent, au-delà de leur adhésion annuelle, au fonctionnement de PRÉSANSE, via une participation dans la société civile immobilière MEDINTER qui abrite le siège et les équipes de PRÉSANSE 10 rue de la Rosière à Paris. Cette SCI, dont les fonds propres s'élèvent à 2,4M€, est détenue à 12,95 % par PRÉSANSE, apportant une quote-part de 11 000€ de résultat annuels.

Un point reproché aux SSTI par des articles de presse récents<sup>80</sup> est de thésauriser ou de faire fructifier des disponibilités ou des réserves par des investissements immobiliers ou des placements financiers. Sur l'échantillon de 12 SSTI visités, de tels comportements de placements immobiliers à seule fin de rendement ou de placement n'ont pu être corroborés par la mission.

Il a été rapporté à la mission des cas de développement important d'activités ne rentrant pas dans les missions légales des SSTI, au détriment de l'activité de base, avec parfois des cas ou des suspicions de « subventions croisées » entre les activités, des personnels salariés par le SSTI et rémunérés sur la masse des cotisations des adhérents consacrant une fraction de leur temps de travail à des prestations faisant l'objet d'une facturation commerciale.

Dénoncé par la Cour des comptes dans son rapport de 2012 et faisant l'objet d'injonctions par les DIRECCTE dans leur encadrement de l'action des SSTI, le développement d'activités annexes facturées en sus des cotisations, parfois au bénéfice d'entreprises non adhérentes, est fréquent. Le cas le plus courant concerne les activités de formation des personnels des entreprises, notamment pour celles obligatoires en sécurité au travail. Les DIRECCTE ont demandé aux SSTI de les individualiser à la fois juridiquement et économiquement pour éviter qu'elles ne soient sous-facturées aux entreprises en bénéficiant, à la faveur d'un financement par les cotisations obligatoires perçues par les SSTI (subventions croisées). Dans deux des SSTI que la mission a visités, cette demande des DIRECCTE a été suivie d'effet et ces services ont créé une association distincte du SSTI, qui rembourse le SSTI quand les formations sont dispensées par des professionnels à son effectif.

Au-delà des activités de formation, certains SSTI ont développé des activités de conseil aux entreprises, sur des champs parfois connexes à l'action du SSTI (qualité de vie au travail, gestion du changement) mais aussi assez proches de ses missions, comme la prévention des risques. Ainsi, un SSTI francilien propose dans ses documents de présentation de son activité les services d'un cabinet de conseil qui en est une filiale.

S'agissant du coût de la gouvernance, les informations accessibles à la mission ne permettent pas de le retracer et de le comparer entre les SSTI visités. Dans certains des SSTI visités où l'information a été communiquée à la mission, ce coût apparaît comme modeste. Ainsi, dans un SSTI de petite taille,

---

<sup>80</sup> Notamment SANTÉ & TRAVAIL N°109, janvier 2020 page 6 et suivantes. « Les sous et dessous de la médecine du travail ».

les frais de représentation du Conseil d'Administration et de la Commission de Contrôle se sont élevés à 4 171 € en 2018, soit 0,27 % des charges d'exploitation.

### 3.1.4 En l'absence d'éléments indiscutables de comparaison, il est difficile de juger le rapport coût / efficacité des SSTI

Le coût global des SSTI pour les entreprises adhérentes est donc évalué à 1,5 Md€ (1,46 M€ selon les remontées des DIRECCTE à la mission), soit un coût par salarié couvert légèrement inférieur à 100 € par an, contre 89 € de cotisation effective par salarié en 2012. Au-delà de ces chiffres, la mission, comme d'autres avant elle, s'est heurtée à l'absence de données et de bases de comparaison pour juger de l'efficacité globale des SSTI. Leurs spécificités rendent en effet les comparaisons avec d'autres organismes invalides, et l'absence d'indicateurs de coût par unités d'œuvre pondérés par leur poids ne permet pas de *benchmarking* incontestable entre SSTI.

#### 3.1.4.1 Une forte dispersion des coûts est constatée

La dispersion des montants des cotisations affichées entre SSTI est forte, entre 57 € et 162 € annuels par salarié selon les remontées du questionnaire de la mission aux DIRECCTE. Pour les SSTI qui ont des grilles de cotisation qui différencient leur montant en fonction des risques (ce qui est reconnu comme valide par la Cour de cassation dans sa décision de 2018), ces montants peuvent être plus élevés pour les secteurs à risques forts et mobilisant des habilitations et formations coûteuses pour les SSTI. Ainsi, pour des entreprises exposant les salariés à des rayonnements ionisants, la cotisation annuelle d'un des SSTI visités est de 359 € par salarié et par an.

D'après les chiffres clés de PRÉSANSE, 51 % des SSTI qui ont adopté une facturation au « per capita » ont un montant de cotisation unique quel que ce soit le risque, et 24 % une facturation minorant les salariés en suivi simple et majorant les SIA et les SIR.

On peut néanmoins regretter qu'une forme de confusion existe entre le niveau de la cotisation – de base, ou moyenne pondérée – et le coût effectif moyen des SSTI, qui devrait être calculé en rapportant les dépenses du SSTI une année donnée au nombre de salariés suivis la même année. Peu de SSTI suivent ce ratio, et il n'est disponible ni régionalement, ni nationalement. La mission, sur la base des réponses des 12 SSTI visités, a effectué ce calcul pour l'année 2018. Les résultats montrent une dispersion forte du coût de production de ces SSTI :

Tableau 2 : Coût de production annuel par salarié couvert (2018)

Service	Coût (€)
1	141,8 €
2	119,1 €
3	93,0 €
4	117,5 €
5	120,2 €
6	112,2 €
7	96,5 €
8	97,3 €
9	87,7 €
10	95,8 €
11	79,7 €
12	88,0 €

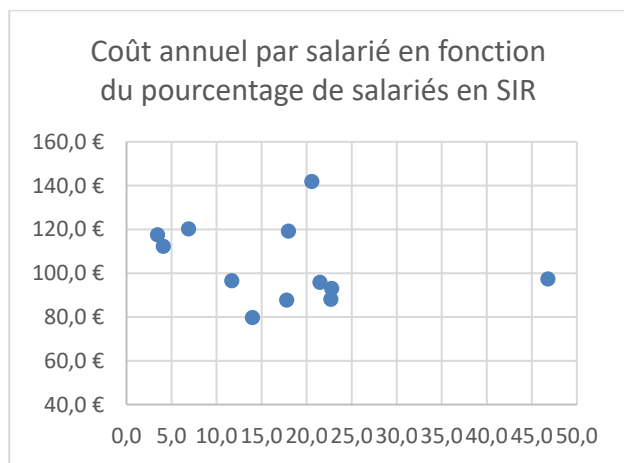
Source : Questionnaire de la mission aux 12 SSTI visités

Faute d'éléments de connaissance sur les coûts des SSTI et leurs déterminants, qui existent dans des secteurs comme la sécurité sociale avec l'Observatoire des coûts et des charges de la sécurité sociale, ou dans le secteur sanitaire et médico-social avec les études et /ou enquêtes nationale de coûts, il est impossible de déterminer quels sont les écarts objectivement justifiés.

Le critère du ou des secteurs d'activité des SSTI pourrait être un facteur explicatif du coût par salarié suivi, souvent supérieur dans les SSTI spécialisés, notamment dans le BTP, du fait d'un taux de salariés en SIR sensiblement plus élevé que dans la moyenne des SSTI (jusqu'à 35 % dans un des SSTI BTP visités par la mission). Mais si ce critère était un déterminant objectif du coût des SSTI, cela n'expliquerait pas pourquoi le SSTI du panel de la mission qui a le plus fort taux de SIR se classe dans la moyenne des coûts des SSTI et non sa tranche supérieure, ni pourquoi en PACA certains SSTI spécialisés dans le tertiaire affichent des coûts plus élevés que la moyenne régionale.

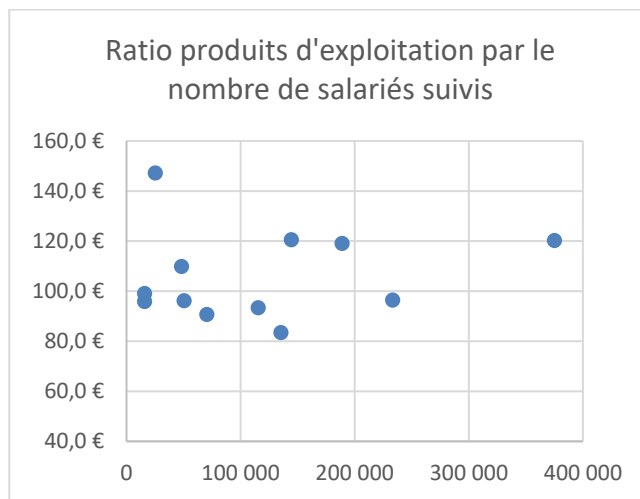
La mission a donc calculé pour les 12 SSTI visités le coût de production par salarié en fonction du pourcentage de SIR déclarés. Le graphique 10 ne montre aucune corrélation. Les données et le temps dont a disposé la mission ne lui ont pas permis de valider des analyses probantes sur la corrélation entre les coûts des SSTI et certaines variables souvent déterminantes en la matière comme leur taille ou leur implantation géographique. Certes, il apparaît que, le plus souvent, les services situés dans des régions où le coût de la vie est élevé (Île-de-France, métropole de Lyon...) ont des niveaux de cotisation plus élevés que dans des zones « détendues ». S'agissant de l'effet de la taille sur les coûts, aucune corrélation n'a été établie par la mission sur les SSTI visités, comme en atteste le graphique 11. Une montée en taille du SSTI à l'issue d'une fusion permet plus de compléter les équipes et les prestations de ces SSTI que de diminuer les cotisations.

Graphique 10 : Coût annuel par salarié en fonction du pourcentage de salariés en SIR en 2018



Source : Questionnaire de la mission aux 12 SSTI visités

Graphique 11 : Produits d'exploitation annuel par salarié couvert en 2018



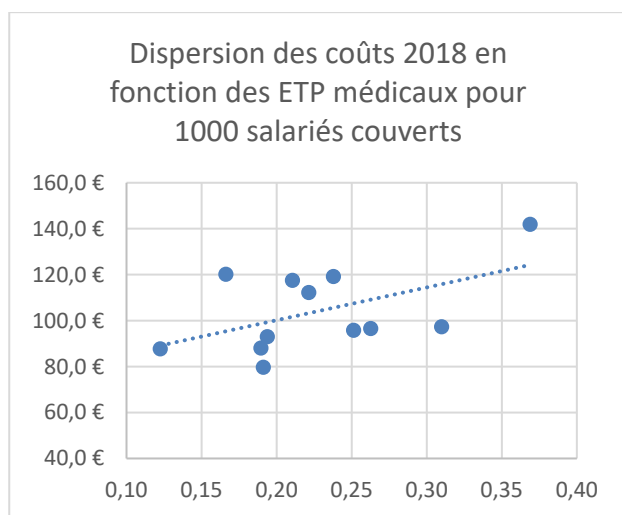
Source : Questionnaire de la mission aux 12 SSTI visités

De même, la mission n'a pas établi de corrélation évidente entre les coûts ou les niveaux des cotisations et les situations de concurrence et de monopole des SSTI. Car dans un sens, si la situation de concurrence peut avoir un effet modérateur sur la progression des cotisations – chaque SSTI regardant ce que fait les autres pour ne pas augmenter trop sa cotisation – elle peut avoir un effet inflationniste sur la rémunération des professionnels et singulièrement des médecins du travail. À ce titre, on peut dire que la concurrence est sans doute plus bénéfique dans les zones où la démographie médicale n'est pas un problème majeur. Néanmoins, du fait que la concurrence pour le recrutement

des médecins du travail est « nationale », comme en témoignent les annonces du Recruteur médical ou les messages de cabinets de recrutement, le phénomène d'élévation des salaires d'embauche est une difficulté plus réelle pour les SSTI des zones faiblement denses et peu attractives.

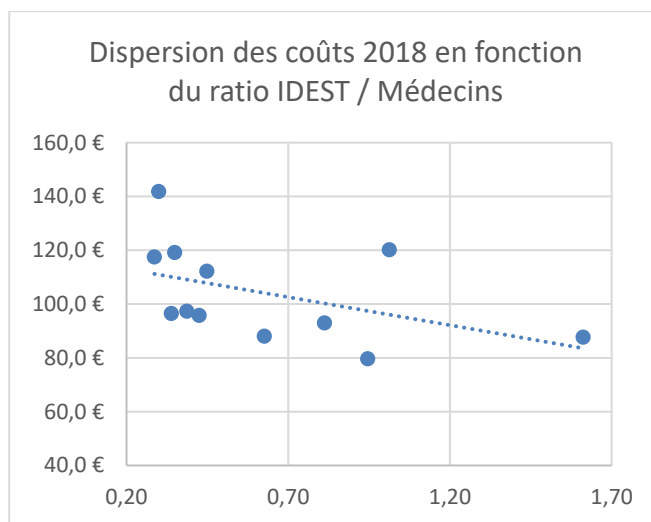
En revanche, l'analyse de la dispersion des coûts de production des SSTI de l'échantillon de la mission fait apparaître une corrélation – qui connaît certes des exceptions - entre le niveau des charges d'exploitation et deux indicateurs calculés par la mission que sont le nombre d'ETP de médecins (médecins du travail, collaborateurs médecins) pour 1000 salariés couverts, et le ratio nombre d'ETP d'IDEST par nombre d'ETP médicaux. Les graphiques 12 et 13 permettent de tracer des courbes de tendance plutôt nettes, avec une réserve d'interprétation qui est qu'elles portent sur les données du seul exercice 2018, et intègrent potentiellement des écarts de coût parfois ponctuels et non désirés par le SSTI, favorables comme les vacances de médecins du travail ou défavorables comme des coûts d'intérim.

Graphique 12 : Dispersion des coûts de production en fonction des ETP médicaux pour 1000 salariés couverts en 2018



Source : Questionnaire de la mission aux 12 SSTI visités

Graphique 13 : Dispersion des coûts de production en fonction du ratio d'IDEST par médecin en 2018



Source : Questionnaire de la mission aux 12 SSTI visités

Ce constat n'est pas étonnant en soi :

- Les dépenses de rémunérations et de cotisations patronales représentaient 70 à 80 % des charges d'exploitation des SSTI, et au sein de celles-ci, les dépenses afférentes aux salaires chargés des médecins du travail représentent le premier poste. Il est donc logique que le nombre d'ETP médicaux pour 1000 salariés couverts dans les SSTI soit un déterminant fort de son coût par salarié.
- La montée en charge des IDEST, lorsqu'elle est à la fois quantitativement importante dans un SSTI donné et qu'elle arrive à « maturité » (les médecins peuvent largement déléguer des visites à des infirmiers formés), se traduit par une substitution dans le recrutement, avec l'économie salariale qui l'accompagne. Des directeurs de SSTI rencontrés estiment l'écart de coût salarial entre un médecin et un infirmier de l'ordre de 1 à 2,5.
- Toutes choses égales par ailleurs sur les coûts de formation ou immobiliers liés à l'augmentation de l'effectif, on peut inférer des graphiques précédents que la montée en charge de la visite infirmière est un facteur de modération des coûts des SSTI.

A l'instar des limites rencontrées dans des études nationales de coûts (ENC) déjà bien installées dans d'autres secteurs, la mission n'a pas pu évaluer le poids des coûts immobiliers dans la dispersion des coûts entre SSTI. En effet, les différences de statuts des SSTI et d'ancienneté de l'entrée en jouissance pour l'occupation de ces biens immobiliers (propriétaire n'ayant plus de charge d'acquisition, propriétaire remboursant un emprunt, locataire d'un bailleur privé, locataire d'une SCI dont il est détenteur ou codétenteur des parts) font qu'une comparaison à un moment donné n'a pas de valeur sur un plan économique.

#### 3.1.4.2 La comparaison avec le coût des SSTA n'est que partiellement opérante

Il n'existe pas de données sur le coût global, moyen et la dispersion des coûts des SSTA, seuls services avec lesquels la comparaison des coûts des SSTI peut avoir un sens. Il n'est donc pas possible d'établir une comparaison des coûts par salarié suivis, ni au niveau national, ni au niveau régional.

À la demande de la mission, la DIRECCTE Auvergne Rhône-Alpes a collecté des informations sur le coût par salarié des SSTA, et a pu relever les éléments suivants auprès de 11 entreprises sur 100 dotées de SSTA : le coût annuel par salarié varie de 190,90 à 712,57 €, avec une moyenne de 339,23 €. Evidemment, les coûts les plus élevés concernent des entreprises sur des secteurs d'activité exposés à de nombreux risques (métallurgie, chimie en l'occurrence), et correspondent à un suivi médical très intensif d'une proportion forte de salariés en SIR. À noter toutefois qu'un organisme rhodanien de sécurité sociale du régime général est encore doté d'un SSTA dont le coût annuel est de 190€ annuels par salarié, ce qui est nettement supérieur à la moyenne du coût des SSTI de la région.

Pour les SSTI de la même région, les cotisations moyennes annuelles vont de 77,3 € à 126,8 € par salarié, avec un maximum de 359 € pratiqué par un SSTI du Rhône pour une catégorie spécifique de salariés, ceux exposés aux rayonnements ionisants intervenant au sein des installations nucléaires de base. La cotisation moyenne par salarié des SSTI est de 102 €.

En Bretagne, la DIRECCTE a procédé au même questionnaire. Il en ressort que le coût moyen annuel par salarié avoisine les 150 €, avec un minimum à 86 € (convention avec un société prestataire en santé au travail) et un maximum à 205 € pour une entreprise du secteur automobile.

Ces éléments, pour intéressants qu'ils soient, ne doivent pas en conduire à conclure qu'à champ uniforme d'intervention, les SSTI soient nécessairement moins coûteux que les SSTA, car la comparaison est faussée par plusieurs biais, jouant en sens contraire :

- Les SSTA couvrent en moyenne moins de salariés : le chiffre de 1800 salariés par médecin est couramment avancé ;
- Les SSTA remplissent des missions différentes des SSTI : ils assurent des postes de soins de proximité pour les accidents ou maux bénins sur le lieu de travail ;
- Les SSTA ont des coûts d'approche des établissements et de salariés moindres que les SSTI, leurs médecins couvrant un nombre de sites plus réduit par définition que les SSTI.

#### 3.1.4.3 Les autres organismes ne peuvent pas servir de points de comparaison

- La mutualité sociale agricole (MSA)

Compte tenu du rôle que joue la MSA dans le suivi de la santé et de la sécurité au travail des ressortissants du régime agricole – exploitants et salariés – la mission a échangé avec les équipes de la Caisse centrale de la MSA pour établir si des points de comparaison étaient possibles.

L'organisation particulière pour le secteur agricole de la santé et de la sécurité au travail est régie par des textes propres inscrits dans le code rural.

Ainsi, les missions dévolues aux SSTI pour les autres secteurs sont assurées par la MSA, dans le cadre de services couvrant la santé et la sécurité individuelle au travail, et la prévention collective et la réparation des risques professionnels d'accidents du travail et de maladies professionnelles. Le champ d'action de la MSA est donc proche d'un cumul des missions de la CNAM, des SSTI et de l'OPPBTP pour une entreprise du bâtiment par exemple.

La possibilité qui existe pour les employeurs de remplir leur responsabilité en créant une association spécialisée ou des services autonomes d'entreprise n'étant pas utilisée par ces derniers, ce sont les 35 services de santé et de sécurité au travail en agriculture des caisses territoriales de la MSA qui exercent localement ces missions. L'annexe 4 présente les éléments d'organisation et d'activité des services de la MSA.

Le périmètre d'intervention, incluant les AT-MP (accidents du travail – maladies professionnelles), et les modalités de financement particulières du régime de la MSA font qu'il n'est pas directement possible de comparer les coûts et les cotisations à ceux des SSTI.

- L'OPPBTP

Certaines interventions de l'OPPBTP<sup>81</sup> sont proches de celles que peuvent délivrer les SSTI. La cotisation obligatoire à l'OPPBTP était de 0,11 % de la masse salariale pour 2020, soit un montant près de 4 fois inférieur à la cotisation des SSTI qui la calculent encore en masse salariale (un peu plus de 0,40 %). Toutefois, tant au niveau des effectifs mobilisés que de l'activité, qui ne comprend évidemment pas le suivi individuel et touche beaucoup moins d'entreprises, la comparaison entre ces deux acteurs n'est pas opérante.

## 3.2 La volonté des employeurs et des salariés de s'appuyer sur les instances de gouvernance pour en infléchir la stratégie ou les interventions reste faible

### 3.2.1 Les SSTI ont une vraie difficulté à mobiliser et faire vivre les instances

Les textes ainsi que les réformes successives de gouvernance, ayant notamment vocation à renforcer le paritarisme, impliquent un nombre important de sièges à pourvoir. Dans les SSTI visités par la mission, le nombre de mandats à pourvoir pour les sièges d'administrateur ou de membre de la commission de contrôle s'établit de 19 à 45 (dans un SSTI issu de la fusion de trois SSTI à compétence infra-départementale).

Certes, le « vivier » potentiel de représentants des entreprises adhérentes et de leurs salariés est très large, puisqu'il n'existe pas de conditions réglementaires préalables à une nomination. L'appartenance à une organisation représentative au niveau national, sectoriel ou local, n'est en effet pas exigée pour se porter candidat en tant que représentant des entreprises ou pour être mandaté en ce qui concerne les représentants des salariés. Les statuts ou règlements intérieurs peuvent néanmoins introduire des dispositions plus drastiques, PRÉSANSE estimant ainsi que 12 % des SSTI<sup>82</sup> prévoient des sièges réservés à ces organisations d'employeurs. Dans un SSTI visité par la

---

<sup>81</sup> En 2018, l'OPPBTP indique avoir accompagné 5 200 entreprises engagées à travers 7 776 actions de conseil, 1 552 diagnostics, 510 nouveaux accompagnements de longue durée. Au total, plus de 185 000 salariés auront bénéficié des actions de l'OPPBTP. S'y ajoutent 1 200 participations à des réunions CHSCT et 26 sessions de formation.

<sup>82</sup>Rapport Chiffres-clés 2019, Présanse.

mission, il est inscrit dans les statuts que les représentants des employeurs doivent être élus parmi les adhérents en assemblée générale sur des listes présentées par les organisations patronales<sup>83</sup>.

Il apparaît sur un plan numérique que les 170 SSTI répondant à l'enquête de PRÉSANSE<sup>84</sup> ne parviennent pas à pourvoir tous ces sièges en 2019 : les sièges « employeurs » sont pourvus à 96,6 % pour les CA et 93 % pour les CC et les sièges « salariés » sont pourvus à 87 % pour les CA et les CC.

Ces chiffres qui restent assez élevés sur les taux de nomination ne doivent pas cacher les difficultés réelles des SSTI que la mission a visités pour renouveler les mandats. Pour un SSTI, la commission de contrôle est en carence déclarée à la DIRECCTE Ile de France depuis 2015. Elle ne peut donc pas se réunir. La direction de ce SSTI a transmis à la mission les courriers adressés aux organisations syndicales représentatives au niveau régional mais aussi les courriels envoyés à des dirigeants ou DRH d'entreprises adhérentes pour savoir si des délégués syndicaux de celles-ci seraient intéressés par un siège à la CC de ce SSTI. Pour un autre SSTI, la situation de non désignation par certains syndicats est récurrente. Ainsi, en 2016, il n'y avait de désignés que 4 représentants des salariés sur 10, et en 2019, il n'y a toujours pas de représentants des confédérations CGT et CFDT, malgré de nombreuses relances, seule la CGT-FO ayant pu désigner.

Dans les SSTI visités par la mission, il apparaît moins difficile de pourvoir les sièges dévolus aux représentants des entreprises adhérentes. Les présidents et directeurs des SSTI confrontés à des situations de difficulté de remplacement d'un ou plusieurs administrateurs adoptent différentes stratégies pour pourvoir les postes : solliciter des dirigeants d'entreprises adhérentes de leur connaissance (cooptation), avec régularisation en assemblée générale ; solliciter des unions patronales régionales ou départementales pour qu'elles puissent contacter et susciter des vocations au sein d'entreprises adhérentes.

Cette difficulté à pourvoir les sièges des instances de gouvernance des SSTI est multifactorielle, et les raisons les plus couramment évoquées à la mission étant :

- Le caractère moins connu ou reconnu des SSTI par rapport à d'autres institutions paritaires, alors que le nombre de mandats à exercer pour les organisations est élevé ;
- Les fonctions qui sont, dans les SSTI visités, bénévoles et ne font pas l'objet d'une rémunération ou d'une indemnité ;
- Le manque de temps disponible pour siéger.

Cette difficulté à pourvoir les sièges est l'un des facteurs explicatifs de la durée des mandats, qui est relativement longue. Les enchaînements de deux ou trois mandats de quatre ans sont fréquents dans les SSTI visités par la mission. Cette généralité est particulièrement vérifiée pour les présidents de CA et de CC. Entre l'attachement au SSTI et à son devenir, et la crainte de ne pas pouvoir être remplacé, nombre de ceux que la mission avait rencontrés étaient en fonction depuis plus de 10 ans. Ainsi, un SSTI a compté seulement 8 présidents depuis sa création en 1945, le huitième exerçant ses fonctions depuis 2004 et préparant sa succession pour début 2020.

---

<sup>83</sup> A raison d'un siège pour le MEDEF, de deux pour la CPME, de 6 pour l'U2A et d'un représentant pour les « activités tertiaires issus d'association ou de collectivités ou d'administrations ».

<sup>84</sup> Rapport Chiffres-clés 2019, Présanse.

Elle est un facteur déterminant du choix que certains SSTI ont fait de ne pas faire fonctionner séparément le CA et la CC. Dès lors, si le nombre d'administrateurs désignés ou élus est insuffisant pour obtenir des compositions différenciées, il est à la fois matériellement difficile et un peu artificiel de faire siéger les mêmes personnes à des dates différentes pour parler des mêmes sujets.

Seuls trois SSTI sur les douze évalués par la mission justifient l'intérêt d'une séparation des deux instances. Or, les missions sont bien distinctes, la commission de contrôle ayant des prérogatives propres (cf. partie 1). En pratique, dans l'échantillon de SSTI sélectionné par la mission, les deux instances sont souvent confondues, en termes de composition ou en termes d'ordre du jour, et réunies consécutivement ou simultanément avec votes distincts.

S'agissant des assemblées générales (AG), le constat d'une très faible participation est général. Elle n'est pas propre aux SSTI, et se rencontre dans d'autres associations dont les AG ont pourtant parfois un pouvoir de décision important, comme les mutuelles. Dans les SSTI visités, il a été indiqué à la mission que la moyenne des adhérents non administrateurs présents était autour d'une dizaine, le nombre de mandats qui leur étaient confiés pour voter s'établissant entre 100 et 150 mandats. Les efforts déployés par certains de ces SSTI pour susciter l'intérêt des entreprises adhérentes permettent à certaines occasions de « doper » cette participation, mais elle retombe vite.

Il est difficile de faire la part des choses entre une forme de « difficulté générale à mobiliser des représentants quelle que soit l'instance » et une désaffection particulière qui toucherait les instances des SSTI. Clairement, certaines personnes interrogées par la mission estiment que si les instances de gouvernance avaient un rôle plus éminent et étaient de réels lieux de définition de la stratégie et de décision, les vocations seraient plus nombreuses, regrettant ainsi des instances qui « ronronnent ».

La difficulté à mobiliser est une préoccupation, et suscite plusieurs types d'actions internes au SSTI. Certains d'entre eux ont eu à cœur de renouveler le fonctionnement et la composition de leurs instances, afin à la fois de mieux appliquer les textes et de les redynamiser. Les efforts accomplis en ce sens, par exemple, par le SSTI 42 dans un complet accord entre la présidente du CA, son trésorier et le président de la CC, en lien avec le nouveau directeur du SSTI, pour bien distinguer et préparer les réunions des deux instances, sont à saluer.

Dans le cadre de la procédure d'agrément, les DIRECCTE s'attachent à s'assurer de la conformité des statuts et du fonctionnement des instances aux textes et y conditionnent parfois le renouvellement de l'agrément (voir encadré infra). Pour effectuer cette surveillance de deuxième niveau, les comptes rendus du CA<sup>85</sup> et les procès-verbaux des organes de surveillance<sup>86</sup> sont tenus à la disposition des DIRECCTE, qui assistent parfois aux réunions des instances.

Dans certaines régions, les DIRECCTE, s'appuyant sur le CROCT et/ou son GPRO, ont pu prendre l'initiative de réflexions et de travaux concrets dans le but de mieux guider les SSTI et les membres de leurs instances vers une gouvernance de meilleure tenue. Ainsi, les travaux pilotés par la DIRECCTE ARA avec le CROCT et son GPRO sur les SSTI ont permis de finaliser une étude sur leur gouvernance, pointant par exemple les difficultés à pourvoir les sièges, les carences notamment dans la composition et les modalités de réunion de certaines commissions de contrôle, les difficultés de la parité des instances dans l'établissement. À partir de ces constats et après avoir associé les présidents des SSTI, le CROCT a pu valider le travail du GPRO se traduisant par des préconisations relatives à la gouvernance au sein des SSTI qui pourront, en outre, diffuser à leurs adhérents des fiches synthétiques sur leurs instances de gouvernance, pour améliorer l'information sur leur organisation et leur fonctionnement. Ce travail, de grande qualité, comporte notamment les recommandations de

---

<sup>85</sup> Article D.4622-19 du code du travail

<sup>86</sup> Article D.4622-42 du code du travail



nommer des membres et organiser des réunions distinctes des CA et des CC ; de prévoir des modalités de désignation de bureaux paritaires et d'améliorer la formation des membres des instances.

Pour autant, certains SSTI connaissent des crises de gouvernance très marquées, entraînant l'intervention des DIRECCTE et/ou des recours devant les TGI.

### Trois cas récents de crise de gouvernance au sein de SSTI

#### Gard

L'Association interprofessionnelle de médecine et de santé au travail (AISMT) de Nîmes a fait l'objet d'un refus de renouvellement d'agrément en date du 26 juin 2018, notamment en raison de statuts non conformes aux textes et de l'absence d'un projet de service actualisé. Suite à des engagements pris par le service, la DIRECCTE a accordé un nouvel agrément du service pour 5 ans le 18 janvier 2019, assorti de l'injonction de se mettre en conformité concernant le mode de désignation des représentants employeurs, par une modification de ses statuts. Saisi par des adhérents, le TGI a dissous l'association le 4 février 2019, pour non-conformité de ses statuts notamment s'agissant du mode de désignation des représentants employeurs. Le SSTI, qui a modifié ses statuts depuis, a fait appel de la décision du TGI devant la Cour d'appel.

#### Tarn

Le Service paritaire de santé au travail du Tarn (SPSTT) connaît depuis 2015 des difficultés de fonctionnement, avec une succession de présidents et de directeurs. Une procédure judiciaire ayant été engagée à l'encontre du président alors en fonctions pour détournement de fonds au profit d'une société qu'il dirigeait, celui-ci a démissionné en mars 2017. Des dysfonctionnements ont nécessité l'intervention de l'inspection du travail à plusieurs reprises (rappel des obligations de l'employeur concernant l'établissement d'un DUERP, le fonctionnement des représentants du personnel, l'égalité professionnelle, les négociations annuelles obligatoires). A l'issue de la démission du président en 2017, la gouvernance du SSTI a fait l'objet de remous importants avec en juin 2018 des élections au Conseil d'administration qui ont entraîné une nouvelle présidence dans un climat tendu entre la CPME et le MEDEF tarnais. Une modification contestée des statuts de l'association a été actée en juin 2019. L'élection du nouveau président n'a pas mis fin à cette instabilité, celui-ci ayant été licencié quelques mois plus tard par son employeur pour raison économique, lui faisant perdre sa qualité d'administrateur et donc de président en novembre 2019. C'est la vice-présidente du Conseil d'Administration du SPSTT qui a assuré la présidence par intérim, avant d'en prendre la présidence à l'issue d'une nouvelle élection en décembre 2019.

#### Seine-et-Marne

Dans le cadre d'un projet de fusion discuté avec le CIAMT, les instances de gouvernance de l'Association Interprofessionnelle des Industriels, Commerçants, Artisans de ChelleI (AICAC), SSTI agréé pour la Seine-et-Marne, ont connu entre septembre et décembre 2019 une grave crise, conduisant la DIRECCTE Île-de-France à intervenir, pointant les « *irrégularités dans le respect des principes régissant la gouvernance d'un service de santé* ». Dans un courrier du 16 septembre 2019 au président de l'AICAC, la DIRECCTE a relevé que quatre administrateurs sur sept, dont trois représentants des organisations syndicales de salariés, avaient été « suspendus » de façon totalement irrégulière de leur mandat. « *Cette procédure de suspension n'est pas prévue par les statuts de l'Aicac. Par ailleurs, elle a été mise en œuvre sans vote de l'assemblée générale qui élit les membres représentants des employeurs au conseil d'administration et sans information préalable des organisations syndicales qui désignent les représentants des salariés (...)* Cette procédure de suspension a ainsi privé le conseil d'administration de sa composition paritaire et complète au moment d'un vote essentiel pour la vie de l'Aicac qui a engagé une démarche de fusion avec le Ciamt. »

L'assemblée générale ordinaire du SSTI qui s'est tenue le 3 octobre 2019 a été particulièrement tendue, d'autant qu'une assemblée générale extraordinaire devant acter le principe de la fusion avec le CIAMT devait se tenir le lendemain. Cette AG extraordinaire a été annulée, reportant ainsi le vote du projet de fusion.

### 3.2.2 On note souvent un accord entre représentants patronaux et syndicaux au sein des instances

Il ressort tant des entretiens de la mission que de la lecture des procès-verbaux des réunions des CA et des CC que, pour une large majorité des décisions, l'unanimité est la règle, et le recours au vote est le plus souvent formel et procédural. Dans leur grande majorité, représentants des entreprises et des salariés considèrent que le SSTI où ils siègent remplit ses missions correctement, ou, plus précisément, du mieux qu'il le peut en fonction de ses ressources, de ses contraintes ou d'un contexte sur lequel il a peu de prise : situation économique et sociale du territoire, démographie médicale etc...

Dans une majorité des SSTI visités, l'engagement d'administrateurs et/ou de membres de la commission de contrôle pour s'assurer que le service rendu aux entreprises adhérentes et à leurs salariés est véritable. Sur des sujets de prise en compte des contraintes de ces derniers, comme par exemple la bonne couverture du territoire en termes de centres médicaux, pour garantir une bonne proximité et des temps de déplacement acceptables, la vigilance est forte. Certains conseils d'administration ont pesé pour infléchir ou adapter des projets de la direction, qui, sous la contrainte des difficultés à positionner un médecin du travail sur une zone éloignée et peu dense, avaient envisagé la fermeture d'un point de consultation. Par ailleurs, les administrateurs des SSTI visités convergent largement pour estimer que les actions de ces services sont insuffisamment déployées au bénéfice des TPE (sans que les services en soient seuls responsables), et ont souvent aiguillonné la direction et les professionnels du SSTI pour déployer une offre mieux adaptée à ces entreprises.

Toutefois, s'agissant des représentants mandatés par les syndicats de salariés, l'expression de leur accord avec les décisions discutées s'accompagne parfois du sentiment d'un manque de capacités d'analyse ou de données physico-financières permettant de bien mesurer ou de contester le cas échéant le projet porté par le président et/ou le directeur. Les représentants des organisations syndicales membres du COCT ou de CROCT rencontrés par la mission soulignent que la tâche des représentants des salariés au sein de la commission de contrôle est rendue difficile par le manque d'informations pertinentes et l'impossibilité d'exiger certains documents.

Ce problème se pose avec plus d'acuité pour la fonction de trésorier, assurée par un représentant des salariés, qui prévoit une association et un contrôle sur la gestion du service. Une position de principe a été prise par la CFTC qui déconseille à ses adhérents d'accepter une fonction de trésorier au sein d'un SSTI, faute d'avoir les moyens suffisants permettant d'assurer cette fonction (s'agissant de la vérification des documents comptables notamment).

En outre, se pose la question de la formation des membres des instances. Les textes prévoient en effet que les membres de la commission de contrôle bénéficient d'une formation nécessaire à l'exercice de leur mandat, financée par le SSTI, auprès de l'organisme de leur choix<sup>87</sup>. En pratique, ce sont les SSTI qui assurent cette formation ou mandatent un prestataire pour celle-ci, qui porte généralement sur les aspects réglementaires. Certaines unions syndicales régionales ont néanmoins conçu leurs propres formations, qui n'ont pas toujours rencontré le succès escompté et pour lesquelles les SSTI n'ont pas forcément donné suite à leur demande de financement.

---

<sup>87</sup> Article D.4622-39 du code du travail

Enfin, la mission n'a pas eu connaissance de difficultés posées par des accords ou conventions collectifs de SSTI intéressant « *une ou plusieurs des entreprises adhérentes à ces services* » qui en vertu d'une disposition du code du travail<sup>88</sup>, doivent être signalés à la commission de contrôle.

### 3.2.3 Une pression est parfois exercée par les adhérents, dans un cadre peu formalisé

Le code du travail prévoit que « *les droits et obligations réciproques du service de santé au travail interentreprises et de ses adhérents sont déterminés dans les statuts ou le règlement intérieur de celui-ci.* »<sup>89</sup>. Ces deux documents sont toutefois beaucoup plus clairs sur les engagements que les adhérents doivent respecter que sur les obligations que les SSTI s'imposent vis-à-vis d'eux, notamment en matière d'effectivité et de qualité du service.

Il n'existe pas de textes ou d'instructions prévoyant des modalités de traitements des réclamations et plaintes, ou de recueil régulier des motifs de satisfaction ou d'insatisfaction des adhérents. La grille AMEXIST, développée par PRÉSANSE (cf. partie 4) comporte un point 20 intitulé « *Gestion des dysfonctionnements et des réclamations* » qui prévoit notamment que « *le suivi des dysfonctionnements, des réclamations, et des propositions d'amélioration continue, est formalisé et mis en œuvre. Des actions correctives et/ou préventives sont définies et suivies.* » Force est de constater que la mission n'a pas pu disposer d'éléments probants sur la mise en œuvre de ce type de démarche dans les SSTI qu'elle a visités et qui étaient labellisés ou engagés dans cette grille. Certains SSTI, comme l'AST Grand Lyon, qui a préféré souscrire à la norme ISO 9001, ont toutefois semblé plus mûrs à la mission sur la gestion des questions ou demandes des adhérents, avec la mise en place d'une « hot line » accessible de 9h à 12h et de 14h à 16h.

L'absence de formalisation ne signifie pas qu'il n'existe pas d'attention prêtée aux critiques des adhérents, et au dialogue avec ces derniers. De l'avis général, les AG ne sont pas des instances adaptées pour traiter de situations individuelles, même si de l'avis des présidents des SSTI visités, ce sont plutôt les adhérents les plus critiques qui s'y rendent, et qui évoquent très principalement la question du coût des cotisations. Plusieurs des directeurs des SSTI visités s'attachent à contacter personnellement par courrier ou téléphone les entreprises qui se sont plaintes du SSTI.

Par ailleurs, plusieurs SSTI mènent, le cas échéant avec l'appui de prestataires extérieurs, des enquêtes de satisfaction auprès des adhérents et/ou de leurs salariés. L'AST Grand Lyon par exemple procède depuis 2018 à des enquêtes de notoriété et de satisfaction auprès de panels de 50 entreprises adhérentes ayant reçu au moins une prestation au cours du dernier trimestre.

Au final, on peut avoir le sentiment que les entreprises adhérentes, faute soit de temps soit de volonté réelle pour influencer directement ou par leurs représentants sur la stratégie et le fonctionnement des SSTI, expriment peu leurs critiques. Quelques-unes engagent une action de « dernier recours ». Elle peut consister en un changement de SSTI par démission, mais encore faut-il qu'il y ait une possibilité de choix sur le territoire où elle est installée. Dans les quatre régions visitées par la mission, la liberté de choix concernait quatre territoires : certains départements franciliens dont Paris, la métropole de Lyon, la métropole de Strasbourg et l'agglomération de Colmar, auxquels on peut ajouter les Bouches-du-Rhône sur certains secteurs. Mais les chiffres fournis par les SSTI sur les « démissions pour adhésion à un autre SSTI » sont malheureusement peu fiables.

---

<sup>88</sup> Article D.4622-32 du code du travail : « *Le comité interentreprises ou la commission de contrôle est informé : (...) 5° De l'état d'application des clauses des accords ou conventions collectifs relatives à l'activité et aux missions des services de santé au travail dès lors que ces accords ou conventions intéressent une ou plusieurs des entreprises adhérentes à ces services.* »

<sup>89</sup> Article D.4922-22 du code du travail

Un autre moyen de protester consiste à ne pas payer sa cotisation. Si l'on exclut le cas de mauvais payeurs par volonté pure et simple de ne pas dépenser, il peut arriver qu'une entreprise cesse de payer sa cotisation en raison d'un service non rendu par le SSTI. Dans ces cas, rares, le juge judiciaire peut donner raison à l'entreprise contre un SSTI et reconnaître ainsi sa responsabilité au titre du préjudice subi, comme l'a fait la Cour de cassation en 2013 à l'occasion d'un contentieux entre une entreprise et un service de santé au travail de Mayenne<sup>90</sup>.

## 4 Sans véritable tête de réseau reconnue, les SSTI sont insuffisamment pilotés et outillés

### 4.1 Les SSTI n'ont pas de véritable tête de réseau reconnue pour les représenter

Regroupant 207 SSTI ainsi que la Fédération française du bâtiment pour le compte de 27 SSTI spécialisés, soit 88 % des services, le CISME devenu PRÉSANSE en janvier 2018 est une association à but non lucratif qui joue à la fois le rôle de fédération des services et de représentant des employeurs lors des négociations sociales au sein de la branche des SSTI. À ce dernier titre, l'arrêté du 3 août 2017 a établi sa représentativité dans le champ de la convention collective nationale des services de santé au travail interentreprises du 20 juillet 1976 (IDCC 897)<sup>91</sup>.

#### 4.1.1 PRÉSANSE est un acteur central dans le paysage des SSTI, sans toutefois être considéré comme une tête de réseau par les parties prenantes

PRÉSANSE exerce des missions de représentation des SSTI auprès des autorités publiques et d'appui des services sur les plans médicotechnique, statistique, juridique et de la communication dans une logique d'échanges et de diffusion des bonnes pratiques. L'association est très active auprès des SSTI *via* AFOMETRA pour dispenser des formations aux assistant(e)s ou secrétaires médicales(-aux) dans le cadre de leur montée en compétence en tant qu'assistant(e)s de services de santé au travail (ASST), ainsi qu'aux IDEST (cf. partie 2)<sup>92</sup>.

La mission a pu constater la prise de distance d'un certain nombre d'acteurs institutionnels – à commencer par les organisations nationales représentatives des employeurs ainsi que les organisations nationales représentatives des salariés – vis-à-vis de PRÉSANSE, pourtant investie d'un

<sup>90</sup> C. cass. 1re civ., 19 déc. 2013, no 12-25.056, commenté ainsi par le Lamy social : « En l'espèce, le service de santé au travail n'avait effectué qu'un seul des cinq examens médicaux périodiques sollicités par l'employeur et n'avait pas respecté le délai de visite, annuelle à la date des faits litigieux, pour quatre des salariés soumis à une surveillance médicale renforcée. Cette situation, indépendante de la volonté de l'employeur, constituait une infraction pénale qui lui était imputable. Il se trouvait par ailleurs confronté à un déficit d'informations déterminantes pour l'accomplissement des actions de prévention et pour le respect des obligations lui incombant en matière de sécurité et de santé au travail. La Cour de cassation a donc retenu la responsabilité civile du service de santé au travail. Le préjudice subi a été évalué à une somme égale au montant de la cotisation annuelle due par l'entreprise adhérente au service de santé interentreprises ».

<sup>91</sup> Il n'existe pas d'autre organisation d'employeurs représentative au niveau national. Au plan régional, il peut y avoir des fédérations distinctes comme en Île-de-France où cohabitent plusieurs structures (ASTIF, Fédération santé au travail en Île-de-France) qui adhèrent à PRÉSANSE. L'ASTIL regroupe l'ACMS, l'AMET, l'ASTE, le CMIE, le GIMAC, IPAL, OSTRAL, le SEMSI et le SIMT. La Fédération régionale des services interentreprises de la région Île-de-France issue de l'Alliance Montesquieu qui regroupe sept SSTI (CMSM, CIAMT, AMETIF, Efficience, CMPC, Sist-vo, Horizon santé au travail) pour opérer des échanges de pratiques et d'expériences entre professionnels sur des sujets médicotechniques (organisation des pôles, rédaction de documents, saisie dans les dossiers de santé au travail), la désinsertion professionnelle et les données d'enquêtes s'y rapportant ainsi que la production d'indicateurs en santé.

<sup>92</sup> L'AFOMETRA compte 12 salariés au 31/12/19 dont deux travaillent également pour PRÉSANSE.

mandat pour s'exprimer au nom des employeurs des salariés des SSTI<sup>93</sup>, mais qui est parfois décrite comme « une association de directeurs de SSTI dépourvue de vision stratégique globale ou de capacité de pilotage » et qui n'est pas admise à siéger au sein des instances paritaires telles que le COCT, et ne dispose souvent que d'un siège en tant que personnalité qualifiée sans pouvoir exercer de mandat au sein de certains CROCT.

La prise de distance des partenaires sociaux peut étonner car, au-delà de sa mission de négociatrice de branche, de la proximité entre les membres de sa gouvernance et les organisations d'employeurs<sup>94</sup> et de l'appui technique qu'elle peut apporter à ses adhérents grâce à ses 12 permanents qui interviennent dans les limites d'un budget confortable (si l'on en juge par les 1,64 M€ de trésorerie et 0,9 M€ de réserves accumulées, à comparer aux 2,85 M€ de produits issus des cotisations versées par ses adhérents), PRÉSANSE est reconnue comme un centre de ressources statistiques agréant et diffusant un grand nombre d'informations sur les SSTI, remplissant ainsi un espace que pourrait occuper le ministère du travail s'il en avait les moyens. PRÉSANSE s'est positionnée par ailleurs en tant que promotrice de projets de mutualisation entre les SSTI.

#### 4.1.2 Nonobstant la prise de distance des partenaires sociaux, PRÉSANSE joue un rôle d'animateur de projets

Trois initiatives illustrent le rôle joué par l'association.

- La première concerne l'élaboration et la diffusion d'un « Thésaurus harmonisé » qui, selon PRÉSANSE, permet de remplir 85 % des données devant figurer dans le dossier médical en santé au travail informatisé à partir d'un référentiel commun portant sur la profession, le secteur d'activité, les effets sur la santé (à partir de la CIM 10), les expositions professionnelles, les examens complémentaires, les vaccins, les AMT et la prévention (cf. partie 2) ;
- La deuxième initiative portée par PRÉSANSE concerne la démarche de progrès en santé au travail (DPST) qui repose sur un référentiel qualité, d'amélioration continue, fréquemment évoqué par les interlocuteurs rencontrés par la mission. Baptisé AMEXIST et élaboré en partenariat avec l'AFNOR, ce référentiel porte sur la structuration de l'activité (analyse des besoins, répartition des effectifs, processus de gestion des ressources humaines, circuits et sécurisation de l'information, déploiement du mode projet, participation à la politique régionale de santé au travail), l'organisation de la prise en charge (tenue des dossiers médicaux et d'entreprises, harmonisation des pratiques et respect des référentiels, organisation des actions en milieu de travail avec, notamment, la mise en œuvre de la pluridisciplinarité, la contribution au maintien dans l'emploi) et la dynamique d'amélioration continue (implication de la direction du SSTI, suivi des actions engagées, suivi des actions mises en place, gestion des réclamations, animation du système d'amélioration continue). Structuré en 3 niveaux, l'observation de ce référentiel présente l'intérêt d'harmoniser les pratiques des SSTI dans une logique d'amélioration continue des processus. Au 1er octobre 2019, PRÉSANSE indique que 67 SSTI étaient labellisés ou certifiés, contre 63 en 2018, dont 11 certifiés (labellisation de niveau 3). Néanmoins, si l'engagement dans une telle démarche attire un nombre croissant de SSTI et mérite d'être salué, le contenu du référentiel ne saurait constituer, comme certains l'envisagent, le socle d'une éventuelle certification nationale qui se substituerait ou viendrait compléter l'agrément (et permettrait, par la même, de mettre à fin à ce dernier pour les services qui ne répondraient pas aux exigences du référentiel). Construite par la profession et non par

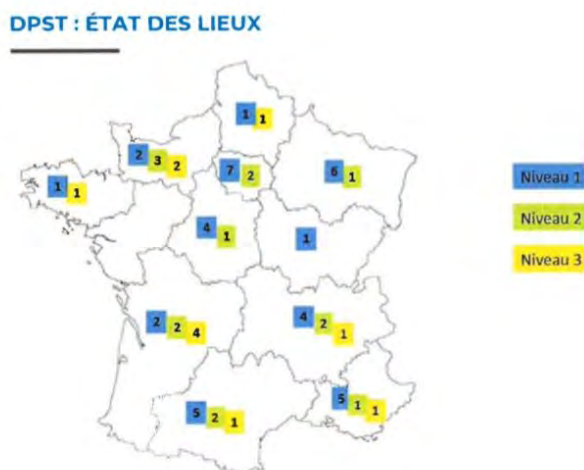
---

<sup>93</sup> À partir des éléments transmis par les DIRECCTE, la mission recense 15 471 ETP exerçant dans les SSTI en 2018.

<sup>94</sup> Le conseil d'administration est composé d'employeurs à hauteur de 2/3 et de directeurs pour 1/3.

un tiers indépendant, la « norme » AMEXIST permet certes de vérifier que les processus de base en termes de management et d'animation d'une structure sont en place mais ne conduit pas ou peu à apprécier la qualité de la prise en charge des salariés par le service, les moyens engagés et les ressources consacrées.

Graphique 14 : Carte des services labellisés en 2018



Source : PRÉSANSE, procès-verbal de l'AG d'avril 2018

- La troisième initiative animée par PRÉSANSE est régionale. Baptisée « DATA Bretagne 2020 » et animée par un chef de projet dédié (appuyé par un juriste), elle réunit neuf des dix SSTI bretons et porte sur l'acquisition d'un outil informatique conçu en commun ainsi que la formation des personnels concernés par sa mise en place. L'outil en question « MEDTRA 4 » intègre toutes les fonctionnalités d'un progiciel intégré (dossier entreprise, fiche et dossier médical, facturation, archivage et sécurisation des dossiers médicaux, portail adhérents). Au-delà de la solution technique mise en place qui devrait faciliter les remontées d'informations internes et externes (à destination de la DIRECCTE et de la CARSAT notamment pour alimenter le diagnostic régional sur le suivi de la sinistralité), la démarche visait à créer une solidarité entre les SSTI de la région. Cette solidarité, qui s'est traduite par la constitution d'un budget commun de 2,2 M€, a notamment été facilitée par la situation d'exclusivité géographique des services. L'initiative bretonne visait d'autre part à imposer une vision commune face à des éditeurs de logiciels qui sont en situation oligopolistique et peu enclins à faire évoluer leurs outils. À ce jour, la solution informatique retenue est implantée dans la quasi-totalité des SSTI bretons. Le projet d'outil a donc contribué à rapprocher les SSTI qui partagent désormais certains services supports comme le conseil juridique et la communication.

Les initiatives prises par PRÉSANSE ne suffisent toutefois pas à lui conférer à ce stade une légitimité et une capacité d'entraînement des SSTI suffisamment fortes pour faire d'elle l'interlocuteur unique des pouvoirs publics.

## 4.2 Avant tout régionale, la régulation des SSTI repose en premier lieu sur les DIRECCTE, qui rencontrent des difficultés à remplir cette mission de manière satisfaisante

La régulation de l'activité des SSTI est organisée au niveau régional pour coïncider avec les grandes circonscriptions administratives du ministère du travail (Directions régionales du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle puis Directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi). C'est la DIRECCTE du siège du SSTI qui est territorialement compétente<sup>95</sup>.

Au détour de ses travaux, la mission a rencontré et échangé avec de nombreuses DIRECCTE et leurs cadres, et tient à souligner leur investissement dans le suivi des SSTI et de la santé au travail en général, dans un contexte de restructuration et avec des moyens qui ne leur facilitent pas la tâche.

### 4.2.1 La politique régionale d'agrément, principal outil de régulation des SSTI pour les DIRECCTE, n'a qu'une portée limitée sur l'amélioration du fonctionnement des SSTI

La régulation de la création et de l'activité des SSTI s'exerce en premier lieu au travers des agréments, qui sont des autorisations administratives d'exercice accordées par les DIRECCTE après avis des médecins inspecteurs régionaux du travail pour une durée de cinq ans<sup>96</sup>. Cette durée peut toutefois être réduite à 24 mois maximum en cas de première demande, de renouvellement ou en cours d'agrément quand le DIRECCTE constate des dysfonctionnements dans le service<sup>97</sup>.

#### 4.2.1.1 La durée des agréments délivrés est très majoritairement de cinq ans

D'après les données recueillies par la mission auprès des DIRECCTE pour l'année 2019 :

- 3 SSTI exercent leur activité sans agrément, soit 1 % des SSTI ;
- 9 SSTI (4 % de l'ensemble) disposent d'un agrément conditionnel d'une durée de 2 ans.
  - Ces agréments conditionnels sont délivrés à l'occasion d'une première demande ou d'un renouvellement quand le DIRECCTE constate que les conditions de fonctionnement du SSTI ne satisfont pas aux obligations du code du travail. Sa décision est prise après avis du MIRT et peut se traduire par un abrègement, une modification ou un retrait de l'agrément initial. La décision doit s'accompagner d'engagements de mise en conformité précis et datés de la part du service<sup>98</sup>.
  - Le DIRECCTE peut également et à tout moment modifier ou retirer l'agrément délivré après que le service n'a pas satisfait, à une mise en demeure de se mettre en conformité, dans un délai qui ne peut être supérieur à 6 mois<sup>99</sup>.

L'examen des décisions de certaines DIRECCTE montre la diversité des motifs d'octroi d'agréments conditionnels qui peuvent être retenus et qui peuvent être liés à la gouvernance, à la pluridisciplinarité, à l'organisation de l'activité médicale ou aux cotisations (voir tableau 3 de l'annexe 1).

---

<sup>95</sup> La DIRECCTE peut toutefois autoriser le rattachement au SSTI agréé d'un établissement de l'entreprise situé dans le ressort d'une autre région, sous réserve de l'accord de la DIRECCTE géographiquement compétente.

<sup>96</sup> Article D.4622-48 du code du travail

<sup>97</sup> Article D.4622-51 du code du travail

<sup>98</sup> Idem

<sup>99</sup> Idem

Selon les DIRECCTE interrogées, l'agrément conditionnel constitue un moyen de pression exercé sur un SSTI pour qu'il se conforme à un certain nombre d'obligations. Il peut même constituer une alternative, dans les situations les plus critiques, à un refus d'agrément qui serait préjudiciable aux entreprises adhérentes (voir infra) dans une logique de « sursis avec mise à l'épreuve ».

#### 4.2.1.2 Des orientations régionales sont données en matière de politique d'agrément

##### **La politique régionale d'agrément obéit à des règles de transparence**

C'est dans un cadre transparent que doit s'inscrire la politique régionale d'agrément. Le code du travail<sup>100</sup> fait ainsi obligation au DIRECCTE de la présenter chaque année au groupe permanent régional d'orientation (GPRO) des conditions de travail, qui constitue une émanation du CROCT. C'est dans ce cadre que les DIRECCTE publient des orientations qui sont soumises pour avis au GPRO avant leur adoption en CROCT<sup>101</sup>. À l'issue de la loi de 2016 et de la réforme de l'action des SSTI qu'elle implique, de nombreuses DIRECCTE ont tenu à actualiser ou compléter les orientations de leur politique d'agrément, qui visent à rendre publics les critères qui seront retenus pour l'octroi des agréments, souvent en s'appuyant sur les CROCT et leurs GPRO. De plus en plus, comme la mission l'a constaté en région ARA, la DIRECCTE et le CROCT souhaitent accompagner ces lignes directrices d'un plus fort niveau d'exigence vis-à-vis des SSTI, mais aussi de plus de « guidance » et d'appui, pour faciliter leur fonctionnement en matière de pluridisciplinarité par exemple. La mission salue ces travaux, qui lui semblent très utiles (cf. annexe 1 pour la Bretagne et la région ARA). Les médecins inspecteurs régionaux du travail s'assurent du respect de ces orientations dans le cadre de la procédure d'agrément

En pratique, le respect de ces orientations est vérifié dans le cadre des avis préparatoires rendus par les MIRT, dont la mission a pu constater la compétence et la connaissance approfondie des SSTI - comme d'ailleurs l'ensemble des agents des pôles santé et sécurité au travail des DIRECCTE chargés de leur suivi. Les MIRT mènent une enquête détaillée sur pièces et sur place avant de rendre leur avis.

À l'occasion de leur enquête comme à bien d'autres moments de la vie du SSTI, les échanges sont nombreux entre les MIRT et les médecins du travail, ce qui peut conduire certaines directions de SSTI à regretter que certaines décisions d'agrément reflètent par trop les positions de leurs médecins du travail, le MIRT faisant alors figure de porte-parole. À cet égard, la mission a pu constater que le cadre de la politique d'agrément ne suffit pas à garantir l'homogénéité des pratiques au sein d'une DIRECCTE et peut être appliqué de manière diverse selon les MIRT. Instruites par les pôles santé et sécurité au travail des DIRECCTE, les décisions doivent par ailleurs tenir compte des orientations des chefs des pôles Travail des DIRECCTE qui peuvent intervenir en opportunité (mais dans le respect de la légalité) et s'écarter de l'avis du MIRT qui leur est rendu en amont. Néanmoins, l'influence de l'avis des MIRT sur les décisions finales des DIRECCTE est soulignée par un certain nombre d'acteurs.

#### 4.2.1.3 Les décisions des DIRECCTE font l'objet de peu de recours

Comme toutes les décisions administratives, les décisions d'agrément des DIRECCTE sont motivées et susceptibles de recours mais il existe peu de contestations à ce jour. Le bilan réalisé par la DGT sur la période 2015-2019 recense 9 recours hiérarchiques et 5 recours contentieux. Les recours hiérarchiques formés contre les décisions des DIRECCTE ont conduit la DGT à réformer celles-ci dans

---

<sup>100</sup> Article L.4622-53 du code du travail

<sup>101</sup> En application des articles R.4641-18 et R.4641-21 du code du travail.



la moitié des cas, essentiellement pour des motifs liés à l'absence d'engagement précis et daté du SSTI dans le cas d'un agrément conditionnel, à l'absence d'indication dans la décision d'agrément du nombre de médecins du travail affectés à un secteur ou d'absence d'indication du nombre de salariés suivis par l'équipe pluridisciplinaire ou le médecin du travail.

Les renouvellements tacites d'agrément sont rares. Intervenant au bout d'un délai de quatre mois durant lequel la DIRECCTE ne s'est pas prononcée<sup>102</sup>, ils peuvent être interprétés soit comme une validation de la stratégie et de la politique présentées par le SSTI dans son dossier d'agrément, soit comme le moyen pour la DIRECCTE d'éviter d'avoir à se prononcer sur la situation délicate d'un service. Les textes prévoyant que la décision d'agrément fixe la compétence géographique et professionnelle du SSTI, le nombre de salariés suivis par l'équipe pluridisciplinaire<sup>103</sup> et le nombre de médecins du travail affectés à un secteur<sup>104</sup>, la décision implicite de l'administration est réputée valider ces éléments tels qu'ils ont été présentés dans le dossier de demande d'agrément. Il demeure néanmoins une difficulté juridique liée à l'absence d'avis préalable rendu par le MIRT. C'est la raison pour laquelle la DGT préconise que des décisions expresses soient rendues et remplacent les agréments tacites. Des courriers des DIRECCTE peuvent également être adressés aux SSTI concernés pour leur indiquer formellement que leur agrément a fait l'objet d'un renouvellement tacite.

#### 4.2.1.4 La procédure d'agrément est l'objet de critiques

Au-delà des décisions prises isolément, les critiques qui visent la procédure d'agrément sont nombreuses et souvent justifiées. Force est de noter en effet que les constats établis dans les rapports de l'IGAS de 2004<sup>105</sup> et de la Cour des comptes de 2012<sup>106</sup> restent d'actualité.

#### **Une absence d'orientations nationales**

Le premier de ces constats est lié à l'absence de directives nationales harmonisées. En dehors des dispositions du code du travail sur la procédure d'agrément issues des décrets n°2012-137 du 30 janvier 2012 et n°2014-799 du 11 juillet 2014, il n'existe pas de texte ou d'animation de portée nationale sur la politique que devraient conduire les DIRECCTE en matière d'octroi, de renouvellement ou de suivi des agréments, de sorte que chacune d'entre elles peut fixer sa propre politique. Pleinement justifiée dans le cadre d'une stratégie régionale de santé et dans le respect des obligations de concertation au sein des CROCT, cette approche est critiquée par certains acteurs, nationaux ou régionaux, qui estiment qu'elle est responsable de l'implantation d'un nombre de SSTI jugé excessif sur le territoire national, l'agrément étant perçu par ces acteurs comme un outil devant permettre de revoir (à la baisse) l'offre de SSTI. D'autres avancent à l'inverse que les DIRECCTE utilisent d'ores et déjà le levier de l'agrément pour faire pression sur les petits services et les contraindre à se regrouper.

#### **Un contrôle excessivement centré sur les moyens et l'organisation des SSTI**

Au travers de l'agrément, le contrôle opéré par les DIRECCTE porte à la fois sur les moyens engagés par les SSTI en termes de ressources médicales consacrées au suivi individuel des salariés et sur l'organisation interne des services (gouvernance, pluridisciplinarité, etc.), mais pas sur les résultats effectifs, ou à tout le moins attendus, en termes de surveillance de l'état de santé des salariés ou de

---

<sup>102</sup> Article R. 4622-52 du code du travail

<sup>103</sup> Article D. 4622-48 du code du travail

<sup>104</sup> Article D. 4622-26 du code du travail

<sup>105</sup> « L'agrément des services de santé au travail », Claire AUBIN, Gilles DUHAMEL et Daniel LEJEUNE, IGAS, rapport n°2004-038

<sup>106</sup> « Les services de santé au travail interentreprises : une réforme en devenir », Cour des Comptes, novembre 2012

veille sanitaire. La mission n'a en effet pas eu connaissance de décisions portant sur ces sujets ni, très concrètement, sur des objectifs fixés par exemple en matière de taux ou de qualité de réalisation des fiches d'entreprise ou de respect des délais réglementaires des visites.

La mission relève également que, dans un grand nombre de cas, les éléments d'ordre financier ne sont pas ou peu pris en compte hors des sujets liés à l'assiette des cotisations et ce, malgré la transmission aux DIRECCTE d'informations conséquentes sur ces sujets par les SSTI.

### **L'absence d'effet des décisions de retrait ou de refus de renouvellement de l'agrément**

Le troisième constat a trait aux conséquences d'un retrait d'agrément. Appréhendées en droit au travers des dispositions du code du travail<sup>107</sup> qui imposent au président du SSTI visé par une telle mesure (et à défaut au DIRECCTE) d'en avertir ses entreprises adhérentes, la décision de la DIRECCTE est dépourvue de conséquences pratiques dans la mesure où, à la différence d'autres secteurs<sup>108</sup>, elle ne met pas fin à l'activité du service, ni *a fortiori* n'entraîne sa dissolution.

Dans une région composée de SSTI en situation de monopoles territoriaux, il est vrai qu'un arrêt de l'activité du SSTI aurait pour conséquence de laisser à très court terme les salariés de ses entreprises adhérentes sans couverture par un service de proximité, celles-ci pouvant certes s'adresser à un autre service agréé mais sans savoir si celui-ci serait en capacité de répondre à leur sollicitation. Face à cette impasse et de manière très imagée, la responsable du service de la politique de santé au travail d'une DIRECCTE souligne que « *le bazooka* » de l'agrément se transforme alors en « *pistolet à eau* ».

Dans l'absolu, dans le cadre d'un SSTI non agréé, le médecin du travail continue de bénéficier de la qualité de médecin du travail car il dispose des titres pour pouvoir exercer sa spécialité. Cependant, dans la mesure où son activité ne peut s'exercer qu'au sein d'un SSTI agréé, l'avis qu'il rend doit être considéré comme irrégulier<sup>109</sup>. Par ailleurs, un SSTI non agréé ne devrait plus pouvoir percevoir des cotisations.

Face au risque potentiel de non couverture des salariés en cas d'arrêt de l'activité consécutif à un retrait d'agrément dans un contexte de pénurie voire de désertification médicale sur certains territoires, les DIRECCTE préfèrent en général la solution de poursuite de l'activité du SSTI défaillant en la limitant dans le temps avec un agrément conditionnel (voir *supra*) et en l'assortissant de fortes conditions, comme en région PACA à l'égard d'un service qui, depuis lors, s'est redressé. Il arrive que la menace du refus de renouvellement soit utilisée par les DIRECCTE comme un levier, à l'instar de ce qui a été fait en Bretagne à l'égard de deux SSTI qui ne disposaient plus de médecins du travail, n'avaient pas mis en place la pluridisciplinarité, se trouvaient confrontés à divers problèmes de management et refusaient de fusionner entre eux. Il s'agissait alors de faire réagir la gouvernance.

Il résulte de cette autocensure de la part des DIRECCTE une couverture quasi-totale - à 99 %<sup>110</sup> - des SSTI par des agréments, contre 98 % en 2018, 94 % en 2016 et 78 % en 2013. Dans le même temps, le taux d'agrément des SSTA atteignait respectivement 92 % en 2018, 88 % en 2016 et 69 % en 2013.

<sup>107</sup> Article D.4622-51 du code du travail

<sup>108</sup> Par exemple pour les services ou établissements médico-sociaux autorisés en application de l'article L.313-16 du code de l'action sociale et des familles, où les autorités compétentes pour donner une autorisation de 15 ans peuvent la reprendre ou ne pas la reconduire si le fonctionnement de l'établissement, étayé par l'évaluation externe qu'il doit conduire, conduit à une incapacité à remplir correctement ses missions.

<sup>109</sup> Les entreprises se mettent en infraction si elles fondent par exemple une mesure de licenciement pour inaptitude sur un avis rendu par un médecin du travail relevant d'un SSTI non agréé. C'est la raison pour laquelle le code du travail impose une obligation d'information des entreprises adhérentes en cas de refus ou de retrait d'agrément. Un inspecteur du travail peut, par voie de procès-verbal, relever l'infraction aux dispositions de l'article D. 4622-48 du code du travail à l'encontre d'un SST fonctionnant sans agrément, infraction sanctionnée par l'article R. 4745-1 du même code.

<sup>110</sup> Deux SSTI continuent d'exercer leur activité sans agrément mais il s'agit dans les deux cas d'une situation transitoire.

Il faut relever que les cas de refus d'agrément ou de renouvellement d'agrément sont plus courants pour les SSTA que pour les SSTI, ce qui est logique puisqu'une entreprise ne pouvant plus faire fonctionner un SSTA pourra toujours adhérer à un SSTI, ne privant pas ses salariés de suivi.

Pour autant, s'il leur semble difficile voire impossible à politique et droit constants de mettre fin à l'activité d'un SSTI, les DIRECCTE ne s'interdisent pas d'intervenir sur leur compétence géographique ou leur spécialité. C'est ainsi le cas des Hauts-de-France où la DIRECCTE a autorisé l'extension géographique demandée par un service de taille plus réduite mais jugé plus performant que les autres SSTI en place. C'est également le cas en Île-de-France ou en région ARA où, à l'inverse, les DIRECCTE ont refusé à des SSTI la possibilité de voir leur périmètre d'intervention s'élargir à d'autres départements ou à une zone aéroportuaire.

### **La situation plus que critique des médecins inspecteurs**

Le dernier constat partagé par l'ensemble des parties prenantes vis-à-vis de la politique d'agrément porte sur les moyens qui lui sont consacrés par les DIRECCTE. Les MIRT, qui doivent rendre un avis qui lui est préalable, sont en effet, depuis de longues années, en situation de sous-effectif. En 2012, la Cour des comptes faisait état d'un taux de vacance de 40 % des postes. Selon la DGT, il était de 54 % en 2018 (27 postes pourvus sur un effectif théorique de 58) et, d'après les derniers chiffres rassemblés par la mission, au même niveau en 2019.

En 2018, pour traiter du renouvellement des agréments de 18 SSTI, la DIRECCTE PACA ne disposait que de deux MIRT, qui plus est non pérennes car détachés temporairement par d'autres régions, puisque ses 4 postes ouverts au recrutement (et un cinquième depuis lors) n'étaient pas pourvus. La DIRECCTE Occitanie, quant à elle, ne disposait plus de MIRT (sur 5 postes ouverts au recrutement) en 2019 et s'est vue affecter en 2020 un MIRT en provenance de la région Nouvelle-Aquitaine. En 2020, la DIRECCTE Auvergne – Rhône-Alpes n'a plus qu'une MIRT. Si, d'après la mission, le taux de vacance de poste varie selon les régions, quatre d'entre elles et non des moindres en taille (Auvergne – Rhône Alpes, Centre-Val-de-Loire, Hauts-de-France, Île-de-France, Occitanie, PACA et Corse) connaissent un taux de vacance de poste supérieur à 60 % (voir tableau 2 de l'annexe 1).

Au-delà du manque structurel d'attractivité de la médecine du travail au sein des collectivités publiques<sup>111</sup>, il existe des causes plus conjoncturelles qui peuvent contribuer à expliquer ces taux de vacance et la difficulté qu'ont les DIRECCTE à recruter. L'écart de salaire avec l'exercice en SSTI ou en SSTA, déjà important, s'est accru avec les politiques salariales dynamiques que certains SST ont adoptées pour pouvoir recruter. Ainsi, il n'est pas rare, comme cela s'est produit en ex-région Auvergne après la fusion des DIRECCTE Auvergne et Rhône-Alpes, que des MIRT soient recrutés par des SSTI. Or, il était en effet prévu que des mesures indemnitaires exceptionnelles soient prises en 2020 (avec rétroactivité en 2019) pour aligner la rémunération des MIRT sur celle des médecins du travail figurant dans la grille de PRÉSANSE et rattraper le différentiel de 10 %. À ce jour, aucun arbitrage favorable n'a été rendu.

Les effectifs des autres agents chargés du suivi des SSTI et SSTA au sein des DIRECCTE (responsables du service de santé au travail, assistant(e)s des MIRT, etc.) sont également très contraints.

Au total en 2018, 46 ETP suivent les SSTI en région et 48,5 en comptant l'administration centrale. Dans ces conditions, la mise en place d'une nouvelle modalité de certification qui se substituerait à

---

<sup>111</sup> « Attractivité et formation des professionnels de santé au travail », Xavier CHASTEL, Hamid SIAHMED et Patrice BLEMONT, rapport IGAS / IGAENR n°2017-023 R, août 2017.

terme à la procédure d'agrément alimente les réflexions. La mission considère toutefois que cette démarche de certification ne peut en aucun cas se substituer à celle de l'agrément (cf. partie 5).

#### 4.2.2 Au-delà de la politique d'agrément, la régulation des SSTI assurée par les DIRECCTE fait apparaître plusieurs angles morts

##### 4.2.2.1 La situation administrative et financière ne fait pas l'objet d'un suivi par les DIRECCTE

Le code du travail<sup>112</sup> prévoit l'établissement et la transmission par le président du SSTI d'un rapport annuel sur l'organisation, le fonctionnement et la gestion financière du service. Préalablement à cet envoi, ce rapport est communiqué dans les quatre premiers mois de l'année suivant celle pour laquelle il a été établi aux institutions représentatives du personnel du service ou à ses instances de gouvernance (comité interentreprises, commission de contrôle ou conseil d'administration) qui peuvent faire des propositions relatives à l'organisation, au fonctionnement, à l'équipement ou au budget du service.

Ce rapport annuel et financier (RAF) suit un modèle fixé par voie d'arrêté, en l'occurrence celui du 9 décembre 1971 qui prévoit trois grandes rubriques : caractéristiques du service, organisation et fonctionnement, gestion financière.

Tenant compte des évolutions législatives et réglementaires de la santé au travail alors enregistrées, un travail d'actualisation de l'arrêté de 1971 a été lancé et le projet de nouvel arrêté a été présenté en COCT en juillet 2007 et en juillet 2009 après avoir été discuté avec le CISME et soumis à la compagnie nationale des commissaires aux comptes. Or, les partenaires sociaux membres du COCT n'ont pas souhaité étudier ce projet, préférant attendre l'issue des concertations.

Le rapport annuel et financier est distinct de deux autres rapports également transmis à la DIRECCTE : le rapport comptable d'entreprise, certifié par un commissaire aux comptes, qui est adressé au plus tard avant la fin du premier semestre suivant l'exercice considéré, et le rapport d'activité médicale (RAM) établi par chaque médecin du travail du service et adressé au MIRT<sup>113</sup>.

Souvent volumineux et détaillés, les rapports annuels et financiers ne sont pas exploités par les DIRECCTE, comme la totalité d'entre elles l'ont confirmé à la mission. Pour pallier les difficultés d'exploitation, certaines DIRECCTE comme celles de PACA ou d'Île-de-France ont pris la bonne initiative de demander aux SSTI de leur transmettre des fiches simplifiées recueillant des données sur l'activité<sup>114</sup> de l'année, qui ont été précieuses pour la mission.

Il n'en demeure pas moins que, sur le plan financier, aucun véritable suivi n'est réalisé par les DIRECCTE. À tout le moins, une demande sommaire pourrait être faite en particulier sur une information qui figure dans l'arrêté de 1971 mais qui n'est pas renseignée par les SSTI et ce, malgré l'abondance d'informations qu'ils transmettent. Il s'agit du coût annuel du service de santé au travail par salarié, pour des besoins de comparaisons avec les cotisations perçues, par service et entre services.

---

<sup>112</sup> Articles D.4622-54 et suivants du code du travail

<sup>113</sup> Article R.4624-42 et suivants du code du travail

<sup>114</sup> La fiche synthétique de la DIRECCTE PACA contient, chaque année, les éléments suivants : nombre d'entreprises adhérentes et de salariés suivis (dont ceux relevant d'une habilitation INB, d'entreprises d'intérim et des fonctions publiques), composition du personnel de l'équipe pluridisciplinaire, bilan des actions en milieu de travail, bilan des fiches d'entreprises de moins de 5 ans, bilan du suivi individuel des salariés, bilan des conclusions des visites médicales, nombre d'examens complémentaires.

#### 4.2.2.2 Un manque d'exigence et d'outillage sur les aspects médicotechniques parfois compensé par les SSTI eux-mêmes

Les politiques d'agrément menées par les DIRECCTE rencontrées par la mission s'attachent en priorité aux moyens des SSTI pour accomplir les visites : coopération médecin-IDEEST et recrutement de médecins du travail. Les agréments dont la mission a eu connaissance ne fixent pas d'objectifs de résultats quantitatifs (par exemple, taux cible d'entreprises bénéficiant d'une fiche d'entreprise à jour, taux cible de visites faites au temps exigé réglementairement).

Si les MIRT examinent souvent la tenue des dossiers médicaux<sup>115</sup> dans le cadre de l'avis rendu en vue de l'agrément, ces éléments ne sont pas repris dans les décisions comme objectifs de qualité des pratiques. La qualité des pratiques en visite et en AMT n'est pas systématiquement examinée. La mission a pu constater que les modèles d'avis d'aptitude, d'avis d'inaptitude et d'attestation de suivi utilisés dans les SSTI rencontrés étaient conformes aux modèles transmis par la DGT mais sur un échantillon de 12 DMST fournis par 4 services de façon anonymisée, au moins un critère parmi les 15 critères de la HAS (Haute autorité de santé) n'était pas atteint dans au moins 25 % des dossiers<sup>116</sup>. En revanche, ces DMST peuvent comporter d'autres informations qui semblent indispensables<sup>117</sup>

Une multitude d'acteurs tels que l'INRS (Institut national de recherche et de sécurité), l'OPPBTB, PRÉSANSE, les ARACT, les CARSAT, les sociétés savantes, la HAS, les branches professionnelles, l'inspection régionale du travail, etc., produisent un très grand nombre de contenus médicotechniques comme des documents d'information pour les salariés, des fiches métiers, des recommandations par risques, etc. Parmi ces acteurs, l'INRS est souvent citée comme la référence principale des équipes pluridisciplinaires.

La pratique professionnelle exigeant d'effectuer un choix parmi le très large panel de l'existant, et nécessitant des outils opérationnels qui n'existent pas au niveau national, tous les SSTI rencontrés par la mission ont pris l'initiative de développer des outils médicotechniques pour soutenir leur pratique et pallier le manque de pilotage. Ces outils sont en général élaborés par un groupe de travail après décision en CMT puis validés en CMT.

La plupart des services ont ainsi travaillé des protocoles communs, beaucoup effectuent également un travail bibliographique de collection et de mise à disposition des ressources les plus pertinentes parmi l'existant. La plupart des services produisent donc des documents propres à partir des besoins identifiés. Certains services ont élaboré des outils directement au service de l'entreprise qui permettent de travailler le document unique et la fiche d'entreprise. Ces outils peuvent être relativement simples voire très perfectionnés.

Les transformations récentes des services de santé au travail rendent plus complexe le pilotage des adhérents et des effectifs à suivre, désormais répartis par EP et non plus par médecin, et dont les types de visite et leur périodicité se sont diversifiés. Il est devenu quasiment indispensable pour les directeurs et pour les médecins de disposer d'outils de pilotage fin. De la même manière que sur le plan médicotechnique, aucun des SSTI rencontrés par la mission ne disposait d'outil de pilotage

<sup>115</sup> Selon la recommandation « Le dossier médical en santé au travail », HAS, janvier 2009, et l'arrêté du 16 octobre 2017 fixant le modèle d'avis d'aptitude, d'avis d'inaptitude, d'attestation de suivi individuel de l'état de santé et de proposition de mesures d'aménagement de poste.

<sup>116</sup> En particulier la description des activités effectuées, la mention de l'importance de l'exposition aux risques, la mention d'antécédents médicaux, la mention de la nature et de la date des vaccinations, la mention des informations données au travailleur.

<sup>117</sup> Code NAF de l'entreprise, type de contrat, CSP, type de suivi, type de visite, coordonnées du médecin traitant, antécédents d'arrêts de travail de plus de 30 jours, antécédents d'accidents de travail, reconnaissance de maladies professionnelles, handicap, traitements en cours, mode de vie.

élaboré au niveau régional ou national. Certains SSTI importants, qui disposaient des fonctions support nécessaires, ont produit des outils de pilotage permettant de gérer les effectifs avec un certain nombre d'indicateurs, conduisant à piloter leur effectif et en suivre la conformité.

Le travail considérable de production d'outils médicotéchniques voire de pilotage effectué par chaque SSTI indépendamment de tout réseau national structuré fait honneur aux professionnels, dont l'engagement est parfois remarquable. Une mutualisation de l'ensemble de ces outils au niveau régional ou national permettrait toutefois d'économiser un temps précieux et coûteux et de favoriser l'homogénéité des pratiques entre les SSTI. Il semble que peu de DIRECCTE s'impliquent actuellement dans la promotion de pratiques homogènes et de qualité sur ces points, même si la mission salue le travail par exemple de la DIRECCTE Grand Est qui a établi des maquettes régionales de protocoles à l'issue d'un groupe de travail associant les professionnels. Ce manque d'exigence et d'outillage est lié à la faiblesse des moyens des DIRECCTE, notamment en MIRT, au manque d'impulsion nationale en termes d'exigences de qualité, à l'esprit d'indépendance des médecins du travail qui pourrait rendre conflictuel un pilotage par la qualité, et à l'absence de remontée systématique de données d'activité fiables et détaillées.

#### 4.2.3 Les CPOM, conclus entre DIRECCTE, CARSAT et SSTI, constituent un deuxième outil de régulation dont les acteurs concernés se sont emparés de manière très diverse

Inspirées par les dispositifs de contractualisation existant dans les champs sanitaire et médico-social, introduits par la loi n°2011-867 du 20 juillet 2011, les dispositions de l'article L.4622-10 du code du travail indiquent que les priorités des services de santé au travail sont « *précisées* » dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) conclu entre le service (SSTI) d'une part, l'autorité administrative (la DIRECCTE) et les organismes de sécurité sociale (les CARSAT<sup>118</sup>) d'autre part, après avis des organisations d'employeurs, des organisations syndicales de salariés représentatives au niveau national et des ARS (Agences régionales de santé).

##### 4.2.3.1 Les CPOM mobilisent les acteurs de la prévention

D'une durée maximale de cinq ans, le CPOM a vocation à définir les actions visant, d'après l'article D. 4622-45 du code du travail, à mettre en œuvre les priorités d'action du projet de service ainsi que les objectifs régionaux de santé au travail définis dans le PRST. Les actions contenues dans le CPOM doivent également contribuer à améliorer la qualité individuelle et collective de la prévention des risques professionnels, promouvoir les actions en milieu de travail, mutualiser, y compris entre les services de santé au travail, des moyens, des outils, des méthodes, des actions, notamment en faveur des plus petites entreprises, cibler des moyens et des actions sur certaines branches professionnelles, en faveur de publics particuliers ou sur la prévention de risques spécifiques, permettre le maintien dans l'emploi des salariés et lutter contre la désinsertion professionnelle.

Conclu dans un cadre multilatéral contrairement à l'agrément, le CPOM est un outil qui se veut opérationnel : définition d'objectifs, programmation d'actions, engagement de moyens, mesure de résultats en cohérence avec le PRST et le projet de service du SSTI. En cela, il doit compléter l'agrément avec des obligations de moyens ou des objectifs de résultats qui lui faisaient défaut (voir *supra*).

---

<sup>118</sup> Dans les développements qui suivent, on utilise l'acronyme CARSAT pour désigner toutes les caisses, y compris celles d'Île-de-France (CRAMIF) ou d'outre-mer (CGSS, CPS) qui portent des noms différents.

D'après les bilans réalisés par la CNAM et la DGT, les thématiques d'actions les plus fréquemment abordées sont la prévention de la désinsertion professionnelle (qui figure dans 67 % des CPOM), le risque chimique, les produits cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques dont l'amiante (dans 62 % des CPOM), les troubles musculo-squelettiques (TMS, 58 % des CPOM), les RPS (34 %) et les problématiques propres à l'intérim (23 %). Ces thématiques font écho aux programmes de prévention ciblés retenus par la branche AT/MP à partir d'une analyse de la sinistralité (sachant que 3 % des entreprises représentent 28 % des sinistres et 33 % des dépenses de la branche) comme le programme « TMS pros », « Risques chimiques pros » ou « Risques chutes pros » ou le programme TPE, qui cible 35 métiers particuliers, représentant 44 % des entreprises de moins de 20 salariés et totalisant 66 % des accidents du travail survenus dans cette tranche d'effectifs.

#### 4.2.3.2 Les CPOM sont un instrument qui placent l'assurance maladie au cœur du processus contractuel

Comme le rappelle l'instruction conjointe de la DGT et de la CNAM du 31 juillet 2019<sup>119</sup>, les CARSAT ont pour missions d'aider au ciblage des entreprises, de contribuer à la réalisation de diagnostics territoriaux, d'appuyer le développement de la pluridisciplinarité, d'organiser des actions de formation ou de communication, de participer à la méthodologie de projet au travers de la construction d'indicateurs de réussite, de fournir une aide documentaire, technique, ou financière, etc. Avant les réunions de concertation, les CARSAT établissent avec les DIRECCTE un diagnostic partagé sur les moyens et les besoins en matière de prévention des risques sur le territoire. Ensemble, elles définissent des priorités partagées et identifient les actions prioritaires à mener.

Avec les DIRECCTE, les CARSAT jouent un rôle d'animatrices des CPOM en cherchant à mobiliser les SSTI. Par exemple, six thématiques socle ont été ciblées en Île-de-France : la prévention de la désinsertion professionnelle, les TMS, la prévention des risques chimiques, les RPS, les risques routiers et la prévention des accidents du travail. Sur chacune de ces thématiques, des fiches programmes ont été élaborées avec les SSTI, qui ont contribué à définir les indicateurs de résultats et les modalités de suivi des CPOM. Chaque SSTI de la région devait contractualiser *a minima* sur la prévention de la désinsertion professionnelle et sur une autre action figurant dans la liste des thématiques socle. Un deuxième volet d'actions était laissé à la discrétion des SSTI qui pouvaient, s'ils le souhaitaient, s'engager sur un 3ème volet dans une logique de coopération avec d'autres SSTI. Pour chacune des thématiques socle, la CRAMIF a désigné des référents et mobilisé des ingénieurs conseil.

#### 4.2.3.3 Le bilan de la 1<sup>ère</sup> génération des CPOM est toutefois mitigé

Sur le plan quantitatif, le bilan de la 1<sup>ère</sup> génération des CPOM conclus pour une durée de 5 ans témoigne d'un engagement significatif mais pas total des parties prenantes, malgré le caractère obligatoire du dispositif. 78 % des SSTI ont conclu un CPOM en 2019 contre 56 % deux ans auparavant. Le taux de signature par région est très variable selon les régions (cf. tableau 3 de l'annexe 1).

Les SSTI non couverts par un CPOM que la mission a rencontrés mettent en avant le manque de disponibilité de leur DIRECCTE ou de leur CARSAT pour le négocier, là où ces dernières indiquent quant à elles que la non signature s'explique, soit par des raisons de calendrier (concomitance avec celui du renouvellement des agréments, attentisme postérieur à la publication du rapport LECOCQ),

<sup>119</sup> Instruction commune DGT-DRP du 31 juillet 2019 sur les CPOM conclus avec les services de travail interentreprises

soit par des dysfonctionnements internes en matière de gouvernance ou de dialogue social qui dépassent l'objet même du CPOM.

Sur le plan qualitatif, le bilan est nuancé. S'il est indéniable que la conclusion des CPOM a le mérite de formaliser un partenariat entre des acteurs interdépendants (DIRECCTE, CARSAT, SSTI, OPPBTP) dans le champ de la prévention en mettant l'accent sur des actions concrètes dans le cadre d'une animation « en mode projet » (qui a pu donner lieu à l'organisation de séminaires préparatoires comme en région PACA), il est tout aussi reconnu par les acteurs concernés (DIRECCTE, CNAM, CARSAT, SSTI) que leur élaboration<sup>120</sup> et leur suivi (250 réunions en région Île-de-France) sont chronophages, interférant avec le calendrier des agréments et des projets de service (vis-à-vis desquels, il est par ailleurs estimé que l'articulation n'est pas bien assurée).

L'implication variable et intermittente des différentes parties prenantes est également mise en avant, soit au stade de la négociation, soit à celui du bilan<sup>121</sup>. La disparité entre les CPOM d'une région à l'autre, l'accumulation (« effet millefeuille ») d'objectifs et d'actions correspondant aux priorités respectives des DIRECCTE et des CARSAT<sup>122</sup>, l'absence de rationalisation ou de ciblage et la faiblesse de l'évaluation de leur impact sont des reproches fréquemment adressés aux CPOM.

### **Le ministère du travail et l'assurance maladie ont récemment recentré la démarche CPOM**

C'est dans le contexte des travaux que la ministre du travail avait confiés en mars 2019 aux partenaires sociaux membres du COCT, dans le prolongement des recommandations du rapport LECOCQ, que la DGT et la DRP de la CNAM ont publié le 31 juillet 2019 une instruction visant à instaurer une pause dans la conclusion des CPOM. Destinée aux DIRECCTE et aux directeurs des CARSAT, cette instruction leur demande de faire un état des lieux des actions des CPOM échus ou arrivant à échéance en vue de les reconduire jusqu'au 30 juin 2021, en les recentrant sur deux actions prioritaires parmi lesquelles le maintien dans l'emploi et la prévention de la désinsertion professionnelle d'une part et, d'autre part, un ou deux risques professionnels parmi les suivants : TMS, risques chimiques, chutes de hauteur et de plain-pied, RPS, risque routier professionnel.

À l'issue de cet état des lieux, les DIRECCTE et les CARSAT sont invitées à renouveler les CPOM échus et à proroger deux qui arrivent à échéance d'ici le 30 juin 2021 en prévoyant des indicateurs de résultats pour apprécier leur mise en œuvre.

Dans la perspective de cette relance, les DIRECCTE rencontrées comme celle d'Auvergne – Rhône Alpes ont par exemple engagé des discussions tant avec la CARSAT qu'avec l'OPPBTP pour définir à la fois des objectifs et une méthode d'animation des CPOM. Il est prévu que le CROCT soit saisi et qu'ensuite, des réunions décentralisées soient organisées.

---

<sup>120</sup> Du côté des DIRECCTE et des CARSAT, ce temps est occupé par la phase préparatoire pour définir les actions régionales, par la phase de présentation avec chacun des SSTI puis celle de négociation action par action sur chacun des thèmes, sans compter le suivi opéré par la suite. Le nombre de réunions par an peut varier de 1 à 4 par action pour l'élaboration et le suivi des CPOM, ce qui, d'après le bilan réalisé par la DGT, peut se traduire par 120 réunions pour une DIRECCTE qui met en place 4 réunions par action et par an dans le cadre du suivi.

<sup>121</sup> Selon la DGT, 70% des DIRECCTE mettent en avant le manque de moyens pour se consacrer aux CPOM alors qu'elles estiment que les CARSAT sont mieux dotées.

<sup>122</sup> En ce qui concerne les objectifs introduits dans les CPOM par les CARSAT, de nombreux signataires de CPOM soulignent l'introduction d'un nombre trop important d'actions en lien avec les objectifs de la COG de la branche AT-MP de la CNAM en lieu et place d'actions rendues nécessaires par les caractéristiques de l'activité régionale.



#### 4.2.3.4 Les SSTI apparaissent isolés du champ sanitaire malgré l'intérêt des professionnels pour la santé publique et la veille épidémiologique

La Stratégie nationale de santé 2018-2022 élaborée par la Direction générale de la santé (DGS) du ministère de la santé définit des objectifs qui, pour certains, font le lien entre santé publique et santé au travail<sup>123</sup>. Elle cible plus particulièrement les services de santé au travail en visant à améliorer la coordination des acteurs de la santé au travail entre eux et avec les acteurs de la prévention, développer l'utilisation du volet professionnel du DMP, mieux intégrer les SST dans le parcours de santé, renforcer la prise en compte de la prévention des risques professionnels dans la formation des futurs salariés et dirigeants des entreprises, davantage structurer le réseau des SST ainsi que leurs relations avec les caisses d'assurance maladie. Malgré ce cadre favorable à l'implication du ministère de la santé dans la politique de santé au travail, il semble que ces objectifs aient peu été mis en œuvre.

La DGS participe également à l'élaboration et à la mise en œuvre du troisième Plan santé au travail 2016-2020 (PST3), dont les actions 2.9 à 2.13 visent à renforcer la transversalité entre santé au travail et santé publique, notamment via des partenariats entre DIRECCTE et ARS et l'inclusion d'actions de promotion de la santé dans les CPOM des services de santé au travail. Si certaines actions du PST3 menées en région portent effectivement sur la transversalité entre santé au travail et santé publique, en particulier sur les addictions, il semble que ces objectifs aient peu été mis en œuvre, notamment en ce qui concerne, après la possibilité de sa consultation, l'alimentation du volet professionnel du DMP par les médecins du travail, et l'intégration des services de santé au travail dans le parcours de santé. La DGS est mobilisée par les ARS dans ce domaine principalement sur des sujets de veille et de sécurité sanitaire<sup>124</sup>.

Cette difficulté à mettre en œuvre au niveau national des actions transversales entre les politiques de la santé et du travail est liée à la difficulté « institutionnelle » de s'investir dans ces actions de la part des directions concernées, et à un manque de culture commune entre les ministères chargés de la santé et du travail. La DGS n'a donc actuellement pas de réel levier pour peser dans les politiques de santé au travail et promouvoir une culture de prévention dans le monde du travail. Elle n'a de plus aucun contact avec des services de santé au travail ni avec l'association PRÉSANSE.

Sur le plan des actions en milieu de travail, les SSTI, malgré leur expertise médicotechnique et leur culture de la prévention, ne travaillent quasiment pas avec les autorités sanitaires. Les SSTI sont donc isolés par rapport aux politiques de santé publique menées sur leurs territoires, malgré un intérêt marqué des professionnels pour les actions de sensibilisation sur des thématiques de santé publique telles que les addictions ou l'alimentation, souvent effectuées par les IDEST, qui sont selon eux reçues avec intérêt par les salariés.

Sur le plan des visites individuelles, le lien avec les acteurs sanitaires des territoires, et en particulier les médecins traitants généralistes, est fragile, caractérisé par une méconnaissance des SSTI. Les professionnels en santé au travail se pensent perçus comme risquant d'empêcher les personnes de travailler et demandant une charge administrative aux médecins de ville. Certains services ont mené des actions pour se présenter aux médecins généralistes, qui semblent améliorer les relations au bénéfice des salariés. Ce manque de lien n'empêche pas l'implication des professionnels les plus

<sup>123</sup> Promouvoir la santé au travail, développer une culture de prévention dans les milieux professionnels, réduire la fréquence et la sévérité des pathologies liées aux conditions de travail, prévenir la désinsertion professionnelle et sociale, améliorer la qualité de vie et la sécurité au travail des professionnels de santé et médico-sociaux.

<sup>124</sup> Notamment dans le cadre des Gast (Groupements d'alerte en santé travail).

mobilisés, par exemple via un adressage vers les dispositifs organisés de prévention tels que le dépistage du cancer du sein.

Le manque de pilotage des SSTI, et en particulier l'absence de base de données commune qu'ils alimenteraient directement, tant sur le plan épidémiologique que sur celui de leur activité, la mauvaise qualité de la saisie et l'hétérogénéité des SI, a pour conséquence la perte de potentiels signaux sanitaires de proximité. Pour autant, les professionnels des SSTI s'investissent dans les études épidémiologiques du secteur<sup>125</sup>, telles que Sumer (Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels), Evrest (Evolutions et relations en santé au travail) et MCP (Programme de surveillance des maladies à caractère professionnel), qui reposent sur l'implication de médecins du travail volontaires. Ces études, précieuses et chronophages, risquent d'être mises à mal par la transformation de l'exercice des professionnels en santé au travail. En effet, un article<sup>126</sup> analysant les conditions de participation à l'enquête Sumer 2017 montre que le nombre de médecins participant à Sumer a chuté de moitié entre 2010 et 2017 et reprend des facteurs de difficulté cités par certains médecins, notamment le fait que, malgré l'importance accordée par les médecins du travail à cette enquête, l'intensification de leurs missions a rendu leur participation plus difficile qu'auparavant.

Par ailleurs, il est apparu à la mission que la connexion avec les dispositifs de prévention de la pénibilité issus de la loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites et du code du travail est très faible. L'obligation de négocier un accord ou un plan sur la prévention de la pénibilité dans certaines entreprises, l'obligation de déclaration par l'employeur lorsqu'un salarié est exposé à des facteurs de risques professionnels au-delà de certains seuils, pour que les salariés bénéficient d'un compte professionnel de prévention (C2P) ne sont quasiment jamais cités par les SSTI – ni par les DIRECCTE et les CARSAT d'ailleurs – comme un champ où les SSTI pourraient conseiller les entreprises, alors même que les fiches d'entreprises sont des outils précieux pour l'identification et la déclaration des risques. Il s'agit là d'une forme de « déperdition » très étonnante, qui illustre bien le cloisonnement entre dispositifs, d'un côté la santé au travail, de l'autre la gestion d'un dispositif jouant pour la retraite. Or, vu les propositions et concertations en cours à l'heure de notre rédaction dans le cadre de la réforme des retraites, qui portent notamment sur l'extension du compte pénibilité, il ne semble pas concevable que les SSTI ne contribuent pas plus à appuyer les employeurs sur la prévention, la réduction, puis sur la déclaration des risques résiduels pour les salariés exposés au-delà des seuils. Les entreprises y auraient un intérêt évident, puisque la prévention des risques et la sortie de salariés de la déclaration pour le compte pénibilité leur permet de diminuer le montant de la cotisation finançant ce dispositif. Les salariés de leur côté verraient leur santé mieux préservée par de la prévention primaire ou secondaire renforcée.

---

<sup>125</sup> Selon Présance, 75 % des SSTI répondants déclarent participer à des travaux d'étude ou de veille sanitaire, dont 49 % à Sumer (Surveillance médicale des expositions des salariés aux risques professionnels), 46 % à Evrest (Evolutions et relations en santé au travail), 39 % à MCP (Maladies à caractère professionnel), 2 % au RN3VP (Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles), 11% à d'autres travaux (essentiellement des enquêtes régionales sur le maintien dans l'emploi ou l'inaptitude).

<sup>126</sup> B. Barlet, H. Malarmey, S. Memmi, Nouveau protocole et baisse de la participation des médecins : la collecte de données de l'enquête SUMER 201-2017 à l'épreuve de l'organisation de la santé au travail. Vu du terrain TF 268. Réf Santé Trav 2019 ;157 ; 107-117.

#### 4.2.3.5 Difficile à réaliser, la mesure d'impact de l'intervention des SSTI ne fait pas l'objet de travaux permettant de l'approcher

En principe, chacune des quatre grandes missions confiées aux SSTI devrait pouvoir faire l'objet d'une mesure d'impact conduisant d'une part à comparer les moyens engagés aux résultats obtenus en matière d'amélioration de l'état de santé des salariés et, d'autre part, à s'assurer que ces moyens sont proportionnés aux actions engagées. Or, de l'avis unanime des acteurs rencontrés par la mission, la mesure de l'efficacité de l'intervention des SSTI n'est pas ou peu réalisée.

En effet, les autorités de tutelle ne demandent pas aux SSTI de mesure d'impact de leurs interventions auprès des salariés et des entreprises qu'ils suivent. Comme cela a été indiqué *supra*, leurs exigences portent sur les moyens engagés et les priorités retenues par les SSTI. À la connaissance de la mission, les DIRECCTE n'ont jamais demandé à ces derniers dans un passé récent d'évaluer l'impact leurs interventions en matière de prévention des accidents du travail par exemple, voire de maladie professionnelle, y compris dans des secteurs ciblés.

Pourtant, les outils informatiques des SSTI contiennent un certain nombre de données sur l'état de santé des salariés qui sont enregistrées dans le dossier médical individualisé. Ces données permettent d'assurer un suivi dans la durée de la santé du salarié dès lors qu'il continue de relever du même SSTI. Elles ont d'ailleurs pu alimenter des enquêtes épidémiologiques ou de veille sanitaire (voir *supra*). Cependant, pour être exploitables, ces données brutes saisies en visite devraient être requêttables, c'est-à-dire saisies de manière harmonisée dans un système d'information dont l'architecture prévoit de pouvoir les recueillir de manière agrégée. Or, au cours de ses déplacements, la mission a pu constater que tel n'est en général pas le cas en raison de la mauvaise qualité et de l'hétérogénéité de la saisie. Cela étant, la mission juge au travers de ses rencontres nombreuses avec les professionnels des SSTI que beaucoup d'entre eux sont capables de s'engager dans une démarche d'amélioration de la qualité et en tireraient un grand intérêt.

#### **Une démarche d'évaluation nécessite un temps d'observation long**

La dimension temporelle est essentielle dans les enquêtes ou études d'évaluation puisqu'il s'agit de réaliser des observations sur de nombreuses années : cet argument est fréquemment mis en avant par les interlocuteurs de la mission qui soutiennent qu'il n'est pas possible de mesurer l'effet de l'intervention de leur service en indiquant par exemple qu'en matière de risque chimique, les mesures de prévention ont parfois un effet différé de trente ans.

On conçoit aisément en effet que la mesure de l'impact d'actions de prévention soit complexe et que, de surcroît, le lien entre les résultats observés et ces actions ne soit pas évident en raison du caractère souvent multifactoriel des événements et de l'effet parfois différé, progressif ou variable dans le temps des actions de prévention. Concrètement, la baisse des AT/MP liés à un motif psychologique dans une entreprise donnée est-elle due à l'intervention ponctuelle d'un préventeur ou d'une infirmière du SSTI, ou bien à un climat social favorable, au départ d'un manager à l'origine de difficultés ou à tout autre élément d'ambiance ou lié à la vie de l'entreprise ?

Si une telle démarche semble, *a priori*, relever davantage d'un travail de recherche que d'études d'impact à caractère opérationnel, on peut néanmoins admettre que l'effet de certaines actions puisse être apprécié plus rapidement et simplement que d'autres. Cela semble en effet pouvoir être le cas de l'installation de dispositifs d'aide au levage sur les TMS pour des personnels exerçant par exemple en EHPAD ou celui de l'utilisation d'équipements de protection contre le bruit dans un atelier.

### **Une démarche d'évaluation se heurte à des obstacles techniques liés aux systèmes d'information**

Une autre série de raisons expliquant l'absence d'études d'impacts tient à la communicabilité de certaines informations indispensables pour apprécier les évolutions de la sinistralité. Si les CARSAT suivent naturellement l'évolution des accidents du travail et peuvent classer les entreprises en fonction de leur indice de fréquence, si elles disposent également des données des entreprises relatives aux arrêts de travail, elles ne savent pas de quel SSTI relève telle ou telle entreprise, de sorte qu'elles ne peuvent pas apparier les données. Le champ relatif au SSTI n'est de surcroît pas renseigné dans le DMP qui contient des données individuelles. En sens inverse, les SSTI ne peuvent accéder directement aux données de sinistralité de leurs entreprises adhérentes.

Dans ce contexte et dans le cadre d'une convention conclue au titre de l'article L.422-6 du code de la sécurité sociale qui prévoit la possibilité d'échanger toute information utile au succès des actions de prévention<sup>127</sup>, deux SSTI franciliens ont communiqué à la CRAMIF la liste de leurs adhérents pour qu'elle puisse établir un bilan comparatif entre leur sinistralité et celle de la moyenne des établissements de la région exerçant la même activité principale. D'après la CRAMIF qui le regrettait, ce bilan n'a pas été communiqué aux entreprises concernées pour des motifs de confidentialité.

### **Des questions de délimitation du champ des responsabilités entre le SSTI et l'employeur se posent également**

Comme le prévoit le code du travail<sup>128</sup>, l'employeur est responsable de la santé et de la sécurité au travail des salariés, et donc chargé de prendre toutes les mesures nécessaires pour assurer leur sécurité et protéger leur santé physique et mentale.

Or, comme l'a rappelé un MIRT à la mission, les SSTI n'interviennent qu'en tant que conseillers des employeurs, lesquels sont libres de suivre, ou non, leurs conseils. L'employeur peut en effet, ou non, suivre la proposition d'aménagement de poste faite par ce dernier ou la proposition faite en vue d'un reclassement<sup>129</sup>. En cas de refus de la suivre, il doit en informer le SSTI ainsi que le salarié et motiver sa décision.

L'influence de l'inspecteur du travail sur l'employeur est sans doute plus déterminante que celle du SSTI dans la mesure où il intervient à des fins de contrôle. C'est également le cas de celle des CARSAT, qui peuvent utiliser leur pouvoir d'injonction pour peser sur une entreprise ou un établissement qui, après un examen de l'évolution sur plusieurs années de son indice de fréquence des accidents du travail, ne mettrait pas en œuvre d'actions de prévention. Environ 1 100 établissements font l'objet d'une telle procédure avec un impact positif significatif postérieurement à la visite des agents de contrôle, d'après la CNAM.

Selon deux directeurs de SSTI rencontrés, ces actions de l'inspection du travail ou des CARSAT rejaillissent sur les SSTI en ce qu'elles alimentent un sentiment de méfiance voire d'hostilité des employeurs vis-à-vis d'eux, les employeurs les assimilant à tort à des agents de contrôle et leur refusant par exemple la communication d'informations aussi importantes que le taux d'absentéisme ou le turnover au sein de leur entreprise.

---

<sup>127</sup> L'article L.422-6 du code de la sécurité sociale précise toutefois que ne peuvent être échangées les « informations personnelles relatives aux salariés, venues à la connaissance des médecins du travail ».

<sup>128</sup> Article L.4121-1 du code du travail

<sup>129</sup> Articles L.4624-3 et suivants du code du travail

### 4.3 L'absence d'un véritable pilotage national des services de santé au travail nuit à l'efficacité de la mise en œuvre de la politique de santé au travail

#### 4.3.1 Les DIRECCTE manquent de lignes directrices pour mener des politiques cohérentes

Comme cela a été évoqué *supra*, les politiques régionales d'agrément souffrent d'un manque d'orientations nationales, contrairement aux CPOM qui font l'objet d'orientations de la DGT et de la direction des risques professionnels de la CNAM pour en expliquer la méthode et les enjeux. Déjà soulignée par la Cour des comptes en 2012 et, en 2017, dans le cadre de l'enquête de suivi de son rapport, cette absence n'a toujours pas été comblée depuis lors.

Si les agents de la DGT font preuve d'une très grande compétence et d'une forte implication, l'animation et le suivi de la politique en matière de SSTI est assuré par des entités qui étaient, jusqu'à peu de temps, distinctes et qui rattachées, pour l'une directement au directeur général du travail et, pour la seconde, à la sous-direction des conditions de travail et de la sécurité au travail (CT). Le fonctionnement cloisonné qui peut en résulter a conduit à la désignation récente d'un chargé de mission pour assurer le lien entre ces deux entités.

Par ailleurs, si les MIRT sont réunis deux fois par an à la DGT, les sujets abordés à cette occasion portent essentiellement sur des points techniques sur la mise en œuvre de la réforme, les inaptitudes ou des questions médicales mais peu sur des orientations générales en matière d'agrément, lesquelles pourraient relever davantage des chefs des pôles « travail » que de leurs MIRT.

Il n'en demeure pas moins que les voix sont nombreuses au sein des SSTI, chez les partenaires sociaux et au sein des DIRECCTE pour réclamer de telles directives. Tant et si bien que la DGT a décidé de réunir prochainement un groupe de travail composé d'un chef de pôle T, de MIRT et de la responsable d'un pôle régional de santé au travail pour partager sur les pratiques observées et fixer le socle d'orientations nationales.

Les responsables des services régionaux de santé au travail ne sont, quant à eux, pas réunis au niveau national à ce stade. Cette absence d'animation est regrettable dans la mesure où ce sont eux qui assurent le suivi administratif des SSTI et la préparation des décisions d'agrément.

#### 4.3.2 L'absence d'un système d'information unifié ne permet pas l'exploitation de données au niveau national et régional à des fins de pilotage

Comme on l'a vu, l'absence d'un système d'information ou d'une base nationale est une faiblesse. Plateforme d'échange entre les SSTI et les DIRECCTE d'une part et, d'autre part, entre les DIRECCTE et la DGT voire d'autres acteurs comme la DRP de la CNAM, un tel outil permettrait notamment de recueillir et de traiter en routine les informations présentées dans le cadre des rapports annuels établis par les SSTI et des rapports médicaux de leurs médecins du travail.

#### **L'échec de la mise en place d'un système d'information ou d'une base nationale est préjudiciable pour le secteur**

Il y a pourtant eu dans le passé des initiatives visant à se doter d'un tel outil. Depuis 1994, les MIRT disposaient en région d'un outil informatique baptisé IMT2 conçu par un médecin inspecteur d'Île-de-France. Utilisé pour le suivi et le contrôle de gestion des SSTI à partir des données issues des RAF et des RAM, ses évolutions et sa maintenance étaient prises en charge par son concepteur. Pour alimenter le bilan annuel sur les conditions de travail, le service de l'inspection médicale du travail opérait quant à lui une saisie manuelle dans un tableau des données transmises par les DIRECCTE.

Pour mettre fin à des opérations de saisie manuelle dans un tableur des données transmises par les DIRECCTE, la conception d'un outil baptisé « SINTRA » a été lancée par la DGT en 2007. Cet outil se composait de trois modules. Conçu à l'issue d'une démarche engagée auprès du CISME pour connaître l'environnement informatique des SSTI, le premier module devait leur permettre de saisir leurs rapports annuels. Le deuxième module devait servir de support à la gestion par les DIRECCTE des agréments et un suivi des personnels des SSTI. Le troisième module ouvrait la possibilité d'obtenir des statistiques nationales sur l'activité des SSTI. Après une reprise des données de l'outil IMT2, l'outil SINTRA a été testé en 2011 dans les régions Aquitaine, Languedoc-Roussillon et Limousin. L'objectif étant de déployer SINTRA et de permettre aux SSTI de saisir leurs rapports annuels dès 2013, l'engagement de crédits supplémentaires était nécessaire. Un arbitrage a défavorable a été rendu et condamné l'outil sans même qu'une version provisoire ait pu être installée à la DGT. En conséquence, plusieurs régions dont l'Île-de-France, PACA, ARA, Nouvelle Aquitaine, Occitanie, Bretagne, Normandie et Bourgogne-Franche-Comté continuent d'utiliser IMT2 avec des réactualisations régulières.

### **À la très grande hétérogénéité des systèmes d'information des SSTI s'ajoutent des difficultés techniques et politiques récurrentes**

Les SSTI ne sont quant à eux pas outillés de manière homogène comme la mission a pu le constater à la faveur des demandes d'informations qu'elle a faites à ceux figurant dans son échantillon. Si le nombre de prestataires informatiques est réduit sachant que l'un d'entre eux (VAL) détient, d'après l'enquête réalisé par PRÉSANSE, la moitié du marché, chaque SSTI possède *de facto* son propre système d'information, selon le directeur de l'ACMS auditionné par l'Assemblée nationale<sup>130</sup>. Hors enquête, il n'existe donc pas d'agrégation possible de données au niveau national.

C'est la raison pour laquelle le CISME (devenu PRÉSANSE) avait travaillé sur un cahier des charges commun des fonctionnalités des logiciels métiers dès 2016 visant à construire une expression commune des besoins des SSTI vis-à-vis des prestataires informatiques en matière de traitement, de regroupement et d'extraction des données en garantissant l'interopérabilité des outils, la traçabilité et l'harmonisation des données.

En juillet 2017, le COCT a adopté à l'unanimité une déclaration<sup>131</sup> visant à encourager la mise en place au plan national d'outils de gestion interopérables permettant, notamment et dans un premier temps, d'organiser le suivi individuel des salariés en contrats courts (attestations de suivi des VIP, avis d'aptitude ou d'inaptitude et propositions du médecin du travail) au moment où, dans la législation, disparaissait la base juridique permettant la mise en place de bases de données permettant le suivi des intérimaires. Dans leur déclaration, les partenaires sociaux ont mis l'accent sur l'exigence du respect du double secret, médical et statistique.

Souhaitant dépasser le sujet des seuls contrats courts pour embrasser tout le champ des salariés suivis, huit SSTI (ACMS, AGEMETRA, AISMT, AST 67, AST Grand Lyon<sup>132</sup>, CMIE, Pôle Santé Travail et SSTRN) qui suivent 23 % des salariés en France, ont décidé de créer un groupement d'intérêt économique pour mettre en place un portail national d'échange des données en santé au travail.

---

<sup>130</sup> Audition de la Commission d'enquête sur les maladies et pathologies professionnelles dans l'industrie (risques chimiques, psychosociaux ou physiques) et les moyens à déployer pour leur élimination, Assemblée nationale, jeudi 22 mars 2018.

<sup>131</sup> « Pour des données en santé au travail au service de la prévention », COCT, 31 juillet 2017

<sup>132</sup> S'agissant des contrats courts, l'AST Grand-Lyon a mis en place un portail dédié avec d'autres SSTI permettant aux entreprises de travail temporaire de consulter l'historique des visites médicales des salariés intérimaires et de voir s'il est nécessaire ou non de les convoquer à une visite médicale.

L'objectif de cette démarche est d'une part, selon ses promoteurs, de permettre aux professionnels de santé d'accéder aux informations de santé de toutes les entreprises et de leurs salariés, pour éviter les pertes d'informations quand une entreprise change de SSTI ou lorsqu'un salarié change d'entreprise. Dans ce dernier cas, le transfert de son dossier médical entre les SSTI dépend de l'accord exprès du salarié. Le projet de portail national a également comme objectif de produire et d'exploiter des indicateurs de santé ayant vocation à alimenter les politiques publiques de santé au travail. D'après ses concepteurs qui visent une mise en place à l'été 2020, ce portail n'a pas vocation à se substituer aux logiciels métiers existants mais à les rendre interopérables.

Si elle apparaît comme une nécessité, la mise en place de SI interopérables se heurte cependant à des obstacles de plusieurs types.

- Le premier est lié à l'accès des médecins du travail au dossier médical personnel (DMP). Or, tant pour des questions juridiques liées à l'existence de l'article L.1111-18 alinéa 3 du code de la santé publique qui dispose que le DMP « *n'est pas accessible dans le cadre de la médecine du travail* » jusqu'au 1<sup>er</sup> juillet 2021 que pour des questions de préjugés liées au cloisonnement entre la médecine de ville et la médecine du travail jugée proche de l'employeur, l'accès au DMP n'est rendu possible à cette dernière depuis la loi n°2019-774 du 24 juillet 2019<sup>133</sup> relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, et qu'en écriture - c'est-à-dire en alimentation et ce, à compter de 2021 - mais pas en consultation.
- Le deuxième obstacle est lié à l'accès à l'INS. Les SSTI qui disposent d'informations sur le suivi individuel ne peuvent la partager entre eux aujourd'hui, faute d'interopérabilité entre leurs dossiers médicaux informatisés en santé au travail. Pour contourner cet obstacle, il faut utiliser un identifiant commun. Celui-ci existe puisqu'il s'agit de l'identifiant national de santé qui repose sur le numéro de sécurité sociale (NIR). Or, si la HAS recommande depuis 2008 d'identifier le dossier médical de santé au travail à l'aide du NIR, si la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé autorise les médecins du travail à l'utiliser comme support de facturation (et non comme support d'échange entre professionnels de santé), si les SSTI ont accès à ce numéro dans le cadre des déclarations uniques d'embauche, il est interdit à ces derniers de le stocker ou de le traiter<sup>134</sup>.
- D'ordre juridico-politique, la troisième série d'obstacles est liée à la très forte réticence des employeurs vis-à-vis d'une base de données sur les expositions des salariés aux risques professionnels, dont la traçabilité faciliterait leur mise en cause en cas de reconnaissance de maladie professionnelle. Certains représentants des organisations syndicales estiment quant à eux qu'en ouvrant l'accès de telles données à des SSTA jugés plus proches des employeurs, il y aurait un risque de sélection à l'embauche par les entreprises de certains salariés plutôt que d'autres à partir de leur historique médical.

De l'avis de la mission, ces difficultés et contraintes peuvent être travaillées et dépassées afin que les SSTI soient en mesure de remplir pleinement leurs missions légales.

---

<sup>133</sup> Ce texte prévoit que le dossier médical en santé au travail est une composante du DMP, ce qui nécessite de pouvoir identifier la personne suivie.

<sup>134</sup> L'article qui est bloquant est le R.1111-8-3 du code de la santé publique qui prévoit que « *le référencement de données mentionnées à l'article R. 1111-8-2 à l'aide de l'identifiant national de santé ne peut être réalisé que par des professionnels, établissements, services et organismes mentionnés à l'article L. 1110-4 et des professionnels constituant une équipe de soins en application de l'article L. 1110-12 et intervenant dans la prise en charge sanitaire ou médico-sociale de la personne concernée* ». Cet article ne cite pas le médecin du travail parmi les professionnels pouvant utiliser l'INS. Le décret n° 2019-341 du 19 avril 2019 qui définit la liste des personnes habilitées à utiliser le NIR ne l'inclut pas davantage.

## 5 Face à ces constats qui appellent des évolutions profondes, la mission formule des préconisations valables quel que soit le schéma de réforme retenu

À l'issue de ses investigations, la mission estime nécessaire d'impulser des évolutions fortes du mode global d'organisation et de fonctionnement des SSTI. Elle a en effet la conviction d'une « sous-potentialisation » de ce que doivent apporter les SSTI à la protection de la santé des travailleurs et à la prévention des risques professionnels.

Les SSTI ne sont pas seuls responsables de cette situation « sous-optimale ». L'éclatement des responsabilités et des acteurs n'a pas favorisé autant que cela aurait été souhaitable une mobilisation plus forte autour de la politique nationale de santé au travail. Par ailleurs, les évolutions du monde du travail en lui-même ne facilitent pas l'exercice de leur mission : l'intensification du travail, l'émergence de nouveaux risques, la structuration des entreprises et du salariat, la multiplication des contrats courts sont autant de contraintes lourdes pour les SSTI. Toutefois, du fait des missions qui leur sont confiées, du rôle central qu'ils jouent au contact des entreprises et des salariés, des moyens dont ils disposent, faisant d'eux la force principale d'intervention en santé au travail, il est anormal que leur contribution moyenne ne soit pas quantitativement et qualitativement plus forte.

S'il devait être conçu aujourd'hui, le système de santé au travail ne serait pas conçu de la même manière car les résultats obtenus (et difficilement mesurables) ne sont pas à la hauteur des enjeux de la santé au travail (prévention, maintien dans l'emploi etc.)

Après un scénario « big bang » mis sur la table par le rapport LECOCQ et les discussions des partenaires sociaux, la mission estime que, quelles que soient les décisions portant sur l'organisation globale du système de santé au travail, des mesures doivent être prises pour que les SSTI ou les professionnels qui y sont actuellement positionnés puissent mieux s'acquitter de leurs missions, et, surtout, pour qu'il ne soit pas laissé « au bon gré des SSTI » le soin de mettre en œuvre des orientations ou des outils qui sont très largement partagés.

Ces propositions peuvent avoir un effet mélioratif sans passer forcément par la remise en cause du système actuel et en particulier de l'autonomie et de l'unicité des SSTI. Mais s'il était décidé de la préserver, il conviendrait d'assortir leur mise en œuvre d'un pilotage et d'un monitoring resserré et d'une période probatoire à l'issue de laquelle des scénarios plus « restructurants », comme celui préconisé par le rapport LECOCQ, seraient mis en œuvre.

### 5.1 Le rapport LECOCQ ainsi que les travaux et concertations qui l'ont suivi ont engendré une forme d'ébullition des acteurs mais aussi un attentisme parfois bloquant

La question de l'évolution du modèle d'organisation et de fonctionnement des SSTI, et, plus largement, de leur rôle vis-à-vis des différents acteurs de la santé au travail et de la prévention des risques professionnels, est reposée à l'occasion de chaque réforme ou loi traitant de la santé au travail. Toutefois, il ressort du bilan de ces réformes, et de témoignages des acteurs y ayant contribué, que si la question du modèle des SSTI y est toujours ouverte dans les travaux préparatoires et les concertations, les mesures décidées *in fine* en préservent largement les grands paramètres. Ainsi, la réforme de 2011, qui a apporté des évolutions sur le fond de l'organisation de la santé au travail et du fonctionnement des SSTI, avait été précédée de discussions entre le Gouvernement et les partenaires sociaux, et entre partenaires sociaux, portant y compris sur des schémas très



réformateurs, qui auraient pu entraîner un changement de la gouvernance et de l'organisation des SSTI. Ces éléments n'ont pas été repris, car non consensuels, dans la réforme *in fine* arbitrée.

Dans un contexte d'inquiétude sur la capacité des SSTI à remplir leurs missions du fait notamment d'une démographie des médecins du travail défavorable, la réforme de 2016-2017 a consisté principalement à leur apporter une « bouffée d'oxygène » en allégeant les obligations réglementaires sur les visites, tout en renforçant les exigences pour la reconnaissance de l'inaptitude en l'indexant notamment sur la réalisation de la fiche d'entreprise et d'une étude de poste. Elle a pu ainsi, paradoxalement, contribuer à préserver le système actuel en « venant au secours » des SSTI les plus en difficulté.

A l'issue de la réforme, les partenaires sociaux du COCT ont cependant émis un certain nombre d'attentes vis-à-vis des SSTI, en lien souvent avec des préoccupations non totalement résolues par la réforme de 2016, comme la prise en charge des salariés les plus fragiles, comme les intérimaires ou ceux enchaînant les contrats courts, plaidant ainsi pour de meilleurs échanges d'informations entre SSTI par la création de nouveaux systèmes d'information voire par une portabilité du DMST. Par ailleurs, les préoccupations autour de la réduction des arrêts de travail de longue durée, du maintien dans l'emploi des travailleurs et du contexte fort de vieillissement de la population active salariée ont fait que l'exigence vis-à-vis des différents acteurs de la santé au travail s'est fortement accrue.

Partant, le gouvernement a souhaité engager une réflexion sur une plus grande efficacité et une plus grande mesure de la performance du système de santé au travail et de ses acteurs, qui s'est traduite par la mission confiée à la députée Charlotte LECOCQ sur les « *voies d'amélioration de notre système de prévention des risques professionnels* » par le Premier ministre en janvier 2018, sur proposition des ministres chargés de la santé et du travail.

### 5.1.1 Le rapport LECOCQ consacre des développements importants aux SSTI

Le rapport souligne la présence importante des SSTI sur le territoire, ce qui fait d'eux l'interlocuteur de proximité de référence des entreprises pour la protection de la santé au travail en France. Le rapport met également l'accent sur l'installation progressive de la pluridisciplinarité en leur sein, contrairement aux services de santé autonomes.

Constatant toutefois, comme un certain nombre d'usagers, que l'organisation actuelle des SSTI s'essouffle en raison de difficultés liées à la pénurie de médecins du travail, à la multiplicité des acteurs, à des politiques d'agrément disparates entre régions, à l'orientation des SSTI centrée sur le suivi individuel des salariés au détriment des actions de prévention, à l'écart entre le montant des cotisations et les prestations rendues et, au final, à l'absence de pilotage national des SSTI, le rapport recommande la mise en place d'une structure nationale de pilotage de la prévention administrée par un conseil d'administration au sein duquel l'État et les partenaires sociaux siègeraient. Cette structure fusionnerait l'agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT), l'INRS et l'OPPBTB.

Pilotées par les DIRECCTE en lien avec les ARS, des structures régionales de prévention seraient également créées qui exerceraient les compétences de la CARSAT en matière de prévention, de l'OPPBTB, de l'ARACT et des SSTI.

Le financement de ce nouveau système serait assuré par le versement par les entreprises d'une cotisation unique dont le recouvrement serait effectué par les URSSAF. Cette cotisation se substituerait à la contribution actuellement versée par les entreprises aux SSTI ainsi qu'à celle versée au titre des AT-MP.

Les propositions du rapport ont suscité des réactions en particulier de la part des organisations patronales. Le MEDEF, la CPME, l'U2P, la FNSEA et l'UNAPL ont ainsi dénoncé « *l'étatisation* » des SSTI au travers des structures régionales envisagées et regretté la disparition de la présidence du CA par un représentant des employeurs. Ils ont également rejeté la mise en place de la cotisation unique recouvrée par les URSSAF. En revanche, la mise en place d'une entité nationale chargée de la prévention des risques professionnels a été bien accueillie.

Partageant les constats de la mission LECOCQ, la CNAM a cependant émis des réserves sur la proposition de fusion des entités actuelles dans une seule structure régionale pour des raisons liées à la lourdeur de la structure, au délai de sa mise en place ainsi qu'à l'intégration dans cette structure du personnel des services de prévention des CARSAT (1 400 ETP).

### 5.1.2 Les discussions engagées au sein du COCT à la suite du rapport LECOCQ n'ont pas encore permis d'aboutir à l'engagement d'une négociation

L'ensemble des réactions enregistrées à la suite de la publication du rapport LECOCQ a conduit le Ministre du travail à solliciter en mars 2019 les partenaires sociaux. La saisine visait à ce que, dans le cadre du groupe permanent d'orientation (GPO) du COCT, ils identifient ensemble les sujets sur lesquels ils pourraient négocier au niveau interprofessionnel et ceux sur lesquels ils pourraient être concertés. Parallèlement, le Gouvernement a chargé MM. Stéphane SEILLER, Christian EXPERT et Hervé LANOUZIÈRE d'une mission d'appui.

Après quatre mois d'échanges dans le cadre du GPO, l'échec des discussions entre les partenaires sociaux a été constaté au cours de la séance du 12 juillet 2019, les organisations syndicales représentatives rejetant « *l'inflexibilité patronale* » sur le financement des SSTI qui, d'après elles, a rendu impossible toute construction d'un texte commun. Préalablement à cette séance, les organisations d'employeurs avaient fait part de leurs positions qui reprenaient leurs arguments contre le rapport LECOCQ s'agissant des SSTI et rappelaient leur attachement au développement de la certification des SSTI par une tierce partie ainsi qu'à leur reprise en main par les partenaires sociaux afin de coordonner réellement leur action et d'assurer des prestations homogènes sur le territoire.

Les organisations syndicales représentatives s'étaient également exprimées en amont de la séance en faveur d'une évaluation et d'une remise à plat des missions des SSTI en visant notamment les pratiques, les moyens humains et financiers engagés ainsi que les capacités d'action des médecins du travail et de l'équipe pluridisciplinaire. Les organisations syndicales réclamaient également d'être associées au pilotage des SSTI.

Le travail du COCT et de son GPRO s'est déroulé à l'été 2019, sans déboucher sur un consensus par rapport aux voies de réforme du rapport LECOCQ ou aux alternatives.

Le groupe d'experts missionné pour expertiser les modalités de mise en œuvre des propositions du rapport LECOCQ ou plus généralement d'amélioration de la politique de santé au travail a achevé son travail à la fin du mois de septembre 2019, sans que le rapport fasse l'objet d'une grande publicité.

En octobre 2019, une mission du Sénat<sup>135</sup> a remis un rapport présentant un diagnostic et des schémas d'évolution qui proposent la mise en place d'une agence nationale de santé au travail chargée d'établir un référentiel de certification des SST. Fusion de l'ANACT, de l'INRS et d'EUROGIP

---

<sup>135</sup> S. Artano, P. Gruny : « Pour un service universel de santé au travail », rapport d'information n°10 (2019-2020) au nom de la commission des affaires sociales du Sénat, 2 octobre 2019

(Groupement d'intérêt public constitué par la CNAM et l'INRS), cette agence s'appuierait sur des antennes régionales réunissant les CARSAT et les ARACT. Cette mission propose de consacrer l'existence d'un service universel de la santé au travail et d'inclure dans son champ les travailleurs indépendants et les chefs d'entreprise en plus des salariés. Une mutualisation de la ressource médicale entre SSTI et SSTA serait organisée pour garantir également la prise en charge des intérimaires et des sous-traitants. La cotisation devrait s'inscrire quant à elle dans une fourchette définie par le CPOM. Les crédits du fonds national de prévention des accidents du travail (FNPAT) et du programme 111 de la mission Travail et emploi de l'Etat pourraient être mobilisés comme sources de financements complémentaires d'investissements en faveur de la santé et de la sécurité des salariés. Le rapport préconise enfin d'autoriser, dans les zones manquant de médecins du travail, un suivi médical de travailleurs par des médecins non spécialisés en médecine du travail, au travers de protocoles de collaboration entre le SST et ces médecins. L'ensemble de ces contributions et la prise de conscience d'une nécessité d'agir ont conduit le président du MEDEF à adresser en fin d'année 2019 une lettre aux organisations patronales et aux syndicats de salariés pour leur proposer d'ouvrir une négociation interprofessionnelle sur les conditions de travail et la santé au travail, qui se tiendrait au premier semestre 2020. Pour accompagner cette négociation, un document d'orientation est attendu au sujet duquel la mission a été consultée par la DGT. Avant la fin de ses travaux, la mission a pu recommander l'introduction de certains items correspondant aux points qui lui semblaient les plus établis à l'issue de ses investigations.

## 5.2 L'amélioration de l'organisation et du fonctionnement des SSTI, si elle apparaît nécessaire, doit s'appuyer sur un socle de principes largement partagés

Les constats de la mission sur l'organisation et le fonctionnement des SSTI pointent un certain nombre de faiblesses, de lacunes et une très forte disparité dans l'activité, mais mettent également en valeur un certain nombre d'atouts, en particulier la qualité et le professionnalisme dans l'organisation, le fonctionnement, les collaborateurs et les outils de nombre de SSTI.

Par ailleurs, à l'heure où d'autres secteurs de la santé, de la sécurité sociale ou de l'action sociale tentent de mieux connecter les volets « prestations / actions curatives » d'un côté, et les « actions de prévention individuelle et collective » de l'autre, les SSTI sont des services qui intègrent ces deux composantes. Dans ceux qui fonctionnent le mieux, il existe une vraie synergie entre ces deux composantes.

Se priver ou très fortement perturber ces forces et ressources serait dommageable aux entreprises et aux salariés, sauf à en escompter des gains futurs très importants dans un système différent. Partant, il apparaît à la mission que les travaux et concertations à venir sur l'organisation et le fonctionnement de la santé au travail devraient intégrer une réflexion, d'une part, sur ce que l'on peut exiger et qui doit donc changer pour en assurer une effectivité, et d'autre part, sur ce qu'il est important de préserver à partir du système actuel.

La mission identifie plusieurs points dont elle considère légitime d'exiger qu'ils changent :

- Une plus grande mesure de l'activité et des résultats de l'action des SSTI, qui pourrait commencer par un suivi de la conformité et par un suivi du volet « maintien dans l'emploi » de leur activité. Cela suppose de pouvoir mesurer les résultats au travers d'indicateurs homogènes alimentés par un système d'information harmonisé ;
- Une meilleure prise en compte de la mobilité et de la précarité des salariés, au travers de la coordination interservices, multi-employeurs, avec une portabilité du DMST ;

- Une plus grande implication dans la PDP ;
- Une plus grande homogénéité des pratiques médicotechniques inter et intra SSTI ;
- Une plus grande transparence sur les déterminants des produits et charges des SSTI, pour s'assurer de leur efficacité.

Par ailleurs, la mission estime important de préserver les atouts des SSTI, à savoir :

- La proximité géographique : numériquement et par certains aspects qualitativement, les SSTI sont la première force de contact et d'appui aux entreprises et à leurs salariés en matière de protection de la santé au travail ;
- Le degré de pluridisciplinarité atteint dans de nombreux SSTI, qui peut encore être optimisé par ailleurs, est un atout essentiel, et il n'est pas certain qu'il puisse être conservé ou remis en place si facilement en cas de rapprochement et de fusion des SSTI avec d'autres structures ;
- Une gestion souple de la problématique de la démographie médicale, avec un système de rémunération des médecins du travail permettant de contrer le manque d'attractivité de certains territoires, et qui est plus performant que celui des employeurs publics de médecins de prévention.

Par rapport aux propositions et scénarios évoqués dans les rapports et concertations récentes, et à ses propres réflexions, la mission identifie également un socle de principes largement partagés par une majorité d'interlocuteurs pour l'amélioration de l'organisation et du fonctionnement de la santé au travail :

- La réaffirmation de la santé au travail comme composante des politiques du travail et de santé publique avec une implication plus forte des deux ministères concernés ;
- L'utilité d'un « pilotage ou d'une animation » nationale et régionale plus structurés, en lien avec les attentes des pouvoirs publics, du COCT et des entreprises, dont l'animation régionale s'appuierait sur des outils de diagnostic territorial et des remontées et analyses des données d'activité ;
- Une approche territoriale sur une échelle plus vaste que le champ actuel de certains SSTI, pour dépasser parfois les agréments infra départementaux ou départementaux actuels, sans nécessairement être calquée sur les grandes régions administratives. Il s'agit de trouver un bon point d'équilibre entre une aire d'intervention suffisamment large sur un ou plusieurs bassins d'emploi pour prendre en compte l'interdépendance des entreprises (sous-traitance, intérim) et la mobilité des salariés, et la préservation d'une vision de proximité et d'une connaissance locale des entreprises et du salariat ;
- Le maintien d'un regard administratif sur l'ouverture, la poursuite d'activité ou la fusion des SSTI, qui peut rester sous la forme d'un agrément octroyé dans le cadre d'une politique régionale transparente et concertée. En complément, un dispositif de certification externe des SSTI a de la pertinence si des garanties sont apportées à la fois sur l'élaboration de la norme et sur son contrôle ;
- La réaffirmation du caractère universel de l'intervention des SSTI, tout en préservant, lorsque c'est démontré, les spécificités du secteur du BTP voire de certaines branches professionnelles, et celles des intérimaires, et en améliorant la coordination du suivi des intérimaires entre SSTI

(via des SSTI dédiés ou une organisation spécifique au sein des SSTI interprofessionnels), avec un accent mis sur :

- Une intervention renforcée auprès des TPE,
- Une meilleure prise en charge de populations spécifiques : intérimaires, sous-traitants, travailleurs éloignés, salariés des particuliers employeurs,
- Une articulation renforcée avec les acteurs sanitaires dans le cadre des politiques de santé publique, tant en ce qui concerne le suivi individuel que les actions en milieu de travail.

### 5.3 Les recommandations de la mission s'organisent autour de cinq blocs principaux

Les mesures proposées ci-dessous sont soit applicables dans un scénario d'amélioration du système actuel, en fonction de l'organisation et du fonctionnement global des SSTI si on les conservait largement inchangés, soit insérables dans le cahier des charges d'une future organisation, quelle qu'elle soit, qui devrait *a minima* les atteindre dès sa constitution. Dans la perspective de débats qui se réengageraient entre partenaires sociaux sur les SSTI, il est important qu'ils se livrent à un exercice de bilan et prennent position sur ces propositions qui s'inscrivent dans le calendrier des PST 3 et 4.

#### 5.3.1 Accroître la qualité globale et individuelle du service rendu

**Recommandation n°1** Redéfinir un socle de prestations de base en contrepartie de la cotisation, et permettre aux SSTI d'accomplir des prestations complémentaires sur demande des entreprises, sur la base d'une facturation complémentaire forfaitaire.

**Responsable :** DGT en s'appuyant sur les travaux en cours, en lien avec le COCT

Si la loi précise les missions des SSTI<sup>136</sup> et prévoit qu'au moment de leur adhésion, les entreprises adhérentes reçoivent un document listant les contreparties individualisées de leur cotisation, l'hétérogénéité observée dans la mise en œuvre des prestations, aussi bien quantitativement que qualitativement, amène à s'interroger sur les prestations de base qui devraient être assurées par les SSTI en vue de mieux répondre aux attentes de l'ensemble des employeurs et des salariés. L'équité de traitement entre les entreprises de taille différente constitue un enjeu essentiel dont les SSTI ont pleinement conscience, sans toutefois avoir trouvé les moyens d'y répondre de manière satisfaisante (pour ce qui concerne les TPE notamment). La redéfinition d'un socle de prestations vise donc à rendre opposables celles que tout SSTI doit délivrer à toute entreprise adhérente dans le cadre d'une cotisation définie.

A la suite du rapport LECOQ, PRÉSANSE a engagé des travaux afin de préciser l'offre de services des SSTI qui a abouti à la validation d'une proposition de cahier des charges en janvier 2020. Cette réflexion a en outre l'objectif de définir des indicateurs de suivi communs.

Sans préjuger des discussions et réflexions en cours, la mission considère que ces travaux constituent une base intéressante pour la redéfinition des prestations minimales obligatoires pour l'ensemble des entreprises :

- Le positionnement original des SSTI, combinant les missions de suivi individuel des salariés, d'actions en milieu de travail et de maintien dans l'emploi, doit être préservé dans la définition

<sup>136</sup> Article L.4622-2 du code du travail

des prestations socles, tout en poursuivant les efforts d'optimisation de la ressource médicale et de pluridisciplinarité (cf. recommandations n° 5 et 6).

- Parmi les actions en milieu de travail d'ores et déjà précisées dans la réglementation<sup>137</sup>, celles devant être incluses dans le socle de base pourraient comprendre les actions suivantes :
  - La réalisation et l'actualisation au moins tous les 5 ans de la fiche d'entreprise (déjà prévue par la réglementation<sup>138</sup>), selon des modèles communs à l'ensemble des SSTI (et adaptés selon l'activité de l'entreprise) et permettant une traduction immédiate en DUERP :
    - La réalisation et la mise à jour des fiches d'entreprise sont l'occasion d'une visite des lieux de travail de l'analyse des risques professionnels, et de l'étude des techniques de production qui font d'ores et déjà partie des missions légales des SSTI ;
    - La fiche d'entreprise (qui pourrait être reprise dans le volet « Identification des risques » du DUERP) devrait être conçue de manière à ce que les entreprises n'aient plus qu'à coter les risques pour établir leur DUERP et le plan d'action. Par ailleurs, le développement d'interfaces avec les entreprises adhérentes constitue une piste intéressante pour tendre vers la couverture de 100 % des entreprises ;
  - La réalisation de mesures métrologiques ou de prélèvements ;
  - Les études de poste en vue de l'amélioration des conditions de travail, et de leur adaptation dans certaines situations ou du maintien dans l'emploi ;
  - La participation à la surveillance des salariés, dans le cadre de la veille et de la sécurité sanitaires concernant les entreprises adhérentes.
- Le maintien dans l'emploi : cette mission confiée explicitement confiée aux SSTI depuis la réforme de 2011 doit faire l'objet d'une attention particulière (cf. recommandation n°2) compte tenu du positionnement des services qui, comme le rappelait le rapport de l'IGAS sur la PDP, « sont les seuls services présents sur l'ensemble du territoire, accessibles à tous les salariés et en capacité de jouer [un] rôle de médiation en entreprise », condition nécessaire pour le retour au travail après une longue absence.
- La participation aux enquêtes épidémiologiques.

La participation aux réunions du CSE devrait également faire partie des prestations incluses dans le socle de base pour les entreprises concernées. Néanmoins, dans la mesure où cela concerne principalement les entreprises de plus de 50 salariés, il serait logique que cette prestation fasse l'objet d'une facturation forfaitaire *ad hoc* pour les entreprises concernées.

Par ailleurs, la mission considère que d'autres prestations, prévues par la loi, pourraient être proposées par les SSTI en complément de ce socle de base, en faisant éventuellement l'objet d'une facturation complémentaire forfaitaire aux entreprises qui en font la demande. En effet, les besoins d'accompagnement en santé et sécurité au travail diffèrent selon les entreprises. La définition de la frontière avec les prestations incluses dans la cotisation peut apparaître complexe. Il pourrait être envisagé que, dès lors que le SSTI sort de son rôle de conseil et qu'il rentre dans l'aide à la mise en œuvre de mesures de prévention ou d'un plan d'actions, ou qu'il doit concevoir une action très

---

<sup>137</sup> Article R.4624-1 du code du travail

<sup>138</sup> Article D.4624-37 du code du travail

spécifique pour une entreprise ayant une demande très particulière, cette intervention soit facturée en sus.

Il conviendra néanmoins de fixer un garde-fou très exigeant pour éviter que, par des subventions croisées, tout ou partie de cette intervention soit assuré par des ressources issues des cotisations de l'ensemble des entreprises, à la fois pour des raisons d'équité entre les entreprises, et pour éviter des distorsions de concurrence par rapport aux sociétés de conseil. Il conviendrait alors d'exiger *a minima* la mise en place d'une comptabilité analytique permettant des refacturations au coût réel si des collaborateurs ou moyens du SSTI devaient être mobilisés, la création d'une filiale distincte pour ces activités représentant néanmoins une garantie supérieure de transparence.

Parmi les actions en milieu de travail définies par la réglementation, la mission considère que les actions suivantes pourraient faire l'objet d'une facturation forfaitaire globale pour les entreprises en faisant la demande :

- L'animation de campagnes d'information et de sensibilisation aux questions de santé publique en rapport avec l'activité professionnelle et les spécificités de l'activité de l'entreprise ;
- La formation aux risques spécifiques ;
- La délivrance de conseils en matière de secours et de services d'urgence ;
- L'élaboration des actions de formation à la sécurité prévues à l'article L. 4141-2 et à celle des secouristes.

**Recommandation n°2** En sus des mesures proposées dans le cadre du rapport IGAS de 2017 sur la prévention de la désinsertion professionnelle des salariés malades ou handicapés, imposer à tous les SSTI de mettre en place une cellule de prévention de la désinsertion professionnelle et de maintien en emploi, éventuellement en la mutualisant.

**Responsables** : DGT, DIRECCTE dans le cadre de l'agrément et réseau AT-MP dans le cadre des CPOM

Différents rapports - parmi lesquels le rapport IGAS précité sur la PDP et la note de restitution sur la réforme de la santé au travail de la mission de C. Expert, H. Lanouzière et S. Sellier - ont formulé des recommandations concernant la prévention de la désinsertion professionnelle qui demeurent d'actualité.

#### **Principales recommandation du rapport IGAS sur la prévention de la désinsertion professionnelle concernant les SST**

Le rapport IGAS sur la prévention de la désinsertion professionnelle des salariés malades ou handicapés, établi en 2017 par Pierre Aballea, Marie-Ange du Mesnil du Buisson et Anne Burstin, préconise de renforcer l'investissement des services de santé au travail et de mieux coordonner les acteurs en donnant priorité au renforcement de l'investissement des services de santé au travail.

Au-delà des recommandations concernant le pilotage des SST, le rapport formulait un certain nombre de recommandations qui leurs sont propres :

- A l'occasion de la visite d'information et de prévention, diffuser à chaque salarié une information claire sur les missions du service de santé au travail et sur le cadre déontologique de son intervention ;
- Mettre en place un flux d'information de la CNAM vers le SST compétent, à partir d'un mois d'arrêt de travail d'un salarié et, le cas échéant, à partir du constat d'arrêts répétitifs ;
- Permettre aux services de santé au travail de proposer aux salariés un examen médical en cours d'arrêt de travail en vue d'anticiper les conditions de la reprise ;

- Changer l'appellation des visites de pré-reprise pour en faciliter un usage plus souple et lever les inquiétudes de certains salariés ;
- Soutenir, par le biais des agréments ou des contrats d'objectifs, le développement dans les services de santé au travail d'équipes pluridisciplinaires de prévention de la désinsertion professionnelle et les échanges de pratique entre elles ;
- Maintenir l'accompagnement par le service de santé au travail pendant l'arrêt de travail et, en cas d'inaptitude, ouvrir la possibilité de le solliciter, en accord avec le demandeur d'emploi, durant les six mois suivant l'inscription à Pôle emploi ;
- Dans le cadre de la négociation des CPOM, proposer aux SST disposant d'une équipe de maintien en emploi pluridisciplinaire de conduire avec l'appui de la CNAM une expérimentation sur l'organisation de l'accompagnement pour le maintien en emploi et son évaluation.

Source : *Rapport IGAS sur la prévention de la désinsertion professionnelle des salariés malades ou handicapés, établi par Pierre Aballea, Marie-Ange du Mesnil du Buisson et Anne Burstin, 2017*

Afin que la mission de maintien en emploi des SSTI soit remplie de manière effective et de limiter l'hétérogénéité des prestations délivrées aux salariés et aux entreprises, il conviendrait d'imposer à l'ensemble des services la mise en place d'une cellule de prévention de la désinsertion professionnelle et de maintien en emploi, soit en interne si le SSTI atteint une taille critique permettant de le faire, soit par mutualisation ou convention avec d'autres partenaires. Cette cellule devrait ainsi comporter des compétences d'IPRP (ergonomie, de psychologue du travail, etc.), de conseil en reclassement interne ou externe ainsi que l'intervention d'assistants en service social.

La mise en place de telles cellules pourrait être accompagnée dans le cadre de la conclusion des CPOM, et, dans un délai de 3 ans, prise en compte dans l'agrément.

**Recommandation n°3** Développer un référentiel de certification des SSTI leur permettant de s'inscrire dans une logique d'amélioration continue et vérifiable des pratiques en particulier médicotextiques, articulée avec la procédure d'agrément

**Responsables** : HAS ou COFRAC

Le rapport IGAS précité sur l'attractivité et la formation des professions de santé au travail recommandait « *de professionnaliser la procédure d'agrément en rendant obligatoire, sur le modèle des établissements de santé, la certification des SSTI sous l'égide de la HAS, pour évaluer leurs capacités à répondre aux objectifs de prévention.* »

À cet égard, il convient de signaler les travaux conduits par PRÉSANSE, qui a lancé en 2004 sous l'égide de l'ex-CISME et en partenariat avec AFAQ AFNOR Certification, le label national "AMEXIST". Ce label constitue une démarche d'évaluation volontaire des SSTI basée sur une grille d'évaluation de l'organisation d'un SSTI (cf. partie 4). Cette démarche mériterait d'être approfondie dans un cadre apportant des garanties d'indépendance par rapport à la profession et en faisant le lien avec les bonnes pratiques en santé au travail de sorte qu'elle ne se résume pas simplement à une normalisation des procédures et soit davantage axée sur le métier. Aussi, cette mission pourrait être confiée, par la loi, à la HAS afin de développer ce référentiel de certification selon sa méthodologie habituelle associant à la fois un groupe d'experts (faisant l'objet d'analyse des liens d'intérêt) mais aussi après des échanges dans le cadre d'une concertation avec les parties prenantes, pouvant inclure notamment les membres du GPRO du COCT, PRÉSANSE, etc. La prise en compte des actions en milieu de travail faisant intervenir des préventeurs devra faire l'objet d'un point d'attention dans ces travaux.



À défaut de pouvoir confier cette nouvelle mission à la HAS, une solution alternative pourrait consister à solliciter le COFRAC, ce qui nécessiterait néanmoins de lui confier cette mission en sus de sa mission générale d'accréditation. L'attention devra être portée sur la prise en compte des bonnes pratiques médicotéchniques pour éviter que la norme se focalise uniquement sur le respect de procédures ; en ce sens, ces travaux devraient prendre en compte les recommandations de bonne pratique élaborées par la HAS.

Si la responsabilité d'élaborer le référentiel de certification était confiée à la HAS, cela ne préjugerait pas de son rôle dans la certification des SSTI, qui pourrait être confiée à des certificateurs réunissant les conditions d'indépendance nécessaires, et accrédités par le COFRAC.

**Recommandation n°4** Mettre en place des indicateurs de satisfaction des entreprises adhérentes permettant de mesurer la perception de la qualité du service rendu à la fois du point de vue des employeurs, des salariés et des représentants du personnel

**Responsables** : HAS ou Alliance pour la santé au travail (cf. recommandation n°10)

La mesure de la satisfaction des usagers se développe fortement tant dans la sphère de la sécurité sociale, où elle est imposée par les conventions d'objectifs et de gestion, que dans celle de l'action de l'Etat et des collectivités locales, avec notamment l'objectif de recueillir l'avis des patients accueillis dans les établissements de santé ou encore des personnes accompagnées par les dispositifs médico-sociaux. Or, hormis des enquêtes *ad hoc* et les démarches volontaires mise en place par certains SSTI, elle est encore peu répandue s'agissant de la santé au travail.

La mission recommande donc de généraliser les enquêtes de satisfaction auprès des adhérents et des salariés des SSTI. Administrées par chaque SSTI, ces enquêtes annuelles pourraient être cadrées par une grille de questions et d'indicateurs élaborée par la HAS selon la méthodologie décrite supra. Une alternative pourrait consister à confier ces travaux à « l'Alliance en santé au travail » décrite à la recommandation n°10. Les résultats en seraient rendus publics par chaque SSTI pour ce qui les concerne, et leur consolidation diffusée au niveau national.

### 5.3.2 Optimiser les ressources et le fonctionnement des SSTI pour les appuyer dans l'atteinte de leurs objectifs

**Recommandation n°5** Remédier à la problématique de la démographie médicale en mettant en œuvre les recommandations issues du rapport IGAS-IGAENR de 2017 sur l'attractivité et la formation des professions de santé,

**Responsables** : cf. rapport IGAS

Compte tenu de la difficulté des SSTI à remplir leurs missions et de la mobilisation parfois peu efficiente et souvent hétérogène de ressources et compétences pourtant importantes, il convient de mobiliser plusieurs leviers pour optimiser le travail effectué par les professionnels en ce qui concerne le suivi individuel des salariés et ainsi dégager du temps et des compétences pour les actions en milieu de travail. Ces mesures se veulent dans la continuité de l'esprit des réformes de 2011 sur l'apport de la pluridisciplinarité, et de 2016 sur les marges de manœuvre réglementaires permettant de prioriser la prévention.

Tout d'abord, devant les difficultés démographiques, la mission considère que l'ensemble cohérent des mesures formulées dans le rapport conjoint IGAS-IGAENR précité<sup>139</sup> sur « Attractivité et formation des professions de santé au travail » demeure d'actualité, la plupart de ces propositions n'ayant pas été mises en œuvre à ce jour malgré l'actualité persistante des problématiques auxquelles elles entendent répondre. On peut notamment citer la réduction de la durée de formation des collaborateurs médecins de 4 à 3 ans voire l'exercice de la fonction de médecin du travail la 4<sup>ème</sup> année de collaboration, et l'utilisation de l'agrément comme levier pour homogénéiser la répartition des médecins du travail au sein de chaque territoire, via la fixation de seuils minimum de médecins du travail définissant les services prioritaires et la possibilité de mettre à contribution les services autonomes.

**Recommandation n°6** Promouvoir la télémédecine en précisant sa doctrine d'utilisation en santé au travail.

**Responsables :** HAS

La télémédecine pourrait permettre aux SSTI de suivre les salariés des territoires sous-dotés, afin de pallier la difficulté d'attractivité médicale, et doit dans ce sens être encouragée. Les outils existants (télécabines et outils de préconsultation connectés) permettent d'assurer un suivi aux salariés des territoires vastes et très démunis en médecins du travail, et probablement d'améliorer la qualité des dossiers médicaux et d'optimiser le temps des médecins et infirmiers. En revanche, leur efficacité doit être relativisée au regard de leur coût et de la nécessité de présence d'un professionnel formé en permanence. De plus, la qualité du suivi ne doit pas pâtir de l'utilisation de la télémédecine pour optimiser les ressources. En particulier, selon la HAS<sup>140</sup>, la téléconsultation n'est dans le cadre général pas adaptée aux situations exigeant un examen physique direct. Il semble alors que les visites à la demande, de reprise et de pré-reprise ne soient pas propices à ce mode de consultation.

La pratique de la télémédecine en santé au travail doit enfin se faire avec prudence au vu de la particulière sensibilité des données et de la nécessité d'une relation de confiance des professionnels avec les salariés. La HAS souligne dans sa fiche mémo la nécessité d'un environnement adapté ; la pratique de la télémédecine dans des lieux inadaptés ou sur les lieux de travail risquerait de compromettre la confidentialité des visites vis-à-vis des employeurs et la liberté de parole des salariés. De plus, une prestation d'infirmier au travail clé en main sous la supervision d'un médecin prestataire, comme une société le propose, évincerait les services de santé au travail et mettrait à mal l'indépendance médicale nécessaire au suivi des salariés. Enfin, la possibilité pour les entreprises d'acquérir une télécabine pour leur usage propre dans le cadre d'un programme de prévention, proposant ainsi à leurs salariés des téléconsultations sur leur lieu de travail, semble mal s'articuler avec les parcours de soins de droit commun et pose des questions éthiques sur la confidentialité de ces consultations et sur les pressions que pourraient subir les salariés pour s'investir dans ces programmes de prévention dans le but d'améliorer leurs performances.

<sup>139</sup> Rapport « Attractivité et formation des professions de santé au travail », Xavier Chastel, Hamid Siahmed et Patrice Blémont, IGAS-IGAENR, 2017.

<sup>140</sup> « Qualité et sécurité des actes de téléconsultation et de télé-expertise », fiche mémo, HAS, avril 2018

Il paraît alors indispensable que l'exercice de la téléconsultation en santé au travail fasse l'objet d'un travail de cadrage sous l'égide de la HAS.

**Recommandation n°7** Amplifier la mise en œuvre de la pluridisciplinarité en élargissant le périmètre d'intervention des IDEST, en assouplissant certaines exigences réglementaires et en assurant la diffusion de bonnes pratiques.

**Responsables :** DGT, DGOS, HAS

Le périmètre de délégation des IDEST pourrait encore être élargi au vu de leurs compétences et de la qualité de coopération qu'il est possible d'atteindre, ce qui serait bénéfique pour l'accomplissement des missions du service sans pour autant dégrader le service rendu aux salariés. Les protocoles de délégation de tâches entre médecins et infirmiers pourraient être étendus à certaines visites (certaines des visites d'embauche de salariés en SIR et en SIA, des visites de pré-reprise, les visites de reprise après un congé maternité, etc...), définies par un groupe de travail sous l'égide de la DGT, en prévoyant notamment les modalités de réorientation.

Pour renforcer les compétences et la légitimité de ces professionnels, un socle de formation et de compétences minimal commun aux IDEST et en capacité de formation suffisante pourrait faire l'objet d'une réflexion ad hoc, comme le soulignait le rapport IGAS-IGAENR de 2017 déjà cité. Dans ce cadre, l'ouverture de la formation d'infirmier en pratiques avancées aux IDEST en santé au travail constitue une des pistes qui pourraient être étudiées par la DGT et la DGOS, en lien avec les représentants des IDEST et des médecins du travail. Néanmoins, cette piste doit prendre en compte la difficulté potentielle de créer un deuxième niveau de professionnalisation dans des équipes au fonctionnement déjà complexe, dans la mesure où les capacités de formation ne semblent actuellement pas suffisantes pour l'ensemble des IDEST.

Devant l'hétérogénéité des pratiques de délégation de tâches, la validation de protocoles de coopération en santé au travail au niveau national pourrait être mise en œuvre par la HAS<sup>141</sup>, sans pour autant suspendre en parallèle de ce travail, les ajustements de l'ensemble des protocoles déjà existants.

Certaines exigences réglementaires injustifiées faisant peser des contraintes inutiles sur les SSTI devraient être assouplies, comme l'obligation d'avis d'aptitude en cas d'habilitation électrique H0B0. A l'inverse, les chauffeurs de poids lourds et autres professions à risque routier (VRP) devraient être classés en SIR.

**Recommandation n°8** Dans le cadre d'une concertation *ad hoc*, clarifier les conditions d'exercice médical en santé au travail, en cohérence avec les orientations des projets de service des SSTI.

**Responsables :** DGT, DGS en lien avec le CNOM

Compte tenu de la diversité des pratiques médicales, notamment en ce qui concerne la délégation de tâches, il apparaît important de clarifier les conditions d'exercice des médecins du travail, dans le respect de l'indépendance de l'avis médical. Cette notion pourrait être en effet clarifiée dans le code du travail.

---

<sup>141</sup> Dans le champ sanitaire, les protocoles de coopération entre professionnels de santé sont soumis à une procédure de validation par la HAS puis d'autorisation par l'ARS, définie par l'article 51 de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires,

En outre, dans le cadre de la formation continue, les médecins du travail devraient se voir proposer des formations au management pour assurer leur mission d'animation et de coordination ; ceci pourrait faire l'objet d'un point d'attention dans le cadre de la certification.

La fonction de médecin coordinateur, non définie dans les textes, pourrait être introduite dans le code du travail, et serait dédiée à l'harmonisation des pratiques médicotéchniques et à l'animation des médecins du travail.

Par ailleurs, le rôle du directeur pourrait être renforcé, le cas échéant dans le code du travail, au regard des pouvoirs qu'il tient uniquement par délégation du président, et ce, afin d'accroître sa légitimité dans la mise en œuvre effective du projet de service<sup>142</sup> élaboré par la CMT. En accompagnement, les textes pourraient prévoir que les directeurs disposent de connaissances en matière de santé en travail.

### 5.3.3 Améliorer la transparence de la gestion des SSTI

**Recommandation n°9** Assurer un meilleur taux de couverture des SSTI, en matière de contrôle, en mobilisant davantage les compétences des différents acteurs

**Responsables** : IGAS, juridictions financières.

Aucun corps d'inspection de premier niveau n'étant investi d'une mission de contrôle régulier, sur sondage ou soupçon, le contrôle externe des SSTI est faible. Cela est d'autant plus problématique que les cordes de rappel internes aux SSTI ou les démarches volontaires de certification sont peu probantes.

Ainsi, il conviendrait d'assurer un meilleur taux de couverture des SSTI, en matière de contrôle, en mobilisant davantage les compétences des différents acteurs. Pour ce qui concerne l'IGAS, cela pourrait se traduire par une inscription à son programme de travail, de contrôles de SSTI.

**Recommandation n°10** Encadrer davantage la fixation et l'évolution des cotisations, par un tunnel ou un autre dispositif, après avoir procédé sur un panel de SSTI à une enquête sur les déterminants des coûts et des niveaux de cotisation

**Responsables** : DGT, DARES, PRÉSANSE

Au regard des premières analyses que la mission a pu conduire dans le cadre de son évaluation, une enquête plus approfondie des coûts et des niveaux de cotisation d'un panel plus large de SSTI (de 40 à 60 par exemple) permettrait, dans un premier temps, de mieux en connaître leurs déterminants, à la fois en niveau et en évolution. Cette enquête, si elle s'avère robuste, pourrait alors être reconduite régulièrement sous la forme d'une étude nationale de coûts. Elle serait pilotée par la DGT et la DARES, qui pourraient solliciter PRÉSANSE, qui dispose déjà d'une expérience et de l'environnement technique permettant de faire remonter des données de gestion des SSTI. Sa maîtrise d'œuvre pourrait être confiée à un prestataire, dont le coût pourrait être partagé par l'Etat et les SSTI. Ses résultats seraient présentés annuellement aux membres du COCT.

Dans un deuxième temps, un ajustement des modalités de fixation des cotisations devrait être entrepris. Dans un système idéal, les cotisations seraient déterminées par un calcul objectif de la charge de travail, des facteurs majorant ou minorant les coûts et des moyens à engager, assortis de mesures nouvelles ou d'économies pour les ajuster (modèle MSA). Les cotisations seraient centralisées par un organisme national, les reversant aux organismes locaux sur ces critères objectifs.

---

<sup>142</sup> Cf. Article L.4622-16 du code du travail

Dans le cadre actuel de la gouvernance des SSTI, il est néanmoins difficile de mettre en œuvre ce modèle.

Une mesure de court – moyen terme serait de se servir des éléments d'études de coûts pour fixer un corridor réduisant la dispersion du montant des cotisations, sur lequel les SSTI devraient converger par exemple sur la durée d'un agrément ou d'un CPOM, ce qui aurait l'avantage de l'assortir d'objectifs d'activité et de résultats.

Parallèlement, un indice synthétique d'augmentation des facteurs de coût des SSTI pourrait être déterminé annuellement, et servir de repère, voire de norme dans une évolution plus contraignante, pour l'augmentation annuelle du niveau des cotisations.

#### 5.3.4 Renforcer le pilotage des SSTI et la coopération avec les autres acteurs intervenant dans le champ de la prévention

Trois enjeux de pilotage ont été identifiés par la mission, rejoignant les analyses des rapports l'ayant précédée et les préoccupations exprimées par une large majorité des acteurs :

- Un enjeu de pilotage global des interventions de l'ensemble des institutions nationales et locales compétentes. Il doit être de nature à s'assurer que les objectifs nationaux et régionaux fixés dans les textes et les plans national et régionaux de santé au travail soient appropriés et portés par tous, et mis en œuvre de façon coordonnée et partenariale tant au niveau national que local ;
- Un enjeu de pilotage global des SSTI en tant qu'acteurs majeurs de la santé au travail et de la prévention des risques. L'autonomie de chaque SSTI et les limites actuelles au rôle et à l'action de PRÉSANSSE font que les attentes exprimées par les autres acteurs du système de santé au travail sont de disposer d'un interlocuteur engageant l'ensemble des SSTI à la fois pour la définition des orientations les concernant et, plus encore, une mise en œuvre homogène de ces orientations ;
- Un enjeu de pilotage, au sens du suivi de l'activité et de la gestion des SSTI pris collectivement et individuellement. Il viserait à s'assurer que chaque SSTI remplit ses missions dans des conditions de conformité, de qualité et d'efficacité satisfaisantes, avec un suivi et des corrections d'une périodicité plus rapprochée que la durée de l'agrément.

La réponse à ces enjeux peut appeler des évolutions de différentes natures, en fonction du degré d'ambition ou de réforme. Les propositions du rapport Lecocq, qui recommandaient de mettre en place des agences par le regroupement des structures nationales et régionales compétentes étaient très restructurantes, donnant des garanties fortes d'un pilotage effectivement renforcé. Touchant à la fois aux champs respectifs de la santé au travail et des risques professionnels, aux compétences et à l'autonomie actuelle des acteurs principaux, elle n'a pas été acceptée par la majorité des acteurs.

**Recommandation n°11** Créer un cadre de partenariat régulier et formalisé entre l'Etat, la CNAM, l'INRS, l'OPPBT, l'ANACT et une représentation des SSTI permettant la coordination et le suivi des actions mettant en œuvre les objectifs de la politique nationale de santé au travail et, via un Groupe permanent de suivi, de donner plus de cohérence et de transparence à l'intervention des SSTI.

**Responsables** : Alliance pour la santé au travail (DGT, DGS, CNAM, INRS, OPPBT, ANACT, représentation des SSTI)

Quelles que soient les orientations cibles qui pourraient être discutées ou adoptées, à l'issue des concertations et travaux en cours, la mission estime que des dispositions permettant de progresser vers un meilleur pilotage pourraient être adoptées à court-moyen terme, en s'appuyant sur le fait que le PNST et les orientations des différentes conventions nationales (notamment la convention d'objectifs et de gestion (COG) AT-MP) constituent un cadre de référence largement partagé. Elles consisteraient à améliorer la coordination pour la mise en œuvre des orientations nationales et à assurer leur suivi.

Pour ce faire, un cadre de discussion et de coopération régulier et formalisé entre l'État, la CNAM, l'INRS, l'OPPBTP et l'ANACT serait créé en associant une représentation des SSTI, sous la forme d'une « Alliance pour la santé au travail », sur le modèle d'Aviesan (Alliance nationale pour les sciences de la vie et de la santé).

#### **Présentation d'Aviesan**

L'Alliance nationale pour les sciences de la vie et de la santé (Aviesan) rassemble les grands acteurs français de la recherche en matière de sciences de la vie et de la santé, (INSERM, CNRS, Inra, Inria, Institut de recherche pour le développement, Conférence des présidents d'universités, Conférence des DG de CHRU, Institut Pasteur), les universités et les Centres hospitalo-universitaires. Aviesan a pour objectif d'accroître les performances de la recherche française, en favorisant sa cohérence, sa créativité et son excellence. Aviesan permet un cadre d'échange et de définition d'orientations et de priorités stratégiques, associé à une coordination scientifique des grandes thématiques de recherche, transversales à tous les organismes, et à une coordination opérationnelle de projets, de ressources et des moyens. L'originalité d'Aviesan est de ne pas constituer un organisme ou une structure juridique indépendante de ses membres (ce n'est ni un GIE, ni un GIP, ni une association). C'est une convention, signée le 8 avril 2009, qui la met en place, les décisions étant prises à l'unanimité. Aviesan fonctionne au travers d'un conseil, d'un bureau exécutif et de neuf instituts thématiques multi-organismes réunissant les expertises et contribuant à la stratégie nationale de recherche sur ces neuf champs.

Source : Aviesan

Cette Alliance, dont la présidence serait assurée par l'un des membres, élu, présenterait ses travaux annuellement au COCT, et s'appuierait sur les moyens de ses membres (étant entendu qu'une expertise en contrôle de gestion et en systèmes d'information serait nécessaire). Elle aurait pour missions :

- D'élaborer un « cadre national d'intervention et de coopération » des différents acteurs la composant, qui serait soumis à et validé par le COCT. Ce cadre permettrait d'offrir aux entreprises une lisibilité sur les prestations des différents opérateurs et sur leur articulation. En particulier, pour les SSTI, il serait nécessaire de définir les principes et le contenu d'un cadre harmonisé de leur intervention (socle de prestations, outils partagés) ;
- D'établir le bilan des actions des différents organismes :
  - Pour la CNAM, l'INRS, l'OPPBTP et l'ANACT, la présentation des objectifs et des résultats annuels s'inscrirait dans le cadre des conventions existantes (COG, conventions de partenariat, etc) ;
  - Pour les SSTI, cette présentation s'appuierait sur le suivi d'indicateurs harmonisés remontant des SI, intégrant ceux des CPOM renouvelés et agrégés sur une base régionale et nationale. Ce travail serait assuré par un « groupe permanent de suivi des SSTI » composé de la DGT, de la DGS, de la CNAM et d'une représentation de SSTI.

La représentation des SSTI pourrait être assurée à un double niveau :

- Au niveau régional, sous la forme d'une conférence régionale des SSTI réunie par les DIRECCTE et au sein de laquelle siègeraient le président (ou son représentant) et le trésorier de chaque service ;
- Au niveau national dans le cadre d'une conférence nationale qui réunirait un président et un trésorier élus par chacune des conférences régionales et qui désignerait, en son sein, deux présidents et deux trésoriers pour siéger au sein du groupe permanent de suivi des SSTI ;

**Recommandation n°12** Définir, recueillir et suivre des indicateurs d'activité et de gestion permettant un pilotage plus resserré des SSTI :

- Saisir le COCT en vue d'arrêter, dans les six prochains mois, les indicateurs de suivi de l'activité des SSTI ;
- Unifier, dans un SI, les informations actuellement contenues dans les rapports d'activité financière et les rapport d'activité médicale pour en permettre une exploitation systématique et harmonisée ;
- Mettre en place un système d'information permettant aux DIRECCTE et au Groupe national de pilotage prévu en recommandation n°10 de recueillir et d'exploiter les remontées des SSTI d'ici le 1er janvier 2022.

**Responsables** : DGT, en lien avec le COCT

Les limites du pilotage actuel des SSTI par les DIRECCTE ont été soulignées. Exclusivement orienté sur l'engagement et l'utilisation de moyens, s'appuyant sur des documents inadaptés et inexploités ainsi que sur des ressources et / ou compétences manquantes, ce pilotage doit être revu. Distinct de la contractualisation, formalisée par des CPOM qui doivent être recentrés sur un nombre réduit et pertinent d'objectifs comme l'instruction du 31 juillet 2019 le prévoit, le pilotage effectué par les DIRECCTE devrait reposer sur le suivi d'indicateurs d'activité préalablement définis dans le cadre du COCT et des CROCT pour constituer une base de comparaison entre les services qui pourrait, le cas échéant, être rendue publique au niveau régional et / ou national.

Parmi ces indicateurs de suivi remontés aux DIRECCTE pourraient figurer par exemple le délai d'organisation des visites (visite d'embauche avant la prise de poste pour les salariés en SIR, VIP dans les 3 mois de la prise de fonction, visite médicale dans les 8 jours précédant ou le jour de la reprise), le taux de réalisation des fiches d'entreprise (en stock et en flux), le nombre d'actions en milieu de travail engagées et ponctuées par un bilan réalisé au bout d'un an, la mise en place de cellules de maintien dans l'emploi, le nombre médecins du travail non signataires de protocoles de délégation des tâches, les interventions en entreprise au titre de la pénibilité, l'évolution du coût de revient des prestations par salarié, un suivi épidémiologique, l'évolution de la sinistralité dans un ou plusieurs secteurs cible, etc.

Ces informations chiffrées figureraient au sein d'un bilan annuel refondu qui fusionnerait le rapport annuel d'activité et le rapport annuel médical. Les résultats de l'enquête annuelle de satisfaction des entreprises adhérentes commandée par chaque SSTI sur la qualité du service rendu pourraient également être communiqués à la DIRECCTE.

Un tel suivi suppose la mise en place de plateformes d'échange régionales permettant aux SSTI à la fois de renseigner les indicateurs de suivi et de déposer leurs documents de synthèse refondus. Dans ce contexte, il serait nécessaire de reprendre les travaux relatifs à la mise en place d'un système d'information national et régional sur le modèle de l'ex-SINTRA et pouvant s'inspirer de celui mis en

place par l'ANAP pour le suivi des établissements médico-sociaux. Les systèmes d'information des SSTI devraient être interfacés avec ce système d'information national.

**Recommandation n°13** Définir et mettre en œuvre un cadre national de la nouvelle politique d'agrément pour une prise d'effet le 1<sup>er</sup> janvier 2022, selon les échéances intermédiaires suivantes :

- Saisir le COCT en vue de définir, au plus tard dans les six prochains mois, un cadre national d'agrément des SST
- Confier aux CROCT l'élaboration des diagnostics territoriaux servant de base aux décisions que les DIRECCTE pourront prendre en matière d'agrément d'ici le 1<sup>er</sup> juillet 2021

**Responsables :** DGT, DIRECCTE

La mise en place d'un cadre national d'agrément, inscrit dans le code du travail, devrait tenir compte des différentes orientations retenues : réalisation des prestations socles, mise en place des cellules de prévention de la désinsertion professionnelle, respect d'une fourchette de salariés suivis par équipe pluridisciplinaire, etc. La définition de ce cadre national doit être articulée avec la démarche d'élaboration du référentiel de certification (cf. recommandation n°3).

Ce nouveau cadre national devra faciliter les regroupements de SSTI, répondant au constat d'une offre encore trop hétérogène et morcelée. En effet, même si la mission a constaté que des SSTI de petite taille pouvaient bien remplir leurs missions, elle estime qu'il est nécessaire de définir une taille critique pour s'assurer que tous les services soient en capacité d'offrir des prestations de qualité et de faire face à des investissements importants en matière de systèmes d'information, mais aussi de couvrir des bassins d'emplois plus vastes.

Une première approche pourrait consister à dessiner *in abstracto* une carte des SSTI en retenant, par exemple, l'idée selon laquelle il ne pourrait pas y en avoir plus d'un par département. Cette approche aurait l'inconvénient de nier la réalité de l'activité des entreprises et des bassins d'emploi, dont les contours dépassent parfois les frontières administratives.

La mission opte pour une démarche alternative qui consiste à confier aux CROCT le soin de définir le réseau cible à partir d'une analyse détaillée et concertée des besoins par bassin d'emploi, sur leur territoire<sup>143</sup>. Ce diagnostic territorial serait global en ce qu'il porterait à la fois sur les SSTI (interprofessionnels et professionnels) et les SSTA. Croisant les données de population active, d'exposition aux risques professionnels et de sinistralité, cette démarche viserait, entre autres, à distinguer les SST actuellement sur-dotés des sous-dotés en ressource médicale, ceux qui sont en capacité, à organisation constante, de faire face à leurs obligations de résultats en termes de suivi (nombre, délais, populations spécifiques), d'actions en milieu de travail, de PDP et d'investissements, de ceux qui n'en sont pas capables et qui, par conséquent, devraient cesser leur activité ou, au contraire, la poursuivre mais avec le soutien d'autres services. Pour satisfaire à des exigences de plancher et de plafond de salariés suivis, à définir avec les CROCT, la mutualisation des ressources entre tous les SST serait encouragée.

Le maintien de l'agrément de SST fortement consommateurs de ressources médicales serait, à cette occasion, réinterrogé. La pertinence du maintien (ex : banque) ou de la création de SSTI spécialisés pour certaines branches professionnelles (ex : industrie) serait réexaminée à cette occasion (cf. annexe 5). Cette démarche devrait également tenir compte de la capacité effective des SSTI à

<sup>143</sup> Cette démarche s'inscrirait dans le prolongement des dispositions du code du travail dont l'article D.4622-49 prévoit que : « L'agrément ne peut être refusé que pour des motifs tirés de la non-conformité aux prescriptions du présent titre ou des besoins en médecine du travail, appréciés au niveau régional. ».



prendre en charge des populations de salariés spécifiques (intérimaires, salariés multi-employeurs, secteurs à forte spécificité en termes de risques professionnels, salariés des entreprises de services à la personne ou des particuliers employeurs). Ainsi, la création de SSTI spécialisés ou de structures mandataires pourrait se justifier au niveau national en cas de défaillance avérée des services.

L'échelle départementale peut servir de référence pour la définition de la zone de compétence optimale mais celle-ci doit pouvoir être adaptée en fonction de la densité des territoires.

Par ailleurs, s'agissant du maillage des centres médicaux, il est important de prendre en compte, le cas échéant avec des optimisations, l'exigence de proximité (accessibilité de tous les centres aux salariés concernés en une demi-heure maximum en transports en commun ou en voiture). À défaut, le recours à des unités mobiles ou à la téléconsultation (bien encadrée sur le plan médical) serait encouragé.

Préalablement définie au niveau du COCT qui en assurerait un suivi semestriel, faisant l'objet d'orientations nationales de la DGT, cette démarche continuerait de reposer sur l'agrément dont le non renouvellement entraînerait *ipso facto* l'arrêt de l'activité du SST concerné ainsi que le transfert de son activité, de son personnel et de ses actifs à un autre service – SSTI ou SSTA – qui deviendrait compétent sur sa zone.

**Recommandation n°14** En parallèle du développement de la certification des SSTI, susceptible de leur apporter une aide, renforcer la capacité des DIRECCTE à animer la politique régionale des SSTI,

- Organiser des sessions régulières d'échange de bonnes pratiques entre SSTI ainsi que des réunions de suivi de l'activité de chacun des SSTI à mi-parcours de la période d'agrément ;
- Engager un plan de résorption priorisé des vacances de postes de MIRT en 2020 et 2021 ;
- Diversifier les compétences au sein des DIRECCTE pour analyser l'activité des SSTI et suivre le déploiement du nouveau système d'information.

**Responsables** : DGT, DIRECCTE

L'adoption d'un nouveau cadre national pour l'agrément et le renforcement du pilotage des SSTI qui en découlerait nécessite que l'animation et la coordination des DIRECCTE par la DGT soient approfondies. Il serait ainsi indispensable que les chefs de pôles T, les responsables des services de santé et de sécurité au travail et les MIRT soient réunis à échéance régulière pour échanger sur les orientations en matière d'agrément, l'articulation entre les travaux du COCT et ceux des CROCT, la définition et les modalités de suivi des indicateurs d'activité, la définition des besoins et les contours du futur système d'information. Ces réunions régulières pourraient donner à la CNAM l'occasion d'intervenir pour échanger sur le suivi des SSTI.

Des réunions de partage voire de pilotage sur les bonnes pratiques médicotéchniques des SSTI devraient être organisées par les DIRECCTE à échéance régulière. Avec chacun d'entre eux, des réunions à mi-parcours sur la durée de l'agrément devraient être organisées par les DIRECCTE (ou continuer à être organisées pour celles d'entre elles qui le font déjà), et pourraient conduire à engager une procédure de retrait d'agrément si des écarts trop importants étaient constatés entre l'activité des SSTI et les obligations et indicateurs fixés par les DIRECCTE.

Pour instruire et mener à bien la refonte de la politique d'agrément, toutes les DIRECCTE doivent pouvoir s'appuyer sur des MIRT en nombre suffisant. Il apparaît nécessaire et même indispensable de lancer un plan de résorption priorisé des vacances de postes afin qu'aucune région ne connaisse un taux de vacance supérieur à 50 %, ce qui impose de recruter *a minima* 9 ETP de MIRT France entière. Cela suppose de proposer des rémunérations plus attractives qu'actuellement, c'est-à-dire

d'un niveau au moins équivalent à celui de la grille de PRÉSANSE. En parallèle, il conviendrait également de clarifier davantage le partage des tâches entre les MIRT et les agents relevant des services santé au travail au sein des pôles T des DIRECCTE ; en effet, les avis des MIRT ne portent pas uniquement sur des aspects concernant la pratique médicale mais comportent, dans un certain nombre de cas, des aspects touchant à la gouvernance et au suivi de l'activité qui devraient être pris en charge par des profils plus administratifs afin de soulager les MIRT.

Il serait également indispensable que les DIRECCTE puissent disposer de compétences en matière d'analyse financière et de systèmes d'information pour exploiter les données d'activité et de gestion des SSTI.

À terme, le développement de la démarche de certification des SSTI devrait apporter une aide aux DIRECCTE, en allégeant la procédure d'agrément qui doit perdurer. En effet, l'agrément devrait davantage constituer un outil de restructuration territoriale et une autorisation d'exercice pour l'ensemble des services. Quant à la certification, le référentiel devrait être conçu dans l'objectif d'une vérification de la conformité du fonctionnement et des prestations à certains standards de qualité ; il s'agit en effet d'inscrire les SSTI dans une démarche d'amélioration continue selon des critères plus exigeants que la procédure d'agrément. Aussi, les rapports de certification pourraient servir de base aux DIRECCTE pour l'analyse conduite dans le cadre de la procédure d'agrément, et leur permettre de concentrer davantage de moyens sur les SSTI les plus en difficulté et ne réunissant pas toutes les conditions leur permettant d'être certifiés.

**Recommandation n°15** : Renégocier les CPOM conclus entre DIRECCTE, CARSAT et SSTI en :

- Mettant en place un volet « performance » au sein du CPOM pouvant mobiliser des crédits pour accompagner les SSTI, et en expérimentant la mise en place d'incitations financières ;
- Expérimentant dans une région et pendant une durée limitée la fusion de l'agrément et du CPOM des SSTI dans le cadre d'une procédure d'instruction / négociation unique menée par la DIRECCTE et la CARSAT.

**Responsables** : DGT, CNAM

Sans aller jusqu'à la fusion des CARSAT dans une entité régionale unique aux côtés d'autres préventeurs, tel que le préconisait le rapport LECOQ, un travail devrait être mené sur l'amélioration de l'information des entreprises au sujet des offres et des aides qu'elles peuvent leur apporter ainsi qu'une réduction des délais de traitement des dossiers sur les aides financières simplifiées et les contrats de prévention.

Le recentrage récent des CPOM sur des actions ciblées devrait contribuer à en faire des instruments encore plus opérationnels. Si les recommandations de la mission sur la mise en place d'indicateurs de suivi de l'activité des SSTI étaient reprises, un volet performance pourrait être créé au sein des CPOM qui détaillerait les leviers à actionner pour atteindre les cibles fixées dans l'agrément ainsi que la contribution de l'ensemble des acteurs signataires (DIRECCTE, CARSAT / CGSS, OPPBTP, ...) pour appuyer les SSTI dans cette démarche.

Dans les SSTI, la mission a pu observer que le suivi des « actions CPOM » était diversement réalisé. C'est bien la preuve que leur force contraignante ou incitative n'est que toute relative. Dans le cadre du programme 111 (« Amélioration de la qualité de l'emploi et des relations du travail) du Ministère du travail ou d'un dispositif de prélèvement d'une partie de la ressource des SSTI, la mise en place de mécanismes d'incitation financière – distincts mais complémentaires de ceux des CARSAT – et de redistribution liés à la réalisation des actions prévues dans le cadre des CPOM pourrait être expérimentée et constituer un levier supplémentaire de mobilisation des SSTI. En outre, des crédits de la sécurité sociale pourraient être fléchés vers des actions de prévention particulières.

Si la mission préconise le maintien d'un dispositif d'autorisation d'exercice des SSTI au travers de l'agrément, il pourrait être envisagé d'expérimenter dans une région et pendant une durée limitée la fusion de l'agrément et du CPOM (complété par un volet performances) des SSTI dans le cadre d'une procédure d'instruction / négociation unique menée par la DIRECCTE et la CARSAT. À l'issue de cette procédure, la signature de l'acte par les trois parties vaudrait autorisation d'exercice de l'activité du SSTI.

**Recommandation n°16** Renforcer l'implication des représentants des employeurs et des représentants des salariés au sein des instances, au travers d'un mode de gouvernance simplifié, d'une meilleure information des entreprises adhérentes, et d'une formation plus adaptée des membres de ces instances

**Responsables :** DGT, OS, OP

Compte tenu des critiques que les employeurs et les salariés formulent à l'égard des SSTI, la mission considère que, sauf à remettre en cause le statut d'association des SSTI, la participation des représentants d'employeurs et de salariés doit être renforcée.

En premier lieu, les entreprises adhérentes devraient être mieux informées sur le mode de fonctionnement des instances de gouvernance à différents moments, de sorte à pouvoir solliciter ses membres : à l'adhésion, lors de l'appel à cotisation, ainsi que dans le cadre des enquêtes de satisfaction.

Ensuite, la mission préconise d'ouvrir la possibilité de fusionner le conseil d'administration et de la commission de contrôle, conformément au fonctionnement adopté par la majorité des SSTI visités, sous réserve néanmoins de mettre en place une parité entre représentants employeurs et représentants des salariés, ce qui nécessite de supprimer le principe de voix prépondérante du président du conseil d'administration. Cette piste vise en effet à favoriser la participation des partenaires sociaux au travers de la simplification du fonctionnement des instances (ayant pour effet de réduire le nombre de réunions, de procès-verbaux etc.).

En outre, sans remettre en cause les formations assurées par les SSTI, la mission estime nécessaire d'encourager les formations délivrées, selon les cas, par les organisations syndicales et patronales, de telle sorte que les représentants employeurs comme les représentants salariés appréhendent mieux leur rôle au sein de ces instances.

Afin d'améliorer l'implication des membres participant aux instances de gouvernance et de leur donner tous les moyens d'assumer pleinement leur rôle, la réglementation devrait prévoir explicitement l'obligation de communiquer les informations et l'ensemble des documents nécessaires à l'exercice des missions aux membres du conseil d'administration et de la commission de contrôle (pour ce qui concerne les comptes notamment).

**Recommandation n°17** Elaborer une charte de déontologie des membres des instances des SSTI

**Responsable :** COCT

Compte tenu des critiques communément adressées à la gouvernance des SSTI, ainsi que des potentielles dérives dans la gestion des SSTI, il apparaît indispensable d'instaurer des règles de transparence et de déontologie dans le fonctionnement des instances afin de prévenir les conflits d'intérêt. Dans les régions où les SSTI sont en monopole, cette question se pose avec d'autant plus d'acuité. Dans ce cadre, les membres du COCT pourraient être saisis pour l'élaboration d'une charte de déontologie des membres des instances, incluant notamment une déclaration des liens d'intérêt, ainsi que des règles concernant les marchés passés par les SSTI auprès des entreprises adhérentes (et en particulier auprès de celles représentées au sein des instances).

### 5.3.5 Mettre en place des systèmes d'information permettant le recueil des informations et le partage de données individuelles entre SSTI ainsi que l'exploitation de données

**Recommandation n°18** Mettre en place une norme de fonctionnalités et d'interopérabilité commune à l'ensemble des SI des SSTI permettant d'une part l'échange de données individuelles entre SSTI avec l'accord des salariés, et d'autre part le suivi de l'activité, de la gestion et d'indicateurs épidémiologiques.

**Responsables** : DGT, CNAM

De l'avis de la mission comme de l'ensemble de ses interlocuteurs, l'absence de SI harmonisés dans leurs fonctionnalités et interopérables entre SSTI constitue un frein, d'une part à la mise en commun des données attestant du suivi des salariés « mobiles » (contrats courts, intérimaires), d'autre part à la connaissance de leur activité et de leur gestion, et enfin à la capitalisation des données d'exposition et de morbidité recueillies dans les DMST.

Ainsi, le développement d'une norme des SI doit permettre à la fois :

- L'échange de données individuelles entre SSTI, sous réserve de l'accord des salariés : devant l'enjeu majeur du suivi des salariés intérimaires et en contrats courts, la portabilité du DMST entre SSTI leur permettrait d'avoir une visibilité sur l'antériorité du suivi de ces salariés à chaque changement de contrat ou de poste et donc d'assurer l'effectivité et l'efficacité de leur suivi. Au-delà du suivi individuel, la disponibilité de ces données permettrait également de mieux connaître ces salariés et de mettre en place des actions de prévention spécifiques qui leur soient adaptées ;
- Le suivi de l'activité, de la gestion à des fins de pilotage par les DIRECCTE (cf. *supra*) ;
- L'exploitation de données épidémiologiques : dans un contexte d'intensification des missions des SSTI compromettant la participation des médecins aux études épidémiologiques, l'exploitation des données directement issues des SSTI est à privilégier. En effet, leur proximité avec les entreprises adhérentes leur permet de disposer de données de terrain individuelles (en termes d'exposition et de morbidité) et à l'échelle des entreprises (en termes de risques et de mesures de prévention). Le recueil, la remontée systématisée et l'analyse épidémiologique de l'ensemble de ces données fiabilisées permettrait de prioriser et d'outiller les actions de l'ensemble des acteurs de la santé au travail, au niveau régional et national.

La mise en place de cette norme d'interopérabilité pourrait s'appuyer dans un premier temps sur la base nationale déjà élaborée par un GIE réunissant 8 SSTI ainsi que sur un cahier des charges actualisé à partir de celui travaillé par le CISME devenu PRÉSANSE en 2016. Le financement des travaux de conception et de développement de cette norme (qui devraient inclure un sous-projet relatif à la mise à niveau des SI existants) serait assuré en mutualisation de moyens par les SSTI, chacun contribuant par quote-part aux travaux de définition et de développement du socle du SI, ou, à défaut, par un prélèvement sur les cotisations perçues.

En outre, le maintien de l'utilisation par le SSTI d'un SI qui ne respecterait pas les prescriptions d'interopérabilité pourrait être un motif de retrait de l'agrément.

**Recommandation n°19** Permettre aux SSTI d'utiliser l'INS de sorte à permettre les échanges de données individuelles.

**Responsable** : DGOS, Délégation au numérique en santé, ASIP, DGT

Il ressort des entretiens de la mission qu'il existe une forte attente pour que les SSTI puissent utiliser le nouvel Identifiant national de santé (dont l'utilisation deviendra obligatoire en 2021 pour les acteurs du système de santé) au moins à quatre fins, et bien sûr dans des conditions de sécurité et de confidentialité au niveau du RGPD :

- Pour renforcer l'identito-vigilance interne au SSTI, en supprimant les identifiants ou numéros de salariés qu'ils utilisent, et qui portent le risque d'erreur sur la personne ou sur son dossier médical ;
- Pour permettre la constitution d'une base ou d'un fichier de salariés permettant la coordination et la continuité de leur suivi quand ils sont multi-employeurs, salariés éloignés, intérimaires etc. Ainsi, le DMST serait attaché à un identifiant certifié, et deviendrait « portable » avec l'accord du salarié d'un SSTI à l'autre ;
- Pour de disposer d'un identifiant commun permettant l'alimentation du DMP ;
- Pour permettre les échanges d'informations individuelles sécurisées, y compris d'éléments médicaux, entre les SSTI, l'assurance maladie et les CARSAT, qui sont déterminants en matière de maintien dans l'emploi et de prévention de la désinsertion professionnelle.

Consultés par la mission, la déléguée ministérielle au numérique en santé et la conseillère de la directrice de l'ASIP sont favorables à ce que les SSTI puissent utiliser l'INS.

**Recommandation n°20** Ouvrir la possibilité pour les médecins du travail de consulter le DMP avec l'accord du salarié.

**Responsable** : CNAM, Délégation au numérique en santé

Au-delà du sujet de l'interopérabilité des systèmes d'information et de la portabilité des DMST entre les SSTI, la mission a pu confirmer le constat largement partagé d'un cloisonnement entre les SSTI et les acteurs sanitaires, et en particulier d'échanges trop faibles avec les médecins traitants sur l'état de santé des salariés, entraînant une perte de données, notamment d'exposition, préjudiciable à leur bonne prise en charge.

Une certaine méconnaissance du rôle des médecins du travail et de leur indépendance vis-à-vis de l'employeur a ainsi freiné l'accès de ces derniers au DMP, jusqu'à la loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé qui en a ouvert aux médecins du travail la possibilité de l'alimenter uniquement, à partir de juillet 2021. La mission recommande d'achever cette ouverture en rendant également le DMP accessible aux médecins du travail en consultation, avec l'accord du salarié, par la modification de l'article L1111-18 du code de la santé publique.

### 5.3.6 L'ensemble de ces recommandations s'inscrit dans un calendrier resserré dont le respect apparaît nécessaire pour mettre le système actuel sous tension et le réformer

**Recommandation n°21** Inscription au programme d'activité de l'IGAS d'une mission d'évaluation du bilan des évolutions des SSTI en 2023

**Responsable** : IGAS

La mission a pu observer l'attentisme de tous les acteurs du système à la suite de la publication des récents rapports et dans le contexte d'une relance possible de la négociation interprofessionnelle sur les conditions de travail et la santé au travail. Convaincue qu'il n'est plus possible de repousser une réforme sauf à vouloir conserver le système actuel en l'état, elle préconise son inscription dans un

calendrier relativement court dans le cadre des PST 3 et 4, dont les principales étapes seraient les suivantes :

- Dans les 6 mois de la publication du présent rapport : après concertation au sein du COCT, diffusion aux DIRECCTE d'orientations nationales en matière de politique d'agrément des SST ;
- Dans l'année suivant la publication du rapport : présentation par les DIRECCTE en CROCT du résultat des diagnostics territoriaux et des décisions envisagées en matière d'agrément ;
- Dans les trois ans qui suivent la publication du présent rapport : bilan de la réforme par une mission d'évaluation menée par l'IGAS en 2023 dans le cadre de son programme d'activité annuel.

Les recommandations formulées par la mission devraient s'articuler avec la négociation interprofessionnelle à venir sur les conditions de travail et la santé au travail. C'est la raison pour laquelle la mission a répondu favorablement à la sollicitation de la DGT visant à introduire dans le projet de document d'orientation quelques sujets correspondant aux points qui lui semblaient les plus établis à l'issue de ses investigations.

Si l'engagement de tous les acteurs dans une réforme du système semble, a priori, acquis, il convient néanmoins d'être très clair sur la mise en place d'un scénario alternatif très inspiré par le rapport LECOCQ, DUPUIS et FOREST si, au terme d'une période de trois ans à compter de la publication du présent rapport, aucune avancée significative n'était constatée en matière d'organisation du réseau des SSTI, d'amélioration de leurs prestations, de transparence financière ou de systèmes d'information.

Delphine CHAUMEL

Benjamin MAURICE

Jean-Philippe VINQUANT

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

## LISTE DES ANNEXES

- Annexe 1 : Panorama national des SSTI
- Annexe 2 : Panorama de l'échantillon de SSTI
- Annexe 3 : Analyse du questionnaire adressé aux entreprises adhérentes
- Annexe 4 : Organisation et activité de la MSA en matière de santé au travail et de prévention des risques
- Annexe 5 : Initiatives de spécialisation sur des branches et populations particulières





## ANNEXE 1 : Panorama national des SSTI

La présente annexe dresse un panorama national des SSTI à partir des données des DIRECCTE, collectées par la mission dans le cadre d'un questionnaire, et dans le cadre des visites régionales.

### **Exemples de critères affichés par les DIRECCTE pour motiver l'octroi des agréments : Bretagne et Auvergne - Rhône-Alpes**

La **DIRECCTE Bretagne** a retenu huit critères : gouvernance (organisation, conformité et effectivité) ; diagnostic et articulation entre le projet de service et les objectifs du plan régional de sécurité au travail et du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ; ressources humaines (recrutement et formation des personnels) ; objectifs de suivi (100 % des salariés) et composition des équipes pluridisciplinaires ; pluridisciplinarité, actions en milieu de travail et priorité aux très petites entreprises ; maintien dans l'emploi ; veille sanitaire et locaux.

S'appuyant sur quatre axes stratégiques majeurs (qualité du service rendu, prévention primaire et lutte contre la désinsertion professionnelle, pluridisciplinarité et gouvernance), la **DIRECCTE Auvergne - Rhône Alpes** met l'accent sur les critères d'examen des dossiers d'agrément suivants :

- La conformité du fonctionnement du service à la réglementation (pluridisciplinarité, rôle d'animation et de coordination du médecin du travail, suivi des médecins collaborateurs, suivi des intérimaires, absence d'exercice d'actions de formation, respect de l'assiette des cotisations,...) ;
- La prise en compte de la spécificité BTP, la continuité du service ;
- L'optimisation de la ressource médicale (absence de validation des demandes d'extension géographique sur des zones bien couvertes, encouragement des fusions dans des zones en difficulté, prise en charge par les services autonomes des salariés des sous-traitants et intérimaires, augmentation du nombre de salariés suivis par les médecins des services autonomes,...) ;
- La mise en œuvre des actions de prévention dans le cadre des CPOM et du PRST (cf. infra) ;
- Le développement de la pluridisciplinarité : à l'appui de cette orientation stratégique et à la suite d'une concertation approfondie sur le sujet dans le cadre du CROCT, la DIRECCTE propose dans sa note d'orientation un schéma-cible pour l'organisation et le fonctionnement de l'équipe pluridisciplinaire.

Tableau 3 : Motifs de refus des agréments d'une durée de 5 ans entre 2014 et 2019<sup>144</sup>

Sujets	Motif, DIRECCTE concernée <sup>145</sup> et année de la décision
Orientations générales	Projet de service insuffisant (IDF, 2016 ; Grand-Est, 2015). Actions en milieu de travail insuffisamment développées (Grand-Est, 2015)
Champ	Non-respect du champ d'intervention géographique et professionnel (PACA, 2017)
Gouvernance	Organes de gouvernance non constitués conformément aux textes (PACA, 2018 ; IDF, 2016 ; Nouvelle-Aquitaine, 2014 ; Occitanie ; Grand-Est 2015) Formation des membres de la commission de contrôle assurée par un membre de la direction (Nouvelle-Aquitaine, 2014)
Pluridisciplinarité	Aucun infirmier (IDF, 2016). Manque d'IPRP (IDF, 2015 et 2016 ; Aquitaine 2014). Nombre insuffisant d'infirmiers (Nouvelle-Aquitaine, 2014). Absence d'un service social du travail (Nouvelle-Aquitaine, 2014)
Management	Problèmes organisationnels dans le service (IDF, 2015).
Organisation de l'activité médicale	Manque de temps médical (IDF, 2015). Collaborateurs médecins avec effectifs en propre (IDF, 2019). Non-respect des règles de confidentialité médicale en ce qui concerne l'accès au dossier médical informatisé (Nouvelle-Aquitaine, 2014). Modulation de la périodicité des examens médicaux et des entretiens infirmiers non autorisée par la DIRECCTE (Nouvelle-Aquitaine, 2014). Non mise en place d'un secteur chargé de la surveillance médicale des salariés temporaires (Nouvelle-Aquitaine, 2014). Nombre de médecins insuffisant (Occitanie, Narbonne). Pas assez de place laissée au médecin du travail dans l'organisation et l'animation de l'équipe pluridisciplinaire (Nouvelle-Aquitaine 2014). Conditions d'animation de l'équipe pluridisciplinaire (Occitanie, Grand-Est 2015).
Cotisation	Modalités de fixation de la cotisation non conforme aux textes (IDF, 2019 ; Nouvelle-Aquitaine 2014 ; Occitanie)
Organisation logistique	Locaux non conformes (IDF, 2015 et 2019). Archivage défaillant (Grand-Est, 2015)

Source : Mission d'après les DIRECCTE

<sup>144</sup> Plusieurs motifs peuvent se retrouver dans une seule et même décision.

<sup>145</sup> Pour clarifier la présentation, les noms des DIRECCTE correspondent au périmètre des nouvelles régions administratives.

Tableau 4 : Taux de vacance des postes de MIRT en 2019

	Taux de vacance des postes en 2019
Auvergne-Rhône-Alpes	61 %
Bourgogne - Franche Comté	25 %
Bretagne	50 %
Centre - Val de Loire	67 %
Grand Est	67 %
Hauts de France	75 %
Île-de-France	64 %
Nouvelle-Aquitaine	0 %
Normandie	50 %
Occitanie	80 %
PACA et Corse	95 %
Pays-de-la-Loire	0 %
Antilles-Guyane	67 %
La Réunion	0 %
Mayotte	0 %
Total France (métropole et outre-mer)	58 %

Source : Mission d'après les données des DIRECCTE (France entière, année 2019)

Tableau 5 : Taux de CPOM signés en 2019

	Taux de CPOM signés en 2019
Auvergne-Rhône-Alpes	82 %
Bourgogne - Franche Comté	100 %
Bretagne	90 %
Centre-Val de Loire	78 %
Corse	0 %
Grand Est	73 %
Hauts-de-France	29 %
Île-de-France	100 %
Nouvelle-Aquitaine	92 %
Normandie	59 %
Occitanie	88 %
PACA	81 %
Pays-de-la-Loire	100 %
Antilles - Guyane	14 %
Mayotte	100 %
La Réunion	0 %
Total France (métropole et outre-mer)	78 %

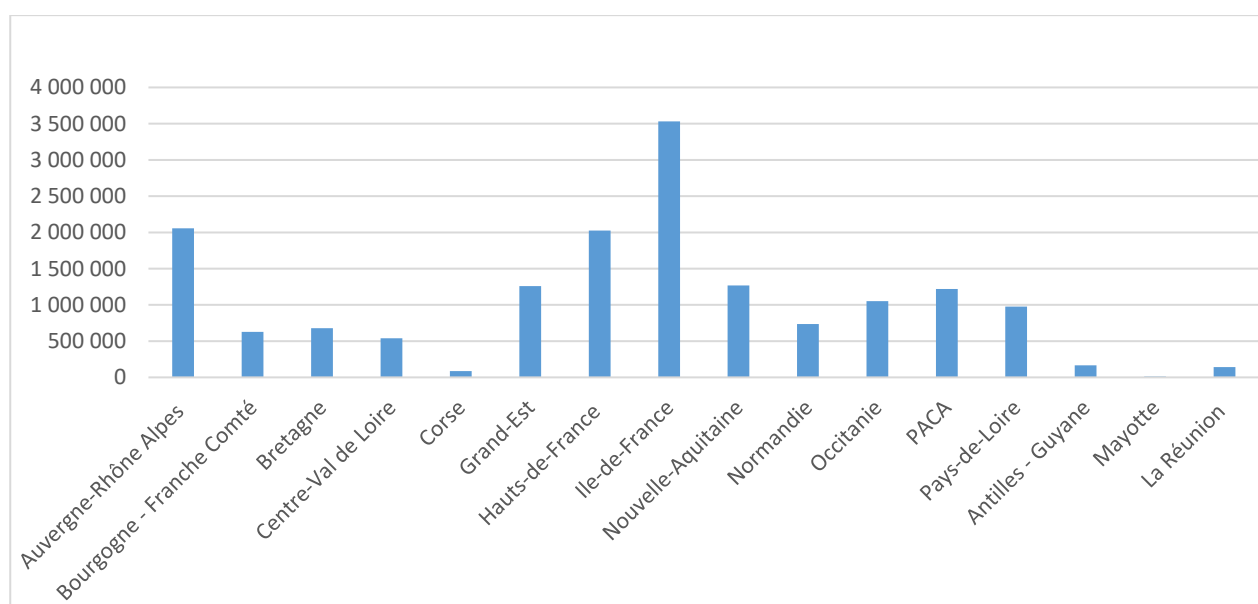
Source : Mission d'après les données des DIRECCTE (France entière, 2019)

Tableau 6 : Nombre de fusions de SSTI entre 2015 et 2019

	Nombre de SSTI en 2019	Nombre total de fusions	Période 2015-2018	En 2019
Auvergne-Rhône-Alpes	33	7	3	4
Bourgogne - Franche Comté	12	2	1	1
Bretagne	10	2		2
Centre-Val de Loire	9	1		1
Corse	2			
Grand Est	22	2	2	
Hauts-de-France	17			
Île-de-France	24	3	1	2
Nouvelle-Aquitaine	24	2		2
Normandie	17	5		5
Occitanie	26	3	2	1
PACA	16	1	1	
Pays-de-la-Loire	13	2	2	
Antilles - Guyane	7			
Mayotte	1			
La Réunion	2			
<b>Total France (métropole et outre-mer)</b>	<b>235</b>	<b>30</b>	<b>12</b>	<b>18</b>

Source : Mission d'après les données des DIRECCTE (France entière, 2019)

Tableau 7 : Nombre de salariés suivis par les SSTI dans les régions en 2018



Source : Mission d'après les données des DIRECCTE (France entière, 2018)<sup>146</sup>

<sup>146</sup> Compte tenu de l'échelle retenue, les données de Mayotte ne peuvent apparaître sur l'histogramme. Le SSTI compétent assure le suivi d'environ 12 000 salariés.

Tableau 8 : Constitution de l'équipe pluridisciplinaire détaillée selon les régions

Région	Effectif moyen par médecin	Médecins du travail en ETP	Médecins en ETP	IDEST en ETP	Ratio IDEST par médecin	AST en ETP	IPRP et autres préventeurs non AST en ETP	Ratio préventeur par médecin	Secrétaires en ETP	Ratio secrétaire par médecin
<b>Auvergne-Rhône-Alpes</b>	3 944	429,91	521,43	273,02	0,52	135,95	209,59	0,66	621,22	1,19
<b>Bourgogne-Franche-Comté</b>	3 623	159,10	173,10	134,97	0,78	104,89	46,03	0,87	130,93	0,76
<b>Bretagne</b>	3 439	167,68	197,20	83,82	0,43	58,62	60,72	0,61	180,00	0,91
<b>Centre-Val de Loire</b>	2 715	187	199	90	0,45	30	76	0,53	166	0,83
<b>Corse</b>	5 362	12,00	16,00	8,60	0,54	7,00	7,00	0,88	16,00	1,00
<b>Grand Est</b>	3 604	316,11	349,46	146,68	0,42	124,50	122,73	0,71	317,54	0,91
<b>Hauts-de-France</b>	5 767	307,26	351,06	190,27	0,54	145,90	102,60	0,71	412,37	1,17
<b>Île-de-France</b>	4 426	688,00	798,00	369,00	0,46	278,00	325,00	0,76	850,00	1,07
<b>Normandie</b>	4 540	141,16	162,16	143,25	0,88	62,05	135,29	1,22	222,03	1,37
<b>Nouvelle-Aquitaine</b>	3 891	292,00	326,00	154,00	0,47	60,00	124,00	0,56	315,00	0,97
<b>Occitanie</b>	3 745	271,00	281,00	187,00	0,67	190,00	118,00	1,10	305,00	1,09
<b>Pays de la Loire</b>	4 732	191,97	206,47	121,50	0,59	89,40	58,50	0,72	0,00	0,00
<b>Provence-Alpes-Côte d'Azur</b>	2 982	380,00	409,00	146,00	0,36	112,00	115,00	0,56	454,00	1,11
<b>Antilles-Guyane</b>	3 799	41,50	43,50	13,00	0,30	0,00	19,30	0,44	52,70	1,21
<b>Mayotte</b>	12 000	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00	3,00	2,00	2,00
<b>La Réunion</b>	4 096	31,41	34,41	13,00	0,38	18,79	11,00	0,87	34,20	0,99
<b>Moyenne pondérée</b>	<b>4 044</b>				<b>0,54</b>			<b>0,76</b>		<b>1,01</b>
<b>Total</b>		<b>3 617,10</b>	<b>4 068,79</b>	<b>2 075,11</b>		<b>1 418,10</b>	<b>1 532,76</b>		<b>4078,99</b>	

Source : Mission d'après les données des Direccte (France entière, 2018). Les moyennes ont été pondérées par le nombre de SSTI par région.



## ANNEXE 2 : Panorama de l'échantillon de SSTI

La présente annexe dresse un panorama de l'échantillon des SSTI, d'après les données recueillies par la mission dans le cadre d'un questionnaire.

Tableau 9 : Constitution de l'équipe pluridisciplinaire dans les SSTI visités en 2018

Service	Effectif moyen par médecin	Ratio IDEST par médecin	Ratio préventeur par médecin	Ratio secrétaire par médecin
1	2 710	0,3	0,73	1,14
2	4 203	0,35	0,62	1,55
3	5 157	0,81	0,92	1,58
4	4 374	0,25	0,28	0,23
5	6 012	1,01	1,41	1,83
6	4 514	0,45	0,88	1,17
7	3 805	0,34	0,57	1,19
8	3 225	0,39	1,13	0,17
9	8 158	1,61	1,67	2,55
10	4 679	0,5	1,24	1,91
11	Nd	Nd	Nd	Nd
12	5 272	0,45	0,41	1,12
<b>Moyenne</b>	<b>4 771</b>	<b>0,59</b>	<b>0,90</b>	<b>1,32</b>

Source : Mission d'après les données des SSTI visités (2018).

Tableau 10 : Evolutions démographiques 2015-2018 dans les SSTI visités

Service	Evolution des médecins en ETP	Evolution des médecins en effectif	Evolution des IDEST en ETP	Evolution des IDEST en effectif
1	- 24 %	- 23 %	+ 40 %	+ 50 %
2	- 12 %	- 11 %	+ 37 %	+ 85 %
3	- 10 %	- 7 %	- 14 %	- 9 %
4	- 12 %	Nd	+ 16 %	Nd
5	- 22 %	- 12 %	+ 42 %	+ 44 %
6	- 14 %	- 6 %	Nd	+ 150 %
7	+ 4 %	+7 %	+ 108 %	+ 122 %
8	- 20 %	- 25 %	+ 235 %	+ 100 %
9	Nd	Nd	Nd	Nd
10	- 44 %	- 44 %	Nd	Nd
11	Nd	- 19 %	Nd	+ 117 %
12	- 33 %	- 33 %	Nd	Nd
<b>Moyenne</b>	<b>- 20 %</b>	<b>- 17 %</b>	<b>+ 75 %</b>	<b>+ 82 %</b>

Source : Mission d'après les données des SSTI visités (2018).

Tableau 11 : Développement de la pluridisciplinarité 2015-2018 dans les SSTI visités

Service	Part visites IDEST 2018	Nombre moyen de visites par médecin 2018	Nombre moyen de visites par IDEST 2018	Part visites IDEST 2015	Nombre moyen de visites par médecin 2015	Nombre moyen de visites par IDEST 2015	Evolution de la part des visites IDEST 2015-2018
1	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd
2	23 %	1 606	1336	13 %	1 719	1 132	+ 75 %
3	38 %	1 511	1141	35 %	1 384	887	+ 7 %
4	16 %	1 701	1293	Nd	Nd	Nd	Nd
5	43 %	1 555	1181	31 %	1 760	1 402	+ 41 %
6	14 %	1 714	626	0 %	2 063	0	Nd
7	15 %	1 458	764	8 %	1 667	831	+ 94 %
8	23 %	1 470	1126	0 %	1 528	0	Nd
9	48 %	2 152	1235	14 %	Nd	Nd	+ 236 %
10	26 %	2 041	1422	0 %	1 863	0	Nd
11	29 %	Nd	678	8 %	Nd	Nd	+ 268 %
12	16 %	2 070	905	0 %	2 114	0	Nd
<b>Moyenne</b>	<b>26 %</b>	<b>1 742</b>	<b>1 059</b>	<b>11 %</b>	<b>1 762</b>	<b>531</b>	<b>+ 120 %</b>

Source : Mission d'après les données des SSTI visités (2018).



Tableau 12 : Evolution du nombre de salariés suivis et du nombre de visites entre 2015 et 2018 dans l'échantillon de SSTI sélectionné par la mission

Service	1	2	3	4	5	6	7	8	9*	10	11	12
Ratio visites / salariés suivis 2015	58 %	54 %	67 %	Nd	55 %	59 %	50 %	69 %	59 %	55 %	74 %	58 %
Ratio visites / salariés suivis 2018	48 %	47 %	53 %	Nd	46 %	44 %	47 %	59 %	54 %	42 %	59 %	53 %
Evolution nb salariés suivis 2015-2018	- 2 %	5 %	3 %	5 %	2 %	10 %	5 %	17 %	10 %	4 %	4 %	-2 %
Evolution nb de visites 2015-2018	- 20 %	-8 %	20 %	Nd	15 %	17 %	-2 %	0 %	23 %	20 %	18 %	10 %
Evolution ratio visites / salariés 2015-2018	- 18 %	- 12 %	- 22 %	Nd	17 %	25 %	-7 %	15 %	-9 %	23 %	21 %	-8 %

Source : Mission d'après les données des SSTI

\* Résultats calculés sur la période 2016-2018 (nombre de salariés suivis en 2015 non disponible)

Tableau 13 : Taux d'évolution du nombre de visites entre 2015 et 2018 selon le type de visite

Service	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Visite d'information et de prévention (VIP) à l'embauche	25 %	14 %	24 %	Nd	12 %	-4 %	Nd	Nd	Nd	-27 %	-3 %	Nd
Visite d'information et de prévention (VIP) périodique	-84 %	-	-53 %	Nd	-42 %	-54 %	Nd	Nd	Nd	-53 %	-34 %	Nd
Visites de suivi (suivi adapté ou suivi renforcé)	1 %	8 %	0 %	Nd	-18 %	0 %	Nd	Nd	Nd	14 %	0 %	Nd
Visites pour risque d'inaptitude	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd
Visites de reprise	5 %	-8 %	1 %	Nd	6 %	-16 %	Nd	Nd	0 %	9 %	-22 %	-6 %
Visites de pré-reprise	-1 %	30 %	20 %	Nd	39 %	55 %	Nd	Nd	11 %	11 %	8 %	18 %
Autres visites	51 %	12 %	17 %	Nd	-23 %	35 %	Nd	Nd	-100 %	-1 %	53 %	-
dont visites à la demande de l'employeur	9 %	-3 %	Nd	Nd	-31 %	-17 %	Nd	Nd	10 %	-7 %	Nd	-
dont visites à la demande du salarié	10 %	7 %	Nd	Nd	-8 %	3 %	Nd	Nd	-32 %	9 %	Nd	-
dont visites à la demande du médecin du travail	108 %	31 %	Nd	Nd	77 %	286 %	Nd	Nd	13 %	2 %	Nd	-6 %
<b>Total des visites</b>	<b>-20 %</b>	<b>-8 %</b>	<b>-20 %</b>	<b>Nd</b>	<b>-15 %</b>	<b>-17 %</b>	<b>-2 %</b>	<b>0 %</b>	<b>-23 %</b>	<b>-20 %</b>	<b>18 %</b>	<b>10 %</b>

Source : Mission d'après les données des SSTI

NB : dans certains SSTI, une même visite peut être décomptée au titre de plusieurs motifs (par exemple, une visite de pré-reprise comptabilisée à la fois comme une VIP périodique et comme visite à la demande du salarié)

Tableau 14 : Poids des différents types de visites dans l'ensemble des visites effectuées par les SSTI sélectionnés dans l'échantillon entre 2015 et 2018

Service	Part du total des visites	VIP à l'embauche	VIP périodique	Visites de suivi (adapté ou renforcé)	Autres visites	Total des visites
1	2015	27 %	36 %	14 %	24 %	100 %
	2018	34 %	6 %	14 %	46 %	100 %
2	2015	31 %	32 %	9 %	28 %	100 %
	2018	39 %	19 %	10 %	32 %	100 %
3	2015	25 %	51 %	Nd	23 %	100 %
	2018	39 %	30 %	Nd	31 %	100 %
4	2015	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd
	2018	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd
5	2015	29 %	38 %	11 %	22 %	100 %
	2018	53 %	36 %	15 %	-4 %	100 %
6	2015	51 %	38 %	Nd	11 %	100 %
	2018	59 %	21 %	6 %	14 %	100 %
7	2015	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd
	2018	32 %	21 %	17 %	30 %	100 %
8	2015	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd
	2018	23 %	24 %	34 %	19 %	100 %
9	2015	84 %			16 %	100 %
	2018	31 %	20 %	27 %	21 %	100 %
10	2015	37 %	25 %	10 %	28 %	100 %
	2018	36 %	16 %	16 %	32 %	100 %
11	2015	28 %	55 %	Nd	17 %	100 %
	2018	33 %	44 %	Nd	23 %	100 %
12	2015	84 %			16 %	100 %
	2018	30 %	32 %	14 %	24 %	100 %
<b>Moyenne des SSTI</b>	<b>2015</b>	<b>33 %*</b>	<b>39 %*</b>	<b>11 %*</b>	<b>20 %</b>	<b>100 %</b>
	<b>2018</b>	<b>37 %</b>	<b>25 %</b>	<b>17 %</b>	<b>27 %</b>	<b>100 %</b>

Source : Mission d'après les données des SSTI

\*Moyenne des taux calculés par SSTI pour ceux ayant renseigné des données selon la ventilation demandée

Tableau 15 : Taux d'évolution des actions en milieu de travail entre 2015 et 2018 pour les SSTI de l'échantillon

Service	1	2	3	4	5	6*	7	8	9	10**	11	12
Visites des lieux de travail	- 47 %	46 %	-1 %	Nd	Nd	-17 %	Nd	Nd	555 %	- 43 %	43 %	42 %
Fiches d'entreprise	- 31 %	192 %	24 %	Nd	27 %	17 %	Nd	Nd	466 %	-63 %	131 %	232 %
<i>dont élaboration</i>	- 25 %	197 %	Nd	Nd	0 %	8 %	Nd	Nd	501 %	Nd	113 %	389 %
<i>dont mise à jour</i>	- 59 %	174 %	Nd	Nd	137 %	46 %	Nd	Nd	315 %	Nd	211 %	-29 %
Réunions du CSE ou CHSCT/CE	- 50 %	-12 %	Nd	Nd	-62 %	-25 %	Nd	Nd	104 %	-47 %	Nd	-10 %
Métrologie	- 16 %	-17 %	Nd	Nd	Nd	100 %	Nd	Nd	45 %	Nd	200 %	-11 %
Etudes de poste	68 %	11 %	Nd	Nd	40 %	-3 %	Nd	Nd	563 %	-37 %	58 %	71 %
Actions de sensibilisation et animation	- 73 %	42 %	Nd	Nd	Nd	-9 %	Nd	Nd	217 %	6 %	167 %	Nd
Actions de conseil	0 %	-2 %	Nd	Nd	Nd	15 %	Nd	Nd	281 %	-55 %	100 %	93 %
Autres	0 %	-13 %	Nd	Nd	Nd	28 %	Nd	Nd	Nd	Nd	340 %	-16 %

Source : Mission d'après les données des SSTI

\* Pour le service 6, les taux d'évolution sont calculés sur la période 2016-2018.

\*\* Pour le service 10, les taux d'évolution sont calculés sur la période 2017-2018.



Tableau 16 : Evolution du ratio du nombre d'AMT rapporté au nombre d'entreprises adhérentes entre 2015 et 2018

Service	1			2			3			4			5			6			7			8			9			10			11			12			
	2015	2018	Évol	2015	2018	Évol	2015	2018	Évol	2015	2018	Évol	2015	2018	Évol	2015	2018	Évol	2017	2018	Évol	2015	2018	Évol	2015	2018	Évol	2015	2018	Évol	2015	2018	Évol				
Visites des lieux de travail	22 %	13 %	-42 %	5 %	7 %	45 %	13 %	13 %	0 %	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	26 %	24 %	-8 %							5 %	35 %	55 %	75 %	44 %	-42 %	1 %	1 %	45 %	9 %	13 %	47 %	
Fiches d'entreprise	9 %	7 %	-24 %	2 %	7 %	19 %	7 %	8 %	24 %	Nd	Nd	Nd	14 %	19 %	40 %	13 %	17 %	31 %							2 %	14 %	47 %	13 %	5 %	62 %	3 %	6 %	5 %	2 %	8 %	3 %	
dont élaboration	7 %	6 %	-17 %	2 %	5 %	19 %	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	11 %	12 %	10 %	9 %	12 %	27 %							2 %	12 %	50 %	Nd	Nd	Nd	2 %	5 %	6 %	1 %	6 %	6 %	
dont mise à jour	2 %	1 %	-55 %	1 %	1 %	17 %	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	3 %	7 %	16 %	3 %	5 %	41 %							Nd	2 %	Nd	Nd	Nd	0 %	2 %	6 %	4 %	3 %	26 %		
Réunions du CSE ou CHSCT/CE	4 %	2 %	-46 %	3 %	2 %	13 %	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	3 %	1 %	58 %	7 %	5 %	32 %	12 %	11 %	-5 %	Nd	33 %	Nd	2 %	4 %	10 %	6 %	3 %	46 %	0 %	1 %	Nd	2 %	2 %	7 %	
Métriologie	10 %	9 %	-8 %	0 %	0 %	18 %	Nd	1 %	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	0 %	Nd								1 %	2 %	46 %	Nd	1 %	Nd	0 %	0 %	5 %	4 %	3 %	8 %	
Etudes de poste	2 %	4 %	85 %	4 %	5 %	10 %	Nd	6 %	Nd	Nd	Nd	5 %	8 %	55 %	3 %	8 %	16 %	9 %							2 %	13 %	56 %	24 %	16 %	35 %	3 %	6 %	61 %	4 %	7 %	77 %	
Actions de sensibilisation et animation	2 %	1 %	-71 %	0 %	0 %	41 %	Nd	1 %	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	4 %	8 %	11 %							1 %	2 %	21 %	4 %	4 %	9 %	0 %	0 %	1 %	Nd	Nd	Nd	
Actions de conseil	Nd	Nd	Nd	10 %	10 %	2 %	Nd	1 %	Nd	Nd	Nd	Nd	15 %	Nd	2 %	11 %	0 %	39 %							1 %	3 %	28 %	7 %	3 %	53 %	1 %	3 %	3 %	4 %	8 %	0 %	
Autres	Nd	Nd	Nd	0 %	0 %	13 %	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	11 %	20 %	91 %									Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	Nd	0 %	1 %	8 %	16 %	14 %	13 %

Source : Mission d'après les données des SSTI. Par exemple, le ratio de visites des lieux de travail par adhérent et par an dans le service 6 a diminué de 8 % entre 2015 et 2018.



## ANNEXE 3 : Analyse du questionnaire adressé aux entreprises adhérentes des SSTI de l'échantillon

Afin de recueillir la perception des entreprises sur le service rendu par les SSTI, la mission a élaboré un questionnaire destiné à mesurer à la fois le degré de connaissances des entreprises adhérentes sur les prestations délivrées par leur SSTI, les prestations délivrées par le SSTI et le niveau de satisfaction.

Cette enquête, administrée par l'IGAS, a été adressée à un échantillon d'entreprises adhérentes des SSTI évalués, représentatives en termes de taille et de secteur d'activité et aléatoirement sélectionnées par la mission. En raison des règles imposées par le RGPD, la mission s'est appuyée sur les SSTI sélectionnés pour l'envoi des mails aux entreprises adhérentes. Compte tenu du positionnement particulier des SSTI tourné à la fois vers l'employeur et vers le salarié, le questionnaire a été adressé, d'une part, aux employeurs, via les SSTI, et d'autre part, aux secrétaires du CSE (CHSCT) pour les entreprises de plus de 50 salariés, via les employeurs des entreprises adhérentes (les SSTI ne disposant pas de leurs coordonnées).

L'exploitation du questionnaire employeurs a été réalisée sur les résultats obtenus pour chaque SSTI. Néanmoins, l'analyse ci-après porte uniquement sur 11 SSTI, la mission n'ayant reçu aucune réponse de la part des entreprises adhérentes de l'un des SSTI (n°10). Compte tenu du faible nombre de réponses obtenu à certaines questions, les résultats détaillés, sous forme de tableau, ne figurent pas dans la présente annexe mais la mission s'est efforcée de donner des éléments d'analyse globaux portant sur les tendances observées dans l'ensemble des SSTI.

Enfin, la mission a reçu seulement 9 retours de la part des représentants des salariés, qui seront donc analysés de manière moins détaillée, dans leurs grandes tendances.

Il est possible que, au sein de l'échantillon représentatif sélectionné initialement, les entreprises et représentants des salariés ayant répondu au questionnaire soient particulièrement préoccupés par le sujet des SSTI, dans le sens d'une appréciation des SSTI plus positive ou au contraire plus critique que la moyenne. Ces résultats doivent être considérés avec certaines précautions au regard de ce biais possible, en particulier compte-tenu de la proportion de répondants relativement faible.





## 1 Enquête auprès des employeurs

### 1.1 Analyse des répondants

#### 1.1.1 Nombre de répondants

Sur l'ensemble des SSTI, le nombre de réponses s'établit à 527, variant entre 22 et 108 selon les SSTI. Ainsi, les résultats obtenus pour chaque SSTI doivent être interprétés avec précaution, compte tenu de la marge d'erreur induite par ce taux de réponses.

Sur l'ensemble des SSTI, le nombre de réponses s'établit à 527, variant entre 22 et 108 selon les SSTI. Ainsi, les résultats obtenus pour chaque SSTI doivent être interprétés avec précaution, compte tenu de la marge d'erreur induite par ce taux de réponses.

Tableau 17 : Nombre de répondants selon

	SSTI 1	SSTI 2	SSTI 3	SSTI 4	SSTI 5	SSTI 6	SSTI 7	SSTI 8	SSTI 9	SSTI 11	SSTI 12
<b>Nombre de répondants</b>	22	53	26	35	67	27	53	108	87	27	22
<b>Marge d'erreur (niveau de confiance de 95 %)</b>	21 %	13 %	19 %	17 %	12 %	19 %	13 %	9 %	10 %	19 %	21 %

Source : Mission

#### 1.1.2 Profil des répondants

Dans la majorité des SSTI, ce sont les chefs d'entreprise qui ont répondu au questionnaire, ce qui est cohérent avec le fait que les entreprises de moins de 10 salariés sont les plus représentées dans l'échantillon (ce qui reflète également le profil des entreprises adhérentes aux SSTI). Les responsables des ressources humaines ressortent en deuxième position (hormis dans trois SSTI où ils sont majoritaires à avoir répondu questionnaire).

Tableau 18 : Qualité des répondants

Vous répondez à ce questionnaire en qualité de :	SSTI 1	SSTI 2	SSTI 3	SSTI 4	SSTI 5	SSTI 6	SSTI 7	SSTI 8	SSTI 9	SSTI 11	SSTI 12	Moy.
<b>Sans réponses</b>	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	2 %	1 %	0 %	0 %	5 %	1 %
<b>Chef d'entreprise</b>	23 %	<b>32 %</b>	19 %	<b>31 %</b>	<b>31 %</b>	<b>37 %</b>	<b>38 %</b>	<b>32 %</b>	<b>36 %</b>	30 %	<b>36 %</b>	<b>31 %</b>
<b>Dirigeant de l'entreprise</b>	18 %	21 %	27 %	23 %	12 %	22 %	15 %	13 %	15 %	22 %	5 %	18 %
<b>DRH ou RRH de l'entreprise</b>	<b>41 %</b>	30 %	<b>42 %</b>	<b>31 %</b>	27 %	15 %	19 %	25 %	23 %	33 %	27 %	29 %
<b>Autre (conjoint collaborateur, etc.)</b>	18 %	17 %	12 %	14 %	30 %	26 %	26 %	30 %	26 %	15 %	27 %	22 %

Source : Mission

Les entreprises répondantes appartiennent majoritairement au secteur tertiaire (44 % en moyenne), et dans une moindre mesure au secteur de la construction (14 %) – étant entendu que l'échantillon de SSTI sélectionné par la mission comportait deux SSTI spécialisés dans le BTP.

Tableau 19 : Secteur d'activité des entreprises répondantes

Quel est votre secteur d'activité parmi les suivants ?	SSTI 1	SSTI 2	SSTI 3	SSTI 4	SSTI 5	SSTI 6	SSTI 7	SSTI 8	SSTI 9	SSTI 11	SSTI 12	Moy.
<b>Sans réponses</b>	0 %	2 %	4 %	0 %	3 %	4 %	2 %	4 %	0 %	0 %	9 %	2 %
<b>Agriculture, sylviculture et pêche</b>	0 %	0 %	4 %	3 %	2 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %
<b>Industries extractives, énergie, eau, gestion des déchets et dépollution</b>	5 %	2 %	0 %	3 %	0 %	0 %	0 %	2 %	0 %	0 %	5 %	1 %
<b>Fabrication de denrées alimentaires, de boissons et de produits à base de tabac</b>	5 %	0 %	0 %	6 %	2 %	0 %	0 %	0 %	3 %	0 %	5 %	2 %
<b>Cokéfaction et raffinage</b>	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
<b>Fabrication d'équipements électriques, électroniques, informatiques ; fabrication de machines</b>	5 %	2 %	0 %	0 %	2 %	0 %	0 %	1 %	0 %	4 %	0 %	1 %
<b>Fabrication de matériels de transport</b>	0 %	0 %	0 %	3 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %
<b>Fabrication d'autres produits industriels</b>	0 %	2 %	0 %	6 %	5 %	4 %	6 %	2 %	7 %	4 %	0 %	3 %
<b>Construction</b>	5 %	0 %	0 %	3 %	12 %	70 %	0 %	55 %	12 %	0 %	0 %	14 %
<b>Commerce; réparation d'automobiles et de motocycles</b>	5 %	17 %	0 %	14 %	10 %	0 %	4 %	0 %	13 %	4 %	18 %	8 %

RAPPORT IGAS N°2019-070R1

<b>Transports et entreposage</b>	0 %	2 %	0 %	3 %	13 %	0 %	2 %	0 %	0 %	11 %	9 %	4 %
<b>Hébergement et restauration</b>	5 %	0 %	12 %	6 %	2 %	0 %	11 %	0 %	6 %	4 %	5 %	4 %
<b>Information et communication</b>	5 %	2 %	12 %	3 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	4 %	0 %	2 %
<b>Activités financières et d'assurance</b>	5 %	2 %	8 %	3 %	0 %	0 %	6 %	0 %	3 %	4 %	0 %	3 %
<b>Activités immobilières</b>	5 %	2 %	0 %	0 %	2 %	4 %	9 %	1 %	1 %	7 %	5 %	3 %
<b>Activités scientifiques et techniques ; services administratifs et de soutien</b>	0 %	6 %	4 %	0 %	0 %	0 %	6 %	1 %	0 %	0 %	0 %	1 %
<b>Administration publique, enseignement, santé humaine et action sociale</b>	5 %	15 %	8 %	9 %	9 %	0 %	11 %	0 %	6 %	0 %	0 %	6 %
<b>Autres activités de services</b>	<b>55 %</b>	<b>47 %</b>	<b>50 %</b>	<b>40 %</b>	<b>40 %</b>	<b>19 %</b>	<b>43 %</b>	<b>35 %</b>	<b>49 %</b>	<b>59 %</b>	<b>46 %</b>	<b>44 %</b>

Source : Mission

La question demandant des précisions quant à certains secteurs d'activité (intérim, BTP, transport routier, aide et soins à la personnes) ne fait pas l'objet d'analyses compte tenu du faible nombre de répondants (71 % de non répondants en dehors des entreprises adhérentes à un service spécialisé en BTP).

Par ailleurs, l'échantillon a été constitué en respectant la répartition des entreprises adhérentes selon leur taille ; néanmoins, la part des entreprises de moins de 10 salariés est moins élevée que celle observée en réalité (80 % environ).

Tableau 20 : Répartition des répondants selon la taille de l'entreprise

Combien l'entreprise compte-t-elle de salariés (équivalents temps plein au 31-12-18) ?	SSTI 1	SSTI 2	SSTI 3	SSTI 4	SSTI 5	SSTI 6	SSTI 7	SSTI 8	SSTI 9	SSTI 11	SSTI 12
<b>Sans réponses</b>	0 %	0 %	0 %	6 %	0 %	0 %	2 %	0 %	1 %	0 %	5 %
<b>Moins de 10</b>	46 %	57 %	62 %	46 %	54 %	56 %	70 %	60 %	56 %	52 %	59 %
<b>Entre 11 et 49</b>	41 %	28 %	31 %	20 %	33 %	30 %	15 %	34 %	25 %	33 %	14 %
<b>De 50 à 499</b>	9 %	11 %	4 %	23 %	13 %	15 %	9 %	6 %	15 %	11 %	23 %
<b>Plus de 500</b>	5 %	4 %	4 %	6 %	0 %	0 %	4 %	0 %	2 %	4 %	0 %

Source : Mission

## 1.2 Adhésion

Dans leur majorité, l'adhésion au SSTI correspond à la création de l'entreprise, y compris lorsque les SSTI n'ont pas une exclusivité d'intervention géographique ; dans ce cas, l'adhésion à un SSTI motivée par un souhait de changer de service concerne en moyenne 19 % des adhérents (cette part variant de 11 % à 27 % selon les SSTI).

Tableau 21 : Situation des répondants au moment de l'adhésion

Quelle était votre situation au moment de l'adhésion au SSTI ?	SSTI 1	SSTI 2	SSTI 3	SSTI 4	SSTI 5	SSTI 6	SSTI 7	SSTI 8	SSTI 9	SSTI 11	SSTI 12	Moy.
<b>Sans réponses</b>	18 %	15 %	19 %	34 %	24 %	11 %	13 %	19 %	22 %	19 %	18 %	19 %
<b>L'entreprise venait de se créer (première adhésion à un SSTI)</b>	50 %	64 %	50 %	63 %	64 %	74 %	68 %	73 %	68 %	78 %	77 %	66 %
<b>L'entreprise a dû changer de SSTI (changement d'activité, de territoire)</b>	5 %	8 %	8 %	3 %	6 %	15 %	8 %	7 %	7 %	4 %	5 %	7 %
<b>L'entreprise a souhaité changer de SSTI et adhérer à un nouveau service</b>	27 %	13 %	23 %	0 %	6 %	0 %	11 %	2 %	3 %	0 %	0 %	8 %

Source : Mission

Peu d'entreprises ont répondu aux questions concernant la mise en place d'un service autonome et les raisons les ayant conduits à privilégier l'adhésion à un SSTI. Sur l'ensemble des SSTI, seule 1 entreprise sur les 10 ayant répondu avait mis en place un SSA auparavant. Quant aux motivations les ayant conduites à adhérer à un SSTI, les 11 entreprises répondantes mentionnent en premier lieu le coût d'une telle mesure, et en second lieu la difficulté à recruter des médecins du travail.

Par ailleurs, les entreprises adhérentes n'ont pas nécessairement conscience de leur possibilité ou non de choisir entre plusieurs SSTI : si un tiers d'entre elles indiquent ne pas le savoir, elles sont 25 % en moyenne à penser à tort qu'elles n'ont pas le choix, et 31 % à considérer à tort qu'elles ont le choix. Pour les entreprises ayant répondu à la question sur la raison ayant déterminé le choix de leur SSTI plutôt qu'un autre (nombre de réponses insuffisamment élevé pour en faire une analyse détaillée), c'est la qualité des prestations qui ressort majoritairement.

Tableau 22 : Perception de la situation d'exclusivité géographique des SSTI

Avez-vous eu le choix entre plusieurs SSTI sur votre territoire?	SSTI 1	SSTI 2	SSTI 3	SSTI 4	SSTI 5	SSTI 6	SSTI 7	SSTI 8	SSTI 9	SSTI 11	SSTI 12	Moy.
<b>Sans réponses</b>	23 %	15 %	23 %	23 %	21 %	19 %	9 %	18 %	14 %	7 %	23 %	18 %
<b>Oui</b>	14 %	15 %	39 %	0 %	3 %	0 %	23 %	7 %	2 %	4 %	5 %	10 %
<b>Non</b>	27 %	36 %	8 %	43 %	42 %	52 %	28 %	43 %	60 %	59 %	41 %	40 %
<b>Je ne sais pas</b>	36 %	34 %	31 %	34 %	34 %	30 %	40 %	33 %	24 %	30 %	32 %	33 %

Source : Mission

S'agissant des documents remis à l'adhésion, les entreprises adhérentes mentionnent en premier lieu la grille de cotisation (31 % en moyenne sur l'ensemble des SSTI), puis le règlement intérieur (29 %), puis la description des prestations (27 %), ensuite les statuts (26 %) et enfin le projet de services et autres documents (14 % chacun).

Tableau 23 : Documents reçus avant l'adhésion

Avant votre adhésion, quels documents vous ont été transmis par le SSTI ?(plusieurs choix possibles)	SSTI 1	SSTI 2	SSTI 3	SSTI 4	SSTI 5	SSTI 6	SSTI 7	SSTI 8	SSTI 9	SSTI 11	SSTI 12	Moy.
<b>Sans réponses</b>	27 %	28 %	31 %	46 %	42 %	30 %	21 %	40 %	33 %	48 %	41 %	35 %
<b>Ses statuts</b>	41 %	19 %	35 %	14 %	<b>27 %</b>	30 %	32 %	15 %	30 %	19 %	23 %	26 %
<b>Son règlement intérieur</b>	<b>46 %</b>	21 %	31 %	20 %	25 %	41 %	36 %	13 %	<b>31 %</b>	<b>26 %</b>	<b>32 %</b>	29 %
<b>Son projet de service</b>	27 %	11 %	27 %	6 %	9 %	15 %	21 %	7 %	10 %	11 %	9 %	14 %
<b>Sa grille de cotisation</b>	41 %	28 %	35 %	20 %	16 %	<b>48 %</b>	<b>49 %</b>	<b>26 %</b>	30 %	19 %	27 %	31 %
<b>La description détaillée des prestations auxquelles l'adhésion donne droit</b>	36 %	<b>30 %</b>	<b>42 %</b>	<b>26 %</b>	21 %	22 %	38 %	17 %	23 %	<b>26 %</b>	14 %	27 %
<b>Autre document</b>	18 %	23 %	12 %	14 %	12 %	11 %	9 %	20 %	17 %	11 %	9 %	14 %

Source : Mission

Il est frappant de noter qu'en moyenne sur l'ensemble des SSTI, seules 22 % des entreprises adhérentes rapportent avoir reçu la visite d'un représentant du SSTI après leur adhésion, ce chiffre variant de 7 % à 42 % selon les SSTI de l'échantillon. L'analyse des réponses concernant les entreprises de moins de 10 salariés montre qu'elles sont encore moins nombreuses à avoir reçu une visite de leur SSTI après leur adhésion (hormis pour 3 SSTI).

Les questions portant sur les professionnels ayant réalisé cette visite et sur l'objet de celle-ci ayant recueilli peu de réponses, la mission ne propose pas d'analyse détaillée ; en revanche, sur l'ensemble des SSTI concernés, il ressort que ce sont les médecins du travail et les ASST qui réalisent majoritairement ces premières visites de l'entreprise, que ce soit pour acquérir une meilleure connaissance de l'entreprise, pour donner une information sur le SSTI et son organisation ou encore pour proposer de participer à des actions de prévention. De même, la question consistant à savoir si l'entreprise avait reçu d'autres visites depuis l'adhésion ne fait pas l'objet d'une analyse détaillée, faute de réponses suffisantes ; néanmoins, sur l'ensemble des SSTI, les entreprises adhérentes ayant répondu indiquent majoritairement qu'elles n'ont pas reçu de visites de la part de leur SSTI.

Tableau 24 : Nombre d'entreprises ayant reçu la visite d'un SSTI après leur adhésion

A la suite de votre adhésion, avez-vous reçu la visite d'un représentant du SSTI ?	SSTI 1	SSTI 2	SSTI 3	SSTI 4	SSTI 5	SSTI 6	SSTI 7	SSTI 8	SSTI 9	SSTI 11	SSTI 12	Moy.
<b>Sans réponses</b>	14 %	8 %	19 %	26 %	19 %	19 %	11 %	15 %	22 %	11 %	27 %	17 %
<b>Oui</b>	41 %	32 %	42 %	9 %	10 %	7 %	30 %	18 %	24 %	19 %	14 %	22 %
<b>Non</b>	46 %	60 %	39 %	66 %	70 %	74 %	59 %	68 %	54 %	70 %	59 %	60 %

Source : Mission

### 1.3 Attentes des entreprises adhérentes

Le suivi médical individuel ressort comme la principale attente des entreprises adhérentes vis-à-vis de leur SSTI, ce qui se conçoit aisément compte tenu de la responsabilité de l'employeur ; cela montre également l'attachement des employeurs à ce type de suivi malgré la réforme de 2016 consistant à ne réserver les visites médicales d'embauche qu'aux salariés soumis à des risques particuliers.

Ensuite, les entreprises adhérentes expriment des attentes concernant l'aide à l'établissement du DUERP, l'identification des risques et la réalisation de la fiche d'entreprise (cette dernière n'étant pas toujours perçue comme une aide à l'établissement du DUERP).

La délivrance de conseils sur l'aménagement de poste et sur l'organisation du travail constitue également une attente de la part des entreprises (28 % des attentes exprimées par les entreprises adhérentes). En revanche, les conseils sur la réduction de l'absentéisme et des accidents du travail ne s'élève qu'à 11 % des attentes, et la possibilité de recourir à une assistante sociale ou une psychologue du travail pour les salariés en difficultés qu'à 13 %.

Enfin, la participation du SSTI aux réunions du CSE est une attente très peu formulée par les entreprises adhérentes (seules 3 % l'exprimant).

Tableau 25 : Principales attentes vis-à-vis des SSTI

Quelles sont vos attentes principales vis-à-vis d'un SSTI ? (plusieurs choix possibles)	SSTI 1	SSTI 2	SSTI 3	SSTI 4	SSTI 5	SSTI 6	SSTI 7	SSTI 8	SSTI 9	SSTI 11	SSTI 12	Moy.
<b>Sans réponses</b>	5 %	2 %	4 %	9 %	6 %	0 %	2 %	4 %	5 %	4 %	5 %	4 %
<b>Assurer le suivi médical (notamment les visites d'information et de prévention d'embauche et périodiques) imposé par la loi</b>	82 %	85 %	77 %	89 %	93 %	93 %	89 %	87 %	87 %	85 %	91 %	87 %
<b>Réaliser un document de synthèse sur l'entreprise (fiche d'entreprise)</b>	32 %	17 %	15 %	14 %	22 %	19 %	30 %	17 %	20 %	15 %	14 %	19 %
<b>Aider à établir le document unique d'évaluation des risques</b>	27 %	51 %	27 %	23 %	25 %	37 %	38 %	32 %	29 %	30 %	23 %	31 %
<b>Présenter le bilan annuel du médecin du travail en réunion du CHSCT / CSE</b>	0 %	6 %	0 %	9 %	5 %	0 %	8 %	0 %	6 %	0 %	5 %	3 %
<b>Aider à identifier les risques (ex : chimiques, physiques, mécaniques, biologiques) et mesurer les expositions (ex : bruit, luminosité, poussières), conseiller sur les équipements à installer ou les matériaux à utiliser</b>	23 %	26 %	8 %	26 %	21 %	37 %	19 %	26 %	24 %	19 %	18 %	22 %
<b>Conseiller sur l'aménagement des postes de travail, des locaux, et l'organisation du travail</b>	18 %	17 %	35 %	40 %	25 %	19 %	28 %	15 %	31 %	41 %	41 %	28 %
<b>Former le chef d'entreprise et les salariés aux actions et gestes de prévention</b>	14 %	19 %	27 %	11 %	18 %	19 %	13 %	19 %	13 %	37 %	18 %	19 %
<b>Donner des conseils pour réduire l'absentéisme ou les accidents du travail</b>	14 %	19 %	8 %	14 %	18 %	11 %	6 %	12 %	6 %	7 %	9 %	11 %
<b>Offrir les services d'un psychologue et / ou un(e) assistant(e) social(e) pour les salariés en difficulté et la prévention des risques psycho-sociaux</b>	14 %	11 %	12 %	14 %	9 %	4 %	15 %	10 %	15 %	22 %	14 %	13 %

Source : Mission



Les entreprises avaient la possibilité de s'exprimer sur leurs attentes (cf. tableau 10).

Tableau 26 : Verbatims des attentes exprimées par les adhérents

Principales attentes	Verbatims
<b>Absence d'attentes particulières</b>	<p>« Aucune »</p> <p>« Rien de particulier. »</p> <p>« Désolé de ne pouvoir vraiment répondre. J'ai procédé à une adhésion "reflexe" sans m'interroger sur les attentes »</p> <p>« JE N'ATTANDS RIEN DE LA MEDECINE DU TRAVAIL »</p>
<b>Suivi individuel des salariés</b>	<p>« FAIRE LES VISITES DANS LES TEMPS »</p>
<b>Repérage des risques et prévention</b>	<p>« Aider l'entreprise pour la partie RPS de l'évaluation des risques »</p>
<b>Maintien dans l'emploi</b>	<p>« Soutien pour reclassement de salariés en difficultés dans leur poste actuel »</p>
<b>Echanges avec le SSTI</b>	<p>« Qu'il y ait des visites du médecin du travail plus souvent en entreprise pour échanger aussi sur les particularités de notre travail »</p> <p>« Un SSTI devrait être au service des entreprises »</p> <p>« être à l'écoute des problèmes du chef d'entreprises »</p>
<b>Autres</b>	<p>« Avoir un suivi annuel pour une cotisation annuelle »</p> <p>« Former le chef d'entreprise et les salariés aux gestes de premiers secours »</p> <p>« Faire apparaître les vaccinations sur la fiche d'aptitude médicale (lepto) »</p> <p>« Donner ses consignes aux ouvriers présentant des insuffisances hygiéniques, les paroles d'un médecin sont souvent suivies »</p>

Source : Mission

## 1.4 Satisfaction du service rendu

Sur l'ensemble des SSTI concernés, les entreprises adhérentes sont majoritairement satisfaites de leur SSTI (67 % d'entreprises plutôt satisfaites ou totalement satisfaites en neutralisant les non-réponses), avec de fortes disparités entre SSTI, ce taux variant de 34 % à 85 %. Seuls deux SSTI ont des taux d'insatisfaction supérieurs aux taux de satisfaction (561 % et 66 % d'entreprises non satisfaites). L'analyse des réponses des entreprises de moins de 10 salariés ne fait pas ressortir de tendance globale : pour trois SSTI de l'échantillon, ces entreprises sont notablement moins satisfaites que le reste des entreprises, alors que pour les autres SSTI, leur taux de satisfaction est légèrement meilleur, voire notablement supérieur pour deux SSTI.

Tableau 27 : Satisfaction des entreprises adhérentes

Vos attentes sont-elles satisfaites par votre SSTI actuel ?	SSTI 1	SSTI 2	SSTI 3	SSTI 4	SSTI 5	SSTI 6	SSTI 7	SSTI 8	SSTI 9	SSTI 11	SSTI 12	Moy.
<b>Sans réponses</b>	5 %	2 %	8 %	9 %	5 %	0 %	0 %	3 %	1 %	4 %	5 %	4 %
<b>Totalement satisfaites</b>	23 %	19 %	39 %	26 %	24 %	19 %	26 %	21 %	24 %	7 %	0 %	21 %
<b>Plutôt satisfaites</b>	55 %	55 %	35 %	26 %	51 %	59 %	40 %	62 %	52 %	30 %	32 %	45 %
<b>Plutôt pas satisfaites</b>	18 %	21 %	12 %	29 %	13 %	11 %	13 %	12 %	14 %	33 %	36 %	19 %
<b>Pas satisfaites du tout</b>	0 %	4 %	8 %	11 %	8 %	11 %	21 %	2 %	9 %	26 %	27 %	12 %

Source : Mission

Les trois principaux motifs d'insatisfaction concernent les délais d'obtention des visites médicales, l'espacement des visites périodiques et l'étendue de l'offre en matière de prévention.

Tableau 28 : Motifs d'insatisfaction

Pouvez-vous détailler ci-dessous en quoi vos attentes ne sont pas satisfaites ? (plusieurs réponses possibles)	SSTI 1	SSTI 2	SSTI 3	SSTI 4	SSTI 5	SSTI 6	SSTI 7	SSTI 8	SSTI 9	SSTI 11	SSTI 12	Moy.
<b>Sans réponses</b>	41 %	40 %	62 %	49 %	48 %	44 %	43 %	60 %	59 %	15 %	18 %	43 %
<b>La qualité du suivi médical n'est pas satisfaisante</b>	5 %	15 %	12 %	14 %	10 %	11 %	19 %	8 %	10 %	26 %	18 %	14 %
<b>Les délais pour obtenir une visite médicale sont trop longs</b>	14 %	13 %	15 %	9 %	21 %	22 %	28 %	7 %	12 %	52 %	55 %	22 %
<b>Les visites périodiques sont trop espacées</b>	14 %	21 %	12 %	20 %	13 %	19 %	21 %	12 %	16 %	33 %	41 %	20 %
<b>Les médecins du travail sont difficiles à mobiliser</b>	14 %	17 %	4 %	3 %	12 %	7 %	4 %	5 %	13 %	26 %	18 %	11 %

RAPPORT IGAS N°2019-070R1

L'offre de service en matière de conseil et de prévention n'est pas de bonne qualité	9 %	6 %	4 %	11 %	0 %	4 %	2 %	5 %	3 %	4 %	0 %	4 %
L'offre de service en matière de conseil et de prévention n'est pas assez accessible	36 %	25 %	15 %	11 %	12 %	15 %	19 %	14 %	16 %	22 %	14 %	18 %
Les équipes du SSTI n'ont jamais le temps de passer dans l'entreprise	14 %	8 %	0 %	14 %	16 %	19 %	11 %	6 %	16 %	11 %	9 %	11 %
Autre	5 %	11 %	12 %	14 %	10 %	0 %	6 %	7 %	7 %	15 %	23 %	10 %

Source : Mission

Dans le cadre du questionnaire adressé aux entreprises adhérentes, celles-ci avaient la possibilité d'exprimer plus précisément leurs doléances vis-à-vis de leur SSTI qui peuvent se regrouper en plusieurs thématiques figurant dans le tableau ci-dessous.

Tableau 29 : Doléances des entreprises adhérentes concernant leur SSTI

Principales doléances	Verbatims
<b>Mauvaise perception de l'utilité du SSTI</b>	<p>« Je ne savais pas que j'étais adhérent d'un SSTI »</p> <p>« Pour moi cela ne devrait pas exister le SSTI ne sert à rien »</p> <p>« Encore une façon de nous ponctionner »</p> <p>« Je ne suis pas habilité à répondre en tant que Gestionnaire paie. Je ne suis pas médecin »</p> <p>« Avant ce questionnaire je n'avais jamais entendu parler du SSTI »</p>
<b>Manque / Défaut de réalisation des prestations</b>	<p>« Jamais rien à part les visites obligatoires »</p> <p>« Pas de reponses suite à la visite pour la fiche entreprise »</p> <p>« Visite d'embauche non systématiquement programmées alors que lors de la déclaration préalable d'embauche il est notifié que les services de la Médecine du Travail sont informés »</p> <p>« Fiche d'entreprise non réalisée. Pas de conseils en prévention »</p> <p>« OK pour visites. Pour prévention et conseils, bénéfice que sur sollicitation »</p> <p>« Le SSTI devrait passé plus de temps en entreprise. »</p> <p>« Le service a fortement évolué au cours des dernières années tant en ce qui concerne les délais pour les rdv que les réponses apportées à nos demandes au MEDECIN, ou l'information sur les services proposes »</p> <p>« Un SSTI devrait être au service des entreprises »</p> <p>« Les rendez-vous sont envoyés uniquement par mail à l'employeur et pas au salarié, les attestations de visite ne sont données qu'au salarié en format papier, on n'a jamais aucun contacts directs, jamais de conseils. »</p> <p>« LA MEDECINE DU TRAVAIL EST ABSENTE DANS LE QUOTIDIEN DE L ENTREPRISE. ILS NE SERVENT A L HEURE ACTUELLE QU A FAIRE PASSER LES VISITES OBLIGATOIRES »</p>

RAPPORT IGAS N°2019-070R1

	<p>« Actuellement plus d'un an d'attente pour une visite d'embauche. »</p> <p>« Régulièrement obliger de menacer de transférer la responsabilité du défaut de visite pour parvenir à avoir des visites dans les délais légaux. Le suivi des dates de visites n'est pas fait par le SSTI mais doit être fait par l'entreprise sionon aucune nouvelle et visites non »</p> <p>« Les difficultés pour remplacer les médecins du travail entraînent des retards dans le suivi des visites (embauche, périodique et reprise) »</p> <p>« 16 personnes sur 33 ne sont pas à jour actuellement dans leur visites et les cotisations elles ne sont pas modifiées »</p> <p>« examens périodiques non réalisés, médecins injoignables en cas de problème, je n'ai pas pu cocher tous les items précédents mais tous méritent de l'être »</p> <p>« le temps de réponse pendant les vacances ... »</p> <p>« aucun contact avec le SSTI depuis l'adhésion de l'entreprise : ce service est obligatoire, il est payant, il ne m'a servi à rien depuis 2 ans »</p>
<p><b>Rapport qualité / prix</b></p>	<p>« Tarif imposés par rapport à la prestation totalement aberrants et inadmissibles. Comment osez vous demander presque 100 €/an pour chaque salarié sachant que vous ne les voyez en consultation qu'une fois tous les 5 ans???????? »</p> <p>« Service très onéreux pour zéro conseil personnalisé (fournir des brochures c'est très insuffisant) et 1 visite tous les + de 3 ans »</p> <p>« Retards systématiques. Prix des cotisations qui s'accroît de façon déraisonnable et injustifiée chaque année »</p> <p>« payer tous l'an une prestation faite que tous les 2 ou 3 ans cela devient vraiment intolérable »</p>
<p><b>Qualité des prestations / relations avec le médecin du travail</b></p>	<p>« Partialité du corps médical au sein du SSTI »</p> <p>« Mon médecin du travail a un parti pris qui visiblement l'empêche de collaborer avec le chef d'entreprise que je suis. »</p> <p>« Restriction et aménagement de poste incompatibles avec la réalité du terrain »</p> <p>« Le diagnostic varie suivant les médecins »</p> <p>« Informer le chef d'entreprise sur la santé du salarié (certains points) pouvant influencer sur son travail et celui des autres. Exemple: j'ai un salarié qui a un petit problème auditif il me paraît obligatoire de le savoir à l'embauche car ce problème peut s'avérer dangereux sur un chantier (je l'ai découvert après coup de sa part) »</p> <p>« Certain médecin trop compliqué, les salariés ne veulent plus y aller!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!!! »</p> <p>« Les médecins vont toujours dans le sens du salarié. Même en proposant des reclassements, si le salarié ne souhaite plus travailler, même s'il le peut, la médecine du travail ira dans le sens du salarié. C'est la porte ouverte pour des maladies professionnelles même si elles n'ont pas lieu d'être »</p> <p>« COMPETENCE DU MEDECIN »</p> <p>« Ce n'est plus une visite médicale. Mon nouveau salarié, qui débute dans le métier, pour une première visite est vu par une infirmière.... Je ne trouve pas cela normal. Un salarié en poste est vu après 2 ans, on lui demande si tout va bien : il répond oui et part.... »</p> <p>« Une visite inopinée des fois des entreprises, permettrait peut être de voir comment se passe le travail. »</p>

<b>Locaux / géographique</b> / <b>proximité</b>	<p>« Lieux des visites n'ont adaptés à nos salariés en mission »                  « Les visites ne se font pas au sein de l'entreprise alors que nous avons des locaux à disposition. »                  « Trop peu de visites sont disponibles dans le centre le plus proche de notre entreprise ce qui oblige les ouvriers à se déplacer plus loin et donc perdre du temps sur les chantiers »                  « Localité des centres pas adaptés aux personnes n'ayant pas de moyen de locomotion et qui ne sont pas desservis par les bus, centres excentrés par rapport aux centre-villes »                  « Pas assez de flexibilité sur le lieu de visite médical qui dépend de l'adresse de l'entreprise. »                  « Localisation des centres pour les personnes n'ayant pas de moyens de locomotion et le cout puisque nous devons déclarer tous nos salariés donc même 1 personne qui travaille 1h/mois, nous payons la même cotisation que pour 1 salarié temps plein. De plus, la majorité des salariés dans notre domaine sont multi-employeur. La médecine du travail perçoit la cotisation annuelle "plein pot" * nombre d'employeur indépendamment du nombre d'heure passé chez chacun d'eux »</p>
<b>Gestion administrative / contact avec le SSTI</b>	<p>« Nous souhaiterions avoir un portail nous permettant d'accéder aux factures, cotisations et suivi médical des salariés »                  « La froideur des contacts téléphoniques pour une demande d'adhésions ou pour avoir un renseignement. On nous fait comprendre avec une certaine supériorité que c'est obligatoire, que l'on a pas le choix et on nous adresse un montant à payer sans aucune explication, que se soit sur la chronologie des étapes, des éventuelles délais d'attente etc...) »                  « Leur interface web est antédiluvienne. Nous sommes en 2020, pas en 1998. »</p>

Source : Mission

Dans le cadre du questionnaire, les employeurs interrogés considèrent majoritairement que le SSTI adopte une posture plutôt neutre dans son rôle de conseil de l'employeur d'une part, et du salarié, d'autre part. Compte tenu de l'impossibilité d'exploiter les réponses au questionnaire destiné aux représentants du personnel (une seule réponse sur l'ensemble des SSTI), la mission ne peut confronter cette perception à celle des salariés.

Tableau 30 : Perception du positionnement du SSTI

Dans son positionnement, le SSTI vous semble-t-il :	SSTI 1	SSTI 2	SSTI 3	SSTI 4	SSTI 5	SSTI 6	SSTI 7	SSTI 8	SSTI 9	SSTI 11	SSTI 12	Moy.
<b>Sans réponses</b>	9 %	8 %	4 %	14 %	10 %	4 %	4 %	7 %	5 %	7 %	14 %	8 %
<b>Plutôt du côté de l'employeur : il aide l'employeur à se protéger</b>	5 %	2 %	4 %	3 %	0 %	0 %	6 %	1 %	2 %	4 %	0 %	2 %
<b>Plutôt du côté des salariés : il protège leur santé et les aide à exercer leurs droits</b>	18 %	23 %	12 %	26 %	22 %	33 %	32 %	29 %	28 %	41 %	9 %	25 %
<b>Plutôt neutre : le SSTI a le souci de la santé au travail, indépendamment de l'avis de l'employeur ou des salariés</b>	68 %	68 %	81 %	57 %	67 %	63 %	59 %	64 %	66 %	48 %	77 %	65 %

Source : Mission

Si le taux de non réponse est assez élevé sur la question portant sur la participation aux réunions du CSE / CHSCT (cette question n'ayant pas fait l'objet de filtre selon la taille des entreprises), il ressort que la majorité des entreprises répondantes indiquent les SSTI ne participent quasiment jamais aux réunions du CHSCT, ce qui est cohérent avec les chiffres collectés auprès des SSTI sur les actions en milieu de travail.

Tableau 31 : Participation aux réunions du CSE / CHSCT

Votre SSTI participe-t-il régulièrement aux réunions du CHSCT/CSE ?	SSTI 1	SSTI 2	SSTI 3	SSTI 4	SSTI 5	SSTI 6	SSTI 7	SSTI 8	SSTI 9	SSTI 11	SSTI 12	Moy.
<b>Sans réponses</b>	32 %	55 %	54 %	49 %	60 %	59 %	53 %	66 %	54 %	56 %	55 %	54 %
<b>À chaque réunion du CSE/CHSCT</b>	9 %	0 %	0 %	3 %	0 %	0 %	8 %	6 %	6 %	7 %	5 %	4 %
<b>Aux 2/3 des réunions du CSE/CHSCT</b>	0 %	0 %	4 %	6 %	2 %	7 %	2 %	1 %	2 %	0 %	0 %	2 %
<b>À la moitié des réunions du CSE/CHSCT</b>	0 %	2 %	0 %	3 %	2 %	0 %	2 %	1 %	0 %	4 %	0 %	1 %
<b>À 1/3 des réunions du CSE/CHSCT</b>	5 %	0 %	4 %	3 %	3 %	0 %	2 %	0 %	1 %	0 %	0 %	2 %
<b>Ne participe quasiment jamais à ces réunions</b>	55 %	43 %	39 %	37 %	34 %	33 %	34 %	27 %	37 %	33 %	41 %	38 %

Source : Mission

Enfin, il convient de noter que la question portant sur la communication régulière de documents (rapport annuel d'activité, compte-rendus du CA et de la CC, bilans, etc.) aux entreprises ne fait pas l'objet d'analyse, compte tenu du nombre insuffisamment élevé de répondants.

## 1.5 Cotisation

Les entreprises adhérentes se montrent critiques sur le rapport qualité / prix des prestations délivrées par les SSTI ; sur l'ensemble des SSTI, 54 % des entreprises estiment que le montant des cotisations n'est pas justifié au regard des services rendus, ce taux variant entre 39 % et 70 % selon les SSTI concernés.

Tableau 32 : Perception du rapport qualité / prix

Le montant de la cotisation vous apparaît-il justifié au regard des services rendus ?	SSTI 1	SSTI 2	SSTI 3	SSTI 4	SSTI 5	SSTI 6	SSTI 7	SSTI 8	SSTI 9	SSTI 11	SSTI 12	Moy.
<b>Sans réponses</b>	18 %	8 %	12 %	14 %	12 %	4 %	6 %	11 %	6 %	7 %	14 %	10 %
<b>Oui</b>	36 %	26 %	50 %	40 %	40 %	41 %	38 %	36 %	43 %	22 %	18 %	36 %
<b>Non</b>	46 %	66 %	39 %	46 %	48 %	56 %	57 %	53 %	52 %	70 %	68 %	54 %

Source : Mission

10 % des SSTI font état de suppléments versés au SSTI en sus de la cotisation de base, correspondant généralement à deux cas de figure :

- La facturation d'une pénalité en cas d'absence du salarié à la visite médicale (correspondant au montant de la cotisation annuelle pour un salarié en général), certains déplorant cette mesure, considérant qu'ils n'ont pas de leviers sur leurs salariés pour se rendre à la visite médicale ou que l'emploi du temps professionnel n'est pas compatible avec les horaires de visite. Dans le cas d'un SSTI, plusieurs employeurs soulignent qu'ils ne sont pas prévenus de la date de visite, ce qui ne leur permet pas d'agir ;
- La facturation pour les visites liées à l'embauche de salariés de l'entreprise (y compris CDD et intérimaires), ce qui est mal compris par les entreprises qui paient une cotisation sur l'ensemble de leurs salariés chaque année alors que tous ne sont pas vus en visite médicale dans l'année.

D'autres motifs de facturation complémentaire sont également mentionnés tels que la visite mensuelle de suivi d'un salarié ayant un problème d'addiction, la mesure pour la détection de risques chimiques, une étude de facteurs de pénibilité, une visite de reprise, des examens complémentaires (prises de sang et radio), convocation dans d'autres centres que le centre habituel.

Tableau 33 : Facturation de suppléments en sus de la cotisation

Des prestations ont-elles été facturées en plus de la cotisation de base ?	SSTI 1	SSTI 2	SSTI 3	SSTI 4	SSTI 5	SSTI 6	SSTI 7	SSTI 8	SSTI 9	SSTI 11	SSTI 12	Moy.
<b>Sans réponses</b>	9 %	9 %	12 %	11 %	18 %	11 %	2 %	11 %	7 %	4 %	9 %	9 %
<b>Oui</b>	5 %	11 %	12 %	6 %	6 %	7 %	9 %	17 %	3 %	22 %	14 %	10 %
<b>Non</b>	59 %	64 %	54 %	71 %	51 %	67 %	59 %	48 %	72 %	56 %	59 %	60 %
<b>Je ne sais pas</b>	27 %	15 %	23 %	11 %	25 %	15 %	30 %	24 %	17 %	19 %	18 %	20 %

Source : Mission

Les entreprises adhérentes ne manifestent pas, dans leur grande majorité, de souhait de changer de SSTI si elles en avaient la possibilité ; seules 16 % exprimant ce souhait, les motivations étant retracées dans le tableau xx.

Tableau 34 : Souhait de changer de SSTI

Si vous en avez la possibilité, envisagez-vous de changer de SSTI ?	SSTI 1	SSTI 2	SSTI 3	SSTI 4	SSTI 5	SSTI 6	SSTI 7	SSTI 8	SSTI 9	SSTI 11	SSTI 12	Moy.
<b>Sans réponses</b>	27 %	13 %	8 %		13 %	22 %	11 %	14 %	12 %	22 %	18 %	16 %
<b>Oui</b>	9 %	17 %	19 %	11 %	10 %	7 %	28 %	8 %	14 %	26 %	27 %	16 %
<b>Non</b>	64 %	70 %	73 %	71 %	76 %	70 %	60 %	78 %	75 %	52 %	55 %	68 %

Source : Mission



Tableau 35 : Motivations au souhait de changer de SSTI

Principales motivations	Verbatims
<b>Qualité du service rendu</b>	<p>« le service de SSTI est plus intéressé à obtenir des réponses favorables au "maladie en vogue" et à faire des inaptitudes de complaisance »</p> <p>« SUIVI PLUS REGULIER AIDE DANS LE DOCUMENT UNIQUE »</p> <p>« J'attends que ça...la possibilité d'en changer Délai de RDV trop longs à obtenir et médecin DR XXX trop compliqué qui dégoûte les salariés. Ils n'ont plus envie d'y aller on évite les visites au possible A quand la possibilité d'en changer????????????? »</p> <p>« Pour axer plus sur le suivi médical et non pour donner aux salariés des moyens de pression sur nous, petites entreprises. Exemple : mon apprenti arrive. Il passe sa première visite d'embauche avec l'infirmière. Elle lui demande s'il a bien eu la formation échafaudage....!! Il m'a donc demandé cette formation....!! mon apprenti au bout de 2 mois de présence a vu que ce métier ne lui convenait pas !!! (et ce n'est pas la seule "information" qu'il a eu). »</p> <p>« Le service est inadapté à une entreprise comme la nôtre (jeune, dynamique, agile, principalement composée de cadres) : - on ne propose des services (par exemple petits-déjeuners sur des thèmes variés) qui ne me sont d'aucune utilité- l'interface est catastrophique- la visite faite dans nos locaux montrait un décalage total entre [le SSTI] et notre réalité terrain : conseils inapplicables, obligations ubuesques (mettre le produit vaisselle sous clé, par exemple), etc »</p> <p>« Un mépris total de la vérité et de la santé. Ils ne se soucient que de demander aux personnes concernées ce qu'elles veulent sans aucun rapport avec leur santé. Méprisent leurs devoirs et nos droits. »</p> <p>« Suivi médical qui ne répond pas aux obligations légales. Pas de rapport annuel si on ne le demande pas et très succinct. Pluralité de médecins du travail qui n'ont pas toujours la même appréciation (poste à risque, visite de reprise ...) »</p> <p>« Nous souhaiterions un suivi sérieux et des actions régulières dans l'entreprise (prévention). A l'heure actuelle, les visites sont faites que par obligation mais nous estimons qu'elles ne servent à rien. Vu le peu de choses recherchées en visite, le médecin du travail ne peut pas détecter le moindre problème de santé (contrôle du poids, de la tension, bandelette urinaire, test visuel avec un appareil obsolète). Le médecin traitant des salariés est bien plus utile. »</p>
<b>Rapport qualité / prix</b>	<p>« pour les raisons que j'ai évoqué précédemment dans le questionnaire, prestations du [SSTI] honteusement chères!!!! »</p> <p>« La cotisation n'a pas baissé alors que les salariés ne sont vus que tous les 5 ans, par des infirmières et non des médecins. En 2019, les salariés qui devaient être convoqués ne l'ont pas tous été. Nous avons payé 4171 € pour 11 visites par une infirmière. J'ai demandé à bénéficier d'une visite collective pour les animateurs saisonniers le samedi, mais ce n'est pas possible de le mettre en place, car en dehors des horaires habituels. Nous avons eu la prononciation d'une inaptitude totale pour une salariée. Dans notre réseau associatif, nous constatons une recrudescence des déclarations d'inaptitude totale, qui ont de lourdes conséquences sur nos ressources humaines. Nous n'avons pas le choix de prendre [le SSTI], mais nous ne sommes pas satisfaits du tout. »</p> <p>« Afin d'étudier un meilleur suivi et conseil par rapport au coût. »</p> <p>« La tarification est prohibitif par rapport au services rendus »</p> <p>« Disponibilité des équipes/qualité du relationnel / coût de la prestation »</p> <p>« A part payer nos cotisations, nous n'avons aucun rapport avec les services du SSTI »</p>

	<p>« j'en ai assez de payer tous les ans , d'avance , et à un tarif exagéré , une consultation qui n'a pas lieu »</p> <p>« montant cotisation »</p> <p>« voir réponses précédentes le service est NUL et les échanges pas tout tout positifs PLUS des salariés en poste depuis plus de 3 ans NON convoqués alors qu'on paye une cotisation "assez élevé" »</p> <p>« peu disponibleil faut relancer sans cesse pour les visites de suivi. Des salariés convoqués à leur visite d'embauche 6 mois après leur entrée dans la société !un service facturé extrêmement cher (86 € HT par an et par salarié) pour voir une infirmière tous les 4 ans !quelle entreprise accepte de payer pour une prestation non assurée ? »</p> <p>« Forte augmentation de la cotisation en moins de 2 ans. »</p> <p>« Car on paie cher tous les ans pour être n'être reçu que tous les 3 ou 4 ans. De plus il faut réclamer des rendez-vous alors qu'avant on recevait des convocations et on se fait incriminer par l'inspection du travail si des visites sont en retard. Nous avons clairement l'impression d'être racketté. Je préférerais que mes salariés aillent voir le médecin généraliste le plus proche de l'entreprise afin d'être contrôlé tous les ans. Le suivi serait bien meilleur et plus régulier et somme toute moins cher, tout en restant dans l'intérêt de nos collaborateurs. »</p> <p>« trop cher mal organisé inutile incompétences des personnes visites inutiles visites espacées de 3 années mais redevables tous les ans n y a-t-il pas comme un problème AVEZ VOUS DEJA CALCULE LE PRIX DES 5 MINUTES DE VISITES??? C'est du racket d'entreprises obligatoire »</p>
<p><b>Positionnement du SSTI / relations avec l'entreprise</b></p>	<p>« trop pres des salariés et pas assez des employeurs aucune neutralité »</p> <p>« un SSTI devrait être au service des entreprises »</p> <p>« il n est pas neutre. Il est à l'écoute du salarié et ne demande pas avis a l'employeur j'avais une salarié en accident du travail chez moi en tant que salarié et bossait en ambulance en tant que indépendant dans d'autre société. il l'a mise en incapacité sachant que je lui est averti qu' elle bossait ailleurs et à ce jour. prime licenciement double pour moi. »</p> <p>« Pas ou peu de suivi, aucune information de l'employeur pour les risques liés au travail des salariés, aucune souplesse lorsqu'un salarié rate sa visite, tarifs excessifs et identiques chaque année, qu'il y ait une visite ou pas. Aucune adaptation à la taille de notre structure associative. »</p>
<p><b>Disponibilité / réalisation des visites</b></p>	<p>« DISPONIBILITE »</p> <p>« Les visites médicales ne sont jamais assurées, j'ai le sentiment que [le SSTI] ronronne sur lui-même et est en "autosuffisance", il y a des prestations prévues, mais elles touchent très peu leurs cibles. [Le SSTI] ne prend jamais d'initiative en direction des adhérents, il n'organise pas les visites de prévention et d'information en fonction des DPAE qui leurs sont pourtant adressées (soit disant "en projet" de qui se moque-t'on ?). Il n'y a pas suffisamment de Médecins du travail et trop d'administratifs et de périphériques (auxiliaires de prévention !). Ils ne peuvent pas détecter les problèmes s'ils ne rencontrent pas les salariés périodiquement. En fait ce service n'a plus lieu d'être il ne remplit pas sa mission. Je suis avant tout expert-comptable et j'observe ce phénomène chez tous mes clients, [le SSTI] pour eux ce n'est qu'une cotisation obligatoire de plus. D'ailleurs, [le SSTI] sans améliorer ses services prévoit d'augmenter de 25 % sa facturation par divers moyens. C'est inadmissible. Ils pourraient par exemple avoir des locaux plus modestes. Cette administration est pathologique ! »</p>

RAPPORT IGAS N°2019-070R1

	<p>« pour avoir plus de visites. pour que les visites soient réalisées dans les temps. pour ne pas à avoir à les appeler pour avoir des rendez-vous. pour avoir une organisation sérieuse »</p> <p>« 10 mois pour obtenir une visite d'embauche...Pas de retour sur une demande de visite pour un salarié en souffrance psychologique, aucun soutien à l'équipe à ce moment là... »</p> <p>« Si mon territoire offrait la possibilité de le faire, je ne quitterai pas le [SSTI] mais adhérerait à une autre SSTI afin de pouvoir avoir des RDV avec un medecin pour les SIR. »</p> <p>« TROP PEU VOIR PAS DU TOUT DE RENDEZ VOUS AVEC UN MEDECIN »</p> <p>« Pour avoir un suivi plus régulier car aujourd'hui on voit bien que les médecins du travail sont dépassés et qu'ils n'ont plus le temps d'échanger avec les salariés. Le suivi n'est pas à jour, nous avons 16 personnes en retard sur 33 salariés gérés par le [SSTI]. Même pour les visites de reprise suite à un arrêt de plus d'un mois les rdv sont compliqués à prévoir. Nous avons parfois l'impression que l'intervention d'un médecin indépendant (je ne sais pas si cela se fait) serait plus efficace et ne nous coûterait pas plus cher. »</p>
<b>Proximité</b>	<p>« Pas assez de proximité »</p> <p>« Proximité celle de XXX, elle est à 5 minutes de chez nous, contrairement à celle de XXX actuellement. C'est contraignant pour nous et nos salariés. »</p> <p>« Pour se rapprocher de notre entreprise et pour réduire les cotisations qui vont être excessives en 2020 »</p>
<b>Autres</b>	<p>« rapport litigieux sur les SSTI »</p> <p>« ORGANISATION QUI NE SERT A RIEN. Une visite chez un médecin indépendant serait bien meilleure »</p> <p>« pas assez de réactivité lors des demandes de visites médicales, amabilité moyenne »</p> <p>« j'aimerais changer mais je pense que toutes ces institutions fonctionnent de la même façon. En lisant ces questions, je viens de me rendre compte à quoi elle servait vraiment et elle ne remplit pas son rôle. J'ai l'impression de payer toute les années pour rien. »</p> <p>« Cette possibilité doit être accompagnée d'une offre d'autres prestataires et connaitre leurs modalités de fonctionnement avant toute décision de changement »</p>

Source : Mission

## 1.6 Gouvernance

Les entreprises ayant répondu au questionnaire n'ont pas, dans leur très grande majorité, participé à la désignation des membres des instances des SSTI (conseil d'administration ou commission de contrôle). Néanmoins, la part des employeurs qui s'estiment bien représentés est équivalente à celle qui ne le considère pas.

Tableau 36 : Participation à la désignation des membres des instances

Avez-vous participé à la désignation des membres de ces instances de gouvernance du SSTI ?	SSTI 1	SSTI 2	SSTI 3	SSTI 4	SSTI 5	SSTI 6	SSTI 7	SSTI 8	SSTI 9	SSTI 11	SSTI 12	Moy.
<b>Sans réponses</b>	14 %	8 %	12 %	9 %	9 %	7 %	4 %	10 %	2 %	7 %	14 %	9 %
<b>Oui</b>	5 %	0 %	4 %	11 %	3 %	7 %	2 %	3 %	8 %	7 %	0 %	5 %
<b>Non</b>	82 %	93 %	85 %	80 %	88 %	85 %	94 %	87 %	90 %	85 %	86 %	87 %

Source : Mission

Tableau 37 : Perception sur la représentation des employeurs au niveau des instances

Estimez-vous être bien représenté dans les instances du SSTI ?	SSTI 1	SSTI 2	SSTI 3	SSTI 4	SSTI 5	SSTI 6	SSTI 7	SSTI 8	SSTI 9	SSTI 11	SSTI 12	Moy.
<b>Sans réponses</b>	36 %	30 %	39 %	29 %	37 %	48 %	19 %	28 %	28 %	26 %	50 %	34 %
<b>Oui</b>	32 %	25 %	50 %	31 %	31 %	33 %	40 %	44 %	48 %	15 %	27 %	34 %
<b>Non</b>	32 %	45 %	12 %	40 %	31 %	19 %	42 %	28 %	24 %	59 %	23 %	32 %

Source : Mission

## 1.7 Sollicitation d'autres préventeurs

Les entreprises adhérentes recourent peu à d'autres organismes que les SSTI en matière de santé et de sécurité au travail. L'analyse des réponses des entreprises de moins de 10 salariés fait apparaître qu'hormis pour un SSTI, elles recourent encore moins que les autres entreprises aux autres préventeurs, en complément des prestations offertes par leur SSTI.

Par ailleurs, si peu d'entreprises ont apporté des précisions quant aux organismes qu'elles font intervenir (ne rendant pas une analyse détaillée pertinente), il ressort, sur l'ensemble des SSTI, que lorsqu'elles recourent à un autre préventeur, il s'agit en premier lieu de la CARSAT ou de l'OPPBTBTP pour les entreprises adhérant à un SSTI spécialisé dans le BTP.

Tableau 38 : Sollicitation d'autres préventeurs

Vous arrive-t-il de faire intervenir d'autres organismes en matière de santé au travail ?	SSTI 1	SSTI 2	SSTI 3	SSTI 4	SSTI 5	SSTI 6	SSTI 7	SSTI 8	SSTI 9	SSTI 11	SSTI 12	Moy.
<b>Sans réponses</b>	23 %	11 %	19 %	17 %	19 %	22 %	9 %	18 %	14 %	11 %	18 %	17 %
<b>Oui</b>	9 %	8 %	4 %	17 %	25 %	33 %	11 %	21 %	24 %	22 %	23 %	18 %
<b>Non</b>	68 %	81 %	77 %	66 %	55 %	44 %	79 %	61 %	62 %	67 %	59 %	65 %

Source : Mission

Les questions portant sur la perception du positionnement des SSTI par rapport à d'autres organismes préventeurs ont reçu peu de réponses, ce qui ne permet pas de faire une analyse détaillée. Néanmoins, si l'on considère l'ensemble des SSTI, il ressort qu'ils sont perçus comme ayant une plus-value en termes de suivi médical, et dans une moindre mesure, sur la prévention. En revanche, les avis sont partagés sur leur plus-value en termes de disponibilité et de compétences.

## 2 Enquête auprès des représentants du personnel

### 2.1 Analyse des répondants

Le questionnaire a reçu 9 réponses en lien avec 5 SSTI, dont 2 SSTI ont eu respectivement 2 et 4 réponses. Ce faible nombre doit conduire à interpréter avec précautions les réponses. La majorité des répondants sont secrétaires du CSE / CHSCT.

### 2.2 Choix du SSTI

Dans la quasi-totalité des cas, il est déclaré que le CSE / CHSCT n'avait pas été consulté sur le choix du SSTI.

### 2.3 Attentes

L'attente principale exprimée par la grande majorité des représentants des salariés vis-à-vis du SSTI est que celui-ci assure le suivi médical, rejoignant sur ces points les employeurs. Une majorité d'entre eux évoquent également l'aide à l'identification des risques, le conseil sur l'aménagement des postes, des locaux et l'organisation du travail, et la possibilité de disposer des services d'un(e) psychologue du travail et/ou d'un(e) assistant(e) social(e).

### 2.4 Satisfaction du service rendu

Les attentes de la grande majorité des répondants sont plutôt voire totalement satisfaites. Les motifs de non satisfaction évoqués portent sur la difficulté à mobiliser les médecins du travail et l'offre de service en matière de conseil et de prévention.

La grande majorité des répondants n'ont pas répondu avoir communication de documents tels que le rapport d'activité du SSTI, le bilan des actions effectuées dans l'entreprise ou les compte-rendu de réunions du conseil d'administration et/ou de la commission de contrôle.

Il est difficile d'évaluer la présence des médecins du travail en CSE/CHSCT, car les réponses à cette question sont très variables y compris pour les répondants d'un même SSTI.

Enfin, la quasi-totalité des répondants estiment que le SSTI adoptait un positionnement neutre par rapport à l'employeur et au salarié.

### 2.5 Gouvernance

La quasi-totalité des répondants indiquent ne pas avoir participé à la désignation des membres des instances de gouvernance du SSTI, mais une majorité d'entre eux estiment être bien représentés.

## ANNEXE 4 : Organisation et activité de la MSA en matière de santé au travail et de prévention des risques

La santé et de la sécurité au travail des exploitants et des salariés agricoles est assurée par la Mutualité sociale agricole, régime de sécurité sociale sous la double tutelle des ministères des affaires sociales et de l'agriculture.

Les missions de la MSA sont larges en la matière, puisqu'elle couvre la santé et la sécurité individuelle au travail, et la prévention collective et la réparation des risques professionnels d'accidents du travail et de maladies professionnelles, avec un financement par des cotisations sociales.

Par ailleurs, comme la CCMSA gère pour les mêmes assurés les risques maladie et vieillesse, elle peut intégrer en son sein des actions coordonnées au titre de ses différentes missions et équipes, et notamment une coordination renforcée autour de la prévention de la désinsertion professionnelle, les caisses nationale et locales de la MSA comprenant les équipes de médecins et d'infirmiers du travail de médecins conseil et les services sociaux. Ainsi, ont été mises en place des cellules pluridisciplinaires de maintien en emploi (CPME), associant outre les services internes à la MSA les partenaires extérieurs que sont le SAMETH-Cap emploi, Comète France, la MDPH ou l'AGEFIPH. Avec l'accord préalable de l'assuré, la CPME assure un accompagnement renforcé et individualisé de l'assuré dès la détection précoce d'un éventuel problème de santé pouvant impacter son aptitude au poste de travail.

Du fait de son intégration à la fois verticale et horizontale, la MSA a pu développer des outils de fonctionnement et systèmes d'information homogènes, le plus important d'entre eux en santé au travail étant *@toutprev*. Utilisé dans les 35 caisses de MSA et permettant le pilotage national par la DSST, c'est un logiciel informatique pluridisciplinaire contenant un dossier par entreprise et un dossier médical de santé au travail par salarié.

La population suivie au titre de la santé et de la sécurité au travail est supérieure à 1,1 millions d'actifs, dont 500 000 exploitants et 870 000 salariés ayant un contrat de plus de 45 jours, incluant les saisonniers pendant les périodes culturales. Le nombre moyen trimestriel de salariés agricoles, quelle que soit la durée du contrat, s'élève pour sa part à plus d'1,1 millions.

L'obligation de délivrer une visite et le cas échéant un avis d'aptitude ne pèse que sur les salariés ayant un contrat de plus de 45 jours. La périodicité des visites est triennale. Pour les contrats de moins de 45 jours, les salariés peuvent bénéficier de formations collectives à la sécurité au travail. L'intervention des caisses territoriales est pilotée à la MSA par sa Direction Santé et Sécurité au travail (DSST), intégrée à la direction de la protection sociale, et qui compte 32 ETP. Elle se place dans le cadre des orientations du Plan national santé au travail, de la convention d'objectifs et de gestion Etat / CCMSA mais aussi du Plan sécurité et santé au travail 2016 – 2020 propre au régime agricole.

Pour assurer ses missions réglementaires et mettre en œuvre ce plan, le réseau MSA se voit fixer par arrêté<sup>147</sup> un effectif de médecins et d'infirmiers, en fonction des 9 secteurs « professionnels » d'activité agricole et du déterminant essentiel qui est la population salariée à suivre en visite, calculée

---

<sup>147</sup> Arrêté annuel « fixant les modalités de détermination de l'effectif de l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail des services de santé au travail en agriculture », pris sur la base de l'article R. 717-51-2 du Code rural.

sur une estimation du nombre d'entre eux ayant un contrat de plus de 45 jours. L'équation réserve un tiers-temps aux médecins et infirmiers du travail, permettant les actions en milieu de travail. La CCMSA, à partir des effectifs inscrits dans cet arrêté, les répartit entre ses 35 caisses en fonction de leur charge de travail.

Pour 2018, les effectifs mobilisés à ce titre par la MSA étaient de 289 ETP de médecins du travail et médecins du travail chef (l'arrêté en prévoyait 304 en plafond) et de 156,8 ETP d'infirmiers de santé au travail (pour 170 dans l'arrêté). Il faut ajouter leur ajouter les 260 ETP d'assistants et de secrétaires médico-administratifs, 221,3 ETP de conseillers en prévention et responsables Prévention des risques professionnels (PRP), et 56,2 ETP assistants et secrétaires PRP.

Sur la base de cette ressource, la MSA a réalisé la même année 44 788 jours en Action en Milieu du Travail dont 24 869 jours sur les actions liées au PSST 2016-2020 et actions locales prioritaires, et 100 139 jours en actions connexes.

S'agissant du suivi individuel, 269 365 examens ou visites ont été réalisés au bénéfice de salariés agricoles, dont 28 % d'embauche, 42 % de périodiques, 13 % de reprise et 5 % de préreprise.



## ANNEXE 5 : Initiatives de spécialisation sur des branches et populations particulières

La mission a eu l'occasion de rencontrer et d'échanger, souvent à leur initiative, avec des fédérations d'employeurs s'étant particulièrement mobilisées sur la question d'un meilleur fonctionnement de la santé et de la prévention des risques au travail :

- Fédération bancaire française (FBF)
- Fédération du Service aux Particuliers (FESP<sup>148</sup>)
- Fédération des Particuliers Employeurs de France (FEPEM)
- Union des industries et métiers de la métallurgie (UIMM)
- Prism'emploi

Par ailleurs, la mission a reçu une contribution de PRESTAMED, structure mandataire de laboratoires pharmaceutiques pour le suivi de la santé au travail des visiteurs médicaux, salariés parfois éloignés du siège de leur établissement.

S'appuyant le cas échéant sur des accords de branche, ces fédérations ont une réflexion ou des projets en cours qui visent à mieux répondre aux enjeux de leurs adhérents, et améliorer la santé au travail de leurs salariés.

Elles étayent leurs démarches sur des constats d'une prise en compte déficiente ou disparate de leurs problématiques propres, liée à :

- L'éclatement des SSTI et au manque de coordination entre ces derniers ;
- L'insuffisante expertise ou capacité d'agir de certains SSTI sur des métiers ou des organisations du travail spécifiques ;
- L'absence d'une structure nationale capable de dialoguer avec les fédérations ou les branches et d'engager les SSTI ;
- La déconnexion de l'action des SSTI avec les priorités ou objectifs des accords de branche.

Ces constats conduisent à deux types d'orientations présentées à la mission, et que certaines des fédérations ont portées à la connaissance de la DGT ou du MEDEF.

---

<sup>148</sup> La FESP regroupe des entreprises et intervenants de l'aide à domicile, dans tous les modes d'intervention, entreprises prestataires et mandataires, auto-entrepreneurs et particuliers employeurs.

## 1 Les projets de développement de SSTI professionnels

Bien ancrés dans le secteur du bâtiment et des travaux publics, les SSTI à compétence professionnelle fermée (non interprofessionnels) sont très peu nombreux dans les autres secteurs d'activité.

S'agissant des fédérations que la mission a rencontrées, il en existe deux spécialisés dans les activités bancaires (Services de Santé au Travail Inter Banques – SSTIB - de Lille et de Marseille) et un dans les activités de la métallurgie / industrie (Expertis dans les Bouches du Rhône).

Sur la base du fonctionnement de ces services, la FBF et l'UIMM ont le projet de développer la création de nouveaux services sur des bassins d'emplois denses dans les activités de leurs adhérents.

- Secteur bancaire.

Les deux SSTIB actuellement en activité ont été créés sur la base de l'accord de branche du 20 avril 2012 « sur la création de services de santé au travail interentreprises à compétence fermée pour la profession bancaire (SSTIB) ». Outre le projet d'avoir des services dédiés aux métiers de la banque, la volonté des partenaires sociaux de la branche était de coordonner l'action de ces SSTI avec les services autonomes que gèrent certaines banques pour leurs établissements les plus importants en nombre de salariés couverts, qui ne couvrent pas les filiales ou agences isolées.

Le constat du fléchage des visites sur les postes en SIR a fait craindre au secteur bancaire que les professions du tertiaire passent au 2<sup>ème</sup> ou au 3<sup>ème</sup> rang des priorités, alors même que les entreprises constatent un décalage entre les cotisations versées et le service rendu par les SSTI.

Mis en place à titre expérimental au début de l'année 2013 à Lille et Marseille, ils ont été agréés par les DIRECCTE compétentes dans un premier temps pour une durée de deux ans, puis à l'issue d'une demande de pérennisation, ont été renouvelés pour cinq ans par les DIRECCTE.

Les deux SSTIB mobilisent huit médecins du travail, cinq infirmiers, deux IPRP et deux secrétaires médicales. Ils ont conclu des CPOM avec les DIRECCTE et CARSAT compétentes, prenant en compte les spécificités de leurs activités : risques psycho-sociaux, (élaboration de protocole d'entretien avec la psychologue du travail), risques acoustiques, TMS et ergonomie des postes de travail, transition numérique, ou encore maintien dans l'emploi.

La FBF a communiqué à la mission les éléments de bilan suivants.

### **Accomplissement des missions confiées au SSTI par la loi**

- L'action de santé au travail en entreprise : les SSTIB conduisent des actions de santé au travail dans le but de préserver la santé physique et mentale des salariés tout au long de leur parcours professionnel. Ainsi, plus de 14 000 salariés ont été suivis, lors de 5 300 examens cliniques et 4 500 examens non périodiques réalisés par an. Par ailleurs, 70 fiches d'entreprises sont élaborées.

- La surveillance de l'état de santé : les SSTIB assurent la surveillance de l'état de santé des salariés en fonction des risques et des contraintes de travail. Ils développent une prise en charge spécialisée et spécifique aux réalités des métiers de la banque. Cette spécialisation permet de mieux prendre en compte la culture et l'organisation de l'entreprise du salarié, une connaissance des éventuels projets de l'entreprise, et facilite une relation permanente avec les RH.

- Le conseil aux employeurs et salariés : les SSTIB ont pour mission de conseiller employeurs et salariés (et leurs représentants) sur les dispositions et mesures nécessaires dans l'évaluation et la prévention des risques professionnels ainsi que dans l'amélioration des conditions de travail. Au-delà de leurs missions premières de diagnostic, les SSTIB assurent la promotion des comportements et des conditions de vie et de travail favorables à la santé, notamment par l'information sur l'alimentation saine ou encore la prévention des pratiques addictives.

- La traçabilité et la veille sanitaire : la particularité des SSTIB est le développement de plans d'actions spécifiques des risques professionnels rencontrés dans les professions bancaires. Un projet de service reprend les risques donnant lieu au développement d'actions inter-établissements et pluridisciplinaires. Des rendez-vous ont permis, dès 2013, de déterminer des actions partagées avec les autres préventeurs régionaux et nationaux, que la signature de CPOM vient renforcer.

Source : FFB

La décision de création d'un 3<sup>ème</sup> STIB en Ile de France a été gelée du fait de la parution du rapport Lecocq et de la concertation qui l'a suivie.

Néanmoins, sur la base de l'expérience jugée positive de l'action menée par les SSTIB, les partenaires sociaux de la branche AFB souhaitent qu'à l'instar des services de santé au travail autonomes, « *les services de santé au travail mis en place au niveau des secteurs professionnels conservent leur mode de gouvernance et leur autonomie financière, de manière à poursuivre et développer leur mission, prenant en compte les spécificités du secteur et assurant un suivi plus efficace de la santé physique et mentale des salariés concernés* ». S'appuyant sur l'accord de 2012 signé à l'unanimité par l'ensemble des partenaires sociaux, elle les estime les « *acteurs les plus légitimes pour déterminer une politique de santé au travail ciblée sur les métiers de la banque, tout en prenant en compte la politique nationale de santé au travail définie par les plans santé travail* ».

La FFB, consciente du fait que la création de SSTI sur un seul secteur d'activité risque de paraître une initiative trop isolée ou « luxueuse », estime que son projet pourrait aller dans le sens de l'efficience du métier de médecin du travail. Elle est prête à discuter avec d'autres branches « cousines » du secteur tertiaire dans le sens d'une mutualisation.

- Secteur de la métallurgie et de l'industrie

L'UIMM a porté au sein du MEDEF le débat sur la légitimité de services de branche, non pas dans l'idée de créer un ou des services à compétence fermée « industrie » sur la France entière, mais plutôt de couvrir des bassins économiques et d'emploi marqués par de fortes concentrations industrielles « métallurgie, énergie, chimie, plasturgie ».

Ces bassins sont marqués par une forte proximité de grands entreprises donneurs d'ordre et de leurs sous-traitants. L'UIMM regrette que, si certains SSTI restent fortement mobilisés sur les métiers de l'industrie, d'autres sont plus intéressés par les services et par la fonction publique, d'où un problème à la fois de priorisation des interventions et de déficit d'expertise dans les SSTI interprofessionnels.

L'UIMM se fonde sur l'expérience du SSTI *Expertis santé au travail* des Bouches du Rhône, qu'elle a contribué à créer, et qui est actuellement agréé sans exclusivité professionnelle. Ce SSTI suit quelques 40 000 salariés d'entreprises principalement située autour de l'Etang de Berre. Il dispose d'expertises centrées sur les métiers et risques de l'industrie, et a adopté une grille de cotisations en fonction de ces risques (de 95 à 450 euros annuels par salarié, pour 120€ en cotisation moyenne facturée sur l'ensemble des adhérents).

L'UIMM réfléchit donc à la possibilité de créer de nouveaux SSTI, avec un projet de SSTI inter-industries à périmètre géographique plus large en région PACA.

Elle ne souhaite pas leur conférer une position d'exclusivité, et estime pouvoir cohabiter avec les SSTI interprofessionnels dans le cadre d'une liberté de choix des entreprises. Elle escompte que les SSA vont venir se rapprocher des SSTI industrie, pour échanger et mettre en commun des bonnes pratiques ou des outils. Souhaitant également chercher la collaboration sur les territoires, elle estime qu'une meilleure coordination avec les SSA et les SSTI interprofessionnels serait intéressante.

L'UIMM est en revanche défavorable à ce que les entreprises de son secteur dotées d'un SSA soient contraintes à assurer le suivi médical et les actions de prévention pour les salariés des entreprises sous-traitantes intervenant en leur sein.

## 2 Les projets de coordination ou de structuration nationales

Le suivi des salariés qui ne sont pas dans la situation « commune » d'un emploi auprès d'une seule entreprise et un lieu de travail dans ou proche de son établissement pose des problématiques particulières d'accès au suivi de leur santé au travail et à la prévention ou de continuité dans ce suivi.

Le cas des certaines catégories de salariés éloignés ou travaillant sur des lieux multiples dans ou dehors d'une entreprise est pris en compte par le Code du travail, avec des règles aménagées pour leur suivi médical : travailleurs temporaires, stagiaires de la formation professionnelle, salariés des associations intermédiaires, salariés travaillant habituellement sur des sites éloignés de l'établissement employeur, travailleurs exécutant habituellement leur travail dans une autre entreprise que celle de leur employeur (notamment hors de France), travailleurs saisonniers.

Pour les apprentis, qui doivent bénéficier d'une VIP ou un examen médical d'aptitude à l'embauche au plus tard dans les deux mois qui suivent l'embauche, la loi du 5 septembre 2018 permet, à titre expérimental, de faire réaliser la VIP par un professionnel de santé de la médecine de ville.

Les concierges, employés d'immeubles, femmes ou hommes de ménage d'immeuble à usage d'habitation salariés par le propriétaire ou le principal locataire et qui logent dans l'immeuble bénéficient de la même surveillance médicale que celle définie par le Code du travail.

Pour les artistes et techniciens intermittents du spectacle, les mannequins, les salariés du particulier employeur, les VRP, la loi du 20 juillet 2011 dispose que des accords de branche étendus peuvent prévoir des dérogations à l'organisation et au choix du service de santé au travail ainsi qu'aux modalités de surveillance de leur état de santé. Ces dérogations ne peuvent modifier la périodicité du suivi de l'état de santé de ces salariés.

La mission a été saisie de difficultés particulières pour trois catégories de salariés.

- **Travailleurs temporaires**

Le code du travail prévoit que les visites ou examens d'aptitude sont effectuées par le service de santé au travail de l'entreprise de travail temporaire (ETT) qui peuvent l'effectuer pour plusieurs emplois dans la limite de trois. Elles peuvent également s'adresser, sous réserve de leur accord, à un autre SSTI « proche du lieu de travail du salarié temporaire » ou au service autonome de l'entreprise utilisatrice auprès de laquelle est détaché le travailleur temporaire. Les ETT doivent informer le médecin inspecteur du travail qui les suit de leur intention de recourir à cette faculté, et communiquer au « *service de santé au travail concerné les coordonnées de leur service de médecine du travail habituel afin de faciliter l'échange d'informations entre les deux services dans le respect des obligations de confidentialité.* ». Les SSTI assurant la surveillance des intérimaires doivent faire l'objet d'un agrément spécifique.

Il ressort des entretiens de la mission que le suivi des intérimaires pose de nombreuses difficultés. Certaines sont liées aux caractéristiques propres de l'activité d'intérim : les ETT ne connaissent pas avec un délai et une précision suffisantes la date de début de la mission et le poste sur lequel sera finalement affecté le salarié intérimaire. De là, il est parfois difficile pour l'ETT et le SSTI d'organiser dans les temps la visite ou l'examen d'embauche, a fortiori si les deux ou trois postes sur lesquels le salarié sera affecté sont dans un classement différent en termes de risque (VIP ou SIR). Les SSTI les mieux organisés et ayant réussi à nouer un vrai partenariat avec les ETT adhérentes, comme l'AST Grand Lyon doté d'une cellule Intérim ont toutefois su trouver des marges de progrès et adapter leur fonctionnement (avec des consultations le samedi matin par exemple).

On constate toutefois un problème persistant s'agissant de la coordination du suivi des salariés intérimaires entre entreprises, ETT et entre SSTI. En effet, un salarié intérimaire peut à la fois alterner des missions d'intérim et des CDD dans différentes entreprises, et bien sûr effectuer des missions auprès d'ETT distincts. Partant, un salarié intérimaire peut relever au cours de la même période de plusieurs SSTI, avec un double problème : le risque de ne pas bénéficier du suivi périodique prévu par les textes, et celui, inverse, de se voir proposer de nouvelles visites alors qu'il en a déjà bénéficié de la part d'un autre SSTI, avec potentiellement des avis médicaux divergents si un avis d'aptitude doit être établi.

Cette difficulté était gérée, plus ou moins bien selon les régions, par des fichiers régionaux (ou bases régionales) enregistrant les salariés intérimaires, partagés par les ETT et les SSTI, pour consigner les informations sur le suivi effectué par tel SSTI, permettant aux autres SSTI de convoquer ou non le salarié. Ces fichiers, depuis la loi de 2016 et ses textes d'application, n'ont plus de base juridique, et ne sont plus complets ou actualisés dans les régions que la mission a visitées. Prism'emploi, mais aussi les DIRECCTE et ceux des SSTI qui utilisaient activement ces fichiers le déplorent.

Pour pallier ce manque, Prism'Emploi envisage de développer une structure nationale de coordination du suivi des salariés des ETT, soit sous la forme d'une structure mandataire, soit sous la forme d'un SSTI agréé. La fédération souhaite également expérimenter des actions de prévention collective au bénéfice de salariés en mission, au sein des entreprises utilisatrices.

- Les salariés des particuliers employeurs

Depuis la loi du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail, les particuliers employeurs sont soumis à la même obligation que les autres employeurs s'agissant de la protection de la santé au travail de leurs salariés. S'agissant du suivi médical de leurs salariés, ils ne peuvent actuellement l'assurer que par l'affiliation à un SSTI.

Or, à l'exception d'une minorité d'employeurs adhérents d'un SSTI, la grande majorité des employeurs n'a pas connaissance ou ne se met pas en situation de remplir ses obligations, d'où un défaut de suivi et notamment de visites médicales périodiques pour les salariés.

Il est vrai que la couverture des quelques 1,4 million de salariés pour 3,4 millions d'employeurs, selon les chiffres de la FEPEM, pose des problèmes particuliers d'organisation et de financement. Il est difficile de demander à des particuliers de souscrire au même dispositif que des entreprises, de s'affilier à un SSTI, de s'assurer que leur salarié, qui a en moyenne 2 à 3 employeurs, est bien convoqué et se rend bien à la visite, tout cela pour un montant de cotisation proche de celui des autres salariés. Sollicitée par la FEPEM, Présanse n'a pas été en mesure de faire des propositions pour répondre à ces difficultés. La FESP, qui rassemble des adhérents dont certains peuvent être structures mandataires, constate les mêmes difficultés à assurer un suivi de qualité de la santé au travail des salariés du secteur du domicile, qui sont vérifiées y compris pour les services prestataires.

Ayant alerté la DGT sur la nécessité de mettre en œuvre la loi de 2011, la FEPEM a décidé avec les partenaires sociaux de la branche de prendre une initiative permettant de mettre en place un cadre particulier qui serait adapté aux particuliers employeurs.

L'accord cadre interbranches « santé au travail » a été signé le 25 novembre 2016 par l'ensemble des partenaires sociaux des deux branches professionnelles des emplois de la famille à domicile (assistants maternels et auxiliaires à domicile).

Cet accord met en place une nouvelle base pour la santé au travail dans ces branches, passant par la création d'un Organisme de Gestion National (OGN) paritaire dont la mission est d'assurer l'interface entre les particuliers employeurs, les salariés et l'ensemble des acteurs de santé au travail (notamment les services de santé au travail), aussi bien concernant le suivi individuel de l'état de santé des salariés que s'agissant de la prévention des risques professionnels. Cet OGN jouerait le rôle de structure mandataire sur délégation des particuliers employeurs. Il s'appuierait lui-même sur le groupe Ircem (groupe de protection sociale du secteur de l'emploi à domicile) au travers d'une convention de délégation, ce groupe ayant pour tâche de contractualiser avec des structures pouvant assurer le suivi individuel des salariés et développer des actions d'information et de formation des salariés sur les risques professionnels.

Ce mécanisme ne couvrirait pas les assistants maternels agréés par les conseils départementaux, au grand regret de la FEPEM, l'Etat estimant qu'ils bénéficient déjà d'une visite médicale proposée par les services de la Protection maternelle et infantile.

La FEPEM envisage de tester ce cadre particulier et novateur au travers d'une expérimentation, qui pourrait commencer à la fin du 4<sup>ème</sup> trimestre 2020, pour une évaluation au 4<sup>ème</sup> trimestre 2021, et un déploiement progressif en 2022 et 2023.

Pour bien fonctionner, la FEPEM estime qu'il conviendra de rattacher le suivi au salarié et non aux employeurs, et ainsi de prendre le domicile du salarié comme lieu de rattachement, et de s'appuyer sur une transmission de données par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, notamment s'agissant des déclarations d'embauche transmises par les particuliers employeurs, en particulier grâce aux sites Pajemploi et Centre CESU.

L'expérimentation commencerait sur deux sites par un accord avec les SSTI de Lille et de Bourges, un troisième SSTI volontaire (Villefranche-sur-Saône) ayant in fine renoncé à y rentrer, du fait de réticence de la DIRECCTE selon la FEPEM. Sur les deux sites, plus de 20500 salariés sont employés par 39 000 employeurs.

La FEPEM et les deux SSTI ont souhaité retenir des modalités innovantes pour couvrir au meilleur coût les salariés :

- Bourges : des outils médicaux connectés avec le système PADOA, et un adressage aux infirmiers pour une visite d'information et de prévention (VIP).
- Lille : convention avec une plate-forme infirmière, l'idée de passer par des cabines connectées ayant été rejetée par plusieurs médecins du travail du SSTI.

Le modèle de financement cible est une cotisation forfaitaire avec un haut degré de mutualisation entre employeurs, qui devrait être comprise entre 25 à 30 € par an et par salarié, dans la limite de 3 emplois repères. L'expérimentation devrait coûter 1 M€.

- Salariés travaillant habituellement sur des sites éloignés de l'établissement employeur

Cette catégorie de salariés fait l'objet de dispositions particulières en vertu d'un décret du 24 avril 2014. Leur surveillance médicale peut être assurée, au choix de l'employeur, soit par un SSTI en organisant le déplacement des salariés ou du médecin du travail en vue de la réalisation de la surveillance médicale individuelle et de l'action sur le milieu du travail, soit par un service de santé au travail interentreprises dit « de proximité » dans le département où travaillent, à titre principal, ces salariés éloignés.

Parmi les salariés les plus concernés par cette situation d'éloignement, on trouve les commerciaux et les visiteurs médicaux, qui non seulement se déplacent fréquemment pour visiter leurs prospects ou clients, mais résident parfois dans une autre région que celle où est situé leur établissement de rattachement (commerciaux « sectorisés »). Afin de résoudre cette difficulté, de grands laboratoires pharmaceutiques avaient créé un SSTI de branche pour les visiteurs médicaux, Action Sociale Pharmaceutique, qui a fusionné avec OSTR.

Pour combler le manque d'un opérateur permettant une coordination inter SSTI décrite comme très difficile, la société PRESTAMED a été créée en 1991. Cette société assure le rôle de mandataire pour le compte de laboratoires pharmaceutiques ou de sociétés employant des commerciaux. Elle a développé un logiciel informatique spécifique qui permet des échanges automatisés avec les SSTI et un retour d'informations permanent vers les employeurs concernés.

Ayant reçu l'avis favorable du Conseil National de l'Ordre des Médecins et la validation de la DGT en 2010 (avec une instruction aux DIRECCTE), elle gère le suivi de la santé au travail d'environ 28 000 à 30 000 salariés isolés itinérants, pour le compte de près de 300 entreprises.

Elle s'appuie pour cela sur des conventions avec au moins un SSTI par département, sauf en Île-de-France où elle est en relation avec plusieurs SSTI.

PRESTAMED estime que le service qu'elle rend permet de donner cette coordination et cette proximité qui est capitale pour les salariés éloignés, et que ce modèle peut être inspirant pour d'autres types de salariés. Elle déplore toutefois des difficultés avec certains SSTI et notamment des refus de prise en charge de salariés, du fait d'un manque de temps médical ou d'interprétations de la législation qui renvoient à la responsabilité de l'entreprise employeuse et de son SSTI. PRESTAMED pointe également des difficultés fortes dans les échanges informatisés avec les SSTI, qui commencent dès la phase des déclarations d'effectifs et qui sont aussi constatées pour le suivi et la facturation.





# LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

## Au niveau national

- Cabinets

### **Ministère des Solidarités et de la Santé**

Marie DAUDÉ, directrice adjointe du cabinet

Mme Clotilde DURAND, conseillère au cabinet

### **Ministère du travail**

Damien DELEVALLÉE, conseiller en charge des relations du travail

- Conseil d'orientation des conditions de travail

Dominique GIORGI, vice-président

Philippe GARABIOL, secrétaire général

- Administration centrale

### **DGT**

Yves STRUILLLOU, Directeur général du travail

Régis BAC, chef de service

Frédéric TÉZÉ, sous-directeur des conditions de travail

Amel HAFID, adjointe au sous-directeur des conditions de travail

Corinne PIRON, cheffe du service de l'inspection médicale du travail

Clémentine BRAILLON, Cheffe de bureau CT1

Arnaud PUJAL, ancien chef du bureau CT1

Jean-Michel LOUYER, chargé de mission santé au travail

### **DSS**

Denis LE BAYON, sous-directeur des prestations familiales et accidents du travail

Julie POUGHEON, adjointe au sous-directeur

Cécile BUCHEL, cheffe du bureau des accidents du travail et des maladies professionnelles

## **DGS**

Joëlle Carmes, sous-directrice de la prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation

Ghislaine Palix-Cantone, cheffe du bureau de l'environnement intérieur, des milieux de travail et des accidents de la vie courante

Jean-Michel Thiolet, conseiller médical

## **Délégation au numérique en santé**

Laura Letourneau, Déléguée ministérielle du numérique en santé

- Caisses de sécurité sociale

## **CNAM**

Marine JEANTET, directrice des risques professionnels

Anne THIEBEAULD, adjointe à la directrice des risques professionnels puis directrice des risques professionnels

Pascal JACQUETIN, adjoint à la directrice des risques professionnels par intérim

Sébastien MARTINE, Sous-directeur à la direction des risques professionnels

Julie BASTARD, responsable du département de la prévention des risques professionnels

## **CCMSA**

M. Nicolas Bondonneau, directeur délégué aux politiques sociales

M. Patrice Heurtaut, directeur de la santé-sécurité au travail

Mme Magalie Gaillon, directrice des risques professionnels

- Agences

## **ANACT**

Richard ABADIE, directeur général

## **ASIP Santé**

Dr Nicole Janin, conseillère médicale

- Associations, sociétés savantes et opérateurs de prévention

## **Présanse**

Serge LESIMPLE, président

Martial BRUN, directeur général

Dr Corinne LETHEUX, médecin conseil

**OPPBTP**

Paul DUPHIL, secrétaire général

**INRS**

Ronald SCHOULLER, vice-président

Stéphane PIMBERT, directeur général

**Collège des Enseignants Hospitalo-Universitaires de Médecine et Santé au Travail**

Pr Jean-François Gehanno, président

**Association Nationale des Internes en Médecine du Travail**

Romain Da Rocha, président

Cédric Bargmann

**Association Française des Intervenants en prévention des risques professionnels de Services interentreprises de Santé au Travail**

Virginie RASCLE, présidente, ergonome et chargée de développement à ASTIA Toulouse

Gaspard GRAVIER, responsable du pôle prévention et ergonome à l'AIST43

Serge MESONIER, trésorier, coordination activité en milieu de travail à l'AMETIF

- Organisations patronales et fédérations d'employeurs

**MEDEF**

Nathalie BUET, directrice-adjointe de la protection sociale

**CPME**

Dr. Pierre THILLAUD

Philippe CHOUGNARD, responsable du pôle conditions de travail

**U2P**

M. Jean-Michel MOUSTIE, conseiller technique chargé des questions sociales

Mme Tiphonie FRAYARD, juriste, UCAPLAST

**Union des industries et métiers de la métallurgie (UIMM)**

Franck Bornarel – délégué général UIMM

Franck Gambelli – directeur de la Direction Santé, Sécurité, RSE et Environnement

Virginie Dellamonica, UIMM Alpes Méditerranée.

Jean-Philippe Griva– directeur du SSTI Expertis - Marseille.

**Fédération des Particuliers Employeurs de France (FEPEM)**

Marie-Béatrice Levieux, présidente

Frédérique Devienne, *directrice* juridique et des relations sociales

Adrien Dufour, responsable des Affaires publiques

**Fédération du Service aux Particuliers (FESP)**

Antoine Grézaud, directeur général

Mehdi Tibourtine, directeur juridique

**Prism'emploi**

Isabelle Eynaud-Chevalier, déléguée générale

Dominique Delcourt, directrice des affaires juridiques

Patricia Perran, Directrice adjointe - Direction des affaires juridiques

**Fédération bancaire française (FBF)**

André-Guy Turoche, directeur des affaires sociales

Olivier Peraldi, directeur du département DES relations sociales

Jacques Vessaud, chargé de mission protection sociale

- Organisations syndicales représentatives des salariés

**CFDT**

Pierre-Gaël LOREAL, secrétaire confédéral, CFDT

**CGT**

Alain CARRE, CGT

**CFE-CGC**

Dr Anne-Michèle CHARTIER, CFE-CGC

**CFTC**

Sébastien GAROUTTE, CFTC

Pierre-Yves MONTELEON, CFTC

- Entreprises

**Korian**

Mme Nadège Plou, directrice des ressources humaines

Mme Pauline Joly, coordinatrice qualité de vie au travail

M. Erwan Pouget, directeur qualité de vie au travail

- Personnalités

M. Jean-François Naton, conseiller représentant des salariés au Conseil économique, social et environnemental, désigné par la CGT

Mme Marine Jeantet, commissaire à la stratégie de lutte contre la pauvreté, ancienne directrice des risques professionnels à la CNAM

M. Bruno DUPUIS, senior advisor ALIXIO, co-auteur avec Mme Charlotte LECOCQ et Henri FOREST du rapport : « Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée »

M. Hervé LANOUZIÈRE, inspecteur des affaires sociales, co-auteur avec MM. Christian EXPERT et Stéphane SEILLER d'un rapport d'expertise sur la réforme de la santé au travail, membre de l'IGAS intervenant en appui de la mission conduite par Mme Charlotte LECOCQ, MM. Bruno DUPUIS et Henri FOREST.

## Au niveau régional

- Provence Alpes Côtes d'Azur

### **DIRECCTE**

Jean-François DALVAI, directeur régional adjoint, chef du Pôle Travail

Pascale GROLLEAU, directrice adjointe - chargée de mission SST

### **CARSAT**

Vincent VERLHAC, directeur général

Sophie DE NICOLAI, directrice déléguée – directrice des risques professionnels et accompagnement social

Jean-François ADAM, ingénieur conseil régional

Didier DOZAS, ingénieur conseil régional adjoint

Jacques CATANI, ingénieur conseil

Bertrand CAUBRIERE, ingénieur conseil

### **GIMS13**

Gérard AUBANEL, président

Mireille ANDLAUER, assistante du directeur – responsable des services généraux

### **ASTBTP13**

Jean-Michel AMATO, Président de l'ASTBTP 13

Christophe DÔ, Directeur de l'ASTBTP 13

Daniel DUGOURD, Vice-Président du Conseil d'Administration (membre collègue employeurs) et membre de la Commission de Contrôle de l'ASTBTP 13

Patrick CARRIO, membre du Conseil d'Administration et de la Commission de Contrôle de l'ASTBTP 13 (membre collègue salariés)

Fabienne VIAVANT, membre du Conseil d'Administration et de la Commission de Contrôle de l'ASTBTP 13 (membre collègue salariés)

Thomas COMBAL, Responsable du Service Financier

Dr Sophie DUMAS, Médecin coordonnateur et Médecin du travail

Karine LEANDRE, Responsable du Service Pluridisciplinaire - Pôle Technique

Liliane LUC, Assistante de Direction et Responsable RH

Christine ROUX, Responsable du Service Pluridisciplinaire - Pôle Médical

Marie WILLEMOT, Responsable Communication et Qualité

#### **AIST84**

P. MARQUESTAUT, Président

Yann LE CAM, directeur

Y. DUCLOS, président de la commission de contrôle

Céline TRIAT, directrice adjointe – responsable du pôle médico-technique

Françoise GANDOLFO, IDEST

Mme CASTAN, IDEST

M. GOURDON, technicien hygiène et sécurité

Mme MICHELET, technicienne hygiène et sécurité

#### ● Île-de-France

##### **DIRECCTE**

Catherine PERNETTE, Directrice régionale adjointe, Responsable du pôle Politique du Travail

Sylvère DERNAULT, Responsable du service de santé et de sécurité au travail

Thérèse ROSSI, Adjointe auprès du responsable du service de santé et de sécurité au travail

Fabrice DUSSAP, Inspecteur du travail

Dr Pascal DUPRAT, médecin inspecteur du travail

Dr Omar ICHOU, médecin inspecteur du travail

Dr Guy MARIGNAC, médecin inspecteur du travail

Dr Véronique MENNETRIER, médecin inspecteur du travail

##### **CRAMIF**

David CLAIR, directeur général

François BLANCHARD, ingénieur conseil régional

François LEMIR, ingénieur conseil régional adjoint

## **OSTRA**

### Siège

Jean-Pierre COMES, vice-président du conseil d'administration

Guy-François D'Halluin, directeur général

Hervé VINCENT, CFE CGC, Président de la commission de contrôle

Catherine Allard, conseillère études et qualité.

M. I. Cabanat, responsable informatique

Christelle Garcia, responsable de l'équipe PDP

Christelle Viano, responsable comptabilité et recouvrement

### Visite du centre de Montigny-les-Bretonneux

Mme Sophie Alber, Ingénieur conseiller en Prévention

Laura Cattiaux – infirmière.

Frédéric Demilly, Conseiller en Prévention

Dr Marie-Hélène Guilloreau, médecin du travail

Dr Anne-Laurence Charlot-Valdieu, médecin du travail

## **CIAMT**

### Siège

Monsieur Philippe GOJ, Président

Dr Vinh NGO, Directeur Général

Monsieur Bernard MORIN, Président de la Commission de Contrôle, représentant de la CGC, salarié de SAGEMCOM

Monsieur Patrick BODINIER, Directeur Administratif et Financier

Madame Isabelle DE SOUSA, Adjointe au Directeur Administratif et Financier

Madame Laetitia ROIDOT, Directrice des Ressources Humaines,

Monsieur Philippe YAPO, Directeur Opérationnel

Monsieur François DUFOUR, Directeur Technique

Monsieur Joachim CASTEL, Relais secteur 75, chef de file CFDT

Monsieur Marc PINOTEAU, ASST, secteur 77, chef de file FO

Madame Maud QUENTIN, Relais secteur 77, Ergonome, secrétaire du CHSCT

### Commission médicoteknique

Dr Zineb OUAZENE, médecin coordonnateur

Dr Pascale THOMAS, médecin du travail animateur

Dr Patrick LE MAY, médecins du travail

Dr Caroline COINTREL, médecin du travail

Dr Brigitte JOSSELIN, médecin du travail suppléant  
Madame Zélia CHEVALIER, infirmière de santé au travail  
Monsieur François Warin, infirmier de santé au travail  
Madame Martine DEFAYE, IPRP  
Madame Céline VERNERT, IPRP suppléante  
Monsieur Joachim CASTEL, IPRP suppléant

Visite du Centre d'Antony Parc II

Madame Michaela MYSTILLE, responsable des centres Antony Parc II/Silic 1 et 2/Courtaboeuf  
Dr Nicola CROCE, médecin du travail  
Dr LAI, médecin du travail  
Monsieur Sébastien SALLES-RIEMANN, Infirmier de santé au travail  
Madame Annick FERRU, Infirmière de santé au travail  
Madame Souad MIHOUB, Infirmière de santé au travail  
Mme Priscilla MONTILLET, Assistante médicale

Visite du centre Boissière

Madame Stéphanie OUBELAID, responsable de centre  
Dr Otelia SZABO GAY, médecin du travail, médecin délégué de secteur et animateur  
Dr Geneviève LABATIE, médecin du travail  
Dr Clémence LEBORGNE, médecin du travail, intervenant en toxicologie  
Dr Hélène GERBI, médecin du travail  
Madame Marie-Pierre DENARIE, infirmière en santé au travail  
Madame Roseline DE ROMANET, infirmière en santé au travail  
Monsieur Ado MASISA, secrétaire médical  
Madame Samira EL MOQADDEM, secrétaire médicale

**CMSM**

Siège

M. Jean-Claude BARTHE, Président  
M. Carlos, GONCALVES, directeur  
M. Jean-José INOCENCIO, expert comptable  
Dr Emmanuelle CLAIR-OLIOT, coordinatrice des médecins du travail  
Dr Michelle-Anne TOUATI, médecin du travail  
Mme Noémie MARIE, coordinatrice du pôle prévention  
Mme Marine BRUET, coordinatrice méthodes et qualité



Visite du centre VALMY

Madame Aho

Madame Bramieri

Docteur Brient

Madame Ducreuzet

Madame Jamgotchian

Madame Marlin

Docteur Clair Oliot

Docteur Pecqueur

**ACMS**

Jacques Texier, *président*

Nicolas Le Bellec, directeur général

**AMI**

Dr Pierre Thillaud, directeur

Dr Trouvet, médecin du travail

● Bretagne

**DIRECCTE**

Mme Barbara CHAZELLE, directrice adjointe de la DIRECCTE, responsable du pôle politique du travail

Dr. Thomas BONNET, médecin inspecteur du travail

Mme Françoise SOITEUR, directrice adjointe au Pôle Travail, Pôle Santé au travail

**CARSAT**

M. Jean-Michel FOUGERES, ingénieur de prévention, CARSAT

M. Renaud NUYS, ingénieur-conseil, CARSAT

**ARACT**

Mme Gwenaëlle HAMON-CARRE, ARACT Bretagne

**OPPBTP**

M. Bertrand ROCHE, responsable de l'agence régionale OPPBTP

**Organisations professionnelles d'employeurs**

M. Eric BALCON, représentant du MEDEF

M. Patrick LEROUX, représentant du MEDEF

M. Budog MARZIN, représentant de la CPME

### **PRESANCE Bretagne**

M. Thierry LEGRAIN, Président

M. Pierre-Paul EDEL, secrétaire général

### **ST BTP 35**

#### Siège

Pierre-Paul EDEL (Secrétaire Général Région Présanse)

Christine GONTIER-DUVAL (*Vice-Présidente CA*)

Annie LE CLAINCHE (Secrétaire CA)

Jean-Pierre BRÉHÉ (Trésorier CA)

Olivier BARIL (Membre du CA – Collège employeurs)

Renan PICHON (membre du CA)

Franck PESSON (Président de la commission de contrôle)

Christophe PLATEAU (Secrétaire de la commission de contrôle)

Alain LE DÉVIC (Directeur)

Dr Séverine BEYER (membre du COPIN)

Camille BERTHELOT (membre du COPIN)

Béatrice LE SQUER (Assistante de Direction – Cheffe de projet)

Yveline RICOULT (Gestion des Adhésions/Cotisations)

Dr Frédéric ORLEANSKI (élu CSE)

Véronique BRIAND (Assistante médicale et élue CSE))

Marie-Christine PRIOUL (ASST)

#### Commission medicotechnique

Dr Véronique LELOIX – médecin référent (CMT)

Anne COURSIN (CMT)

Gaëlle HENRY (CMT)

Mélodie MORICE (CMT)

### **AMIEM**

#### Siège

M. LESTROHAN (Président),

M. PASUT (administrateur)

M. SAPIN (administrateur)

Mme LOYER (administratrice)

Mme MICIELSKI (administratrice)

Mme BRIONNE (Présidente de la Commission de Contrôle)  
C. CHEDALEUX (Directrice),  
V. KERBAUL (Directrice Adjointe),  
T. LE NAI (Responsable Organisation, Qualité, Communication, Logiciel métier)  
E. BENESY (Responsable Département PRP),  
S. LE TEUFF (Responsable Pôle IDEST),  
N. BOITELLE (Responsable Ressources Humaines),

Commission médicoteknique

Drs LOZACHMEUR et HAMEAU (Médecins Coordonnateurs élus à la CMT),  
F. SOLENTE (Assistante médicale élue à la CMT),  
A. ROLLAND (Coordonnatrice de centre),  
MARCININ (AST élu à la CMT)

Visite du centre de Caudan

Drs HUET-PAILHES, LE GALL, LE GARFF (Médecins du travail), Dr BASSEN (Collaborateur Médecin)-  
Mmes S. LE TEUFF, I. BEDECARRATS, M. PERAN (IDEST) - E. BENESY, A. BUCHER, C. MARCININ  
(Département Prévention des Risques Professionnels)- L. HERVO (Assistante Médicale)

**AIST 22**

Siège

JP. Le Bars, président  
D. Fougerolle, vice-président  
E. Didier, directeur  
G. Bivaud, responsable RH  
M. Bourré, responsable financier  
JM. Valon, président de la commission de contrôle

Commission médico-technique

F. Durand, IDEST  
Y Barreau-Pavesi, IDEST  
N. Hardy, responsable du pôle prévention  
Dr Ch. Vidal  
F. Renaux, ASST  
P. Coadou, IPRP  
F. Renaux, ASST

Visite du centre de Guingamp

Dr. Saleyron, membre du comité de coordination

- Auvergne-Rhône-Alpes

**DIRECCTE**

Marc-Henri Lazar, chef du pôle travail

Sophie Chermat, Responsable du département santé et sécurité au travail

Dr Catherine Charuel, médecin inspecteur régional

Sofian Zeghdoud, département santé et sécurité au travail

**CARSAT**

CARSAT Rhône-Alpes

Patricia Courtial, Cheffe service risques professionnels

Jérôme Chardeyron, Ingénieur-conseil régional

Sylvie Dejieux, Service social régional.

François Xavier Thomas, ingénieur-conseil, chargé relations avec SSTI.

CARSAT Auvergne

Philippe Trouvet, Ingénieur-conseil régional

Christelle Carrencotte, responsable régionale du Service social

**OPPBT**

Catherine Devidal, Directrice d'agence Auvergne Rhône-Alpes

**Partenaires sociaux membres du CROCT**

Nathalie Deldevez CFDT, union régionale Auvergne Rhône-Alpes

Jean- Pierre Laurenson, CFDT union régionale Auvergne Rhône-Alpes

Serge Journoud, comité régional CGT, Auvergne Rhône-Alpes,

Rosa Dacosta, comité régional CGT, Auvergne Rhône-Alpes

Alexandra Jay, U2P, Vice-présidente du GPRO

Sylvie Barbier, Medef Rhône-Alpes.

Alexia Bory, Medef Rhône-Alpes.

Patrice Cournot, CPME

André Couyras, CPME

**AST Grand Lyon**

Siège

Alain FAVRE, président du CA

Luc AUDINET, Vice-président du CA et secrétaire de la CC

Bruno BAUDOUIN, président de la CC

Jérôme DUMARD, membre CA/CC

Rachid HADDAD, membre CA/CC

Jean-Robert STEINMANN, directeur général

Sandrine DEMENTIN, assistante de direction

Dr Patrick BOUDAREL, Collaborateur médecin (intérim)

Abdahim ELBAZ, responsable des CPST

Karima ELLOUK, gestionnaire du pôle intérim

Cyrille HUMBERT, chargé de communication

Clara LAUNAY, chargée de mission optimisation des organisations - qualité

Estelle LEMAÎTRE, chargée de la relation adhérents

Fabienne MERANGER, responsable des IDEST

Dr Patricia NEDDAM, médecin coordinateur

Marie-Christine SAINT, responsable des ressources humaines

Christine VALLAS, directrice des opérations

#### Commission medicotechnique

Sonia CHENOUI, Secrétaire médicale membre de la CMT

Dr COMTE, Médecin du travail membre de la CMT

Dr GENDRE, Médecin du travail membre de la CMT

Dr RENAUX, Médecin du travail membre de la CMT

Sylvie TREVOIZAN, Chargée de projets membre de la CMT

#### Visite du centre FELIX-FAURE

Dr DELORME, responsable du pôle maintien dans l'emploi

Baptise BOULON, ergonome

Angelika BUGALA, secrétaire médicale

Dr Marie-Claire FORET PRILLARD

Dominique GARCIA, secrétaire médicale

Marine GARCIA, secrétaire médicale

Laura GUY, secrétaire médicale

Dr Christine GUILHAUDIN

Yolande MVONDO GALY, CPST

Astrid N'GASSA, infirmière

Dr Delphine REYNAUD

### **SSTI 03**

#### Siège

M. Pascal FENIET : président du SSTi03 (MEDEF)

M. Philippe CHARVERON : vice-président (délégué du MEDEF Allier et du MEDEF Puy de Dôme par intérim)

Mme Marie-Pierre BARRAUD : présidente de la commission de contrôle (CFDT)

M. Franck BOUILLER : directeur

M. Patrice VIARD : directeur adjoint

Sylvie ROUHANT : responsable Comptabilité / finances, pôle adhésion / facturation / recouvrement.

Sylvie RODDIER : assistante de direction / coordinatrice du centre de Vichy et communication

#### Commission médicotechnique

Dr GUICHENEY : médecin du travail

Mme Carine MESSEAU : AST

Mme Florence BEAULATON : IDEST

Mme Aude PARAVIS : technicienne prévention

Mme Séverine BONPAY : ASST/SM

Mme Sandra DURANÇOIS : secrétaire médicale, référente informatique

#### Visite du centre de Montluçon

Dr TRESOOR : médecin du travail

Mme Christine CHATAIGNER : IDEST

Mme Christelle LOYNET : ASST/SM

Mme Laura BRUNY : technicienne en prévention,

Mme Marion COMBEMORELLE : IPRP responsable pôle technique du Centre de Montluçon

#### Visite du centre de Moulins

Virgile PANIER : IPRP responsable pôle technique du Centre de Moulins

### **BTP 42**

#### Siège

Mme Begon, présidente du SIST BTP 42

M. Blanc, président de la commission de contrôle et membre du CA

M. Karimdjee, directeur du SIST BTP 42

M. Béal, chef d'une entreprise adhérente du SIST BTP 42

M. Fond, directeur centre Colas Aura, entreprise adhérente du SIST BTP42

Mme Cambray, ergonome-psychologue

M. Escoffier, IPRP-HSE

Mme Archimbaud, AST et DPO

M. Gallet, représentant employeurs, commission de contrôle et du CA

Mme Giampietro, adjointe de direction et comptable

Mme Ginet-Giraud, infirmière

M. Machado, membre de la commission de contrôle et du CA

M. Moneyron, membre de la commission de contrôle et du CA

Mme Reynard, assistante administrative

M. Zeguelli, membre de la commission de contrôle et du CA

#### Visite du centre de Montbrison

Dr Favre

M. Dubois, infirmier

#### ● Grand Est

##### **DIRECCTE**

Thomas Kapp, Directeur régional adjoint

Jean-Yves Gnylec, Directeur adjoint du travail

Dr Martine Léonard, MIRT

##### **CARSAT**

Georges Lischetti, Directeur des Risques Professionnels

Luc Dreuil, Directeur des Risques Professionnels Adjoint

Jean-Luc Mochel, responsable du département prévention et pilotage

Cécile Oillic-Tissier, responsable du pôle ingénierie scientifique et médicale

##### **Membres du CROCT**

Laurent Elles

Jean-Claude Schurch

François Muller, représentant CFTC

Jean-Luc Rué, représentant CFDT

##### **SPST Centre Alsace**

###### Siège

Raphaël Kempf, président

Frédérique Macquet, directrice

Commission medicotechnique

Dr S. Duporche, médecin du travail

Dr J. Meudic, médecin du travail

Dr Gross, médecin du travail  
P. Probst, infirmière  
E. Gebhardt, infirmier  
Julie Besson, IPRP  
A. Ritzenthaler, IPRP  
N. Dessalle, technicienne  
M. Mutz, technicienne  
K. Sinngrun, technicienne  
S. Devaux, secrétaire médicale

### **ALSMT**

#### Siège

M. Philippe TOURRAND – Président  
M. Denis RENAUD - Directeur Général  
Mme Anne-Claire DANIAU – assistante de direction  
M. Hervé Kozel, responsable Finances  
Magalie Flamant, responsable des RH

#### Commission médicoteknikue

Mme Lucie DUMAS, médecin du travail  
Mme Corinne MARTINET, médecin du travail  
Mme Aline PERNY, Ergonome, pôle technique  
Mme Marie Agnès DROUOT, médecin coordinateur, synthèse des activités, SI métier  
Mme Julie Hoffman, médecin du travail  
Mme Martine Marchetti, secrétaire médicale  
Mme Sophie Janin, IDEST, responsable infirmière.

#### Visite du centre médical de Laxou

Dr Eléonore SAUSSINE, médecin du travail  
Dr Corinne MARTINET, médecin du travail  
Dr Christine JEANDEL, collaborateur  
Mme Jennifer BARBELIN, IDEST  
Mme Charlotte SERVAIS, IDEST  
Mme Camille ANTONINI, secrétaire médicale  
Mme Claire BENOIT, secrétaire médicale et assistante épidémiologie  
Mme Sophie STEIB, assistante maintien dans l'emploi



**GISMA**

Jean-Pierre CHANTECLAIR (Président)

Jean-Louis RICHOUX (Trésorier)

Bruno LEOTIER (administrateur)

Stéphanie LAURENT-VEILLET (Directrice)

Anaïs JEANNET (Assistante de Direction)

Karine GEHIN (Comptable Principale)

Séverine POULET (Agent administratif)

Dr Sylvie CHUCHLA, Dr Isabelle DE NANTES, Dr Nadia MOHAMMED, Dr Alain TERRAUX (médecins du travail)

Dr Delphine BOST (collaboratrice médecin)

Catherine RAFFETIN, Céline ROSSIGNOL (IDEST)

Nicolas MATHIEU (IPRP)

Isabelle WORTEMANN (technicienne Hygiène Sécurité Environnement)

Georgina FOUCHE (ASST)

Delphine MENNESSON, Martine PROKOP (secrétaires médicales)

Vilfrid ROBIN (secrétaire chauffeur)



## SIGLES UTILISES

AFNOR	Association Française de Normalisation
AFOMETRA	Organisme de formation continue en santé au travail
AG	Assemblée générale
AGEFIPH	Association de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées
AMT	Action en milieu de travail
ANACT	Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail
ARACT	Association régionale pour l'amélioration des conditions de travail
ARS	Agences régionales de santé
ASST	Assistant de service de santé au travail
AST	Assistant de santé au travail
AT-MP	Accidents du travail - Maladies professionnelles
BTP	Bâtiment et travaux publics
CA	Conseil d'administration
CAC	Commissaire aux comptes
CARSAT	Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
CIM	Classification internationale des maladies
CC	Commission de contrôle
CHSCT	Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CISME	Centre interservices santé et médecine travail entreprise
CMT	Commission médicoteknique
CNAM	Caisse nationale d'assurance maladie
CNOM	Conseil national de l'ordre de médecins
COCT	Conseil d'orientation des conditions de travail
COG	Convention d'objectifs et de gestion
CPOM	Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens
CRAMIF	Caisse régionale d'assurance maladie d'Île-de-France
CROCT	Comités régionaux d'orientation des conditions de travail
CSE	Comité social et économique
DGS	Direction générale de la santé
DGT	Direction générale du travail
DIRECCTE	Directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi
DMP	Dossier Médical Partagé
DMST	Dossier médical en santé au travail
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRH	Direction des ressources humaines

DRP	Direction des risques professionnels de la CNAM
DUERP	Document unique d'évaluation des risques professionnels
ENC	Etudes nationales de coûts
EP	Equipe pluridisciplinaire
EHPAD	Etablissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes
ETP	Equivalent temps plein
EUROGIP	Groupement d'intérêt public constitué par la CNAM et l'INRS
EVREST	Evolutions et Relations en Santé au Travail
FNPAT	Fonds national de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles
GPO	Groupe permanent d'orientation
HAS	Haute autorité de santé
HSE	Hygiène, sécurité, environnement
IDEST	Infirmiers de santé au travail
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
INRS	Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles
INS	Identifiant national de santé
IPRP	Intervenants en prévention des risques professionnels
IRP	Instances représentatives du personnel
MCP	Programme de surveillance des maladies à caractère professionnel
MEE	Maintien dans l'emploi
MIRT	Médecin inspecteur régional du travail
MSA	Mutualité sociale agricole
NIR	Numéro de sécurité sociale
OPPBTP	Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics
PAE	Procédure d'autorisation d'exercice (diplôme d'un Etat non membre de l'UE)
PDP	Prévention de la désinsertion professionnelle
PME	Petites et moyennes entreprises
PRÉSANSE	Prévention et Santé au Travail
PRST	Plan régional de santé au travail
PST	Plan santé au travail
RAF	Rapport administratif et financier
RAM	Rapports d'activité des médecins du travail
RPS	Risques psychosociaux
SIA	Suivi individuel adapté
SIR	Suivi individuel renforcé
SNS	Stratégie nationale de santé
SST	Service de santé au travail
SSTA	Service de santé au travail autonome
SSTI	Service de santé au travail interentreprises

SUMER	Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels
TGI	Tribunal de grande instance
TMS	Troubles musculo-squelettiques
TPE	Très petites entreprises
UE	Union européenne
VIP	Visites d'information et de prévention