RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

L'innovation en santé au travail

NOVEMBRE 2025
2025-047R

• **RAPPORT : TOME 2 (ANNEXES)**

RAPPORT

Corinne **Cherubini** | Frédéric **Laloue** | Dr Philippe **Magne**

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

Avec la participation du **pôle Data** de l'Igas

Suivez-nous sur Linkedin

SOMMAIRE

SOMMAIRE 2

ANNEXE 1 : METHODOLOGIE 3

ANNEXE 2 : L'EVOLUTION DU CADRE JURIDIQUE ET SA MISE EN ŒUVRE 12

ANNEXE 3 : LA NOTION D'INNOVATION ET LE ROLE DE LA PUISSANCE PUBLIQUE DANS L'INNOVATION 39

ANNEXE 4 : LA DEMOGRAPHIE MEDICALE 46

ANNEXE 5 : LA PRISE EN CHARGE DES OBJECTIFS DE SANTE PUBLIQUE PAR LES SERVICES CHARGES DE LA SANTE AU TRAVAIL 57

ANNEXE 6 : LES OUTILS DE REGULATION DES SERVICES CHARGES DE LA SANTE AU TRAVAIL 72

ANNEXE 7 : LA PRISE EN COMPTE DU POINT DE VUE DES USAGERS PAR LES SERVICES CHARGES DE LA SANTE AU TRAVAIL 96

ANNEXE 8 : LA PERFORMANCE GLOBALE DES SERVICES CHARGES DE LA SANTE AU TRAVAIL 107

ANNEXE 9 : MISE EN PLACE D'UN SCORE POUR EVALUER LA PERFORMANCE ET L'INNOVATION DES SERVICES DE SANTE AU TRAVAIL 134

ANNEXE 10 : L'EXPLOITATION DES DONNEES DE L'ENQUETE ESENER 2024 DE L'AGENCE EUROPEENNE POUR LA SANTE ET LA SECURITE AU TRAVAIL 168

ANNEXE 1 : Méthodologie

1 .. LA LETTRE DE MISSION EST CENTREE L'INNOVATION AU SEIN DES SERVICES CHARGES DE LA SANTE AU TRAVAIL 4

1.1 LE RAPPORT PORTE SUR LES THEMES DE LA LETTRE DE MISSION 4

2 LA PERIODE ANALYSEE COUVRE LES GRANDES REFORMES DE SANTE AU TRAVAIL 4

3 LE TRAITEMENT DE DONNEES NATIONALES ET INTERNATIONALES A PERMIS DE PROCEDER A DES ANALYSES PORTANT SUR L'ENSEMBLE DU SYSTEME DE SANTE AU TRAVAIL, ET DE PROPOSER UN NOUVEL OUTIL : L'INDICE SYNTHETIQUE DE PERFORMANCE ET D'INNOVATION DES SPST 5

4 DES DEPLACEMENTS AU SEIN DES SERVICES INTERENTREPRISES ONT ETE ORGANISES DANS QUATRE REGIONS 6

4.1 LES SERVICES VISITES SONT TOUS EN CHARGE DE NOMBREUSES ENTREPRISES 6
4.2 PREALABLEMENT AUX DEPLACEMENTS, UN ECHANGE AVEC LA DIRECTION DES SERVICES DE PREVENTION ET DE SANTE AU TRAVAIL (SPST) A ETE ORGANISE 7
4.3 LA DOCUMENTATION DISPONIBLE A ETE ANALYSEE PRINCIPALEMENT EN AMONT DES DEPLACEMENTS MAIS EGALEMENT EN AVAL 7
4.4 PLUSIEURS SEQUENCES STRUCTURAIENT LES DEPLACEMENTS AU SEIN DES SERVICES INTERENTREPRISES 7

5 LES INVESTIGATIONS ONT EGALEMENT COMBINE DES AUDITIONS ET L'ANALYSE DOCUMENTAIRE 8

5.1 DES AUDITIONS ONT EGALEMENT ETE ORGANISEES AVEC DES SPST AUTONOMES (SPSTA), UN SPST INTERENTREPRISES (SPSTI) ULTRA-MARIN ET DEUX SPSTI RECEMMENT AGREES 9
5.2 DES AUDITIONS ONT ETE ORGANISEES AVEC LES DIRECTIONS REGIONALES DE L'ECONOMIE, DE L'EMPLOI, DU TRAVAIL ET DES SOLIDARITES 9
5.3 DES RENCONTRES ONT ETE ORGANISEES AVEC LES ACTEURS DE L'ECOSYSTEME FRANÇAIS DE LA SANTE AU TRAVAIL ... 10
5.4 LA MISSION A EGALEMENT SOLLICITE DES INTERLOCUTEURS INTERNATIONAUX EN CHARGE DES QUESTIONS DE MEDECINE DU TRAVAIL ET DE SANTE AU TRAVAIL 10
5.5 PARMI LES DOCUMENTS DISPONIBLES, ONT ETE EXAMINES DES AGREMENTS DES SERVICES DE PREVENTION ET DE SANTE AU TRAVAIL INTERENTREPRISES (SPSTI) TRANSMIS PAR LES DREETS ET DES RESSOURCES COMMUNIQUEES PAR PRESANSE 11

6 LE RAPPORT EST CONSTRUIT AUTOUR DE DIX ANNEXES 11

1 La lettre de mission est centrée l'innovation au sein des services chargés de la santé au travail

[1] Par une lettre de mission du 21 mai 2025 la ministre chargée du travail et de l'emploi a confié à l'inspection général des affaires sociales (Igas) **une mission centrée sur l'innovation en santé au travail au sein des services en charge de la santé au travail.** Sont donc concernés les services de prévention et de santé au travail autonomes (SPSTA), les services de prévention et de santé au travail interentreprises (SPSTI) et les services de santé au travail en agriculture (SSTA).

1.1 Le rapport porte sur les thèmes de la lettre de mission

[2] La lettre de mission cible particulièrement :

- La réforme récente issue de la loi n°2021-1018 du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail et son impact en vue d'identifier les freins éventuels qui pourraient être levés ;
- Les leviers et conditions d'innovation ainsi que les modalités de pilotage favorisant les innovations ;
- La contribution des services chargés de la santé au travail à la prévention de la désinsertion professionnelle (PDP), la prévention des accidents du travail et la lutte contre l'absentéisme.

[3] Pour aborder ces thématiques, la mission a traité la question de l'innovation sous deux angles : l'organisation et les techniques.

[4] **Les apports des services chargés de la santé au travail à la PDP n'ont pas fait l'objet d'investigation spécifique**, la mission s'étant appuyée sur les investigations et les conclusions de l'Igas qui a remis ses conclusions, en juillet 2025, sur ce thème, se focalisant sur la nécessité de : détecter le risque et de coordonner les acteurs. Les travaux de cette mission couvrent notamment la question du repérage des salariés en désinsertion professionnelle et l'amélioration de la coordination des acteurs de maintien dans l'emploi.

[5] Les deux missions se sont rencontrées et ont pu échanger des documents sur les aspects relatifs aux systèmes d'information.

2 La période analysée couvre les grandes réformes de santé au travail

[6] L'analyse a porté principalement sur les évolutions liées à la dernière réforme issue de la loi du 2 août 2021, qui a transposé l'accord national interprofessionnel (ANI) du 9 décembre 2020.

Toutefois, ont été pris en compte les effets des réformes liées aux lois :

- N°2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail qui a notamment modulé la fréquence du suivi individuel des travailleurs, développé le travail au

sein de l'équipe pluridisciplinaire et introduit une contractualisation entre les services de l'État, des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et les services de prévention et de santé au travail interentreprises ;

- N°2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels qui a modifié le mode de suivi individuel des travailleurs en introduisant une visite d'information et de prévention.

3 Le traitement de données nationales et internationales a permis de procéder à des analyses portant sur l'ensemble du système de santé au travail, et de proposer un nouvel outil : l'indice synthétique de performance et d'innovation des SPST

[7] La mission a été destinataire, à sa demande, de données statistiques provenant :

- Des **enquêtes ESENER** effectuées par l'Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail auprès de 45 000 entreprises dans une trentaine de pays européens (y compris les dernières données en date collectées en 2024) ;
- Et des **enquêtes annuelles réalisées par la direction générale du travail (DGT)** auprès des services chargés de la santé au travail en France en 2022 et 2023.

[8] Le traitement de ces données a été assuré par le pôle data de l'Igas. Les annexes 9 et 10 sont consacrées aux travaux du pôle data.

[9] Sur la base de ces derniers documents, la mission a proposé, avec l'aide du pôle data de l'Igas, un premier indice synthétique de performance et d'innovation des services chargés de la santé au travail. Celui-ci repose sur les données agrégées communiquées par les services, portant à la fois sur des caractéristiques organisationnelles (taille, logiciel de gestion, composition des équipes pluridisciplinaires, etc.) et la manière d'assurer leurs principales missions (visites individuelles, prévention collective, prévention de la désinsertion professionnelle).

[10] Ce premier indice est présenté avec des recommandations de prudence d'interprétation, car certaines données collectées peuvent présenter des problèmes de qualité, et car l'indice ne repose que sur unique source, insuffisante pour traduire l'ensemble des dimensions de l'action des services. En outre, l'indice proposé repose sur des choix de cotation des résultats des SPST effectués par la mission de l'Igas, et qui peuvent et doivent évidemment être débattus dans le cadre des instances regroupant les parties prenantes de la santé au travail, et particulièrement le Conseil d'orientation des conditions de travail (Coct). L'ensemble de ces éléments sont présentés dans la deuxième partie du rapport et en annexe 10.

[11] L'indice présente cependant l'intérêt d'offrir des résultats cohérents avec les constats de terrain opérés par la mission à l'occasion des investigations réalisées dans les services visités.

[12] L'ensemble des éléments constitutifs de cet outil seront communiqués à la DGT afin que celle-ci puisse en proposer le déploiement auprès des Dreets, après concertation avec les partenaires sociaux du Coct, si le choix était fait de reprendre la recommandation n°10 du rapport. En tout état de cause, cet instrument peut offrir des éléments d'analyse précieux de la situation des SPST, et particulièrement de leurs progrès dans la mise en œuvre des principes de la loi de 2021.

4 Des déplacements au sein des services interentreprises ont été organisés dans quatre régions

[13] La mission a organisé des déplacements au sein de quatre régions métropolitaines : Centre Val de Loire, Hauts de France, Île de France et Nouvelle Aquitaine. Ces régions se caractérisent par des activités économiques et une tension sur les ressources médicales contrastées. La région Centre Val de Loire connaît, depuis longtemps, une démographie médicale défavorable. Au contraire, l'agglomération de Bordeaux est dotée de ressources médicales plus importantes. Les autres régions étudiées se situent dans des positions intermédiaires.

4.1 Les services visités sont tous en charge de nombreuses entreprises

[14] **La mission a centré ses déplacements sur des services interentreprises.** Les SPSTI couvrent, sur l'ensemble du territoire, 93 % des salariés travaillant essentiellement au sein de TPE et de PME.

[15] Parmi les services interentreprises, la mission a également visité des services ayant une compétence professionnelle. Sont concernés d'une part, le secteur du BTP qui représente la majorité des secteurs professionnels agréés et d'autre part, des secteurs spécifiques en raison de besoins particuliers (industrie culturelle et créative) ou récemment organisé pour prendre en charge des activités d'emploi à domicile.

[16] A total la mission s'est rendue dans dix services interentreprises chargés de la santé au travail.

Tableau 1 : Type de service visité par région

Région	Type de services interentreprises
Centre Val de Loire	2 SPSTI (1 service interprofessionnel et 1 service professionnel du secteur du BTP) et 1 SSTA
Hauts de France	1 SPSTI interprofessionnel
Île de France	5 SPSTI dont 2 visites de SPSTI avec l'équipe de direction (un service à dimension nationale et professionnelle (particulier employeur et emploi à domicile) et un service interprofessionnel et professionnel (mannequinat, intermittent du spectacle, enfants du spectacle, pigiste, ...)
Nouvelle Aquitaine	1 SPSTI interprofessionnel et 1 SSTA

Source : Mission

[17] Ces services identifiés avec l'aide de la Direction générale du travail et les Directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (Dreets) des régions concernées, étaient réputés soit dynamiques et ouverts aux innovations, soit plus classiques et représentatifs d'une « situation moyenne ».

4.2 Préalablement aux déplacements, un échange avec la direction des services de prévention et de santé au travail (SPST) a été organisé

[18] **Avant les déplacements au sein des services, la mission a organisé des entretiens avec la direction de chacun des services.** Dans la quasi-totalité des cas le président de leur conseil d'administration était présent.

[19] Outre la présentation du service, ces entretiens ont permis d'échanger sur le thème de la stratégie, de l'organisation de la pluridisciplinarité, de la régulation, de l'innovation en santé au travail et des contraintes.

4.3 La documentation disponible a été analysée principalement en amont des déplacements mais également en aval

[20] **Préalablement aux déplacements plusieurs documents ont été examinés** : procès-verbaux du conseil d'administration, procès-verbaux de la commission médico-technique et rapports d'activité du service chargé de la santé au travail.

[21] L'analyse a également porté sur l'agrément du service et lorsqu'il existe sur le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

[22] Pour les SSTA, les documents examinés tiennent compte de l'organisation de ces services qui relèvent des caisses de la Mutualité sociale agricole (MSA) à la différence des services interentreprises qui sont des associations paritaires relevant de la loi de 1901. Pour le secteur agricole, les documents spécifiques communiqués par les SSTA concernaient les procès-verbaux du comité de protection sociale des salariés agricoles et du comité de protection sociale des non-salariés agricoles.

[23] Les sites Internet des services ont été étudiés ainsi que les documents centrés sur l'innovation transmis par les services en amont ou en aval des déplacements.

4.4 Plusieurs séquences structuraient les déplacements au sein des services interentreprises

[24] Les différentes séquences des déplacements ont évolué pour approfondir les analyses de la mission. Néanmoins, **les déplacements ont été construits sur la base d'un fil rouge** :

- **Le parcours salarié** depuis sa prise en charge jusqu'à la rencontre du médecin du travail ou de l'infirmier de santé au travail. Dans un service, la mise en situation s'est poursuivie par une visite fictive en tant que salarié.

À cette occasion, la mission a pu s'entretenir avec des salariés présents dans la salle d'attente ;

- **Les échanges avec la gouvernance paritaire** composée d'un membre du conseil d'administration représentant les entreprises adhérentes et d'un autre membre du conseil d'administration représentant les salariés des entreprises adhérentes. Ces échanges ont notamment permis d'appréhender la place des bénéficiaires, leurs attentes en termes de prestations et les axes d'amélioration. Ont en outre été organisées par deux services la rencontre avec des entreprises adhérentes du service ;
- **Les rencontres collectives ou individuelles avec les professionnels du service** :
  - Membres de l'équipe pluridisciplinaire : médecin du travail, infirmier de santé au travail, ingénieur et technicien hygiène – sécurité – environnement ou spécialisé, toxicologue, ergonome, psychologue, assistante médicale, etc. Au sein du secteur agricole, la mission a également rencontré des conseillers en prévention qui interviennent au sein des entreprises en collaboration avec les professionnels de santé. Ces conseillers développent également des actions de sensibilisation à l'attention des entreprises et des lycéens. Ces rencontres se sont parfois prolongées par des visio-conférences pour approfondir les échanges ;
  - Chargés de fonction transverse : responsable de centre, directeur médical, médecin coordonnateur, responsable de pôle, responsable de système d'information, membres de cellules chargées de l'innovation, chargé de la maîtrise des risques, de la communication, assistante, etc.

[25] Ces rencontres avec les professionnels étaient axées sur les collaborations entre professionnels au sein de l'équipe pluridisciplinaire, l'organisation du travail, les actions en milieu de travail et les outils innovants.

[26] Au sein du secteur agricole, la mission a également rencontré des conseillers en prévention qui interviennent au sein des entreprises en collaboration avec les professionnels de santé. Ces conseillers développent également des actions de sensibilisation à l'attention des entreprises et des lycéens.

[27] A l'occasion des déplacements, **le médecin de la mission a examiné, avec un médecin du travail, des dossiers médicaux de santé au travail (DMST) anonymisés.** Ce zoom a permis de visualiser l'ergonomie des logiciels du point de vue du médecin, d'appréhender la trame du suivi des salariés et d'évoquer l'utilisation des informations contenues dans les DMST pour orienter l'action de l'équipe pluridisciplinaire.

5 Les investigations ont également combiné des auditions et l'analyse documentaire

[28] Les recherches bibliographiques de la mission ont été complétées par des auditions et l'examen des contributions des interlocuteurs rencontrés.

5.1 Des auditions ont également été organisées avec des SPST autonomes (SPSTA), un SPST interentreprises (SPSTI) ultra-marin et deux SPSTI récemment agréés

[29] **Les sept services autonomes auditionnés** ont été sélectionnées par la mission avec le souci de diversifier les secteurs d'activité concernés et les tailles de structures. La DGT et la Dreets de Centre Val de Loire ont en outre signalé certains SPSTA comme porteurs d'actions intéressantes au regard de l'objet de la mission.

[30] Les auditions se sont en majorité déroulées avec la participation conjointe d'un médecin ou plusieurs médecins du travail et d'un représentant de la direction des ressources humaines.

[31] Outre la présentation du SPSTA, l'échange a porté sur les points suivants :

- La perception générale sur ce qui fonctionne bien et moins bien ;
- Les délégations de tâches aux infirmiers de santé au travail ;
- Les innovations en santé au travail dont les téléconsultations pour le suivi individuel des salariés ou des actions collectives ;
- Le regard porté par la direction des ressources humaines sur l'élargissement récent du champ d'intervention du service de santé au travail, le lien avec la stratégie de l'entreprise ;
- Les attentes des représentants du personnel en matière de santé au travail ;
- Les déterminants du choix de mettre en place un SPSTA plutôt que d'opter pour une adhésion à un SPSTI.

[32] Pour le choix d'**un des deux SPSTI de la Réunion**, la mission s'est appuyée sur la Dreets. L'échange a porté sur les collaborations et le travail de l'équipe pluridisciplinaire, les actions en milieu de travail et les innovations en santé au travail.

[33] **Deux SPSTI récemment agréés** ont été rencontrés afin d'examiner les projets portés par leurs créateurs, les modalités d'entrée de premier agrément et les travaux préalables à l'accueil des entreprises et la réception de salariés.

5.2 Des auditions ont été organisées avec les Directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités

[34] Au démarrage de la mission, **les chefs de pôle travail des directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités** ont été auditionnés collectivement sur les impacts de la loi du 2 août 2021 ainsi que sur les modalités de la régulation des services chargés de la santé au travail.

[35] Pour chacune des régions ayant donné lieu à un déplacement une **rencontre spécifique a été organisée avec la Dreets** (chef de pôle travail, médecin inspecteur du travail, agent instructeur voire directeur régional), pour approfondir le contexte local et la dynamique de collaboration avec les acteurs de la prévention des risques professionnels.

5.3 Des rencontres ont été organisées avec les acteurs de l'écosystème français de la santé au travail

[36] **Les organisations syndicales et patronales représentatives au niveau interprofessionnel ont été rencontrées séparément**. Ces rencontres ont permis d'aborder la perception de ce qui fonctionne bien ou non, les apports et les limites du fonctionnement de l'équipe pluridisciplinaire, les outils de régulation, les innovations numériques et leurs impacts sur le cadre juridique, les attentes des entreprises et des salariés.

[37] La question de la prise en charge des salariés **intérimaires** a donné lieu à une rencontre avec Prism'emploi.

[38] Outre **les administrations centrales** concernées, **les instances nationales de la santé**, **les représentants des services de prévention et de santé au travail ou des professionnels de santé**, la mission a pris l'attache de parties prenantes de l'écosystème de la santé au travail, afin d'organiser des entretiens avec :

- **Des autorités médicales nationales ;**
- **Des caisses nationales de sécurité sociale et organismes rattachés ;**
- **Des préventeurs publics** ;
- **Des certificateurs** des SPSTI et des SSTA ;
- Des principaux **éditeurs de logiciel** pour les SPSTA et SPSTI ;
- **Des associations** travaillant sur le numérique en santé ou porteuses d'initiatives visant à développer la santé au travail.

[39] Ces rencontres ont été centrées sur leurs collaborations avec les services chargés de la santé au travail, les outils disponibles et les perspectives.

[40] Les **documents communiqués** (état des lieux, argumentaires, …) à l'occasion de ces rencontres ont été exploités.

5.4 La mission a également sollicité des interlocuteurs internationaux en charge des questions de médecine du travail et de santé au travail

[41] Ces échanges ont concerné :

- L'Organisation internationale du travail (OIT) sous l'angle du droit international applicable dans le champ de la sécurité et de la santé au travail, et des illustrations pouvant être données par des exemples nationaux extra-européens ;
- L'Agence européenne de santé et de sécurité au travail (EU-Osha), qui a transmis à l'Igas les bases de données de ses enquêtes ESENER 2014, 2019 et 2024. Ces éléments ont permis de disposer d'informations précieuses pour situer le management de la santé et de la sécurité au travail en France au sein de l'ensemble européen.

[42] Les échanges ont permis d'accéder aux travaux de synthèse, d'enquête et d'évoquer les spécificités de la France en matière de santé au travail et d'innovation.

[43] Par ailleurs, la mission s'est appuyée sur des travaux de recherche, notamment sur le plan international, et s'est pour cela appuyée sur les conseils et orientation de la mission chargée de la recherche au sein de l'Igas.

5.5 Parmi les documents disponibles, ont été examinés des agréments des services de prévention et de santé au travail interentreprises (SPSTI) transmis par les Dreets et des ressources communiquées par Présanse

[44] **Pour chacune des quatre régions visitées et la Réunion, la mission a examiné les agréments délivrés par les Dreets pour l'ensemble des services de prévention et de santé au travail interentreprises** de la circonscription.

[45] Cet examen a porté sur la forme des décisions. La mission a étudié le fond des décisions et des lettres d'accompagnement, sur la base d'une grille permettant d'extraire les éléments relatifs à la gouvernance, au projet pluriannuel de service, la commission médico-technique, l'équipe pluridisciplinaire, les secteurs, les professionnels de santé, le DMST, les effectifs suivis par le médecin du travail et l'équipe pluridisciplinaire, la relation entreprise, la veille sanitaire et les actions de santé publique.

[46] Il convient de souligner que cette étude a pu être approfondie avec quelques avis des avis des médecins inspecteurs du travail.

En outre, les procédures relatives à la mesure de la satisfaction et au traitement des réclamations réalisés par les SPSTI ont fait l'objet d'une analyse sur la base d'un échantillon documentaire sélectionné et adressé par Présanse. La mission a en outre eu accès aux résultats d'enquêtes de satisfaction de SPSTI issues de diverses sources, et notamment de Présanse Pays de Loire.

[47] Enfin, Présanse a fourni à la mission à sa demande, un fichier reprenant les périmètres d'intervention des SPSTI, qui a été exploité de manière à visualiser les zones dans lesquelles les entreprises ont le choix de leur SPSTI.

6 Le rapport est construit autour de dix annexes

[48] **Le rapport se décompose en trois parties. Il est complété par dix annexes**. Il ne reprend pas l'ensemble des développements des annexes notamment lorsque ces dernières présentent des éléments de contexte permettant d'appréhender la situation mais ne traitant pas directement du thème central de la mission.

ANNEXE 2 : L'évolution du cadre juridique et sa mise en œuvre

1 AU COURS DES VINGT DERNIERES ANNEES, LE CADRE JURIDIQUE DE LA SANTE AU TRAVAIL A REGULIEREMENT EVOLUE ET ABOUTI A DIVERSIFIER LA NATURE DES VISITES MEDICALES 13

1.1 DEPUIS DEUX DECENNIES, LA LEGISLATION A CONSTAMMENT ETE MODIFIEE 13
1.2 LES REFORMES REPOSITIONNENT LE SENS DE LA VISITE INDIVIDUELLE 15

2 L'ENRICHISSEMENT REGULIER DES MISSIONS DES SERVICES S'ACCOMPAGNE D'UN ACCROISSEMENT DE LA TRANSPARENCE DE LEURS ACTIONS 20

2.1 DEPUIS UNE QUINZAINE D'ANNEES, LA LOI A CONSTAMMENT ENRICHI LES MISSIONS DES SERVICES DE SANTE AU TRAVAIL 20
2.2 L'ELARGISSEMENT DES MISSIONS DES SERVICES DE PREVENTION ET DE SANTE AU TRAVAIL INTERENTREPRISES S'ACCOMPAGNE D'UN RENFORCEMENT DE LA TRANSPARENCE DE LEURS ACTIONS 22
2.2.1 Les offres de services des services de prévention et de santé au travail interentreprises sont dorénavant clarifiées, largement accessibles et garanties par un organisme extérieur 22
2.2.2 Le mode de financement entre les services de prévention et de santé au travail interentreprises est unifié et en partie homogénéisé 23

3 LES REFORMES LEGISLATIVES CONDUISENT LES SERVICES DE SANTE AU TRAVAIL A RENFORCER LEUR ANCRAGE VERS LES POLITIQUES PUBLIQUES NATIONALES ET REGIONALES DE SANTE AU TRAVAIL 25

3.1 LE PROJET PLURIANNUEL DE SERVICE, OUTIL INTERNE DE PROGRAMMATION, MOBILISE L'ENSEMBLE DES ORGANES DE GOUVERNANCE DES SERVICES DE PREVENTION ET DE SANTE AU TRAVAIL INTERENTREPRISES 25
3.2 A TRAVERS LE CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS LES SERVICES DE PREVENTION ET DE SANTE AU TRAVAIL CONTRIBUENT A LA POLITIQUE DE SANTE AU TRAVAIL 26
3.3 LES SERVICES DE PREVENTION ET DE SANTE AU TRAVAIL SONT EGALEMENT PARTIES PRENANTES DES COMMUNAUTES DE PROFESSIONNELS DE SANTE DE PROXIMITE 28

4 LES MODIFICATIONS LEGALES SUCCESSIVES IMPACTENT L'ORGANISATION DES SERVICES ET LES CHAMPS D'INTERVENTION DES PROFESSIONNELS 28

4.1 AU SEIN DES SERVICES INTERENTREPRISES, LES DIFFERENTES REFORMES CONCOURENT AU DEVELOPPEMENT REGULIER DE L'EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE ET DANS LA PLUPART DES SERVICES A UNE TRANSFORMATION ORGANISATIONNELLE PERMETTANT UNE APPROCHE PLUS GLOBALE DE LA SANTE AU TRAVAIL 28
4.2 DANS L'OPTIQUE DE PRESERVER L'EMPLOYABILITE DES SALARIES, LE RENFORCEMENT DE LA PREVENTION DE LA DESINSERTION PROFESSIONNELLE EST CONSTANT 32

5 LES EVOLUTIONS JURIDIQUES CONFORTENT DES METIERS EXISTANTS ET MODIFIENT LES CHAMPS D'INTERVENTIONS DES PROFESSIONNELS 33

5.1 LA FONCTION DE DIRECTION ET DE PILOTAGE EST CONFORTEE AU SEIN DES SERVICES DE PREVENTION ET DE SANTE AU TRAVAIL INTERENTREPRISES 33
5.2 AU FIL DES REFORMES, LES FONCTIONS ET MISSIONS DU MEDECIN DU TRAVAIL ONT PROFONDEMENT EVOLUE 34
5.2.1 Avec l'extension des missions des services de prévention et de santé au travail et la transformation du suivi médical individuel, le médecin du travail voit son rôle d'animation et de supervision s'amplifier 34
5.2.2 Sous l'autorité du médecin du travail, d'autres médecins interviennent au sein des services de prévention et de santé au travail 35
5.3 LA DELEGATION DE TACHES, SOUS LA BASE DE PROTOCOLE, ENTRE LE MEDECIN DU TRAVAIL ET L'INFIRMIER DE SANTE AU TRAVAIL PROGRESSE ET RENFORCE, SOUS CONDITIONS, LE ROLE DE L'INFIRMIER 36

1 Au cours des vingt dernières années, le cadre juridique de la santé au travail a régulièrement évolué et abouti à diversifier la nature des visites médicales

[1] Plusieurs rapports[1] ont souligné l'intérêt de réformer le système de santé au travail et de développer une culture de la prévention des risques professionnels parfois sous l'angle d'une réforme radicale[2].

1.1 Depuis deux décennies, la législation a constamment été modifiée

[2] **La diminution de la ressource médicale (annexe 4) combinée à la recherche d'amélioration de la qualité ont nécessité des réformes régulière**s.

[3] Cette nécessité de réforme s'est traduite, depuis deux décennies, par des évolutions législatives régulières[3] soit à l'occasion de réformes ponctuelles, soit sur la base de réformes plus profondes[4]. Ces réformes, dans un contexte de tension sur la ressource médicale et de développement des prestations des services, ont successivement développé la pluridisciplinarité, espacé le rythme des visites médicales systématiques et modifié leur nature, mis l'accent sur la prévention des risques professionnels et, plus récemment, intégré une dimension de santé publique. A l'occasion de ces réformes, les missions des services chargés de la santé au travail se sont constamment étoffées.

[4] En deux décennies, on compte sept modifications législatives nécessitant des adaptations quasi-permanentes :

---

[1] Le bilan de réforme de la médecine du travail, Igas (Claire Aubin, Régis Pelissier, Pierre De Saintignon) IGAENR (Jacques Veyret), Françoise Conso et Paul Frimat, octobre 2007

La santé au travail – Vision nouvelle et profession d'avenir - Propositions pour des formations et un réseau de recherche en phase avec les missions, Christian Dellacherie, Paul Frima, Gilles Leclercq, avril 2010

Rapport du groupe de travail « Aptitude et médecine du travail, Michel Issindou, Christina Ploton, Sophie Fantoni-Quinton, Anne-Carole Bensadon, Hervé Gosselin, mai 2015

Rapport d'expertise sur la réforme de la santé au travail, Christian Expert (médecin coordonnateur et expert près la cour d'appel), Hervé Lanouziere (Igas) et Stéphane Seiller (Cour des comptes), septembre 2019

Evaluation des services de santé au travail interentreprises, Delphine Chaumel, Benjamin Maurice et Jean-Philippe Vinquant, Igas, février 2020

[2] Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée, Charlotte Lecocq, Bruno Dupuis, Henri Forest, avec l'appui de l'Igas (Hervé Lanouziere), août 2018

[3] Les intitulés de cette fiche correspondent généralement aux dénominations actuelles.

[4] Cette annexe présente et analyse les évolutions du Code du travail. Les évolutions du Code rural et de la pêche maritime ne sont pas traitées car le système de santé au travail du secteur présente de nombreuses similitudes avec les dispositions du Code du travail. Toutefois, les services de santé et sécurité au travail agricoles ont un mode d'organisation propre : la caisse centrale de la mutualité sociale agricole assure la coordination des services de santé et de sécurité au travail grâce à un échelon national de santé et de sécurité au travail (article D. 717-33 du Code rural et de la pêche maritime).

- Loi n°2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale[5] ;
- Loi n°2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites[6] ;
- Loi n°2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail[7] ;
- Loi n°2015-994 du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi dite loi Rebsamen ;
- Loi n°2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels[8] ;
- Loi n°2018-217 du 28 mars 2018 ratifiant diverses ordonnances prises sur le fondement de la loi n°2017-1341 du 15 septembre 2017 d'habilitation à prendre par ordonnances les mesures pour le renforcement du dialogue social ;
- Loi n°2021-2018 du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail[9].

[5] Parmi toutes ces modifications législatives, deux lois sont consacrées quasi-exclusivement à la santé au travail : la loi de 2011 et celle de 2021[10]. Ces lois apportent des changements importants par rapport au paysage antérieur :

- La loi de 2011 en :
  - autorisant une modulation de la fréquence du suivi individuel des travailleurs ;
  - développant le travail au sein de l'équipe pluriprofessionnelle (Cf. *infra*) ;
  - et en introduisant à côté du système d'agrément délivré par les services de l'État une contractualisation des services de prévention et santé au travail interentreprises avec l'État (direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités – Dreets) et la Sécurité sociale (caisse d'assurance retraite et de la santé au travail : Carsat) (Cf. annexe 6) ;

[5] Cette loi de 222 articles concerne dans son titre Ier la santé, la solidarité et la sécurité sociale et dans son titre II le travail, l'emploi et la formation professionnelle. Les articles 193 à 195 traitent des questions de médecine du travail.

[6] La partie médecine du travail de la loi a été censurée par le Conseil constitutionnel qui a considéré que cette partie constituait un cavalier législatif. Toutefois, quelques articles n'ont pas fait l'objet de censure.

[7] Préalablement, les partenaires sociaux avaient engagé des négociations qui ont abouti à un protocole le 11 septembre 2009 (réforme de la gouvernance des services de santé interentreprises, mode de constations, fréquence des visites médicales régulières). L'ensemble des organisations syndicales a refusé de ratifier le texte en raison de l'insuffisance des garanties pour les salariés. Le texte a alors été introduit par voie d'amendement gouvernemental dans la loi du 9 novembre 2010 portant sur les retraites et a fait l'objet d'une censure du Conseil constitutionnel au motif de l'absence de lien direct avec l'objet initial du texte déposé. A la demande du gouvernement des sénateurs ont déposé une proposition de loi qui a abouti à la loi 20 juillet 2011.

[8] Cette loi compte 123 articles et 6 titres dont le 5ème est intitulé : moderniser la médecine du travail.

[9] Cette loi issue d'une proposition de loi transpose les dispositions de l'accord national interprofessionnel du 9 décembre 2020 relatif à la prévention renforcée et à une offre renouvelée en matière de santé au travail et conditions de travail. La proposition de loi intègre également les conclusions des auditions conduites par les parlementaires.

[10] Une grande partie des dispositions de la loi du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail est en vigueur depuis le 31 mars 2022.

- La loi de 2021 en redéfinissant les missions confiées aux services de prévention et de santé au travail dans l'optique notamment de développer la prévention primaire, et en prévoyant des modifications affectant le fonctionnement et l'organisation des services interentreprises. Il s'agit de :
  - développer une transparence et une harmonisation des prestations fournies grâce à une offre de services socle obligatoire(Cf. *infra)* ;
  - d'encadrer le montant des cotisations des entreprises adhérentes ;
  - et d'introduire un système de certification (Cf. annexe 6).

[6] En outre, la loi de 2016 s'inscrit également sur un modèle de rupture en modifiant le système du suivi médical individuel des travailleurs notamment avec la disparition de l'avis d'aptitude systématique pour l'ensemble des salariés au bénéfice de la prévention et en espaçant la périodicité des visites individuelles.

1.2 Les réformes repositionnent le sens de la visite individuelle vers la prévention

[7] **Au fur et à mesure des réformes, la surveillance médicale individuelle s'espace pour l'ensemble des salariés. La fréquence de la visite individuelle est fondée sur la nature des risques.**

[8] Parallèlement **au fil des réformes, les circonstances donnant lieu à une visite s'élargissent** dans l'optique :

- De prévenir la désinsertion professionnelle soit à l'occasion d'un événement personnel, soit systématiquement ;
- Ou d'accroître la traçabilité des expositions professionnelles.

[9] Coexistent donc un système fondé sur l'aptitude en cas de risques professionnels précisément identifiés et pour tous, un système reposant sur la prévention en vue d'assurer un maintien dans l'emploi reposant sur diverses visites médicales. Les visites médicales liées à l'aptitude relèvent du ressort exclusif des médecins du travail et la quasi-totalité des autres visites peuvent être déléguées par le médecin du travail, sur la base d'un protocole écrit, aux infirmiers de santé au travail.

[10] En outre, après la fin de carrière, la surveillance médicale des salariés exposés à des risques avérés peut se prolonger via le médecin traitant.

Tableau 1 : Différents types de visite individuelle

Type de visite	Salarié	Nature de l'examen	Visite susceptible d'être déléguée par le médecin du travail à l'infirmier en santé au travail
Visite d'embauche	Salarié exposé à un risque particulier (amiante, plomb, agent cancérogène, mutagène ou toxique, ...) ou nécessitant une aptitude spécifique (certaines manutentions manuelles, ...) ou poste de travail listé par l'employeur après avis du médecin du travail et du comité social et économique	Examen médical initial d'aptitude	Non
	Salarié affecté à un poste non exposé à un risque particulier	Visite d'information et de prévention initiale	Oui
Visite périodique	Suivi individuel renforcé intermédiaire pour les salariés exposés à des risques ayant donné lieu à un examen médical d'aptitude	Visite intermédiaire du salarié bénéficiant d'un SIR	Oui
	Suivi individuel renforcé des salariés exposés à des risques ayant donné lieu à un examen médical d'aptitude	Examen médical périodique d'aptitude	Non
	Salarié affecté à un poste ne présentant pas de risque particulier	Visite d'information et de prévention périodique	Oui
Suivi individualisé	Pré-reprise en cas d'arrêt de travail de plus de 30 jours	Visite réalisée pendant la période d'arrêt de travail dans l'optique d'éventuelles de mesures d'adaptation du poste de travail, d'une préconisation de reclassement, de formation professionnelle facilitant le reclassement ou la réorientation professionnelle	Oui
	Reprise après un congé maternité, une absence pour maladie professionnelle, une absence d'au moins 30 jours pour cause d'accident du travail, une absence d'au moins 60 jours pour cause de maladie ou d'accident non professionnel	Visite réalisée afin de s'assurer que le poste de travail est compatible avec la santé du salarié, de prévoir éventuellement des mesures d'adaptation du poste de travail ou de prévention voire un reclassement professionnel	Oui
	A la demande du salarié, de l'employeur ou du médecin du travail	Visite visant à aborder les préoccupations de santé liées à l'emploi dans l'optique éventuellement d'aménagement du poste de travail, de suggestion des mesures de prévention professionnelle et d'alerter sur un risque d'inaptitude	Oui

	Mi-carrière pour tout travailleur vers 45 ans ou à une échéance fixée par accord de branche	Visite effectuée pour s'assurer de la comptabilité du poste de travail avec la santé du salarié compte tenu des risques professionnels auxquels il est exposé et d'anticiper la poursuite de l'activité professionnelle, de sensibiliser aux enjeux du vieillissement au travail et de prévenir les risques de désinsertion professionnelle	Oui
	Post-exposition (en cours de carrière) lorsque l'exposition a des risques particuliers pour la santé cesse	Visite établissant la traçabilité de l'exposition et si nécessaire mettant en place une surveillance post-exposition	Non
	Post-professionnel (fin de carrière) lors du départ en retraite en cas de suivi individuel renforcé ou d'exposition à des risques professionnels avant la mise en place du SIR en 2017	Visite permettant d'établir la traçabilité des risques professionnels et un état des expositions aux facteurs de risques professionnels liés à des contraintes physiques marquées ou un environnement physique agressif ou à certains rythmes de travail voire de mettre en place une surveillance post-professionnelle	Non

A noter : les salariés dont l'état de santé, l'âge, les conditions de travail ou la présence de risques professionnels notamment les travailleurs en situation de handicap ou titulaires d'une pension d'invalidité ou travailleurs de nuit, … bénéficient d'un suivi adapté et la VIP périodique se déroule avec une fréquence maximale plus courte (3 ans au lieu de 5 ans)[11]

Source : Mission Igas

[11] Ce système de visites individuelles s'est traduit, en 2023, par 9 millions de visites dont plus de 40 % sont liées à l'embauche des salariés et 28,6 % correspondent à des visites périodiques.

[12] 3 visites sur 10 relèvent d'un suivi personnalisé et 44,2 % de ces visites sont des visites à la demande qui permettent de réduire la fréquence de la surveillance médicale définie par la loi ou le service chargé de la santé au travail.

[13] Les visites mi-carrière comme celles post-exposition restent méconnues particulièrement par les adhérents des services de prévention et de santé au travail interentreprises.

[11] C. trav., art. R. 4624

Tableau 2 : Ventilation des visites en 2023 par type de services de santé au travail [12]

Type de visite	Service de prévention et de santé au travail interentreprises		Service de prévention et de santé au travail autonome		Service de santé au travail en agriculture		Total	
VIP initiale	2 712 542	34,70 %	95 355	11,08 %	70 437	26,73 %	2 878 334	32,19 %
Aptitude initiale	741 885	9,49 %	44 567	5,18 %	23 849	9,05 %	810 301	9,06 %
VIP périodique	1 221 504	15,63 %	172 755	20,08 %	54 117	20,54 %	1 448 376	16,20%
SIR périodique	341 375	4,37 %	58 825	6,84 %	15 414	5,85 %	415 614	4,65 %
Aptitude périodique	532 573	6,81 %	142 459	16,56 %	22 677	8,61 %	697 709	7,80 %
Pré-reprise	464 007	5,94 %	31 036	3,61 %	17 022	6,46 %	512 065	5,73 %
Reprise	810 290	10,37 %	66 757	7,76 %	33 703	12,79 %	910 750	10,19 %
A la demande	934 171	11,95 %	229 887	26,72 %	25 532	9,69 %	1 189 590	13,30 %
Mi-carrière	53 651	0,69 %	12 774	1,48 %	657	0,25 %	67 082	0,75 %
Post-exposition	1 458	0,02 %	1 699	0,20 %	3	0,00 %	3 160	0,04 %
Post-professionnelle	3 698	0,05 %	4 190	0,49 %	61	0,02 %	7 949	0,09 %
Total	7 817 154		860 304		263 472		8 940 930	

Source : Direction générale du travail, traitement mission

[14] **Les visites médicales en téléconsultation, autorisées depuis la loi de 2021, ne se développent pas.**

Les téléconsultations

Dans le contexte de la crise du Covid-19, les ministères chargés du travail et de l'agriculture avaient autorisé, par une instruction en date du 17 mars 2020, les services de santé au travail à recourir aux téléconsultations afin d'assurer les visites qui devaient être maintenues pendant le confinement. Ce mode de visite a été confirmé par la loi de 2021.

Cette pratique reste à un faible niveau malgré l'augmentation du nombre de services y ayant recours

Tableau 2.1 : Évolution des téléconsultations

Année	2022		2023	
Type de service	SPSTI	SPSTA	SPSTI	SPSTA
Taux des services concernés	73%	23 %	79 %	31 %
Taux des visites médicales	4 %	2 %	2,4 %	2,3 %

Source : Direction générale du travail, traitement mission

[12] Ces données sont issues de l'enquête annuelle prévue par l'article D. 4622-57 du Code du travail. En 2023, 97,1 % des 176 services de prévention et santé au travail interentreprises (SPSTI), 69,3 % des 414 services de prévention et de santé au travail autonomes (SPSTA) et 100 % des 35 services de santé au travail en agriculture ont répondu à l'enquête.

Parmi les critiques portées sur les téléconsultations sont mis en avant principalement les conditions matérielles qui ne respectant pas systématiquement la confidentialité, l'impossibilité de réaliser un examen clinique et surtout l'absence d'examen préalable (examen d'urine, de la vue et pour certains postes de travail : audiométrie, spirométrie) au rendez-vous avec le professionnel de santé et une communication non verbale réduite.

Les avantages de cette pratique sont les gains de temps, la facilité d'accès notamment pour les zones éloignées des centres de santé au travail et son utilité lors de visite de pré-reprise ou de visite à la demande du salarié.

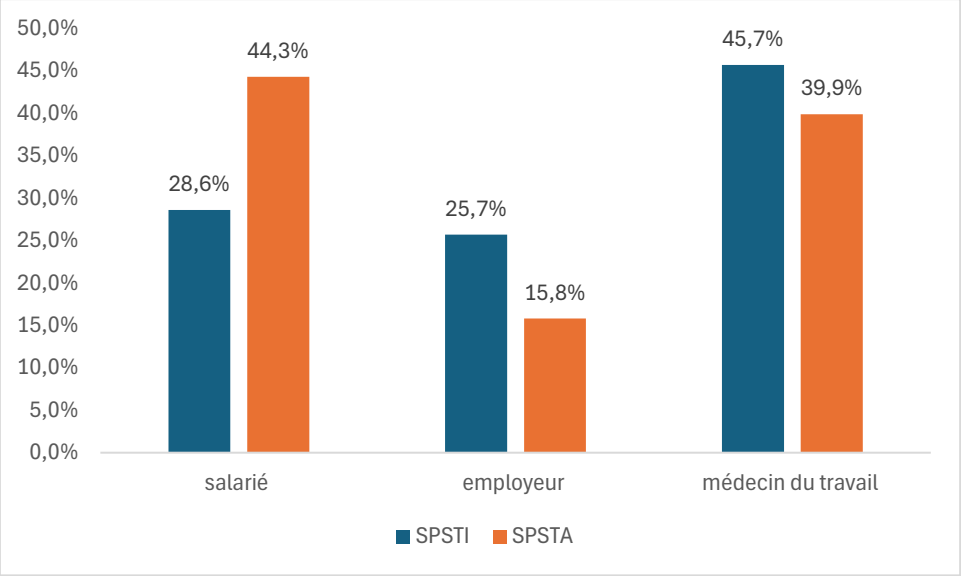
[15] En 2023, les 5 118 infirmiers qui représentent 52,6 % des professionnels de santé des services chargés de la santé au travail (en équivalent temps plein) ont réalisé 38,4 % des visites médicales.

[16] **L'activité des services de prévention et de santé au travail (SPST)[13] en matière de visite individuelle est hétérogène** :

- Les SPSTA réalisent trois fois moins de visite d'embauche que les SPSTI, probablement en raison des contrats du travail courts qui pèsent plus sur les services interentreprises que sur les services autonomes ;
- Le poids des suivis renforcés (aptitude et SIR) dans l'ensemble des visites médicales s'élève à 20,7 % dans les SPSTI. Il est supérieur dans les SSTA (+2,8 points) et encore plus marqué dans les SPSTA (+7,9 points) ;
- Les visites mi-carrière peinent à démarrer dans les SPSTI et sont deux fois moins nombreuses que dans les SPSTA. Elles sont encore plus faibles dans les SSTA ;
- Les visites post-exposition et post-professionnelles sont quasi inexistantes dans les SSTA et très modestes dans les SPSTI. La différence avec les SPSTA est notable alors que l'écart est moindre pour les visites relevant d'un suivi individuel renforcé qui représentent respectivement 6,8 % des visites médicales dans les SPSTA contre 4,4 % dans les SPSTI et 5,8 % dans les SSTA ;
- Les visites à la demande sont deux fois plus nombreuses dans les SPSTA que dans les SPSTI, les salariés prenant plus l'initiative dans les SPSTA.

[13] Cette expression concerne les services de prévention et de santé au travail autonomes et interentreprises. Elle vise également les services santé au travail en agriculture.

Graphique 1 : Répartition des initiatives de visite individuelle à la demande en 2023



Source : Direction générale du travail, traitement mission

2 L'enrichissement régulier des missions des services s'accompagne d'un accroissement de la transparence de leurs actions

2.1 Depuis une quinzaine d'années, la loi a constamment enrichi les missions des services de santé au travail

[17] **Les services de santé au travail ont périodiquement vu leurs missions s'élargir en passant d'une vision initialement individuelle** matérialisée notamment par l'avis l'aptitude à un champ plus large axé sur le renforcement de la prévention des risques professionnels tant sur le plan individuel que collectif et des concours aux politiques de santé publique.

[18] Ces évolutions successives ont conforté le rôle d'acteur central de la santé au travail des services chargés de la santé au travail et fait évoluer l'organisation du système d'acteurs (Cf. *infra*).

[19] Jusqu'en 2011, les services de santé sont assurés par un ou plusieurs médecins du travail puis à partir de 2011, les services ont une mission exclusive d'éviter toute altération de la santé des travailleurs, cette mission étant devenue, depuis la loi de 2021, une mission principale[14] et non plus exclusive.

[20] **Ce nouveau périmètre d'actions se concrétise notamment par des évolutions organisationnelles** (Cf. *infra*) et des missions nouvelles telles que :

- À partir de 2011 :

[14] C. trav., art. L. 4622-2

  - Conduire des actions de santé pour préserver la santé physique et mentale tout au long de du parcours professionnel des travailleurs ;
  - Participer au suivi individuel et contribuer à la traçabilité des expositions professionnelles et à la veille sanitaire ;

- Et depuis la loi de 2021 :
  - Engager une démarche proactive (« aller vers l'adhérent »), renforcer le travail en équipe pluridisciplinaire, assurer une meilleure traçabilité des actions et rechercher en permanence la satisfaction des adhérents. La loi demande aux SPSTI d'accompagner les adhérents dans la mise en place d'une culture de prévention au sein de leur entreprise, et incite les SPSTI à devenir de véritables partenaires des adhérents ;
  - Accompagner les employeurs, les travailleurs et leurs représentants lors de changements organisationnels importants dans l'entreprise ;
  - Contribuer à la réalisation d'objectifs de santé publique pour préserver la santé des travailleurs.

[21] **La profonde modification du suivi individuel des salariés résultant de la loi de 2016** a participé à cette évolution des missions des SPST dans un contexte de pénurie de médecins du travail et de manque d'attractivité de la discipline[15]. En effet, la suppression de l'avis systématique d'aptitude renforce la place de la prévention des risques professionnels liés à l'activité du travailleur puisque la finalité de l'obtention systématique de l'avis d'aptitude lors de la visite individuelle disparaît.

[22] Cette évolution est renforcée par l'orientation des SPST vers l'évaluation des risques professionnels se traduisant par une focalisation sur la mise à jour des fiches d'entreprises[16] et l'appui au développement des documents unique d'évaluation des risques professionnels (Duerp)[17] Ces outils de diagnostic et d'aide à la décision constituent une base pour développer l'analyse des données en santé et renforcer la prévention primaire[18].

[15] Des postes d'interne sont régulièrement non pourvus (Cf. annexe 4).

[16] Cette fiche dont le modèle est fixé par arrêté ministériel (arrêté du 29 mai 1989) est établie par le médecin du travail ou, dans les SPSTI, par l'équipe pluridisciplinaire. Elle présente les conditions générales de travail, les risques professionnels, leur localisation, les effectifs exposés.

[17] Le document unique d'évaluation des risques professionnels, élaboré par l'employeur, dresse, pour chaque unité de travail les risques pour la santé et la sécurité des travailleurs en fonction des procédés de fabrication, des équipements de travail, des substances chimiques, de l'aménagements des locaux de travail, de l'organisation du travail. Sur cette base, l'employeur définit un plan d'actions visant à éliminer ou réduire les risques identifiés.

[18] La prévention primaire vise à éliminer ou réduire les risques à la source même de leur apparition. Cette approche permet d'identifier les dangers potentiels par l'évaluation des risques et de mettre en place des mesures préventives dès la conception des postes de travail, l'introduction de nouveaux équipements de travail et la mise en place de nouveaux processus de production.

2.2 L'élargissement des missions des services de prévention et de santé au travail interentreprises s'accompagne d'un renforcement de la transparence de leurs actions

[23] La loi de 2021 accroît la régulation et la transparence d'actions des services à travers une offre de services rendue publique, des modes de financement harmonisés et la publication de bilans.

2.2.1 Les offres de services des services de prévention et de santé au travail interentreprises sont dorénavant clarifiées, largement accessibles et garanties par un organisme extérieur

[24] **Depuis 2021, les SPSTI proposent aux entreprises une offre obligatoire de services socle** comprenant le suivi individuel de l'état de santé des salariés, la prévention des risques professionnels et la prévention de la désinsertion professionnelle.

[25] **Cette offre socle vise à assurer une homogénéité de services** entre les SPSTI sur l'ensemble du territoire et à favoriser le respect de la dynamique de prévention des risques professionnels.

[26] S'y ajoutent une offre complémentaire facultative, actuellement peu développée, ainsi qu'une offre destinée aux travailleurs indépendants peu utilisée.

[27] Certains SPSTI ont fait le choix d'intégrer dans l'offre de service socle des services (par exemples ateliers sport et santé, appui à la réalisation du Duerp en s'appuyant sur un parcours numérique intégrant des conseils d'experts internes au service et de partenaires) qui pourraient relever de l'offre complémentaire estimant que ces services sont des atouts pour assurer le déploiement de l'offre socle.

[28] **Pour renforcer la transparence, l'offre de services qui est rendue publique est communiquée aux entreprises adhérentes et au comité régional de prévention et de santé au travail (CRPST).** Cette publicité facilite également l'accès à l'information des salariés et de leurs représentants.

[29] **La qualité de cette offre est encadrée dans un référentiel d'évaluation en vue d'une certification obligatoire**[19], réalisée par un des trois organismes indépendants accrédité par le comité français d'accréditation (Cofrac)[20] et à mesurer ainsi l'effectivité de l'offre de services (Cf. annexe 6).

[19] Les services de prévention et de santé au travail autonomes ne sont pas concernés par cette contractualisation.

[20] Après une première phase de recevabilité opérationnelle, le Cofrac conduit des audits en vue d'une certification qui intervient depuis septembre 2025.

Objet de la certification des SPTSI

La certification délivrée pour une période de deux à cinq ans, en fonction du niveau sollicité par le SPSTI[21], porte sur un champ large :

- la qualité et l'effectivité des services rendus entrant dans le cadre de l'offre de services socle ;
- la gestion financière et la tarification (Cf. *infra*) ;
- la conformité du traitement des données personnelles au règlement général sur la protection des données (RGPD) ;
- l'impartialité et de la confidentialité vis-à-vis des entreprises adhérentes et des salariés.

Les référentiels et les principes qui guident le cahier des charges de certification ont été fixés par décret[22] sur la base des travaux des partenaires sociaux au sein du comité national de prévention et de santé au travail (CNPST).

Les SPSTI doivent être certifiés au plus tard depuis fin avril 2025 [23]. Pour les SSTA la certification doit intervenir au plus tard fin novembre 2025[24]

[30] Cette certification en obligeant à formaliser les process de travail et à s'interroger sur les contributions respectives des différents métiers au déploiement des services contribue à renforcer une culture organisationnelle. Actuellement les SPSTI ont majoritairement décidé de s'intégrer dans une démarche progressive en sollicitant le niveau 1 (niveau le moins élevé)[25] qui consiste essentiellement à formaliser leurs engagements et leurs processus.

[31] **Les trois certificateurs, au 31 août 2025 n'avaient pas refusé de certification**, certaines certifications étant cependant assorties de non-conformités donnant lieu à un plan d'actions pour les corriger (Cf. annexe 6).

2.2.2 Le mode de financement entre les services de prévention et de santé au travail interentreprises est unifié et en partie homogénéisé

[32] **Les SPSTI et les SSTA fonctionnent sur la base de cotisations versées par les employeurs soit dans le cadre d'adhésion pour les SPSTI, soit dans le cadre des cotisations appelées par la MSA pour le secteur agricole.**

[33] **Les SPSTA, service d'entreprise ou d'entreprises d'un même groupe, sont financés directement par les entreprises au sein desquels ils sont implantés.**

---

[21] Trois niveaux sont prévus et l'ensemble des services doivent atteindre sous 5 ans le niveau 3 qui est le plus élevé.

[22] Décret n°2022-1031 du 20 juillet 2022 relatif aux référentiels et aux principes guidant l'élaboration du cahier des charges de certification et arrêté ministériel du 27 juillet 2023 fixant le cahier des charges de certification des services de prévention et de santé au travail interentreprises.

[23] Le processus a pris du retard notamment en raison des travaux partenariaux d'élaboration du cadre, de la date de recevabilité opérationnelle par le Cofrac des 3 organismes retenus et du temps de mise en conformité des SPSTI. Fin août 2025, 57,3 des SPSTI étaient certifiés.

[24] En septembre 2025, 34 SSTA sur 35 sont certifiés.

[25] Au 31 août 2025, sur les 98 certifications octroyées, 82,7 % concernaient le niveau 1, 5,1 %le niveau 2 et 12,2 % le niveau 3.

[34] L'accord national interprofessionnel (ANI) du 9 décembre 2020 relatif à la prévention renforcée et à une offre renouvelée en matière de santé au travail et conditions de travail a confirmé son attachement au maintien des cotisations versées par les employeurs auprès du service de prévention et de santé au travail contrairement à ce que préconisait le rapport « santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée » de 2018[26].

[35] En outre l'accord national précise que la cotisation versée au service de santé au travail est proportionnelle au nombre de travailleurs suivis (cotisation per capita) ce qui exclut notamment le paiement de cotisation en pourcentage de la masse salariale répandu au sein des services de santé au travail.

[36] La loi de 2021 reprend le mode de financement préconisé par les partenaires sociaux en prenant en compte les salariés à temps partiel au prorata de leur temps de travail[27] et le niveau de cotisations appelées pour l'offre de services socle est publié et encadré par le ministère du travail.

[37] Les services complémentaires proposés en sus de l'offre socle sont facturés sur la base d'une grille tarifaire approuvée par l'assemblée générale du service de santé et portée à la connaissance selon les mêmes modalités que l'offre de services socle.

[38] Enfin de cette transparence est renforcée avec la transmission à la Dreets des données relatives à la gestion financière permettant notamment de calculer le coût moyen national de l'offre de services socle comme l'ont souhaité les partenaires sociaux dans l'ANI du 9 décembre 2020 et comme l'a conforté le Conseil constitutionnel[28] en reconnaissant la constitutionnalité du mode de calcul de la cotisation.

[39] **Cette transparence s'accompagne d'une limitation du montant des cotisations.** En effet depuis la loi de 2021, le montant des cotisations des entreprises pour bénéficier de l'offre de service socle des SPSTI est encadré par :

- La publication d'un arrêté ministériel annuel[29] indiquant le coût moyen national de l'offre socle ;
- Et l'obligation de fixer une cotisation annuelle oscillant entre 80 % et 120 % de ce montant national.

[26] Ce rapport de Charlotte LECOQ, Brunon DUPUIS, Henri FOREST, avec l'appui de l'Igas (Hervé LANOUZIERE) préconisait la fixation d'une cotisation patronale unique regroupant les cotisations des entreprises versées au service de santé au travail et en matière d'accidents du travail. Ces cotisations auraient alors été recouvrées directement par l'URSSAF.

[27] La Cour de cassation avait tranché dans un sens différent en prévoyant une cotisation fondée sur le nombre de salariés et non de leur temps de travail (Cf. C. cass. Soc, n°22-17.321, 17 janv. 2024).

[28] Cons. const. 23 sept. 2021, n°2021-931 QPC

[29] Arrêté du 26 septembre 2024 relatif au coût moyen national de l'ensemble socle de services des services de prévention et de santé au travail interentreprises. Le coût moyen national de l'ensemble socle de service des services de prévention et de santé au travail interentreprises est fixé pour l'année 2025 à 115,50 euros par salarié.

La cotisation pour le secteur agricole s'élève à 66,81 euros.

[40] Au sein des services, la cotisation de base est effectivement déterminée en tenant compte du montant fixé par l'arrêté ministériel. Mais **certains SPSTI pratiquent, en complément de la cotisation standard, des tarifs différentiés** dans certains cas : droit d'entrée pour chaque nouveau salarié, paiement forfaitaire supplémentaire en cas d'absence du salarié lors de la visite individuelle, etc.

3 Les réformes législatives conduisent les services de santé au travail à renforcer leur ancrage vers les politiques publiques nationales et régionales de santé au travail

[41] Les réformes législatives de 2011 et de 2021 ambitionnent d'amarrer l'action des services de prévention et de santé au travail interentreprises dans la politique publique nationale et régionale de santé au travail.

[42] En outre les SPSTI sont parties prenantes des actions territoriales en faveur de la santé.

3.1 Le projet pluriannuel de service, outil interne de programmation, mobilise l'ensemble des organes de gouvernance des services de prévention et de santé au travail interentreprises

[43] Élaboré depuis 2011 par la commission médico technique, le projet pluriannuel de service définit les priorités d'actions du service[30] qui sont soumises à l'approbation du conseil d'administration. Il s'agit de combiner surveillance médicale individuelle et actions de santé au travail en fonction du type d'entreprises.

Les organes de gouvernance des services de prévention et de santé au travail interentreprises

La gouvernance des SPSTI est fondée sur une architecture paritaire et démocratique présente dans l'ensemble des organes.

1 - Le conseil d'administration (CA)

Le conseil est composé paritairement de représentants des entreprises adhérentes et de salariés de ces entreprises. Le président, qui a voix prépondérante, est élu parmi les représentants des employeurs. Le vice-président et le trésorier sont élus parmi les représentants des salariés.

Depuis la loi de 2021, le mandat de quatre ans des membres du conseil d'administrations est limité à deux mandats consécutifs.

Le conseil d'administration intervient sur l'ensemble des missions du SPSTI et vote le budget du service et donc les conditions tarifaires.

2 - La commission de contrôle (CC) ou le comité interentreprises constitué des comités sociaux et économiques des entreprises adhérentes

[30] C. trav., art. L. 4622-14

La commission de contrôle est composée pour un tiers de représentants des employeurs adhérents au SPSTI et pour deux tiers de représentants des salariés des entreprises adhérentes au service.

Le président est un représentant des salariés et le secrétaire un représentant des employeurs

Cette instance est informée ou consultée sur l'organisation et le fonctionnement, l'équipement et le budget du SPSTI. Elle vérifie ainsi la conformité des décisions du CA.

3 - La commission médico technique (CMT) dans les services comptant au moins trois médecins du travail

La commission médico technique regroupe les expertises du service et permet d'assurer un pilotage opérationnel partagé. Elle est composée du président du SPSTI ou de son représentant, des professionnels du service ou de leurs représentants élus : médecins du travail, intervenants en prévention des risques professionnels, infirmiers, assistants de santé au travail et professionnels recrutés après avis des médecins du travail.

Cette commission a pour mission de formuler des propositions relatives aux priorités d'actions du service et aux actions menées par l'équipe pluridisciplinaire notamment la délégation de tâches des médecins du travail à l'égard des médecins collaborateurs, des internes en médecine du travail et des infirmiers de santé au travail. Elle élabore le projet pluriannuel de service soumis à l'approbation du CA et est consultée sur les actions du SPTSI.

[44] Ces priorités d'action qui reposent sur l'idée d'un projet de service s'inscrivent dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (Cpom) (Cf. *infra* et annexe 6).

[45] **Pour la direction générale du travail (DGT) du ministère du travail et la direction des risques professionnels (DRP) de l'assurance maladie, le projet pluriannuel de service est un document pivot entre l'agrément et le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens**[31]. Aussi la CMT est associée aux travaux préalables de conclusion du Cpom.

3.2 À travers le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens les services de prévention et de santé au travail contribuent à la politique de santé au travail

[46] Introduit par la loi n°2011-867 du 11 juillet 2011[32], **le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens**[33] **traduit l'obligation pour les services de prévention et de santé du travail interentreprises**[34] **de définir, sur leur territoire d'intervention et en partenariat avec la Dreets et la Carsat, des priorités contribuant au développement des politiques de santé au travail régionales**[35].

[31] Instruction DGT/CT/Cnam/DRP/2024/132 du 12 juillet 2024 relative aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens conclus avec les services de prévention et de santé au travail interentreprises

[32] C. trav., art. L. 4622-10

[33] IGAS, Bilan et perspectives des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec les services de prévention et de santé au travail, janvier 2023

[34] Les SPSTA et les SSTA ne sont pas concernés par cette contractualisation.

[35] Ces priorités régionales sont définies notamment dans le cadre du plan régional de santé au travail et la déclinaison régionale de la convention d'objectifs et de moyens de l'assurance maladie-risques professionnels (COG AT-MP).

Le contenu du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

Le contrat pluriannuel définit des actions visant à[36] :

1° Mettre en œuvre les priorités d'actions du projet de service pluriannuel et faire émerger des bonnes pratiques ;

2° Améliorer la qualité individuelle et collective de la prévention des risques professionnels et des conditions de travail ;

3° Mettre en œuvre les objectifs régionaux de santé au travail définis dans les plans régionaux de santé au travail ;

4° Promouvoir une approche collective et concertée et les actions en milieu de travail ;

5° Mutualiser, y compris entre les services de prévention et de santé au travail, des moyens, des outils, des méthodes, des actions, notamment en faveur des plus petites entreprises ;

6° Cibler des moyens et des actions sur certaines branches professionnelles, en faveur de publics particuliers ou sur la prévention de risques spécifiques ;

7° Permettre le maintien dans l'emploi des salariés et lutter contre la désinsertion professionnelle.

Ce contrat mentionne également les moyens mobilisés par les contractants, la programmation des actions et les modalités de collaboration pour atteindre des objectifs chiffrés[37].

[47] Ce contrat pluriannuel, d'une durée maximale de cinq ans, conclu entre le service de santé au travail interentreprises d'une part et la Dreets et Carsat d'autre part après consultation du comité régional de prévention et de santé au travail (CRPST) organise une coordination entre les actions du service du santé au travail et celles des acteurs publics compétents dans le domaine de la santé au travail.

[48] Il s'agit de faire participer les services de santé au travail à la mise en œuvre des orientations de la politique nationale en matière de protection de la santé, de la sécurité au travail et d'amélioration de la qualité de vie et des conditions de travail ainsi qu'au volet régional de cette politique matérialisée par le plan régional de santé au travail.

[49] Cet outil dont les contributions sont hétérogènes[38] marque l'intégration des services de santé dans l'action publique de santé au travail notamment au bénéfice de la prévention primaire.

[50] Pour l'administration du travail, la signature du Cpom est un préalable à l'agrément du SPSTI par la Dreets (Cf. annexe 6). En pratique la règle est diversement appliquée et **la dynamique de conclusion des Cpom s'essouffle**. Un peu moins d'un quart des services sont engagés dans une contractualisation[39] tout en étant agrées. En 2022, 45 % des SPSTI étaient encore engagés dans un Cpom soit nettement moins que les Cpom de la première génération qui couvraient un peu plus des trois quarts des SPSTI[40].

---

[36] C. trav., art. D. 4622-45

[37] C. trav., art. D. 4622-46

[38] Cf. rapport Igas précité : bilan et perspectives des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec les services de prévention et de santé au travail

[39] En 2023, selon l'enquête annuelle DGT, 24 % des SPSTI sont engagés par un Cpom actif.

[40] 77 % des services ont signé un Cpom de la 1ère génération selon des travaux de l'IGAS et deux fois moins pour la contractualisation de la 2ème génération selon les travaux Igas de 2022 : bilan et perspectives des

3.3 Les services de prévention et de santé au travail sont également parties prenantes des communautés de professionnels de santé de proximité

[51] L'ancrage territorial des services de santé se manifeste également avec la possibilité pour les services de prévention et de santé au travail de participer aux travaux des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)[41] et ainsi de concourir à la structuration des parcours de santé des travailleurs et à la réalisation des objectifs du projet régional de santé élaboré par l'agence régionale de santé.

[52] Enfin les services de prévention et de santé au travail peuvent bénéficier des dispositifs d'appui à la coordination des parcours de santé complexe[42].

[53] **Ce mode de travail reste peu exploré par les SPST même s'il a permis, dans quelques zones en fort tension de ressources médicales[43], la mise en place d'un circuit de soin pour des situations les plus complexes.**

[54] Cette collaboration entre professionnels de santé peut prendre des formes différentes avec la mise en place de réseau permettant une prise en charge en nombre d'examens complémentaires (par exemple, pour les salariés en horaire alterné, en cas de glycémie capillaire supérieure aux valeurs de référence, le salarié est orienté vers un pharmacien référencé pour pratiquer l'examen dans les conditions attendues (glycémie à jeun) puis si nécessaire l'orienter vers un laboratoire de biologie médicale pour un bilan sanguin) ou dans l'optique de valider un diagnostic complexe.

4 Les modifications légales successives impactent l'organisation des services et les champs d'intervention des professionnels

[55] Les réformes successives ont conduit les SPSTI à faire évoluer leurs organisations.

4.1 Au sein des services interentreprises, les différentes réformes concourent au développement régulier de l'équipe pluridisciplinaire et dans la plupart des services à une transformation organisationnelle permettant une approche plus globale de la santé au travail

[56] La notion de pluridisciplinarité introduite par la loi de 2002 se concrétise avec la loi de 2011 et se développe au fil des réformes ultérieures avec un élargissement des membres composant

---

contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec les services de prévention et de santé au travail, Anne Burstin, Claude Gady-Cherrier, Julien Emmanuelli, Igas, janvier 2023

[41] C. santé publ., art. L. 1434-12

[42] C. santé publ., art. L. 6327-1

[43] A titre l'exemple, dans certains territoires comme leu Centre Val de Loire.

l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail. En 2011, l'équipe est composée des médecins du travail, des infirmiers, des intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP), des assistants de service de santé et sécurité au travail (ASST)[44].

[57] **Au fil du temps, avec l'accroissement de la prise en compte de la dimension collective des situations de travail, d'autres disciplines ont rejoint l'équipe pluridisciplinaire et permis d'élargir les compétences techniques au service des entreprises.**

[58] Dorénavant, dans le cadre de cette recomposition et de développement des expertises en sus des professionnels de santé, participent à la cellule pluridisciplinaire, des psychologues du travail, des diététiciens, des kinésithérapeutes voire un représentant de la cellule de prévention et de maintien dans l'emploi.

[59] **Ces intervenants sont salariés du SPSTI ou prestataires du service.** Dans les faits le recours à des prestataires répond à des besoins récurrents tels que des ergonomes ou pour faire face à des besoins ponctuels des entreprises dans des situations particulières en vue de renforcer le nombre de professionnels[45].

[60] **Le format de l'équipe pluridisciplinaire est pluriel et dépend des choix stratégiques de la gouvernance du SPSTI** :

- **Une équipe de proximité** composée du médecin du travail, d'un infirmier diplômé d'État de santé au travail (IDEST) au sein de l'équipe ou à temps partagé entre deux médecins du travail voire plus. En cas de forte tension sur la ressource médicale, le ratio IDEST/médecin du travail est souvent supérieur à un ;

  S'y ajoute un assistant en santé et sécurité au travail éventuellement également à temps partagé et dont l'activité n'est pas homogène en fonction des SPSTI. En effet, dans certaines équipes, l'assistant a des fonctions administratives conséquentes à travers la prise de rendez-vous pour les visites individuelles ;

- **Une équipe élargie** intégrant d'autres professionnels présents au sein de plusieurs autres équipes souvent en cohérence avec la sectorisation du service (ex : ergonome, ingénieur hygiène, sécurité, environnement) ou intervenant dans la totalité des équipes (ex : toxicologue). La répartition des ressources pluridisciplinaire diffère car elle est liée à l'organisation de chaque type de service.

[44] Actuellement, dans les SPSTI, les assistants de santé au travail sont majoritairement des secrétaires médicaux intégrés ou non à l'équipe pluridisciplinaire. Ils peuvent être également des assistants d'équipe pluridisciplinaires ou assistants santé au travail.

[45] A titre d'illustration, le recours à des psychologues du travail lors d'accidents du travail graves ou mortels ou en cas de suicide de salariés.

Tableau 3 : Compostions des compétences pluridisciplinaires (en ETP) en 2023

	SPSTI		SPSTA		SSTA	
	Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux
Médecins	3 567	24,0 %	825	22,2 %	225	21,8 %
Infirmiers	3 028	20,3 %	1 857	50,1 %	232	22,5 %
ASST	6 091	40,9 %	440	11,9 %	SO	SO
Administratifs SST	SO	SO	SO	SO	311	30,2 %
IPRP	2 195	14,8 %	588	15,8 %	SO	SO
Conseillers en prévention des risques professionnels[46]	SO	SO	SO		262	25,4 %
Total	14 881	100,0 %	3 710	100,0 %	1 030	100,0 %

Source : Direction générale du travail, traitement mission – SO : sans objet

[61] Ces données doivent néanmoins être lues en tenant compte de la variété des organisations particulièrement au sein des SPSTA qui peuvent s'appuyer sur des experts hygiène, sécurité, environnement des services de production ou des moyens rattachés au service des ressources humaines.

[62] Si les SPSTI ont adapté les compétences de l'équipe pluridisciplinaires en fonction de l'évolution de leurs missions et de leur diagnostic territorial, certains services peuvent rester en déficit de compétences techniques et organisationnelles pour réaliser des actions en milieu de travail.

[63] **Parallèlement à cet accroissement des compétences métiers de l'équipe pluridisciplinaire, ses missions se sont élargies**. L'équipe pluridisciplinaire de santé au travail contribue à renforcer les actions de prévention des risques professionnels en conduisant des actions d'information, de sensibilisation des employeurs, des salariés et de leurs représentants. L'équipe diligente également des actions en milieu de travail et depuis 2021 conseille l'employeur dans la rédaction et la finalisation du document unique d'évaluation des risques professionnels et du plan d'action qui peut en découler.

[64] **Des nouvelles interactions se sont construites au fil du temps au sein de l'équipe pluridisciplinaire avec un partage différencié des interventions dans l'entreprise**.

[65] En 2023, 935 800 actions en milieu de travail (AMT) ont été réalisées par l'ensemble des services de santé au travail ayant répondu à l'enquête annuelle organisée par la direction générale du travail. Ces actions se concentrent sur les études de postes et les conditions de travail qui représentent un quart des interventions fréquemment en lien avec le questionnement sur l'aptitude de salariés. Les conseils représentent un cinquième des interventions. Pour les SPSTI la rédaction et l'actualisation des fiches d'entreprise correspondent à 22,9 % des AMT.

[46] Les conseillers en prévention de risques professionnels interviennent sous la seule autorité du médecin chef du SSTA.

Tableau 4 : Répartition 2023 des actions en milieu de travail par type de service

	SPSTI		SPSTA		SSTA		Total	
	Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux	Nombre	Taux
Information/ Sensibilisation	31 326	4,4 %	7 211	4,1 %	2 408	6,0 %	40 945	4,4 %
Conseils	116 822	16,3 %	68 546	38,2 %	9 210	22,8%	194 578	20,8 %
Etudes	192 125	26,8 %	34 863	19,4%	16 535	40,9 %	243 523	26,0 %
FE	164 033	22,9 %			1 364	3,4 %	165 397	17,7 %
DUERP	33 726	4,7 %	2 022	1,1 %	2 110	5,2 %	37 858	4,0 %
Métrologie	11 669	1,6 %	21 796	12,2 %	277	0,7 %	33 742	3,6 %
Participation CSE- CSSCT	27 214	3,8 %	7 130	4,0 %	2 635	6,5 %	36 979	4,0 %
Autres	139 122	19,4 %	37 794	21, 1%	5 889	14,6 %	182 805	19,5 %

Source : Direction générale du travail, traitement mission

[66] **Avec l'élargissement des compétences et des missions, le mode de travail de l'équipe s'est diversifié mais il reste « médecin dépendant ».**

[67] Outre les échanges au fil de l'eau, le rythme de réunion de l'équipe pluridisciplinaire varie en fonction de sa composition. En complément de l'équipe pluridisciplinaire de proximité qui organise des réunions régulières et programmées, les autres acteurs de l'équipe pluridisciplinaires se retrouvent à des fréquences plus espacées.

[68] Cette organisation du travail n'est pas partagée par l'ensemble des équipes y compris au sein d'un même SPSTI. Par ailleurs, la pratique des SPSTI est variable puisque certains n'organisent pas de réunion périodique. En conséquence, dans ces services, les échanges sont uniquement informels.

[69] **S'agissant des travaux de l'équipe, une hétérogénéité est également observée.** Certaines équipes combinent les orientations du service, les analyses des données du système d'information (SI) métier, les informations issues des visites médicales ainsi que des demandes des entreprises adhérentes. D'autres équipes prennent en compte un périmètre plus restreint et n'utilisent pas les ressources issues du SI.

[70] **Cette différence de mode de fonctionnement répond à de multiples facteurs**. Si le profil et les préférences individuelles des médecins peuvent avoir un impact cela est loin d'être systématique. La différence de fonctionnement dépend également d'autres dynamiques collectives au sein du service telles que la présence d'équipe support plus ou moins étoffées, les marges de manœuvre pour le recrutement des ressources médicales.

[71] **La démarche de structuration de l'équipe pluridisciplinaire est marquée par la progressivité et par les évolutions des missions des SPSTI.** Il existe une réelle hétérogénéité dans la mise en place de la pluridisciplinarité tant sur le recours à des prestataires de service que sur les actions

déployées : certains services privilégient l'appui à l'élaboration du Duerp tandis que d'autres orientent leurs actions vers la fiche d'entreprise[47].

[72] Dans les services autonomes, les missions du service sont exercées par les médecins du travail, qui conduisent leurs actions en coordination avec l'employeur et le comité social et économique. Bien que la pluridisciplinarité ne soit pas obligatoire, les médecins du travail et les infirmiers coopèrent avec les acteurs de prévention de l'entreprise. Certains recourent également à des compétences externes en fonction de projets du service.

[73] Dans les SSTA la pluridisciplinarité est fondée sur les coopérations régulières entre les différents services de la MSA : le service médical et le service de prévention.

4.2 Dans l'optique de préserver l'employabilité des salariés, le renforcement de la mission de prévention de la désinsertion professionnelle est constant

[74] La mission de prévention de la désinsertion professionnelle apparaît en 2011 dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens et se concrétise actuellement par une entité spécifique : la cellule de prévention de la désinsertion professionnelle. L'existence de cette cellule qui est également une des exigences de l'offre de services socle des SPSTI (Cf. *supra*) figure dans obligatoirement dans le Cpom.

[75] **La cellule accompagne individuellement et collectivement les employeurs et les travailleurs.** Son action cohérente avec le projet pluriannuel de service et le Cpom doit être dorénavant outillée en termes de pilotage pour repérer les entreprises appartenant aux secteurs professionnels les plus concernés et évaluer les parcours professionnels.

[76] **En cohérence avec le renforcement de l'ancrage territorial des SPSTI, la cellule peut mobiliser des professionnels au-delà de l'entreprise et du service**. En effet, chargée de réaliser des repérages précoces des situations, la cellule peut proposer des mesures individuelles d'aménagement du poste de travail voire un plan de reclassement du travailleur mobilisant les professionnels de santé chargés des soins et de tous les acteurs susceptibles d'intervenir en matière de reclassement. Cette collaboration avec son écosystème est particulièrement marquée par la mobilisation de différentes entités de la sécurité sociale (service du contrôle médical de l'assurance maladie, service social de la caisse d'assurance retraite et de santé au travail, …).

[77] Afin que les salariés puissent être acteurs de leur prévention, ils sont informés de son existence et peuvent la solliciter pour anticiper un avis d'inaptitude.

[78] Comme pour l'équipe pluridisciplinaire, cette cellule est animée et coordonnées par un médecin du travail ou par un membre de l'équipe pluridisciplinaire, désigné par ce médecin, et agissant sous sa responsabilité.

[47] En 2013, le bilan des conditions de travail relevait qu'environ 26 % des fiches d'entreprises étaient réalisées.

[79] **Actuellement, les travaux récents de l'Igas montrent que l'ambition portée par la loi de 2021 reste perfectible particulièrement sur le volet de l'interopérabilité des systèmes d'information[48].**

5 Les évolutions juridiques confortent des métiers existants et modifient les champs d'interventions des professionnels

[80] Les réformes législatives successives confortent la diversité des compétences des professionnels des services de prévention et santé au travail et transforment leurs activités professionnelles.

5.1 La fonction de direction et de pilotage est confortée au sein des services de prévention et de santé au travail interentreprises

[81] **La fonction de directeur reconnue par le législateur en 2011[49]** qui le charge de mettre en œuvre, en lien avec l'équipe pluridisciplinaire, des actions du projet pluriannuel de service approuvées par le conseil d'administration.

[82] En pratique il a la responsabilité de la gestion, de l'organisation et de la mise en œuvre de la politique stratégique du SPSTI.

[83] **La réforme de 2021 conforte son rôle d'interface** entre les partenaires du SPSTI et les professionnels du service en lui confiant de nouvelles missions. Maintenant, il :

- Rend compte de son action dans un rapport annuel d'activité ;
- Prend les décisions relatives à l'organisation et au fonctionnement du service nécessaires à la mise en œuvre des dispositions législatives et réglementaires ;
- Veille au respect des dispositions du contrat d'objectifs et de moyens et du projet pluriannuel de service.

[84] **En fonction de la taille des services de prévention et de santé du travail, cette fonction peut être exercée avec un seul assistant chargé, par exemple, d'assurer une fonction comptable ou au contraire avec des fonctions support variées**. Dans cette dernière situation, outre les fonctions supports habituelles (direction financière, direction des ressources humaines, moyens généraux, etc.) des nouvelles fonctions apparaissent dans le domaine de la communication, de la qualité[50].

[48] Prévention de la désinsertion professionnelle : détecter le risque, coordonner les acteurs, juillet 2025, Hervé LEOST et François SCHECHTER

[49] C. trav. art. L. 4622-16

[50] Ces nouvelles fonctions sont reconnues par les instances de dialogue social de la branche des services de prévention et de santé au travail interentreprises à travers l'accord collectif national du 23 mai 2024 relatif à la révision partielle de la convention collective modifiant la classification des emplois, étendu par arrêté du 8 novembre 2024.

5.2 Au fil des réformes, les fonctions et missions du médecin du travail ont profondément évolué

5.2.1 Avec l'extension des missions des services de prévention et de santé au travail et la transformation du suivi médical individuel, le médecin du travail voit son rôle d'animation et de supervision s'amplifier

[85] **Au fil des réformes, le médecin du travail qui occupait seul une fonction quasi exclusive voit son rôle s'orienter vers une fonction de coordinateur et d'animateur d'équipe avec laquelle il partage des missions**.

[86] La loi de 2011, qui élargit les missions des services de santé au travail, amorce l'évolution des missions du médecin et de son changement de posture.

[87] La loi de 2016, en réformant en profondeur le suivi individuel des salariés, accélère le processus et la loi de 2021, qui renforce la mission de prévention des risques professionnels des SPST et sanctuarise le tiers temps du médecin du travail[51], confirme cette évolution.

[88] En outre, la dernière réforme législative en supprimant l'obligation pour le médecin du travail de remettre un rapport annuel d'activité et en confortant la responsabilité du directeur du SPSTI de rendre compte de la mise en œuvre des objectifs du service (Cf. *supra*) renforce le repositionnement des missions du médecin du travail.

[89] Désormais, **le médecin du travail anime et coordonne l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail** et la cellule de prévention de la désinsertion professionnelle. Ces nouvelles missions peuvent être déléguées sous réserve de deux garde fous :

- La délégation est effectuée sous sa responsabilité à des professionnels disposant de la qualification nécessaire ;
- La délégation intervient dans la limite des compétences des professionnels de santé prévues par le Code de la santé publique.

[90] **Cette évolution se traduit également par la possibilité de déléguer aux infirmiers certains types de suivi individuel des travailleurs sur la base de protocoles écrits concertés en commission médico-technique** (Cf. *supra*).

[91] En pratique les médecins du travail conservent le pilotage de l'équipe pluridisciplinaire de proximité et orientent le travail des différents acteurs.

[92] **Les rapports du médecin du travail avec les membres de l'équipe professionnelle varient d'un SPST à l'autre. Au sein d'un même service**, d'une équipe à l'autre en fonction la mobilisation des compétences des professionnels de l'équipe fluctue.

[51] Le médecin du travail doit consacrer un tiers de son temps de travail à des activités en milieu de travail.

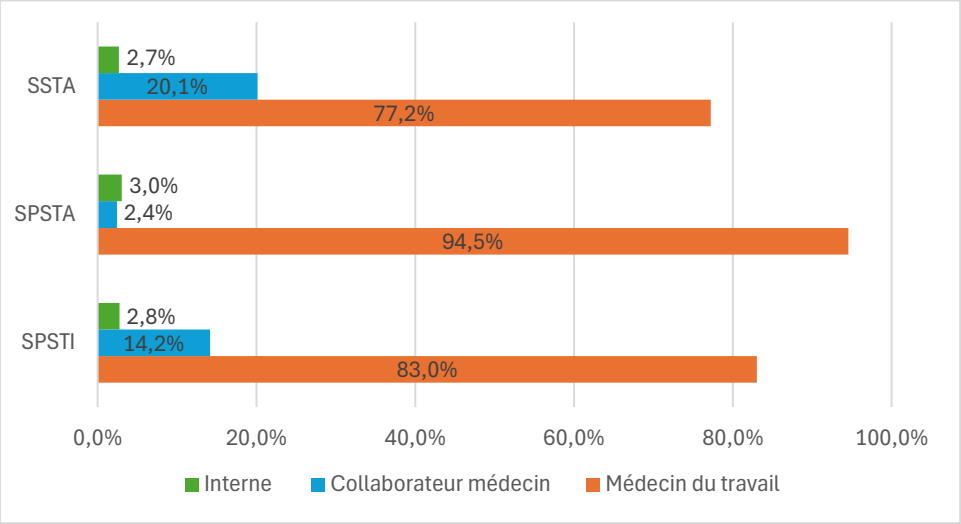
[93] Dans ce contexte, les garanties d'indépendance et le statut de salarié protégés sont renforcés pour les 3 916 médecins du travail[52].

5.2.2 Sous l'autorité du médecin du travail, d'autres médecins interviennent au sein des services de prévention et de santé au travail

[94] Au fil des réformes, pour pallier le nombre insuffisant de médecin du travail[53] et développer l'attractivité de la profession de médecin du travail, **le législateur a autorisé d'autres médecins à intervenir sous la responsabilité du médecin du travail** du service de prévention et de santé au travail.

[95] Cette diversification des profils se traduit par le recrutement de collaborateur médecin et d'interne en médecine du travail soit, en 2023, au total 3 567 médecins en SPSTI, 825 praticiens en SPSTA et 225 professionnels en SSTA.

Graphique 2 : Répartition des ressources médicales en 2023 en fonction du type de service de santé au travail (ETP)



Source : Direction générale du travail, traitement mission

[96] **Tous les types de services ont recours à la possibilité d'accroître les compétences médicales**. Cependant, s'agissant des collaborateurs médecins, en fonction du type de service, les pratiques sont différentes en raison de leur attractivité et de l'hétérogénéité des marges de manœuvre salariales.

[97] En complément, la loi de 2021 a introduit un nouveau type de collaboration qui mobilise la médecine de ville, dans des zones caractérisées par un nombre insuffisant de médecins du travail, en créant le médecin praticien correspondant (MPC) disposant d'une formation en médecine du travail[54].

[52] Enquête 2023 DGT sur l'activité des services de prévention et de santé au travail

[53] Un diplôme spécial est obligatoire pour exercer les fonctions de médecin du travail (C. trav., art. L. 4623 - 1).

[54] Par dérogation, un médecin non spécialiste en médecine du travail peut, lorsqu'il conclut pour la première fois un protocole de collaboration, recevoir la formation dans l'année suivant la conclusion de ce protocole.

[98] À ce jour ce nouveau mode d'exercice reste théorique car les bases juridiques nécessaires à sa mise en œuvre n'ont pas été totalement publiées[55].

[99] Le périmètre d'intervention de ces nouveaux praticiens en matière de suivi individuel des travailleurs, à la différence des internes et des collaborateurs médecins, sera identique à celui des IDEST. Cette évolution ne résorbera pas cependant les tensions sur les ressources médicales (Cf. annexe 4) mais elle pourrait permettre, cependant, de renforcer les compétences des médecins généralistes dans le domaine de la santé au travail et de faciliter les liaisons entre les deux types de praticiens.

5.3 La délégation de tâches, sous la base de protocole, entre le médecin du travail et l'infirmier de santé au travail progresse et renforce, sous conditions, le rôle de l'infirmier

[100] Depuis la loi de 2021, la délégation de tâches est fondée sur une base légale et non plus réglementaire. Au fur et à mesure des réformes de la santé au travail, le suivi individuel des salariés par les IDEST[56], dans le cadre de protocoles signés avec les médecins du travail, s'est élargi.

[101] Actuellement, sont concernés par cette délégation des visites médicales régulières et des visites liées à un événement de santé ou de carrière (Cf. tableau 1) ce qui représente un large champ du possible au regard de l'activité de suivi individuel des salariés.

[102] **Toutefois, le médecin du travail reste le seul professionnel compétent pour se prononcer sur l'inaptitude des salariés**.

[103] **Les protocoles de délégation sont plus ou moins détaillés**, certains protocoles présentant très finement les actes attendus en fonction de la situation des salariés.

[104] La mise en œuvre des possibilités ouvertes par la loi n'a pas encore atteint sa maturité tant sur le niveau de délégation que sur l'acceptation réciproque de cette évolution.

[105] En pratique, le niveau de délégation varie en fonction de la nature du service chargés de la santé au travail et est corrélé au poids des ressources médicales au sein des services de santé au travail.

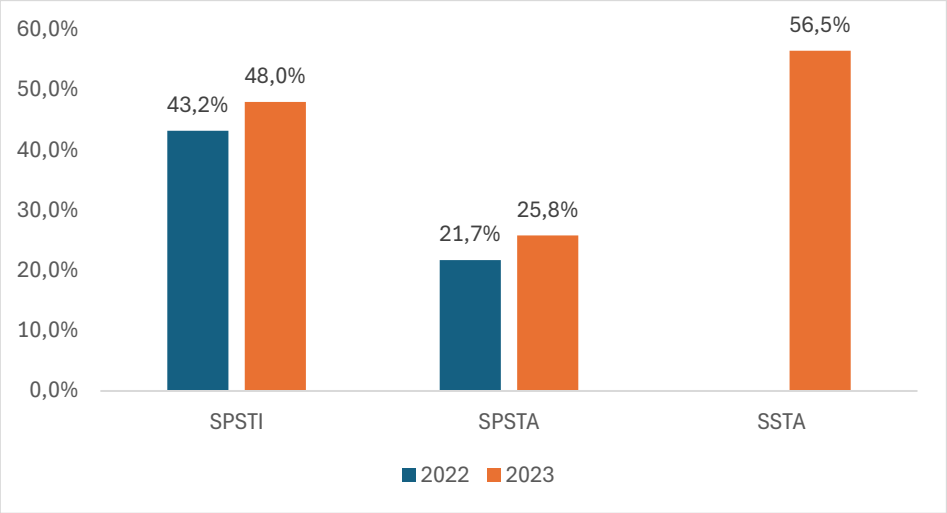
Jusqu'à la délivrance de l'attestation validant la formation suivie, le lien avec le médecin du travail est alors renforcé.

Cette collaboration du MPC non spécialiste en médecine du travail est précédée d'un séjour d'observation d'au moins trois jours dans le SPSTI avec lequel la collaboration est engagée.

[55] Les arrêtés permettant un déploiement effectif du dispositif font actuellement l'objet de consultation.

[56] C. trav., art. L. 4623-9

Graphique 3 : Taux de visites individuelles des infirmiers en 2022 et 2023 par type de services/visites délégables



Source : Direction générale du travail, traitement mission (à noter que la donnée n'est pas disponible en 2022 pour les SSTA)

[106] **Le niveau de délégation des médecins du travail au bénéfice des infirmiers progresse sans que les possibilités offertes par le droit du travail aient été totalement exploitées.** La publication DGT 2023 des résultats de l'enquête annuelle sur l'activité des services de prévention et de santé au travail montre que les infirmiers ont réalisé de 48 % du total des visites délégables dans les SPSTI et 25,8 % dans les SPSTA.

[107] **Le niveau de délégation et les thématiques de délégation restent liés à une pluralité de facteurs** :

- En vue d'assurer le niveau de visites médicales attendu par la législation, dans un contexte de tension sur la ressource médicale, **les directions des services conservent des marges de délégation pour faire face aux départs des médecins du travail** dans l'attente de nouveaux recrutements. Le pilotage du niveau de délégation permet ainsi de limiter les surcharges de travail pour les médecins du travail présents en mobilisant les compétences infirmiers ;
- **Les relations interpersonnelles entre le médecin du travail et l'infirmier** malgré les travaux de cohérence réalisés au sein des commissions médico-technique et les orientations du projet pluriannuel de service pour les SPSTI ou des travaux de concertation dans les SPSTA. Un premier critère intervient fréquemment dans le choix du médecin du travail : l'ancienneté de l'infirmier au sein du service de santé et ce malgré la formation obligatoire des infirmiers ou l'acquisition de diplômes spécifiques en santé au travail à travers un diplôme universitaire ou une licence. Par ailleurs, les IDSET n'accueillent pas toujours les délégations sans réserve notamment au regard de leur parcours professionnel et de leur formation ;

- En outre, la rédaction du Code du travail qui prévoit que la délégation est effectuée sous la responsabilité du médecin du travail[57] est également mise en avant malgré les orientations fixées par le projet pluriannuel de service, les travaux de concertation au sein des services de santé au travail fixant des orientations partagées pour les professionnels de santé et la responsabilité pour autrui de l'employeur.

[108] **La délégation des visites individuelles aux infirmiers n'est cependant pas consensuelle**. Le conseil national de l'ordre des médecins a déposé un recours contre le décret n°2022-679 du 26 avril 2022 relatif aux délégations de missions, aux infirmiers en santé au travail et à la télémédecine qui étend le type de suivi individuel susceptible d'être délégué. Cette requête a été rejetée[58].

[109] **Néanmoins, la prise en charge des visites par les infirmiers en santé au travail est aujourd'hui effective.** En 2023, ils ont réalisé presque quatre visites médicales sur dix avec un taux de réorientation auprès du médecin du travail très faible. Sur la même période, la réorientation s'élève pour les VIP initiales comme pour les VIP périodiques à 2 % et à 3 % pour les SIR intermédiaires.

[57] Le débat concerne l'indépendance professionnelle dont jouit le médecin dans l'exercice de son art au regard de la subordination résultant d'un contrat de louage de services et de règles définies après concertation. Il est à noter qu'aucune jurisprudence de la Cour de cassation ne retient la responsabilité civile du médecin du travail.

[58] CE, 4è - 1ère ch. réunies, 28 avril 2023, n°465318

ANNEXE 3 : La notion d'innovation et le rôle de la puissance publique dans l'innovation

1 ..... LA NOTION D'INNOVATION RECOUVRE UN LARGE EVENTAIL D'ACTIONS, RELEVANT A LA FOIS DE L'ORGANISATION ET DE LA TECHNOLOGIE 40

1.1 L'INNOVATION EST UN OBJET IMPORTANT DES SCIENCES ECONOMIQUES ET SOCIALES 40

1.2 DANS LE CHAMP DES POLITIQUES DE SANTE, LES TRAVAUX DU HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE (HCAAM) ONT LARGEMENT EXPLORE LA NOTION D'INNOVATION A LA FIN DES ANNEES 2010 42

2 LE ROLE DE LA PUISSANCE PUBLIQUE CONSISTE A CREER UN CADRE FAVORABLE A L'INNOVATION 43

2.1 L'INNOVATION PEUT NE PAS ETRE SPONTANEE OU SANS RISQUES, ET RECLAMER L'INTERVENTION DE L'ÉTAT..... 43

2.2 D'UN POINT DE VUE OPERATIONNEL, L'ACTION DES POUVOIRS PUBLICS EN MATIERE D'INNOVATION PEUT RECOUVRIR DE NOMBREUSES DIMENSIONS, APPUYEES SUR DES OUTILS ECONOMIQUES OU REGALIENS..... 44

[1] La lettre de mission identifie les sujets suivants, se rapportant tous aux conditions de l'innovation organisationnelle et technique dans les services de prévention et de santé au travail (SPST) :

- L'impact des réformes récentes du système de santé au travail, pour identifier les freins éventuels qui pourraient être levés ;
- Les modalités de pilotage permettant de favoriser les innovations organisationnelles et techniques ;
- La possibilité de faire de l'agrément des SPST un levier d'innovation, en expertisant la possibilité de mettre en place un dialogue de gestion autour d'indicateurs pertinents ;
- La contribution des SPST à la prévention de la désinsertion professionnelle (PDP), la prévention des accidents du travail et la lutte contre l'absentéisme.

[2] La présente annexe vise à définir le terme d'innovation puis à présenter les modalités d'intervention publiques en la matière et enfin à examiner de manière critique les caractéristiques du système français de santé au travail de ce point de vue.

1 La notion d'innovation recouvre un large éventail d'actions, relevant à la fois de l'organisation et de la technologie

1.1 L'innovation est un objet important des sciences économiques et sociales

[3] La définition retenue par l'Insee est la suivante : « L'innovation désigne l'introduction sur le marché d'un produit ou d'un procédé nouveau ou significativement amélioré par rapport à ceux précédemment élaborés par l'unité légale. »

[4] Le manuel d'Oslo[59], qui sert de référence aux services statistiques en la matière, distingue deux types d'innovations :

- **Les innovations de produits (biens ou services)** : « mise au point / commercialisation d'un produit plus performant dans le but de fournir au consommateur des services objectivement nouveaux ou notablement améliorés » ;
- **Les innovations de procédé, de marketing et d'organisation** : « mise au point / adoption de méthodes de production ou de distribution nouvelles ou notablement améliorées ».

[5] Ces innovations peuvent être radicales (de grande ampleur) ou incrémentales (de petite taille).

[59] OCDE, *Manuel d'Oslo - Lignes directrices pour le recueil, la communication et l'utilisation des données sur l'innovation*, 2005 (4ème édition 2018).

[6] L'innovation, ses conditions et ses impacts, ainsi que les politiques publiques pouvant être mobilisées pour en favoriser les développements, sont étudiés par plusieurs disciplines universitaires, notamment l'économie (micro et macro-économie) et la sociologie[60].

[7] Les travaux pionniers de Joseph Schumpeter distinguaient trois temps dans l'innovation[61] :

- L'invention, c'est-à-dire la production de connaissances nouvelles ;
- L'innovation proprement dite, c'est-à-dire le produit ou le procédé réellement nouveaux et mis en œuvre ;
- La diffusion, c'est-à-dire l'utilisation de ce produit ou de ce procédé à grande échelle.

[8] **Plusieurs facteurs d'innovation, en particulier, ont été étudiés par les économistes**. Parmi ceux-ci :

- **La taille des entreprises** : les travaux économiques montrent qu'il n'existe pas de lien simple entre le nombre de salariés, ou le chiffre d'affaires, et la capacité à innover. Si les plus grandes firmes ont davantage de capacités financières pour mener des recherches et peuvent bénéficier d'économies d'échelle, elles sont également plus bureaucratiques. La littérature économétrique ne permet pas de trancher cette controverse[62] ;
- **La structure de marché** : de même que pour la taille des entreprises, les économistes ne donnent pas de réponse tranchée s'agissant des effets d'une situation de monopole ou de concurrence en matière d'innovation. Le monopole permet de disposer des financements nécessaires pour innover, et d'éviter que les bénéfices d'une innovation soient captés par d'autres. Au contraire, la concurrence maintient une pression sur les acteurs de marchés qui les incite à innover pour ne pas être distancés. Les économistes ont également étudié **la « contestabilité des marchés »**, c'est-à-dire la possibilité pour de nouveaux acteurs de rentrer en concurrence avec le ou les acteurs déjà présents sur le marché. Cette contestabilité est un facteur d'innovation, puisqu'elle conduit le monopole lui-même à rechercher davantage l'innovation pour conserver sa position, et puisque l'existence d'acteurs nouveaux se prête à des innovations radicales, souvent portées par de nouvelles cultures d'entreprises et des déplacements de technologies (comme l'illustre la succession IBM – Microsoft – Google – Facebook – OpenAI).

[9] Enfin, il convient de noter que la notion d'innovation ne peut être rapportée de manière univoque au progrès. Les innovations ont pour objectif recherché d'améliorer la productivité et la qualité des biens et services produits. Mais, outre qu'elles peuvent échouer à accomplir ces objectifs, elles comportent fréquemment des effets non désirés (impacts environnementaux, sociaux, sanitaires, etc. d'innovations technologiques).

---

[60] Les éléments de théorie économique de la présente annexe sont largement repris de l'ouvrage de Dominique GUELLEC, *Economie de l'innovation*, La Découverte, 3éme édition 2017.

[61] Joseph Schumpeter, *Théorie de l'évolution économique*, 1911.

[62] Dominique GUELLEC, op.cit.

1.2 Dans le champ des politiques de santé, les travaux du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (Hcaam) ont largement exploré la notion d'innovation à la fin des années 2010

[10] **Le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (Hcaam) avait consacré, en 2016, un rapport sur l'innovation en santé.** Ce travail avait pour partie inspiré des réformes intervenues depuis lors dans le monde de la santé publique, en particulier en soutien du numérique (stratégie numérique en santé de 2018, transformation de l'ASIP-santé en Agence du numérique en santé en 2019). Son avis Innovation et systèmes de santé[63] propose une analyse de la notion d'innovation dans le champ de la santé publique, pour s'adapter à un nouveau contexte, lié en particulier au développement de nouveaux services numériques, mais aussi de nouveaux traitements médicamenteux, porteurs d'opportunités et de risques pour la santé des Français.

[11] D'après l'avis du Hcaam, les sciences sociales mettent en évidence deux grandes approches du processus d'innovation :

- Une première acception, la plus usuellement retenue, est centrée sur l'adoption et la diffusion de nouvelles technologies, résultant d'un progrès scientifique et technique qui peut être réputé exogène. La question du choix est ici centrale : adopter ou non une nouvelle technologie à tel ou tel moment en fonction des gains attendus de son adoption ;
- Une seconde acception, dans laquelle l'innovation est vue comme un processus endogène qui conduit à l'apparition de nouvelles technologies et de nouvelles structures productives. À ce niveau, la politique publique vise à favoriser la viabilité des processus d'innovation.

[12] Le document fait référence à **l'importance des « systèmes nationaux d'innovation »** (SNI), c'est-à-dire des contextes institutionnels favorables à l'innovation. L'OCDE définit le SNI comme « un système interactif d'entreprises privées et publiques (grandes ou petites), d'universités et d'organismes gouvernementaux en interaction axés sur la production scientifique et technologique sur un territoire national ». Elle précise que les interactions peuvent être techniques, commerciales, juridiques, sociales ou financières.

[13] Le domaine le plus évident de l'innovation appliquée à la santé est lié au progrès technique. Il recouvre de multiples exemples : développement du numérique, et dans la période récente de l'intelligence artificielle, télémédecine, biomatériaux, domotique, etc.

[14] Les innovations organisationnelles n'en sont généralement pas déconnectées : elles sont généralement très liées aux évolutions de la technique (spécialisation des structures, réorganisations liées à l'intégration du numérique, transformation des modalités de la prévention -utilisation de capteurs pour la qualité de l'air, biomarqueurs, etc.). Cependant, des innovations organisationnelles peuvent également être indépendantes des innovations technologiques (périmètre des délégations de tâches des médecins aux infirmiers, recrutements de nouvelles catégories de personnel de prévention, etc.).

[15] Un système d'innovation doit répondre selon le Hcaam à trois objectifs :

[63] Avis du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, *Innovations et système de santé*, 13 juillet 2016.

- Être agile, dans sa capacité à intégrer rapidement les innovations pour répondre aux besoins, aux attentes des patients et des professionnels ;
- Être performant, c'est-à-dire à même de concrétiser les promesses du progrès scientifique et technique tout en faisant progresser l'efficience du système ;
- Être équitable en faisant de l'accès de tous aux meilleures prises en charge de santé et de la réduction des inégalités une priorité majeure.

2 Le rôle de la puissance publique consiste à créer un cadre favorable à l'innovation

2.1 L'innovation peut ne pas être spontanée ou sans risques, et réclamer l'intervention de l'État

[16] **D'un point de vue théorique, l'intervention publique se justifie, sur un marché, parce que les gains sociaux attendus du processus d'innovation dépassent les gains économiques pour les entreprises.** L'intervention de l'État permet de dépasser les intérêts économiques particuliers afin de permettre les « externalités » positives que l'innovation génère au bénéfice de tous : « le rendement privé de la recherche peut être inférieur à son rendement social »[64]. À cet objectif s'ajoute également celui de mutualiser le risque de l'innovation (qui peut représenter un investissement à perte), et celui de permettre la production de biens « non économiques », parmi lesquels figure la santé[65].

[17] **Les motifs possibles d'une intervention publique dans les processus d'innovation en santé sont très nombreux d'après le Hcaam** : favoriser le progrès technique, en faire profiter l'ensemble de la population de manière équitable, garantir la sécurité et l'éthique, appuyer spécifiquement des territoires défavorisés, permettre la prise en compte de la demande sociale, informer le citoyen pour qu'il puisse être acteur de sa santé, et réguler les coûts, notamment lorsque ceux-ci pèsent sur les finances publiques. Ces motifs, tous valides s'agissant d'une santé publique financée à 80 % par l'assurance maladie, ne sont pas tous applicables à la santé au travail et aux SPST, financés par des cotisations patronales. Néanmoins, l'équité, de l'éthique et de la sécurité des données sont des motifs valables d'une intervention publique.

[18] D'après le Hcaam, plusieurs lignes directrices doivent être poursuivies par cette intervention publique :

- **Consolider le système d'innovation par un accompagnement institutionnel**. Historiquement, le rapport mentionne, pour la santé publique, la constitution des centres hospitaliers universitaires et des grands organismes de recherche (INSERM, CNRS) ;

[64] Dominique Guellec, op.cit.

[65] Ce qui n'exclut pas que de telles innovations puissent avoir des impacts économiques, mais ils n'en constituent pas la motivation première.

- **S'adapter à la nouvelle donne industrielle** : innovations portées par l'industrie pharmaceutique ou les firmes du numérique en santé ;
- **Assurer la soutenabilité financière des innovations** (financement de nouveaux traitements coûteux) ;
- **Mieux prendre en compte la demande sociale** (mobilisation des usagers en faveur de traitements ou de modalités de prise en charge nouveaux, responsabilisation des patients dans l'observance et la prise en charge de leurs pathologies, reconnaissance du rôle des associations de patients, etc.) ;
- **Adapter le système de formation** (intégration des innovations dans les maquettes de formation, décloisonnement des savoirs entre spécialités, etc.).

2.2 D'un point de vue opérationnel, l'action des pouvoirs publics en matière d'innovation peut recouvrir de nombreuses dimensions, appuyées sur des outils économiques ou régaliens

[19] La réponse proposée par le Hcaam est :

- De **créer un cadre favorable aux initiatives innovantes**, qui peuvent selon les cas se développer dans le cadre existant, ou au contraire nécessiter des adaptations de ce cadre. **Le plus souvent, il est fait recours à des expérimentations**. Il est également possible de s'appuyer sur d'autres mécanismes (préfigurations pour des réformes dont il est prévu la généralisation, création de fonds d'amorçage, mise en place de dispositifs d'accompagnement des porteurs de projets, dépassement de l'expérimentation par le développement de prototypes et leur diffusion sur le territoire national une fois la preuve de l'efficience apportée) ;
- De **développer une approche stratégique claire s'agissant de l'innovation**, ce qui implique un portage politique fort et durable, et donc un investissement de la gouvernance et une formalisation pluriannuelle à travers l'expression d'objectifs stratégiques et l'adoption d'une feuille de route partagée entre les principales parties prenantes[66] ;
- **D'anticiper et d'éclairer les choix**, le défi étant de mettre en relation et de coordonner des organes de veille technologique généralement dispersés et cloisonnés ; cette fonction de veille doit être étroitement liée à la fonction d'évaluation des innovations ;
- **D'évaluer les innovations sur la base de preuves**, en s'efforçant de dépasser les évaluations produit par produit au profit d'approches plus larges car c'est souvent la combinaison des innovations qui est efficace ;
- **De développer une approche intégrant les territoires** dont les réalités sont diverses (profil des usagers, conditions socio-économiques générales, prise en compte de la réalité des coopérations entre professionnels de santé) ;

[66] S'agissant de la santé au travail, on penserait à la fois à l'État, aux partenaires sociaux et à l'assurance maladie à travers le plan santé au travail.

- De mettre en place **une tarification propice à l'innovation**, et en particulier assurer aux acteurs la **possibilité d'investir et d'avoir un retour sur cet investissement**. Il peut s'agir de de créer des tarifs favorables à l'investissement, de créer de la concurrence sur la qualité des soins, d'allouer de manière sélective des ressources centralisées par un fonds dédié[67].

[20] Les éléments de définition et de cadre pour une intervention publique, repris ici sur la base d'un travail applicable à la santé publique, peuvent être en partie transposés dans le champ de la santé au travail. La question de cette transposition et les conséquences des écarts constatés en termes de propositions sont traitées dans les parties 2 et 3 du rapport.

[67] Hcaam, *Régulation de l'investissement en santé : enseignements de la recherche économique théorique et empirique*, document de travail, novembre 2023.

ANNEXE 4 : La démographie médicale

1 LA DEMOGRAPHIE MEDICALE GLOBALE EST ETALE A UN NIVEAU BAS DEPUIS LES ANNEES 2010... 47

1.1 LES PREMIER ET SECOND CYCLES DES ETUDES MEDICALES PORTENT LE MECANISME DE LIMITATION DES EFFECTIFS DIPLOMES 47

1.2 LE NOMBRE DE MEDECINS EN ACTIVITE INSCRITS A L'ORDRE CONNAIT UNE CROISSANCE ESSENTIELLEMENT ALIMENTEE PAR LES RETRAITES AYANT CONSERVE UNE ACTIVITE MEDICALE 48

2 LA MEDECINE DU TRAVAIL CONNAIT LA MEME PENURIE DEMOGRAPHIQUE MALGRE LES TENTATIVES POUR ENRAYER LE PHENOMENE 52

2.1 LA DEMOGRAPHIE DES MEDECINS DU TRAVAIL EST A SON NIVEAU LE PLUS BAS ET PRESENTE UNE LARGE HETEROGENEITE TERRITORIALE 52

2.2 LES EVOLUTIONS REGLEMENTAIRES ONT DIVERSIFIE LES VOIES DE FORMATION A LA MEDECINE DU TRAVAIL 53

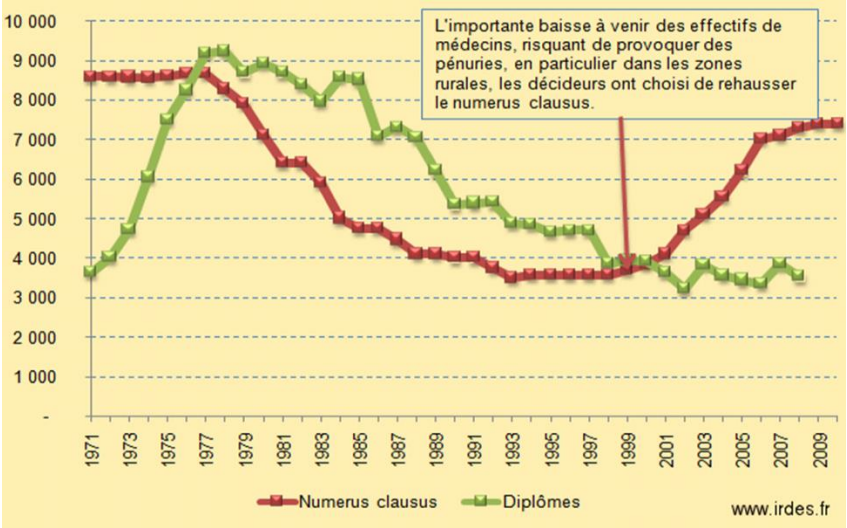
1 La démographie médicale globale est étale à un niveau bas depuis les années 2010

1.1 Les premier et second cycles des études médicales[68] portent le mécanisme de limitation des effectifs diplômés

[1] **À partir de la fin des années 70, les politiques successives ont visé à diminuer le nombre de médecins en activité** en réduisant le nombre de places ouvertes au concours de fin de première année des études médicales. Les motivations en étaient doubles : maîtriser les dépenses de santé et protéger l'activité des professionnels installés, sans prise en compte suffisante de l'augmentation prévisible des besoins[69]. **En 1999 le numerus clausus est légèrement augmenté** pour faire face à la baisse drastique des médecins en exercice. Avec le troisième cycle de spécialisation porté à quatre ou cinq ans selon les spécialités, il faut donc compter au minimum dix ans d'études après le concours de fin de première année pour être diplômé en médecine.

[2] Une analyse de l'IRDES de 2013 témoigne de ces variations à l'entrée et sur le nombre de diplômés (en fin de troisième cycle de spécialisation).

Graphique 1 : Évolution du *numerus clausus* et du nombre de médecins diplômés, 1971-2010



Source : IRDES, https://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/DemographieProfSante/DemoMedecins.htm

[68] Premier cycle en trois ans conduisant aux Diplômes de formation générale en sciences médicales (DFGSM2, DFGSM3), second cycle en quatre ans, conduisant au Diplôme de formation approfondie en sciences médicales (DFASM)

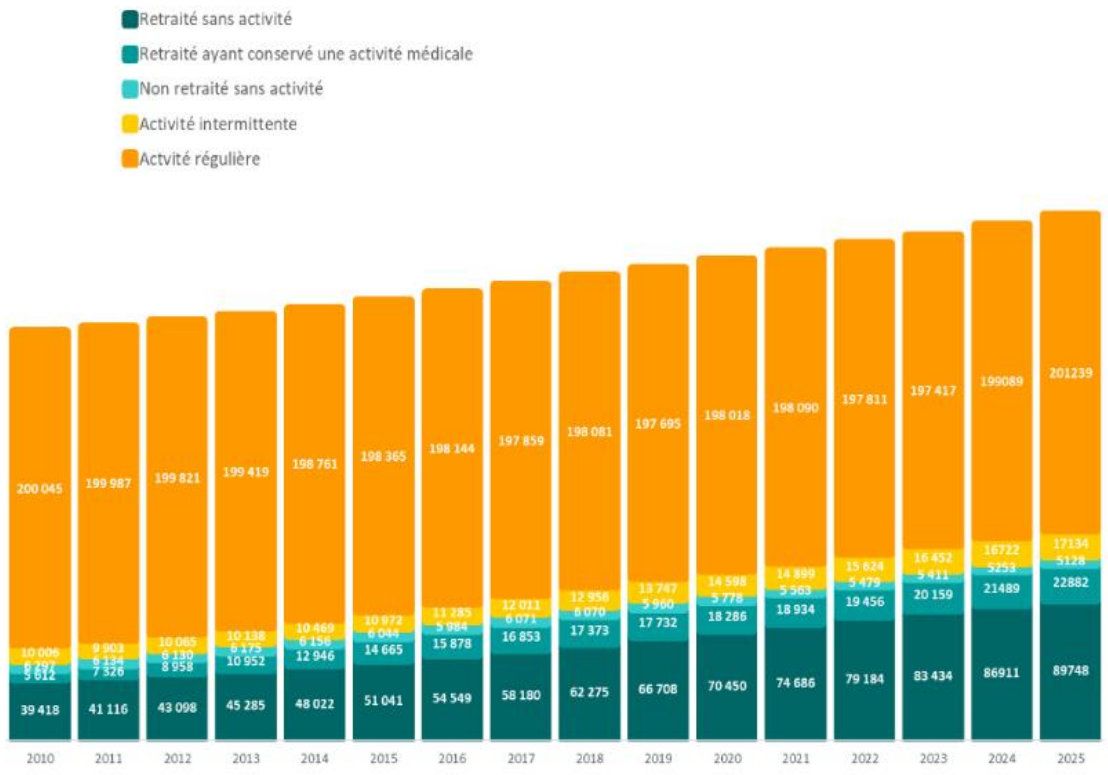
[69] Source : Sénat, Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale, visant à améliorer l'accès aux soins par la territorialisation et la formation, M. KHALIFE, juin 2025

[3] Devant le constat de l'existence de déserts médicaux et d'un nombre croissant de patients sans médecin traitant par l'impossibilité de s'ajouter aux patientèles déjà formées et de temps d'attente pour accéder à des consultations « en ville, notamment de spécialistes, **en 2020 le « numerus clausus » fait place au « numerus apertus »** : le nombre de places en fin de première année commune aux études de santé pour l'accès au cursus de médecine n'est plus fixé par le ministère chargé de la santé, mais déterminé chaque année par les ARS et les doyens des facultés de médecine dans chaque région[70]. Encore ce nombre de place reste-t-il limité, soit par les capacités d'accueil en formations théoriques des Unité de formation et de recherche (UFR) médicales ou en santé, soit par les capacités d'accueil en stages cliniques des étudiants hospitaliers.

1.2 Le nombre de médecins en activité inscrits à l'Ordre connaît une croissance essentiellement alimentée par les retraités ayant conservé une activité médicale

[4] **D'après l'atlas de la démographie médicale du Conseil national de l'Ordre des médecins 2025, le nombre total de médecins augmente.**

Graphique 2 : Nombre de médecins inscrits à l'Ordre, 2010-2025

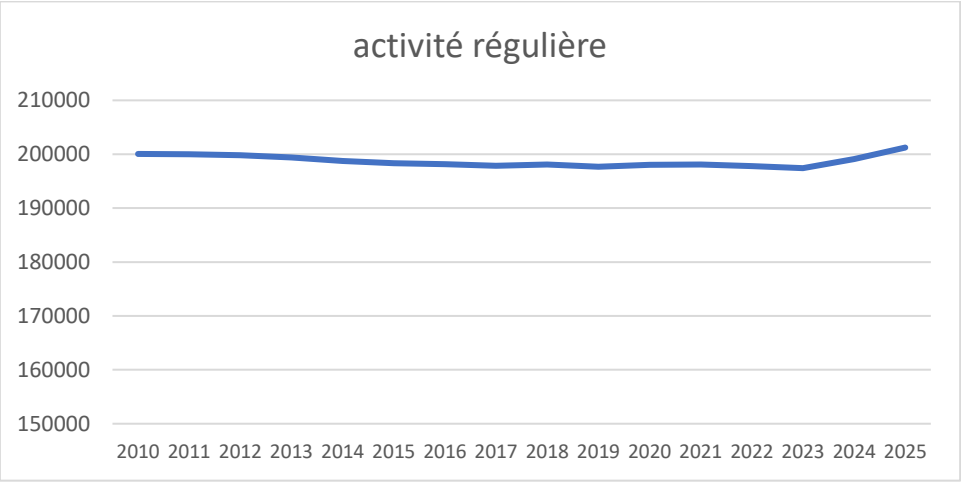


Source : CNOM, Atlas 2025 de la démographie médicale

[70] Le chiffre fixé correspond aux besoins en professionnels de santé du territoire estimés par l'ARS, et aux capacités d'accueil de l'université reposant sur les capacités de formation des UFR de médecine.

[5] Toutefois, en excluant les médecins retraités sans activité (cases vert foncé de l'histogramme), et si l'on retraite les données de ce graphique par classe d'activités, **on constate que le nombre de médecins en « activité régulière » entre 2010 et 2025 n'augmente que de 0,6 %** en quinze ans : leur nombre a connu une baisse continue entre 2010 et 2023 et remonte ces deux dernières années (Cf. graphique 3). L'augmentation en médecins actifs est principalement portée par les médecins retraités ayant conservé une activité (de 5 012 en 2010 à 22 882 en 2025 soit une augmentation de 458 %) et les médecins en « activité intermittente » (parmi lesquels une part importante de jeunes médecins qui restent plusieurs années sur des statuts de remplaçants ou d'intérimaires sans s'installer directement au sortir du troisième cycle et de la thèse, évolution notable depuis plusieurs années) qui sont passés de 10 006 en 2010 à 17 134 en 2025, soit une progression de 171 %.

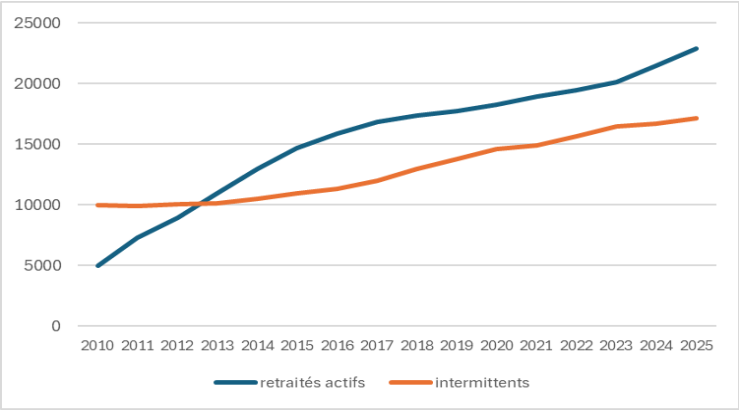
Graphique 3 : Évolution du nombre de médecins en « activité régulière », 2010-2025



Source : CNOM, Atlas 2025 de la démographie médicale, retraitement mission ; ordonnées : effectifs

[6] Cette évolution nouvelle depuis 2023 est possiblement la conséquence de l'augmentation du numerus clausus dans les années 2010.

Graphique 4 : Évolution du nombre de médecins « retraités actifs et intermittents », 2010-2025



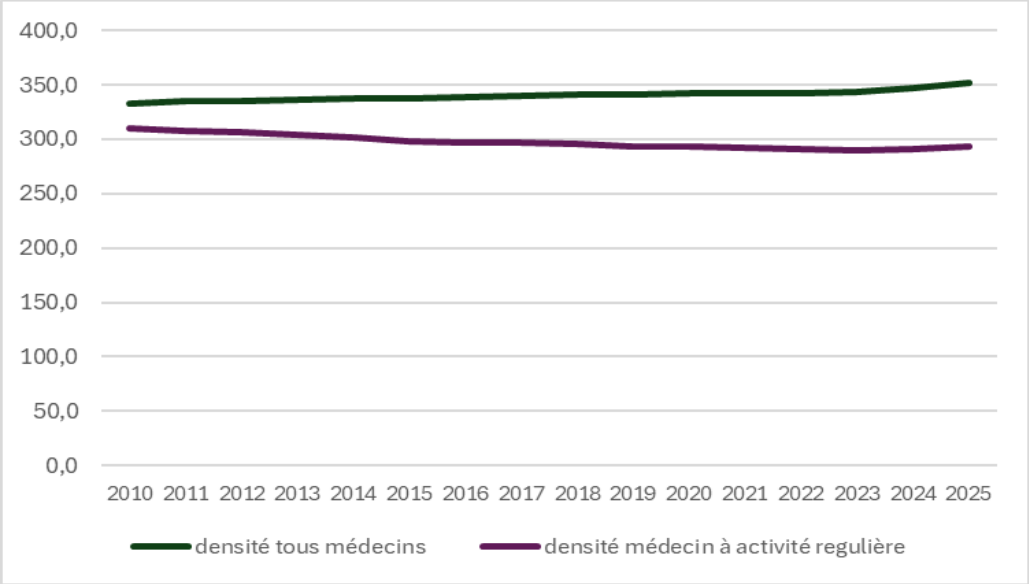
Source : CNOM, Atlas 2025 de la démographie médicale, retraitement mission ; ordonnées : effectifs

[7] **Il faut toutefois noter que ces données considèrent des effectifs globaux sans prendre en compte la quotité d'activité des médecins** (que l'on pourrait peut-être tenter d'estimer soit en équivalent temps plein, soit en taille de patientèle suivie régulièrement). En effet chaque médecin, notamment libéral, peut choisir ses durées de travail et donc le nombre total de médecins ne traduit pas la capacité de prise en charge des patientèles. De plus il est observé depuis une dizaine d'années que les médecins seraient de plus en plus nombreux à ne vouloir pratiquer qu'une activité à temps partiel, et que les nouvelles générations souhaitent pouvoir concilier vie professionnelle et vie privée, hommes comme femmes. Toutefois les bases Répertoire Partagé des Professionnels intervenant dans le système de santé (RPPS) ne recensent pas ces informations[71].

[8] **Par ailleurs, la population française augmente, avec l'allongement de la durée de vie, malgré une baisse de l'indicateur conjoncturel de fécondité** : la conséquence est que la population globale augmente et vieillit, ce qui accroît la prévalence des maladies chroniques et les besoins en soins, mais aussi en prévention.

[9] La densité médicale pour 100 000 habitants, toutes activités confondues, augmente de 5,65 % alors que celle des médecins à activité régulière a diminué de 5,26 %, avec les mêmes réserves que ci-dessus sur les quotités de travail.

Graphique 5 : Évolution des densités de médecin, France entière, 2010-2025

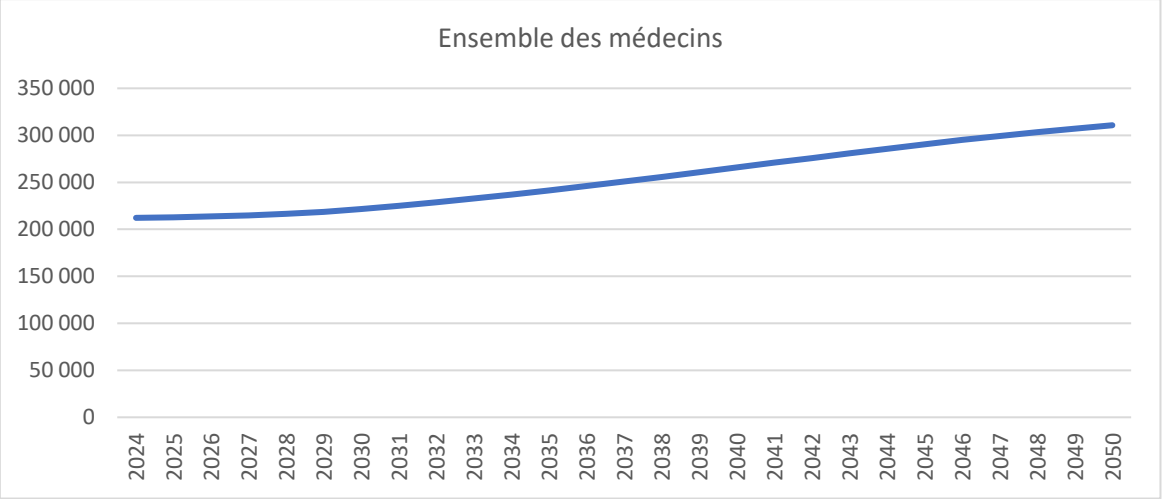


Source : CNOM, Atlas 2025 de la démographie médicale & Insee, retraitement mission ; ordonnées : densité pour 100 000 habitants

[10] Les projections de la DREES 2024 – 2050, basées sur les hypothèses de projection de 8 700 étudiants admis en deuxième année d'études médicales et d'un flux de diplômés à l'étranger par an de 1 200 médecins montrent une augmentation constante à partir de 2024, surtout notable après 2030.

[71] Les mobilités internationales des professions de santé : médecins, chirurgiens, sage-femmes et pharmaciens, ONDPS, FNORS, août 2016.

Graphique 6 : Projections d'effectifs de médecins, 2024 - 2050

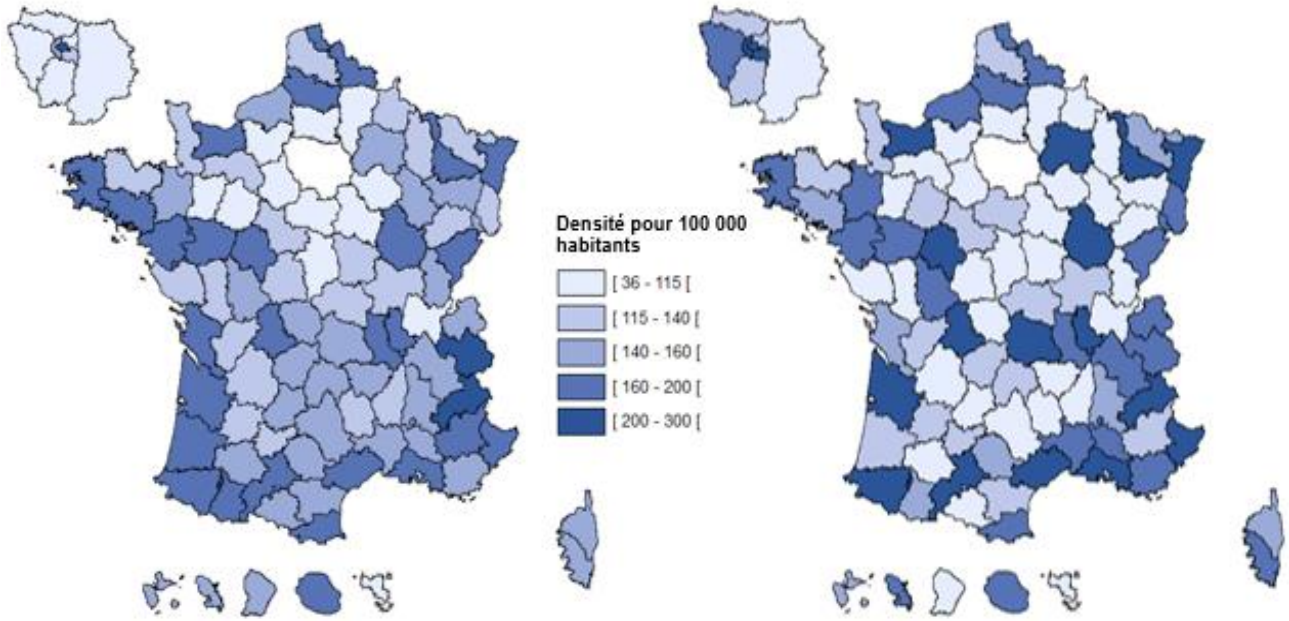


Source : DREES, projections démographie médicale 2024 – 2050, traitement mission

[11] **Ces différentes approches semblent traduire le fait que la démographie médicale globale est étale à son niveau bas depuis les années 2010, et ait commencé à se corriger à partir de 2023.**

[12] Ces données sont à prendre avec précaution, du fait de l'approche globale en termes de quotité de travail d'une part et d'autre part, du fait que les disparités de densités par départements est considérable.

Carte 1 : Densité de médecins pour 100 000 habitants au 1er janvier 2021, Omnipraticiens (à gauche) et Spécialistes (à droite)



Source : Assurance maladie : RPPS 2021, ASIP-Santé ; estimations de population 2021, Insee ; traitements Drees. ©geofla 2019

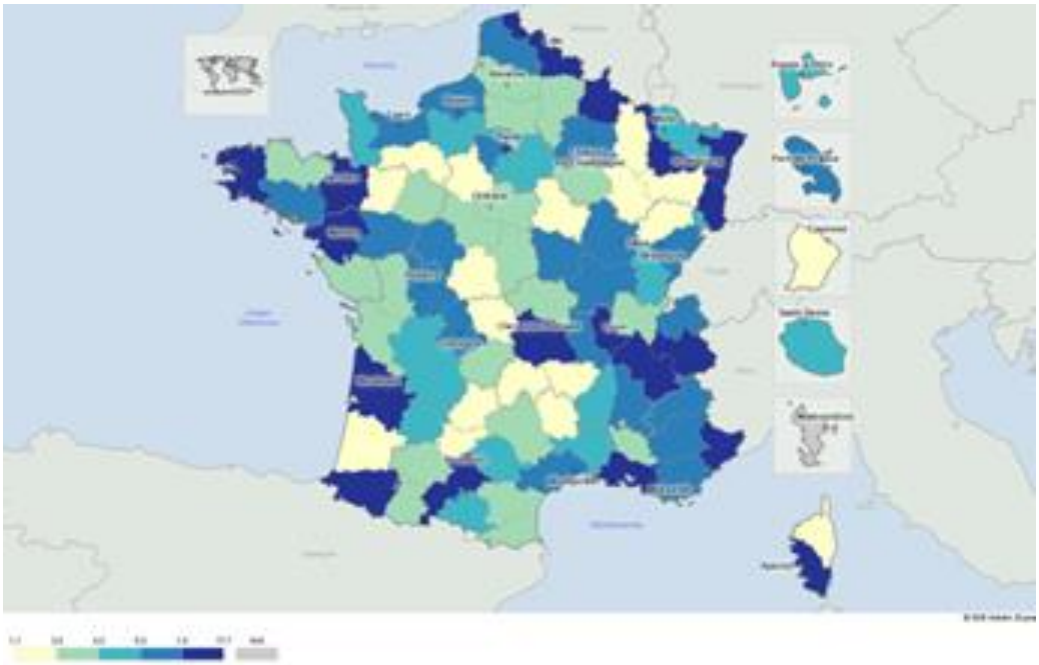
2 La médecine du travail connaît la même pénurie démographique malgré les tentatives pour enrayer le phénomène

2.1 La démographie des médecins du travail est à son niveau le plus bas et présente une large hétérogénéité territoriale

[13] **Selon la DREES, comme pour l'ensemble du corps médical, la démographie médicale en médecins du travail est au plus bas, probablement jusqu'en 2030 avec une projection à 3 565 médecins du travail en poste** (- 17 % par rapport à 2024)[72], certains territoires étant d'ores et déjà fortement affectés par la pénurie de ressource médicale.

[14] **Le déficit de ressources en médecins du travail n'est pas homogène sur l'ensemble du territoire**, certaines zones apparaissant particulièrement plus touchées (gradient de la carte ci-dessous de 1,1 à 17,7).

Carte 2 : Densité de médecins du travail pour 100 000 habitants, par département

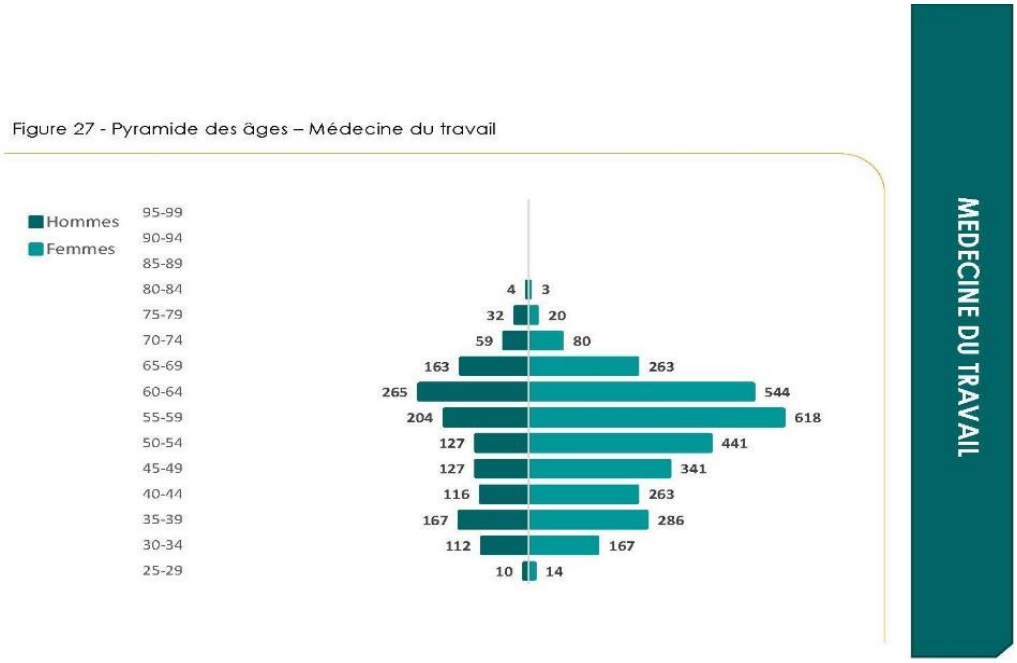


Source : CNOM, Atlas 2025 de la démographie médicale, tome 2

[15] La pyramide des âges des médecins du travail montre une médiane de praticiens dans la tranche d'âge 50-55 ans, avec peut-être l'amorce d'une démographie qui se corrige sur la tranche d'âges 35-39 ans. Bien qu'un certain nombre de praticiens prolongent leur activité au-delà de 65 ans, la discipline devra d'ici 10 ans faire face au départ en retraite d'une majorité de praticiens de l'actuelle tranche d'âges 55-59 ans.

[72] ASIP-Santé RPPS, traitements Drees - données au 1er janvier 2022, cité dans le Bilan des conditions de travail 2023, Edition 2024.

Graphique 7 : Pyramide des âges des médecins du travail, France, 2025



Source : CNOM, Atlas 2025 de la démographie médicale, tome 2

[16] **Les inégalités sont également fortes entre services de prévention et de santé au travail inter-entreprises (SPSTI) et services de prévention et de santé au travail autonomes (SPSTA).** En 2023, on dénombrait en moyenne 4 749 salariés suivis par médecin du travail (+ collaborateurs médecins + internes) en SPSTI contre 1 658 salariés en SPSTA[73].

[17] En termes démographiques, il n'y a pas de cible définie en nombre idéal de médecins du travail par rapport aux populations de salariés, ce qui ne facilite pas une estimation fine des besoins.

2.2 Les évolutions réglementaires ont diversifié les voies de formation à la médecine du travail

[18] **Les voies de formation à la médecine du travail sont diversifiées**, car outre l'autorisation exceptionnelle à poursuivre son exercice en tant que médecin du travail en application de l'article 28 de la loi n° 98-535 du 1er juillet 1998 ou de l'article 189 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, elles ne requièrent qu'une reconnaissance par le conseil de l'Ordre des médecins[74] :

[19] « Seul un médecin remplissant l'une des conditions suivantes peut pratiquer la médecine du travail :

[73] L'activité des services de prévention et de santé au travail en 2023, direction générale du travail.

[74] C. trav., art. R. 4623-2

- Être qualifié en médecine du travail ;
- Ou être titulaire d'une capacité en médecine de santé au travail et de prévention des risques professionnels ».

[20] Il revient donc à l'Ordre des médecins d'accorder l'autorisation d'exercice en médecine du travail, par l'inscription au tableau départemental. Des médecins collaborateurs (Cf. *infra)* peuvent ainsi conserver une activité de leur discipline d'origine en déclarant au conseil départemental de l'Ordre la médecine du travail comme « discipline complémentaire d'exercice ». S'ils choisissent d'être inscrit au tableau en médecine du travail, ils perdent le bénéfice d'exercer en parallèle leur ancienne spécialité, ce qui pourrait freiner certaines vocations.

[21] Cette particularité juridique permet d'envisager des évolutions pour atténuer la pénurie en médecins du travail.

[22] Les voies actuelles de formation sont plurielles : deux principales suivent un cursus défini par les enseignants hospitalo-universitaires en quatre ans et destinées à un exercice exclusif de la médecine du travail :

- **Soit par l'internat de médecine, formant en quatre ans au DES de médecine et santé au travail** : les données depuis plusieurs années montrent que cette spécialité est choisie par les étudiants après l'examen classant national parmi les trois ou quatre dernières disciplines (sur 44 spécialités), et laisse 40 % de places vacantes pour la centaine de places offertes chaque année.

  De plus, il n'existe pas d'enseignants hospitalo-universitaires dans plusieurs subdivisions d'internat : Dijon, Nice, Poitiers, Tours, Orléans. De plus, il pourrait être envisagé que le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche et les universités concernées étudient la possibilité de nommer des professeurs associés exerçant en SPST, à l'instar de ce qui a été mis en œuvre pour la médecine générale ;
- **Soit par le cursus du Diplôme interuniversitaire (DIU) de Pratique médicale en santé au travail**, pour la formation des collaborateurs médecins, en quatre ans. Formation arrêtée par le Collège des Enseignants Hospitalo – Universitaires de médecine du travail (CEHUMT), la section Formations et Compétences du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) et la Direction Générale du Travail (DGT) du ministère du travail en date du 25 octobre 2012, elle vise à former de futurs collaborateurs médecins en reconversion d'une autre spécialité médicale, à la condition d'exercer la médecine du travail à titre exclusif en abandonnant son ancienne spécialité, y compris pendant la durée de formation. Cette formation comprend notamment 8 semaines de formation théorique à temps plein réparties sur les deux premières années, et est facturée 13 000€ environ.

[23] Le rapport Igas-IGAENR de 2017[75] pointait le fait que la question de la longueur de cette formation pourrait être posée au regard des compétences déjà acquises par ces médecins lors de

[75] Attractivité et formation des professions de santé au travail, rapport Igas-IGAENR, X. CHASTEL, H. SIAHMED, P. BLEMONT, Pr. J.M. SOULAT, expert associé, août 2017.

leur exercice antérieur et de leur âge moyen. Il proposait ainsi une réduction de la durée de formation à trois ans, assortie d'une sélection à l'entrée de cette formation.

[24] Au cours des entretiens menés par notre mission, certains médecins du travail formés par la voie de l'internat considèrent que la formation par le DIU, surtout si sa durée était raccourcie, pourrait dégrader l'image de la spécialité.

[25] Toutefois, plusieurs acteurs des SPST, dont des médecins du travail formés par la voie du DIU, considèrent que la durée du DIU pourrait être, en fonction de l'expérience antérieure du praticien, réduite à trois voire deux ans, ce qui apparaît sensé : en effet, par rapport au cursus de l'interne, un médecin en cours de carrière a déjà une expérience de la clinique et de l'exercice des responsabilités médicales.

[26] **D'autres voies de formation ou de reconnaissance ont été mises en place :**

- Le concours dit "européen " qui a permis de former un certain nombre de praticien en médecine du travail, mais cette voie n'offre plus qu'un nombre de postes offerts très restreint (une dizaine par an, toutes spécialités confondues) ;
- La voie de la capacité en médecine de santé au travail et de prévention des risques professionnels, comme inscrit dans le Code du travail. Cette capacité était enseignée sur deux ans, mais n'est actuellement plus proposée dans aucune UFR, au bénéfice du DIU ;
- La voie de reconnaissance et de validation des praticiens médecins du travail à diplôme hors Union européenne (PADHUE). Le nombre de places est relativement limité et les entretiens menés ont rapporté des difficultés d'attribution des terrains de stage en l'absence de critères transparents ;
- Et la voie de formation spécifique à la médecine du travail en agriculture, diplôme de l'Institut national de médecine agricole (INMA) qui donne accès à l'exercice de la médecine du travail par le biais de la procédure de qualification, dans le cadre d'une reconversion. Cette formation repose sur une ou deux années maxima au choix de l'étudiant, un enseignement théorique organisé sur six semaines au total. Cette formation fait une part privilégiée au parcours et à l'expérience du médecin. Le diplôme de l'INMA ne permet pas à son titulaire d'exercer en dehors des entreprises du champ agricole. Toutefois, une reconnaissance de la spécialité du régime général par la commission de qualification de l'Ordre des médecins est possible pour un médecin exerçant à la Mutualité sociale agricole (MSA), après dix années d'exercice en équivalent temps plein selon le parcours et les services rendus pour la discipline.

[27] **Compte tenu des données démographiques et du rang de choix de cette spécialité à l'internat, il apparaît que l'exercice de la spécialité exclusive est peu attractif et nécessiterait une réflexion sur des pistes d'innovation dans ce domaine, comme le propose plus largement le Conseil national de l'Ordre des médecins**.

[28] Enfin, le même rapport de 2017 précité propose des **voies d'améliorations que la mission considère très pertinentes et toujours d'actualité**. Parmi celles-ci ont relève :

- L'enseignement du deuxième cycle devrait valoriser la médecine de prévention ;

- Des forums des métiers devraient être organisés par toutes les UFR ;
- Le médecin du travail doit être intégré dans le parcours de santé ;
- La possibilité d'extension "encadrée" du droit de prescription est à envisager ;
- La communication entre la médecine du travail et la médecine ambulatoire doit être encouragée et facilitée ;
- Le parcours professionnel des salariés doit pouvoir être tracé, grâce à la mise en place de l'interopérabilité des systèmes d'information des services de santé au travail.

ANNEXE 5 : La prise en charge des objectifs de santé publique par les services chargés de la santé au travail

1 LA PREVENTION TROUVE SA PLACE TOUT AU LONG DE LA VIE, EN INTEGRANT LE CONCEPT « ONE HEALTH » ET L'EXPOSOME 58

2 LES PRIORITES DE SANTE PUBLIQUE SONT BASEES SUR LEUR EFFICACITE PAR LES PREUVES ET LEUR PEDAGOGIE 59

2.1 LA STRATEGIE NATIONALE DE SANTE 2023 – 2033 EST LE SUPPORT PROGRAMMATIQUE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE SA MISE EN ŒUVRE 59

2.1.1 Des acteurs nationaux sont notamment en responsabilité de la mise en œuvre de la SNS 60

2.1.2 Le HCSP émet des propositions pour la stratégie nationale de santé, assorties de leviers d'actions 62

2.1.3 La pédagogie repose sur l'adoption d'approches transversales, socio-écologiques ou par milieu de vie 63

2.1.4 Entreprises et lieux de travail : des espaces qui doivent devenir favorables à la santé 64

2.2 LA PRISE EN COMPTE DES OBJECTIFS DE PREVENTION ET DE SANTE PUBLIQUE EST PREVUE EN SANTE AU TRAVAIL PAR LA LOI DE 2021 65

2.2.1 La prévention en santé travail est ordonnée en trois types 65

2.2.2 Des missions sont fixées aux services de prévention et de santé au travail par la loi de 2021 66

2.3 DES THEMES DE SANTE PUBLIQUE PRIORITAIRES DE LA SNS PEUVENT ETRE DEVELOPPES EN SANTE AU TRAVAIL 67

2.4 IL APPARAIT UTILE D'AIDER LES ACTEURS A SUIVRE LES INNOVATIONS, PARTAGER LES SOURCES DE DONNEES, LES EXPERIENCES ET LA PROMOTION DES ACTIONS EFFICACES 71

1 La prévention trouve sa place tout au long de la vie, en intégrant le concept « One health » et l'exposome

[1] L'initiative « One Health » (« une seule santé ») née au début des années 2000, amène à considérer la santé de manière holistique dans une approche intégrée et systémique concernant les humains, les animaux non humains, les végétaux[76]. On pourrait même y ajouter une « santé géologique », notamment avec les conséquences visibles des changements climatiques qui retentissent sur les autres domaines précités.

[2] L'Organisation mondiale de la santé (OMS) indique de plus que « selon la Banque mondiale, le bénéfice attendu de l'adoption de l'approche « Une seule santé » pour la communauté mondiale a été estimé en 2022 à au moins 37 milliards de dollars US par an, les dépenses annuelles consacrées à la prévention représentant moins de 10 % de ces bénéfices ».

[3] L'exposome, concept introduit en 2005 par Christopher P. Wild, du Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) de l'OMS, est défini comme l'ensemble des expositions, notamment à des agents chimiques, biologiques, physiques et des influences socio-économiques, subies par un individu ou une population durant la vie entière[77]. Le concept s'est ensuite développé et a été rendu plus concret à partir des années 2010 avec des appels à projets de recherche.

[4] En France, l'Académie nationale de médecine[78] recommande en 2024 d'améliorer les capacités de mesure de l'exposome et de ses impacts sanitaires, de prendre des mesures de gestion pour limiter les expositions et leurs impacts, de développer une prévention à l'échelle locale et individuelle, et de mettre en œuvre un Programme National de Recherche sur l'Exposome à la hauteur des attentes sociétales et scientifiques. Dans ce dernier domaine, parmi les recommandations plus fines figurent :

- L'exploitation des grands jeux de données, en développant les méthodes mathématiques et informatiques pour croiser des masses de données et des recommandations pour une bonne interprétation du croisement de ces données environnementales et sanitaires ;
- La promotion de la modélisation dans le champ de la toxicologie et des expositions, en se focalisant sur des méthodes alternatives à l'expérimentation animale, par un développement de méthodes mathématiques, de bio-informatique et de l'intelligence artificielle (réactivité chimique, mécanismes d'action biologiques, et effets des mélanges de substances).

[76] Approche unifiée de la santé publique, animale et environnementale, aux échelles locales, nationales et planétaire. Source : Organisation mondiale de la santé, page Principaux repères / Une seule santé, MAJ 23 octobre 2023.

[77] Rapport de l'Académie nationale de médecine 24-02. « L'exposome, une contribution majeure pour la prévention », Robert Barouki (Rapporteur), Yves Lévi, au nom du groupe de travail et de la Commission 6 ; 28 mars 2024.

[78] Ibid.

[5] Les conséquences logiques reposent donc sur une prévention large, basée sur des démarches probantes, et l'exploitation de grandes bases de données, comme le champ de la santé au travail devrait en être un fournisseur majeur, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui.

2 Les priorités de santé publique sont basées sur leur efficacité par les preuves et leur pédagogie

2.1 La stratégie nationale de santé 2023 – 2033 est le support programmatique de la santé publique et de sa mise en œuvre

[6] La stratégie nationale de santé (SNS) a été préparée pour la décennie 2023-2033 et a fait l'objet de l'ouverture d'une consultation publique en ligne en septembre 2023. La Direction générale de la santé indique une parution prochaine de la SNS validée, même si elle n'a pas pour l'heure fait l'objet d'une communication publique.

[7] Le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a publié une contribution en mars 2023[79].

[8] La méthodologie[80] employée par le groupe de travail permanent d'experts Stratégie nationale de santé / indicateurs (SNSI) du HCSP, à partir de l'analyse et de la synthèse des publications françaises et internationales sur ces sujets, ainsi qu'à partir de l'analyse de banques de données de santé et d'expositions de masse, s'est inspirée du modèle de Green et Kreuter appelé Precede-Proceed, permettant une analyse stratégique systémique des problèmes de santé (Precede), avec la réalisation d'un diagnostic et l'élaboration d'un plan d'action. Le modèle comprend un deuxième temps (Proceed), permettant la mise en œuvre des mesures, leur monitorage et l'évaluation de leurs impacts.

[9] Parmi ses considérants, le HCSP relève que « **L'environnement constitue aujourd'hui une menace pour la santé à court terme** du fait des expositions multiples de la population et du fait du changement climatique qui va modifier de façon importante les modes de vie dans les années qui viennent » et que « la prévention et les soins primaires sont encore trop peu organisés avec de faibles capacités du système de santé français à développer la prévention et la prise en charge des maladies chroniques ».

[10] Parmi les grands objectifs à moyen (5 ans) et long termes (10 ans), définis par le HCSP, on peut retenir notamment :

- **Diminuer l'impact des maladies chroniques** :
  - Ralentir l'augmentation de la prévalence et du poids des maladies chroniques (« *Burden of disease* »), notamment en améliorant la détection précoce et la prévention primaire, secondaire, tertiaire ;

[79] Rapport relatif à la contribution du Haut Conseil de la santé publique pour la future Stratégie nationale de santé 2023-2033, 28 mars 2023.

[80] L'Igas y a de plus consacré un rapport en 2024 : IGAS, *La prise en compte des preuves scientifiques dans les actions de prévention et promotion de la santé*, octobre 2024.

- Mettre en œuvre une **politique systémique de prévention** agissant sur les principaux déterminants de la santé selon une approche populationnelle :
  - Une prévention tout au long de la vie. « La prévention doit donc concerner à la fois les enfants, les adolescents, les adultes et les seniors. La prévention est à réaliser dès le milieu scolaire, et au niveau des collectivités territoriales, entreprises et autres : lieux de travail, lieux publics, établissements de soins, de santé » ;
  - Mobilisation de tous les secteurs (« *Health in all Policies* »), évaluation des impacts en santé, et en créant des environnements favorables à la santé.

HCSP : La prise en compte de cinq contraintes fortes pour construire un système de santé, système de santé publique, système de soins et système médico-social

- le changement climatique et son impact majeur à terme sur la santé ;

- l'évolution démographique qui pèsera sur l'organisation sociale du système avec un vieillissement plus rapide que prévu de la population ;

- la soutenabilité d'un système qui a évolué d'une système assurantiel fondé sur le travail à un système proche de l'état providence financé par l'impôt ;

- l'importance de la littératie en santé qui apparaît comme un déterminant intermédiaire majeur entre les déterminants individuels de la santé et les déterminants socio- économiques ;

- l'innovation technologique et numérique qui oblige à une adaptation rapide des structures et des pratiques.

2.1.1 Des acteurs nationaux sont notamment en responsabilité de la mise en œuvre de la SNS

2.1.1.1 La Direction générale de la santé a intégré la santé au travail dans son projet stratégique

[11] La Direction générale de la santé, dans son projet stratégique 2024-2026[81], intègre également la nécessité de développer ses interfaces avec le monde du travail, notamment dans son objectif 2.6 - Renforcer notre action auprès des employeurs : « en lien avec la Direction générale du travail (DGT), favoriser à la fois la santé au travail et la santé dans le milieu de travail » :

- En renforçant la **coopération entre médecin du travail et médecin traitant** pour coordonner les actions individuelles de prévention, notamment dans le cadre de la mise en place des bilans de prévention de l'adulte ;
- En promouvant la mise en place d'**actions collectives de prévention et de promotion de la santé, afin de décloisonner les approches de santé publique, santé au travail et santé-environnement**. Cet objectif fait appel à la sensibilisation et à l'incitation des employeurs, et à la participation des travailleurs dès la conception des interventions ;

[81] DGS, *La santé publique en action, projet stratégique 2024-2026*, juin 2024.

- Et précise que la **prévention et le repérage du risque cardio-vasculaire et de la souffrance psychique seront des thématiques prioritaires** portées par cet objectif, ainsi que la **synergie d'actions des plans santé travail et santé des femmes**.

[12] Ces actions devraient dans l'idéal être réalisées lors de la mise en œuvre de la SNS et coordonnées par un comité de suivi spécifique de la SNS. La mission propose que ce comité intègre des représentants de la santé au travail, avec fixation d'objectifs quantifiés.

2.1.1.2 Santé publique France a élaboré un programme de travail qui prend en compte ces mêmes besoins

[13] L'agence nationale de santé publique, Santé publique France (SPF), qui est le « bras armé » du ministère chargé de la santé pour ce domaine, propose notamment dans son programme de travail 2025 de poursuivre ses travaux sur les sujets en santé au travail, comme l'enquête sur les maladies à caractère professionnel (MCP)[82], que rappelle l'action 10.2 du 4ème Plan Santé au travail (2021-2025) :

- Sur les objectifs de développement du numérique en santé publique, déployer de nouveaux systèmes d'information pour améliorer la surveillance épidémiologique, ainsi que la collecte des données, leur analyse pour un grand nombre de systèmes de surveillance, enquêtes, bases médico-administratives afin d'améliorer la qualité, la précision et la réactivité de ses productions : Pour l'enquête MCP, SPF a passé des conventions avec les éditeurs informatiques pour permettre d'automatiser le transfert de données, indique souhaiter pouvoir s'adresser directement aux médecins du travail afin d'augmenter les échanges interactifs et la motivation pour cette enquête ;
- Sur les objectifs en Santé environnement, changement climatique et environnement de travail, caractériser les expositions et les impacts sanitaires pour contribuer aux stratégies de prévention à l'échelle européenne, nationale ou locale ; renforcer et moderniser les dispositifs de surveillance, d'observation et de prévention des risques liés à l'environnement général et/ou professionnel et développer les stratégies d'influence et de plaidoyer pour promouvoir les aménagements favorables à la santé ;
- Sur les sujets de fardeau des maladies et de leurs déterminants, d'efficacité des interventions et du retour sur investissement de la prévention, produire et décliner à l'échelon territorial les indicateurs permettant de décrire le fardeau des maladies en France, évaluer et promouvoir les interventions de prévention et de promotion de santé les plus efficaces et les plus efficientes, ainsi qu'intégrer le calcul des gains de santé des actions de prévention et les réductions ou gains financiers générés par ces interventions (dépenses de santé ou dépenses sociétales).

[82] Enquête proposée aux médecins du travail volontaires, qui relève les données médicales anonymisés et d'exposition pendant deux quinzaines par an.

2.1.2 Le HCSP émet des propositions pour la stratégie nationale de santé, assorties de leviers d'actions

[14] Parmi ses douze propositions d'actions du HCSP, on peut faire l'exégèse de plusieurs points en rapport direct avec le milieu du travail :

- Repenser l'organisation des métiers pour assurer le « parcours de santé » du citoyen/patient tout au long de la vie ;
- Deux actions fondamentales de communication devraient être entreprises comme les deux fils rouges de la réorganisation des acteurs et des métiers :
  - D'une part, le développement d'une littératie spécifique et croisée, auprès des professionnels et du grand public, notamment sur la place de la santé dans ses composantes promotionnelle et préventive ;
  - D'autre part, le développement des conditions propices de partenariats entre les différents acteurs de la santé (professionnels, établissements et institutions).
- Développer les modalités d'un meilleur partage des savoirs et des compétences des métiers de la santé : « L'acculturation intégrée doit être un préalable à la transformation en profondeur de l'organisation des métiers et des compétences des professionnels de santé et du soin. En effet, il apparaît une méconnaissance entre les professionnels issus des différentes disciplines de santé. Connaître l'autre pour mieux l'inclure dans sa pratique doit être un leitmotiv. C'est aussi développer un système qui intègre à la fois les composantes sanitaires, sociales et environnementales indispensables pour la santé ». **La mission a pu constater que de nombreux médecins du travail se plaignent que leurs missions et leurs compétences spécifiques ne sont pas connues des autres disciplines médicales ;**
- Développer les conditions de la transdisciplinarité et la vision d'équipe en santé : « la santé publique, comme le suggère le rapport de la mission Chauvin[83], est un champ partagé de la santé. Il est donc pertinent que la santé publique puisse servir de creuset au développement d'un bien commun entre l'ensemble des métiers de la santé » ;
- Faciliter l'interopérabilité entre les exercices professionnels en réorientant l'usage du numérique en santé au service des professionnels et de la coopération : « le partage d'un même système de communication par les différents professionnels de santé permettrait d'apporter un véritable service d'aide à la pratique en proposant un « guichet unique » de l'information quelle que soit la pathologie concernée. Le numérique en santé pourrait ainsi devenir un outil d'acculturation intégrée, en prolongement naturel de la formation ».

[83] HCSP, Contribution relative à la mission de refondation de la santé publique confiée au Pr Franck CHAUVIN, 20 octobre 2021.

2.1.3 La pédagogie repose sur l'adoption d'approches transversales, socio-écologiques ou par milieu de vie

[15] Les approches par milieux de vie en promotion de la santé sont des moyens d'opérationnaliser les approches socio-écologiques, en proposant un ancrage au plus proche des populations : le milieu de travail, le lieu de vie (quartier, ville…), l'hôpital, l'école, la famille, etc.

- Concevoir un plan de développement de la littératie en santé

[16] La littératie en santé peut se définir comme la capacité d'accéder à l'information, de la comprendre, de l'évaluer et de la communiquer de manière à promouvoir, à maintenir et à améliorer sa santé dans divers milieux au cours de la vie[84].

[17] Par ailleurs, agir en littératie en santé ne signifie pas uniquement renforcer les compétences individuelles des personnes, mais développer des environnements favorables à l'exercice de ces compétences. Il s'agit de la littératie organisationnelle : en santé travail (comme dans les autres domaines de la santé), il est nécessaire de s'assurer que le salarié et le professionnel de santé se comprennent clairement et réciproquement, notamment, mais pas seulement, en matière de pratique de la langue (des salariés comme des professionnels de santé). Lorsque qu'une de ces conditions n'est pas réunie, il est indispensable de recourir à des interprètes-médiateurs en santé.

- Mettre en œuvre l'universalisme proportionné

Les limites des approches égalitaires en santé publique

Lors des interventions de santé publique, une approche strictement égalitaire s'avère inéquitable : elle creuse les inégalités, les plus favorisés s'appropriant mieux que les autres l'offre de santé (messages de prévention, offre de soins, dispositifs …). Les actions de santé publique doivent répondre au principe d'un universalisme proportionné, l'intensité de l'action devant être plus importante pour ceux qui ont les besoins les plus grands pour réduire l'influence du gradient social en matière de santé.

[18] En France, certaines stratégies de mise en œuvre de l'universalisme proportionné se sont trouvées de nouveau légitimées par la crise Covid-19. Il apparaît ainsi pertinent de :

- **Renforcer l'efficacité du recours aux pairs**. L'appropriation d'un message de prévention dépend, entre autres, des rapports sociaux existants entre émetteur(s) et destinataire(s). Le recours aux pairs réduit le risque de défiance envers la source et contribue à l'appropriation des messages. Ce type d'approche nécessite néanmoins de l'expertise pour maximiser son efficacité et en éviter les effets pervers.
- **Déployer « l'aller-vers » dans les actions de prévention**. L'aller-vers limite le risque de non-recours à la prévention.

[19] **En santé travail, ces deux approches se prêtent particulièrement à des applications dans le cadre des actions en milieu de travail (AMT), en particulier collectives** : le recours aux pairs peut se concrétiser lors de séances collectives de prévention, en AMT ou en SPST. Le fait pour les SPST

[84] I. Rootman & D. Gordon-El-Bihbety : Vision d'une culture de la santé au Canada. Rapport du Groupe d'experts sur la littératie en matière de santé, 2008 ; cité par le HCSP.

de venir proposer des actions préventives auprès des salariés (physiquement ou via des applications sur le portail salarié ou les smartphones pourrait permettre de toucher ces publics, notamment lorsqu'ils sont par ailleurs du système de soins et de prévention (par exemple en l'absence de médecin traitant).

2.1.4 Entreprises et lieux de travail : des espaces qui doivent devenir favorables à la santé

[20] Dans cette même contribution[85], les constats du HCSP sont notamment les suivants :

[21] « Les entreprises et les administrations sont des lieux propices pour créer des environnements favorables à la santé compte tenu de la part importante de la population active qui les fréquente durant sa vie d'adulte. Or il existe peu de programmes ou de référentiels visant à créer des environnements favorables à la santé sur les lieux de travail ou au développement de la prévention.

[22] « La médecine du travail est essentiellement mobilisée sur des approches individuelles alors que les employeurs développent surtout des approches de réduction des risques en lien avec l'activité. Liés aux conditions générales de travail, les risques professionnels font en effet peser sur les salariés la menace d'une altération de leur santé qui peut se traduire par une maladie ou un *accident*. Il revient à l'employeur de prendre les mesures appropriées et les mettre en œuvre conformément aux principes généraux de prévention énumérés par le Code du travail.

[23] « Le développement récent du concept de qualité de vie au travail a fait évoluer cette question mais est encore limité. La qualité de vie au travail (QVT) ne signifie pas seulement améliorer les conditions de travail ou mieux concilier les temps de vie professionnelle et personnelle des salariés. Son ambition est plus large et consiste à penser le contenu du travail pour donner à chacun la possibilité d'agir afin d'améliorer son travail et de faire progresser la qualité de service, l'employabilité et la performance de l'entreprise. La Haute Autorité de santé a décliné cette démarche pour les établissements de santé.

[24] Elle précise : « En revanche, il n'existe pas de référentiel ou d'incitation pour développer des environnements favorables à la santé en dehors de la prise en compte des risques professionnels ou de la Qualité de vie au travail ».

[25] Le HCSP considère qu'une politique systémique de prévention doit mobiliser le champ du travail sous deux aspects : celui de **la qualité de vie au travail et de la prévention des risques** liés à l'activité professionnelle et celui de considérer que les entreprises doivent **créer des environnements favorables à la santé**, qu'il s'agisse des environnements **physiques**, des environnements **sociaux** particulièrement en lien avec la santé mentale ou de l'éducation à la santé notamment en lien avec les addictions ou les comportements (alcool, tabac, drogues, etc.).

[85] Rapport relatif à la contribution du Haut Conseil de la santé publique pour la future Stratégie nationale de santé 2023-2033, 28 mars 2023.

2.2 La prise en compte des objectifs de prévention et de santé publique est prévue en santé au travail par la loi de 2021

[26] Le cadre des objectifs de prévention et de santé publique en santé au travail est prescrit par les obligations faites aux employeurs aux articles L. 4121-1[86] et plus particulièrement L. 4121-2 du Code du travail, dont on peut mettre en exergue des principes généraux de prévention suivants :

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

2.2.1 La prévention en santé travail est ordonnée en trois types

[27] En matière de risques professionnels, l'approche distingue trois types de prévention :

- La prévention primaire consiste à combattre le risque à sa source pour éviter que celui-ci ne se réalise. Centrée sur l'organisation du travail, elle considère l'ensemble des facteurs de risques dans les situations de travail et se traduit par une évaluation des risques, un diagnostic approfondi et un plan d'actions. La prévention primaire est la priorité retenue par les plans santé au travail ;
- La prévention secondaire consiste à conduire des actions de dépistage et de suivi, sur le plan individuel et collectif, en particulier par la médecine de prévention afin de détecter le plus précocement possible l'apparition de troubles permettant d'agir sur les facteurs de risques et d'y faire face ;
- La prévention tertiaire des risques professionnels correspond, quand un dommage a eu lieu, aux actions destinées à en limiter les conséquences et à favoriser le maintien dans l'emploi.

[86] « L'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs. »

2.2.2 Des missions sont fixées aux services de prévention et de santé au travail par la loi de 2021[87]

[28] Le Code du travail prévoit la participation des services chargés de la santé au travail à des actions de promotion de la santé dans le cadre de la stratégie nationale de santé.

[29] Il dispose ainsi que « *Les services de prévention et de santé au travail (SPST) ont pour mission principale d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail.* ***Ils contribuent à la réalisation d'objectifs de santé publique*** *afin de préserver, au cours de la vie professionnelle, un état de santé du travailleur compatible avec son maintien en emploi* »[88].

[30] Ces missions sont précisées dans le même article par des actions plus détaillées à mener. Parmi celles-ci, on note :

- Conseiller « les employeurs, les travailleurs et leurs représentants sur les dispositions et mesures nécessaires **afin d'éviter ou de diminuer les risques professionnels, d'améliorer la qualité de vie et des conditions de travail**, en tenant compte le cas échéant de l'impact du télétravail sur la santé et l'organisation du 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 » ;
- Assurer « 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 » ;
- Participer « au suivi et contribuent à la **traçabilité** des expositions professionnelles et à la **veille sanitaire** » ;
- Participer « à des **actions de promotion de la santé sur le lieu de travail**, dont des campagnes de vaccination et de dépistage, des actions de sensibilisation aux bénéfices de la pratique sportive et des actions d'information et de sensibilisation aux situations de handicap au travail, dans le cadre de la stratégie nationale de santé prévue à l'article L. 1411-1-1 du Code de la santé publique[89] ».

[31] Les services de prévention et de santé au travail et les services de santé au travail en agriculture (SSTA) occupent ainsi une place privilégiée – et juridiquement définie – pour conduire des actions de dépistage et de promotion de la santé en faveur des salariés, des employeurs, ainsi que des travailleurs indépendants[90].

---

[87] Loi n° 2021-1018 du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail

[88] C. trav., art. L. 4622-2

[89] Article L.1411-1-1 du CSP : « La politique de santé est conduite dans le cadre d'une stratégie nationale de santé définie par le Gouvernement, (…) [qui] détermine, de manière pluriannuelle, des domaines d'action prioritaires et des objectifs d'amélioration de la santé et de la protection sociale contre la maladie. (…) Préalablement à son adoption ou à sa révision, le Gouvernement procède à une consultation publique sur les objectifs et les priorités du projet de stratégie nationale de santé (…) ».

[90] C. trav., art. L. 4621-3 et L.4621-4

[32] **La prévention des maladies chroniques et facteurs de risques plus largement que la seule prévention des maladies professionnelles, afin de garantir le meilleur état de santé possible des salariés, peut permettre d'éviter des arrêts maladies qui grèvent les conditions de productivité du travail, et peuvent conduire à des limitations d'aptitude aux postes de travail.**

2.3 Des thèmes de santé publique prioritaires de la SNS peuvent être développés en santé au travail

[33] La mission propose plusieurs thèmes extraits du projet de stratégie nationale de santé, et dans le cadre de l'initiative « Une seule santé (One Health) », qui lui apparaissent particulièrement adaptés à une application en santé travail.

- **Au travail** :

[34] Les chiffres de la sinistralité, en particulier le nombre d'accidents du travail mortels, démontrent que l'effort collectif doit s'intensifier en faveur de la prévention : selon le volet employeurs de l'enquête « conditions de travail et risques psycho-sociaux » (DARES) de 2019, seuls 46 % des employeurs tous secteurs confondus déclaraient disposer d'un Document unique d'évaluation des risques professionnels (Duerp) actualisé au cours des 12 derniers mois (couvrant environ 60 % des salariés). Depuis la pandémie de Covid-19, l'objectif d'amélioration des conditions de travail doit de plus en plus intégrer les risques émergents et les conséquences des transformations du travail (nouvelles technologies, nouvelles organisations…).

La stratégie nationale de santé 2023 – 2033 intègre les interfaces avec la santé au travail

Dans le cadre d'une approche partagée entre la santé au travail, la santé publique et la santé environnementale, la priorité doit être donnée à la prévention primaire et à la promotion de qualité de vie et des conditions de travail comme levier de performance de l'entreprise et de bien-être des salariés. Prévention des accidents du travail graves et mortels[91], prévention des risques psycho-sociaux, de l'usure et de la désinsertion professionnelles sont les leviers stratégiques pour agir en faveur de la réduction de la sinistralité et du maintien en emploi des salariés et à terme, pour atteindre une meilleure performance économique et sociale collective.

[35] Certains des objectifs de la SNS sont assortis d'indicateurs de performance :

- Part des entreprises couvertes par une évaluation des risques professionnels ;
- Déploiement du volet santé et sécurité au travail du dossier médical partagé ;

[91] Le ministère du Travail, de la Santé et des Solidarités a élaboré en 2022 un « Plan de prévention des accidents du travail graves et mortels », complété en avril 2024. Ce Plan intègre un axe d'action prioritaire pour l'inspection du travail, avec une campagne nationale de prévention des accidents du travail portant sur quatre secteurs professionnels, assorti d'un bilan publié par la direction générale du travail permettant d'identifier des axes d'amélioration. Lors de cette campagne les agents de contrôle de l'inspection du travail étaient notamment chargés de vérifier l'existence et la mise à jour du Duerp.

- Déploiement des dispositifs de prévention de la désinsertion professionnelle des salariés : visite de mi-carrière, rendez-vous de liaison, partage d'informations renforcé entre les services de prévention et de santé au travail et l'assurance maladie[92] ;
- Les pratiques ou comportements évoluent avec l'âge et peuvent être très spécifiques selon que l'on soit une femme ou un homme. Les rendez-vous de prévention aux quatre âges de la vie (18-25, 45-50, 60-65 et 70-75 ans), mis en place par l'Assurance maladie à partir de 2023, ont vocation à favoriser ces comportements favorables à la santé ;
- **Poursuivre la politique intersectorielle de lutte contre le tabac,** au-delà de l'interdiction de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif, fermés et couverts, qui constituent des lieux de travail[93], en favorisant la prise en charge de cette addiction ;

  Cible : d'ici, 2030 : ramener à moins de 20 % la prévalence du tabagisme quotidien chez les adultes
- **Adopter une stratégie de prévention des risques et usages nocifs d'alcool[94] ;**

  Cible : d'ici 2030, moins de 20 % des consommateurs d'alcool dépassent les repères
- **Renforcer la prévention des autres addictions et de leurs conséquences dommageables[95]**

[36] Les addictions sont à considérer comme des maladies chroniques. Elle s'adresse également aux personnes non dépendantes dont les pratiques aiguës s'avèrent particulièrement dangereuses. Ces deux sujets sont particulièrement prégnants en matière de prévention des accidents du travail ;

- **Favoriser l'activité physique et sportive de chacun, au quotidien, avec ou sans pathologie, à tous les moments de la vie**

Cible : 80% de la population adulte atteigne un niveau d'activité physique au moins modéré[96]

- **Diminuer l'incidence de l'obésité**

[37] La nutrition est un déterminant majeur de santé, et intègre dans une perspective de santé publique, l'alimentation et l'activité physique. Une nutrition satisfaisante à tous les âges de la vie contribue à la préservation d'un bon état de santé, pour diminuer les facteurs de risque des

[92] Cf Igas, *Prévention de la désinsertion professionnelle : détecter le risque, coordonner les acteurs*, juillet 2025.
[93] CSP, art. L. 3512-8 et R. 3512-2
[94] L'alcool, deuxième déterminant de santé en France, est responsable de plus de 41 000 décès par an et près de 30 000 cancers attribuables à l'alcool (Données Santé publique France). L'alcoolisation fœtale est la première cause de handicap à la naissance non génétique. Enfin, l'alcool est dans 30 % des accidents mortels de la route.
[95] La consommation de cannabis peut causer ou accentuer certaines pathologies somatiques (cancers et pathologies cardio-vasculaires) et certains troubles psychiques, d'autant plus que la consommation est précoce. La consommation de cocaïne peut entraîner des complications aigues sévères pouvant mener jusqu'au décès : troubles cardio-vasculaires, neurologiques, infectieux, dermatologiques, obstétricaux, périnataux et respiratoires notamment chez les usagers de crack (cocaïne inhalée par voie nasale).
[96] Au moins 30 minutes d'activité physique d'endurance d'intensité modérée à élever au moins 5 fois par semaine ou au moins 3 jours avec une activité physique intense d'au moins 25 minutes par jour ; source PNNS 4.

principales maladies chroniques dont souffre la population française : obésité, maladies cardio-vasculaires, cancers, diabète de type 2 ou prévenir la dénutrition[97] ;

- **Lutter contre les stéréotypes de genre et discriminations en santé**

[38] Les risques sanitaires des agents toxiques présents dans l'environnement pour les femmes enceintes vont croissants. L'exposition pré- et post-natale à divers polluants chimiques et atmosphériques constituent des risques avérés pour la croissance des fœtus et le développement des enfants.

[39] Il est essentiel de former les professionnels et sensibiliser le public en déconstruisant des stéréotypes de genre empêchant repérage et réponse adaptée : par exemple, les signes d'infarctus chez les femmes sont trop souvent confondus avec ceux d'une crise d'angoisse[98], à l'inverse, l'ostéoporose, souvent assimilée à une pathologie féminine, est encore trop peu détectée chez les hommes (un tiers des fractures ostéoporotiques concerne les hommes).

[40] La formation et la sensibilisation permettront de mettre fin aux stéréotypes et discriminations en santé liés à l'âge, appelés « âgisme » ;

- **Mieux dépister les cancers**

[41] Trois programmes de dépistage ont été déployés en France pour les cancers du sein, du côlon et du rectum, et plus récemment du col de l'utérus. La population n'y adhère pas suffisamment. D'autres localisations, notamment pour les cancers de mauvais pronostic pourraient faire l'objet d'un programme de dépistage organisé (poumon, mélanome, prostate).

[42] « Il sera aussi nécessaire de déployer, après évaluation, de nouveaux dépistages et de nouvelles technologies moins invasives, plus facilement acceptables, plus fiables que les tests actuels et de nouvelles modalités d'organisation des dépistages ».

[43] La réalisation de ces dépistages ou de leur promotion en milieu de travail apparaît ici encore refoncer l'objectif exposé *supra*[99] ;

- **Mieux prévenir les maladies transmissibles par la vaccination**

[44] Les maladies infectieuses sont toujours très présentes et des facteurs environnementaux jouent aussi. Outre les vaccinations spécifiques à certains risques en milieu de travail (leptospirose, rage), ainsi que DTCP[100], le respect du calendrier vaccinal général établissements un facteur de protection individuel et collectif, pouvant donc trouver son utilité en santé au travail.

Cible : d'ici 5 ans, 95% de couverture vaccinale (CV) ROR deux doses dans la population

---

[97] Chez les mannequins de défilé par exemple.

[98] L'expression des symptômes, le recours aux soins par les malades, mais aussi l'interprétation des signes cliniques et la prise en charge des pathologies par les professionnels de santé sont affectés par ces stéréotypes.

[99] Cf. aussi recommandations 10 à 12 du Rapport IGAS 2021-059R « Le dépistage organisé des cancers en France », S. DUPAYS, H. LEOST, Y. Le GUEN, Janvier 2022

[100] DTCP : Diphtérie, Tétanos, Coqueluche, poliomyélite ; ROR : rougeole, oreillons, rubéole.

- **Améliorer la santé mentale, le bien-être et renforcer les compétences psycho-sociales de la population**

[45] Après la crise du Covid-19, les indicateurs liés à la santé mentale de la population sont préoccupants fin 2022 : 17 % des Français montrent des signes d'un état dépressif et 24 % d'un état anxieux, soit respectivement 7 et 11 points de plus qu'hors épidémie, et plus des deux tiers (69 %) déclarent des problèmes de sommeil. Il est donc urgent de préserver au mieux la santé mentale à tous les âges de la vie et dans tous les milieux et de promouvoir les facteurs protecteurs individuels et collectifs.

[46] Les compétences psycho-sociales (sociales, émotionnelles et cognitives) sont pour l'OMS la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne et à prévenir une large gamme de comportements et d'attitudes aux incidences négatives sur la santé et sur l'éducation. C'est l'aptitude d'une personne à adopter un comportement approprié et positif, à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement. Les interventions pour les renforcer peuvent être mises en place dans tous les milieux de vie, dont le travail.

[47] En milieu de travail, cette promotion de la santé contribue à la prévention des risques psycho-sociaux.

[48] Pour cela, il est nécessaire de :

- **Promouvoir un sommeil de qualité et prévenir ses troubles**

[49] Le sommeil est un déterminant de santé essentiel à la santé mentale et physique. La perte de sommeil affecte le fonctionnement cérébral et peut entraîner des symptômes psychiatriques, des atteintes cognitives et immunitaires ainsi que des maladies aiguës ou chroniques.

[50] De plus le dépistage des syndromes d'apnée – hypopnée du sommeil est également important à réaliser, compte tenu d'une part des pathologies aiguës et chroniques[101] qu'ils induisent et, notamment en milieu de travail, des conséquences des troubles de vigilance qu'ils peuvent entraîner.

Cibles : d'ici 2030, diminuer de 20 points la part de la population ayant des problèmes de sommeil ; d'ici 2030, augmenter de 10 points le respect des temps de sommeil recommandés par classe d'âge

- D'**améliorer le repérage précoce des signes de souffrance psychique**

[51] Afin d'agir précocement, et de réduire le nombre d'épisodes dépressifs caractérisés et les conduites suicidaires, il s'avère nécessaire de sensibiliser la population et former davantage de professionnels au repérage précoce.

Cibles : Former 300 000 secouristes en santé mentale d'ici 2030 ; d'ici 2030, diminuer d'au moins 2,3 points le taux de décès par suicide (actuellement de 13,1 pour 100 000 habitants) pour atteindre la moyenne européenne de 10,8 pour 100 000 ; d'ici 2030, diminuer d'au moins 10 % le

[101] Hypertension artérielle, maladie coronarienne, insuffisance cardiaque, troubles du rythme cardiaque, accident vasculaire cérébral. Source Ameli.fr.

nombre d'hospitalisations pour tentatives de suicide dans chaque région, soit un total national de moins de 80 000 hospitalisations par an.

[52] La formation au secours en santé mentale pourrait être proposée par les SPST disposant d'un agrément d'organisme de formation.

2.4 Il apparaît utile d'aider les acteurs à suivre les innovations, partager les sources de données, les expériences et la promotion des actions efficaces

[53] Comme pour tous les médecins, les innovations sont intégrées au travers de l'analyse bibliographique personnelle régulière, de la participation aux salons scientifiques (en l'espèce de prévention de type Préventica), aux sociétés savantes, ou via la certification périodique[102] et/ou le développement professionnel continu (DPC) qui en est une des modalités.

[54] Toutefois une structure centralisant les objectifs de santé au travail, et intégrant ceux de santé publique applicables en milieu de travail, voire chargée de piloter les innovations en test ou de procéder à ces évaluations et de les partager aux professionnels de santé des SPSTI, comme des SPSTA et SSTA serait la bienvenue, en lien avec les directions d'administration centrale (DGT et DGS notamment) aucune structure existante et « ubiquitaire » (Présanse, Acomede, CCMSA, SFST, INRS, …) ne semblant pouvoir actuellement assurer ces rôles.

[102] CSP, art. L. 4022-1 et suivants

ANNEXE 6 : Les outils de régulation des services chargés de la santé au travail

1 LA REGULATION DE L'ACTIVITE DES SERVICES DE PREVENTION ET DE SANTE AU TRAVAIL ET LES DONNEES DE PILOTAGE REPOSENT SUR UNE PLURALITE DE MODALITES ET D'INTERVENANTS 74

1.1 LES OUTILS DE PILOTAGE ET DE CONTROLE DIFFERENT EN FONCTION DU TYPE DE SERVICES 74
1.2 LES DONNEES DE FONCTIONNEMENT ET DE PILOTAGE TRANSMISES PAR LES SERVICES DE SANTE AU TRAVAIL AUPRES DE L'ADMINISTRATION SONT DORENAVANT OUTILLEES ET PARTAGEES 77

2 L'AGREMENT FIXE LE CADRE D'INTERVENTION DES SERVICES DE PREVENTION ET DE SANTE AU TRAVAIL 78

2.1 L'AGREMENT QUI INTERVIENT DANS DES SITUATIONS PRECISEMENT DEFINIES PEUT PRENDRE PLUSIEURS FORMES 78
2.2 LA DELIVRANCE DE L'AGREMENT REPOSE SUR LES ORIENTATIONS REGIONALES ET L'APPRECIATION DU DREETS 79
2.2.1 La politique d'agrément des services de santé au travail fait l'objet d'une déclinaison régionale laissant néanmoins un pouvoir d'appréciation aux Dreets 80
2.2.2 Les médecins inspecteurs du travail jouent un rôle central dans la délivrance de l'agrément et de son suivi 81
2.3 TOUTEFOIS, LA PROCEDURE D'AGREMENT N'EST PAS CONÇUE POUR FAVORISER L'EMERGENCE DE NOUVEAUX SERVICES DE PREVENTION ET DE SANTE AU TRAVAIL INTERENTREPRISES 82
2.3.1 La création d'un nouveau service de prévention et de santé au travail nécessite une autorisation administrative préalable aux formalités quasi impossibles 82
2.3.2 Les partenaires sociaux jouent un rôle central dans la création d'un nouveau service de prévention et de santé au travail interentreprises 83

3 LE CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS N'A PAS TROUVE SA PLACE 84

3.1 LE CPOM A VOCATION A INSCRIRE LES SPSTI COMME DES ACTEURS PUBLICS DE LA SANTE AU TRAVAIL 84
3.2 LA DYNAMIQUE DU CPOM S'ESSOUFFLE ET SON EVALUATION RESTE COMPLEXE 85
3.2.1 Le nombre de Cpom actifs est devenu modeste 85
3.2.2 Le suivi des Cpom demeure difficile 85
3.2.3 Les précédentes recommandations issues des travaux de l'inspection générale des affaires sociales restent partiellement mises en œuvre 86

4 LA CERTIFICATION, QUI A VOCATION A ASSURER UNE HOMOGENEISATION DES PRESTATIONS, S'INSTALLE PROGRESSIVEMENT 86

4.1 LA CERTIFICATION EST LARGEMENT PORTEE PAR LES PARTENAIRES SOCIAUX 87
4.2 LA CERTIFICATION A VOCATION A SE DEPLOYER PROGRESSIVEMENT 88
4.3 LES SERVICES DE SANTE AU TRAVAIL ONT LARGEMENT UTILISE LA PROGRESSIVITE DE LA DEMARCHE POUR GARANTIR LEUR CERTIFICATION 90
4.4 LA CERTIFICATION DE NIVEAU 1 NE GARANTIT PAS UNE HARMONISATION ACHEVEE DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES 91

5 LA REGULATION OSCILLE ENTRE LE RESPECT DE LA NORME ET L'HOMOGENEISATION DES SERVICES RENDUS 92

5.1 L'INTERACTION ENTRE LES DIFFERENTS OUTILS DE REGULATION HISTORIQUES RESTE EMPIRIQUE ET MERITERAIT D'ETRE REVISITEE 92
5.2 L'OFFRE DE SERVICES STANDARD EST CADREE ET FINANCIEREMENT REGULEE 93
5.3 L'HOMOGENEISATION IMPACTE EGALEMENT LES OUTILS HISTORIQUES DE REGULATION 94
5.3.1 La certification renforce la mutualisation des orientations du projet pluriannuel de service et devrait induire le développement d'actions de marketing 94

5.3.2 Le cahier des charges national de l'agrément vise à assurer la prise en compte de règles communes entre les services de santé au travail et les différentes régions 94

[1] L'application de la réglementation relative aux services chargés de la santé au travail est contrôlée par de multiples acteurs :

- L'État en s'appuyant sur l'agrément, condition préalable à l'ouverture d'un service chargé de la santé au travail[103] ;
- Les partenaires sociaux à travers la commission de contrôle du service de prévention et de santé au travail interentreprise (SPSTI)[104] ou le comité social et économique (CSE) pour les services de prévention et de santé au travail automnes (SPSTA) ;
- Et depuis la loi n°2021-1018 du 2 août 2021[105] par des organismes certificateurs chargés de vérifier l'application de référentiels spécifiques[106].

[2] Pour le secteur agricole, le service de santé au travail en agriculture (SSTA) qui est un des services de la mutualité sociale agricole (MSA) ne dispose pas de système de contrôle centré spécifiquement sur le service.

1 La régulation de l'activité des services de prévention et de santé au travail et les données de pilotage reposent sur une pluralité de modalités et d'intervenants

1.1 Les outils de pilotage et de contrôle différent en fonction du type de services

[3] **La création et le fonctionnement des services de santé au travail sont régulés par plusieurs types d'obligations aux finalités complémentaires (Cf. *infra*) qui ne concernent pas l'ensemble des services.**

---

[103] C. trav., art. L. 4622-6-1 et C. rur., art. L. 717-1. Au regard de l'article L. 717-1 du Code rural et de la pêche maritime, les références juridiques concernant les SSTA seront mentionnées uniquement lorsque les règles emportent des spécificités.

[104] Les membres du comité social et économique interviennent lors du choix du service de prévention et de santé au travail interentreprises (C. trav., art. R. 4622-17). Ils peuvent également s'opposer à la décision de l'employeur de cesser d'adhérer à un SPSTI (C. trav., art. D. 4622-23) ou au choix de la forme du service, lorsque l'entreprise dispose d'une option entre un SPSTI et un SPSTA (C. trav., art. D. 4622-2).

En outre, en application de l'article D. 4622-54 du Code du travail, le rapport annuel d'activité du service interentreprise est présenté à la commission de contrôle qui peut formuler de proposition relative à l'organisation, au fonctionnement et au budget. Dans les entreprises ou établissements de plus de trois cents salariés, les données d'activité propres à l'entreprise ou à l'établissement sont transmises au comité social et économique. Il en est de même dans les autres entreprises ou établissements lorsque le comité social et économique intéressé en fait la demande.

Pour les services de prévention et de santé au travail autonomes, le service est administré par l'employeur sous la surveillance du comité social et économique qui est également consulté sur les questions relatives à l'organisation et au fonctionnement du service (C. trav., art. D. 4622-6).

[105] Cette loi relative au renforcement de la prévention en santé au travail est issue de négociations interprofessionnels entre les partenaires sociaux.

[106] C. trav., art. L. 4622-9-3

Tableau 1 : Différents types de régulation par typologie de services chargés de la santé au travail

	Service de prévention et de santé au travail autonome	Service de prévention et de santé au travail interentreprise	Service de santé au travail en agriculture
Agrément préalable délivré par la direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités[107] [108]	X	X	X
Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu entre le service de santé au travail, la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail et la direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités[109]	-	X	-
Certification délivrée par un organisme certificateur[110] choisi par le service de prévention et de santé au travail	-	X	X

Source : Mission

[4] **Parmi les outils de régulation, seul l'agrément, préalable à la création d'un service et régulièrement renouvelé, concerne l'ensemble des services chargés de la santé au travail**[111]. Accordé par l'État (direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (Dreets)) pour une durée limitée, l'agrément vaut autorisation d'exercer les missions dévolues par le Code du travail ou le Code rural et de la pêche maritime.

[5] Les services de prévention et santé au travail interentreprises qui couvrent plus de 87,9 % de l'ensemble des salariés sont concernés par l'ensemble des outils :

- Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (Cpom), engagement partenarial entre le SPSTI, la Dreets et la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat), permet d'orienter l'action du SPSTI vers les priorités régionales de santé au travail[112] et de favoriser le partage de bonnes pratiques ;

[107] Le terme Dreets recouvre les Dreets, la direction régionale et interdépartementale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (Drieets) d'Île de France, les directions de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (Deets) ultra-marines et la direction générale de la cohésion sociale et des populations (DGCOPOP) de Guyane.

[108] C. trav., art. L. 4622-10

[109] C. trav., art. L. 4622-10

[110] C. trav., art. L. 4622-9-3

[111] La composition des dossiers de demande ou de renouvellement d'agrément des services de prévention et de santé au travail est fixée par un arrêté du 3 septembre 2025 intégrant les évolutions liées à la loi du 2 août 2021.

[112] Ces priorités publiques sont traduites par un plan régional de santé au travail et s'appuient sur la déclinaison régionale de la convention d'objectifs et de gestion de la branche de sécurité sociale AT-MP.

- La certification[113] délivrée par un organisme indépendant[114] accrédité par le comité français d'accréditation (Cofrac) atteste de la qualité et de l'effectivité des services rendus dans le cadre de l'offre de services socles des SPSTI.

[6] Pour les SPSTI, le projet pluriannuel de service, fruit d'une concertation interne au sein de la commission médico-technique, fait la jonction entre le contrôle interne du service et les outils de régulation externe. En effet, il intègre les axes du Cpom et fait partie des éléments constituants le dossier de demande d'agrément et de la certification.

[7] S'y ajoute une enquête annuelle sur l'activité et la gestion financière des services qui donne, aux services de l'État, de la visibilité au niveau régional et national sur le fonctionnement des services. Cette enquête, pilotée par la direction générale du travail (DGT) fait l'objet d'un rapport annuel qui permet également de partager les informations avec les partenaires sociaux et les services de santé au travail.

[8] Pour les services de prévention et de santé au travail autonomes en chargent de 7,1 % de l'ensemble des salariés, le cadre de régulation obligatoire repose uniquement sur l'agrément même si, par ailleurs, certains services autonomes peuvent être concernés, dans le cadre des procédures internes de leur entreprise, par une norme ISO[115]. Ces services sont également concernés par l'enquête annuelle.

[9] **L'évolution la plus notable concerne les services de santé au travail en agriculture implantés au sein des caisses de mutualité sociale agricole (MSA) qui sont, depuis la loi du 2 août 2021, sont concernés par l'agrément et la certification**. Comme les autres services de prévention et de santé au travail, ils contribuent à l'enquête annuelle, qui fait l'objet d'une centralisation par la caisse centrale de la mutualité sociale et agricole (CCMSA) avant transmission à la DGT.

[10] Les SSTA[116] sont également parties prenantes du plan de santé sécurité au travail en agriculture décliné au sein de chaque caisse de la MSA pour tenir compte du tissu socio-économique local.

[113] La certification porte sur qualité et l'effectivité des services obligatoires, l'organisation et la continuité du service, la gestion financière, la tarification et son évolution, la conformité du traitement des données personnelles au Règlement Général sur la Protection des Données, la conformité des systèmes d'information et des services ou outils numériques aux référentiels d'interopérabilité et de sécurité mentionnés à l'article L. 4624-8-2 du Code du travail.

[114] Trois organismes ont bénéficié d'une recevabilité opérationnelle de la part du Cofrac à compter de mi-2024 : AFNOR certification, QUALIANOR certification et QUALIPOLE certification avant que la procédure de demande d'accréditation soit engagée en 2025.

[115] *International organization for standardization* (organisation internationale de normalisation)

[116] Les SSTA suivent 5 % de l'ensemble salariés.

1.2 Les données de fonctionnement et de pilotage transmises par les services de santé au travail auprès de l'administration sont dorénavant outillées et partagées

[11] Le suivi régulier des services de prévention et de santé au travail était partiel jusqu'à la dernière réforme de la santé au travail, les informations disponibles n'étant pas traitées dans leur totalité. L'appui et le contrôle reposaient sur :

- Un suivi individualisé entre les périodes d'agrément particulièrement de la part des médecins inspecteurs du travail (MIT) qui :
  - apportent un appui aux médecins du travail et à l'ensemble du personnel des services ;
  - et veillent, en lien avec le service instructeur de la Dreets, notamment au respect des observations formulées à l'occasion de l'agrément et aux moyens mis à disposition pour conduire les missions prévues par la législation ;
- Un suivi administratif général sur la base de la transmission aux Dreets du rapport annuel du médecin du travail et du rapport administratif et financier d'activité financière du service de prévention et de santé au travail (SPST) qui ne faisaient pas l'objet d'exploitation systématique. L'administration du travail disposait donc d'informations partiellement consolidées.

[12] **Dorénavant, depuis la loi du 2 août 2021[117], le rapport du médecin du travail et le rapport administratif et financier ont été supprimés et une enquête annuelle dématérialisée pilotée par la direction générale du travail a été mise en place[118].**

[13] Cette enquête, dématérialisée et opérationnelle depuis 2023 sur les informations 2022, permet de compiler effectivement les données liées à l'organisation, aux moyens, à l'activité et à la gestion financière[119] par service, par région et au niveau national. Elle présente également un panorama de la mise en œuvre de la loi de 2021 et de la transformation des services qu'elle induit.

[14] Les Dreets et la direction générale du travail sont ainsi la possibilité d'analyser la situation de chaque service répondant[120] y compris en lien avec l'écosystème régional et la vision nationale.

[15] Chaque service de santé au travail et sa gouvernance est en mesure d'apprécier sa situation au regard de la moyenne des autres services de santé au travail.

[16] Si le cadre d'une amélioration potentielle du pilotage est posé, il est prématuré, au regard, de la nouveauté de ce nouveau dispositif d'en apprécier les effets pour les services de l'Etat et les partenaires sociaux. Néanmoins cette enquête est une condition nécessaire pour jeter les bases d'un pilotage tant au niveau régional qu'au niveau national et apprécier les contributions

[117] Loi n°2021-1018 du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail

[118] C. trav., art. D. 4622-57

[119] Les informations financières permettent notamment de calculer et de publier annuellement le coût moyen national de l'offre socle pour l'adhérent (Cf. annexe 2).

[120] En 2023, 97,1 % des SPSTI (*vs* 92,2 % en 2022) et 69,3 % des SPSTA (*vs* 65 % en 2022) ont répondu soit respectivement 171 SPSTI et 287 SPSTA.

effectives des services de santé au travail sous réserve que les services de santé au travail s'y investissent.

[17] **A cet égard on peut noter que trois services de prévention et de santé au travail autonomes sur dix ne participent pas à l'enquête annuelle**. Cette absence de réponse couvre des services de toute taille et des services ayant participé à la 1ère enquête de 2022 n'ont pas systématiquement répondu à l'enquête 2023.

[18] Par ailleurs, l'enquête qui en est à son troisième exercice au moment de l'écriture de ce rapport, présente des défauts de qualité, pour l'ensemble des SPST quelle que soit leur nature (valeurs aberrantes, incertitudes sur la manière de remplir les items malgré le système d'assistance élaboré par la DGT, risques d'erreurs du fait des saisies manuelles), qu'il conviendra de corriger progressivement notamment en outillant les services sur les modalités de comptabilisation de l'activité.

[19] **Quoi qu'il en soit, cette enquête annuelle est une source précieuse d'informations pour le régulateur, sur laquelle la mission Igas s'est appuyée pour ses analyses**. Elle pourra, à l'avenir, outiller utilement les services déconcentrés de l'État dans leur mission de régulation (Cf. annexe 9).

2 L'agrément fixe le cadre d'intervention des services de prévention et de santé au travail

[20] L'agrément[121] permet de s'assurer du respect par le service de santé au travail des dispositions légales : le titre II du livre VI de la quatrième partie du Code du travail pour les SPST et pour le secteur agricole du titre I du livre VII du Code rural et de la pêche maritime.

[21] Son objet vise à assurer le respect du cadre légal en tenant compte des réalités territoriales.

2.1 L'agrément qui intervient dans des situations précisément définies peut prendre plusieurs formes

[22] **L'agrément qui vaut autorisation d'exercer les missions de prévention des risques professionnels et de santé au travail, fixe le cadre d'intervention du service** : secteurs professionnels, compétence géographique, nombre maximal de salariés suivis par le médecin du travail ou l'équipe pluridisciplinaire, etc. L'agrément permet de s'assurer du respect des dispositions du Code du travail par le service chargé de la santé au travail et implicitement de garantir l'existence des prestations destinées aux entreprises, aux salariés et à leurs représentants.

[121] La Cour de cassation (Cass. soc., 17 décembre 2014, n°13-12.277) affaiblit le poids de l'agrément en considérant que l'absence d'agrément d'un service de prévention et de santé au travail interentreprises est sans incidence sur l'avis du médecin du travail dès lors que cet avis n'est pas contesté. Mais la portée de cet arrêt s'inscrit dans un contexte particulier car le service concerné a bénéficié d'une extension géographique sans que les secteurs médicaux soient agréés à la date de l'avis du médecin du travail, le service n'ayant pas encore sollicité la demande d'agrément des secteurs.

[23] **Les Dreets délivre un agrément dans trois types de situations** :

- Lors de la création du service ;
- Périodiquement et en principe tous les 5 ans (Cf. *infra*) ;
- A la suite d'une fusion ou d'une absorption d'un service interentreprises par un autre service de prévention et de santé au travail.

[24] **Plusieurs types d'agréments peuvent être délivrés par les Dreets.**

Tableau 2 : Les différents types d'agrément et leur durée

Type d'agrément	Durée
De droit commun[122]	5 ans
Conditionnel sous réserve que le service ait formulé un engagement précis et daté de mise en conformité [123]	2 ans maximum non renouvelables suivi d'un agrément d'une durée de 5 ans si les engagements ont été respectés
Réduit en cas de manquements au regard des conditions d'octroi de l'agrément ou retrait[124]	Abrégée par rapport à la durée initiale de l'agrément en cours de validité ou retrait

Source : Mission

[25] Selon l'enquête annuelle 2023, les agréments de moins de cinq ans sont minoritaires : 11 % des 171 SPSTI ayant répondu ont un agrément inférieur à 5 ans. Ils sont encore moins nombreux pour les SPSTA : 6 % pour les 287 services ayant renseigné l'enquête.

2.2 La délivrance de l'agrément repose sur les orientations régionales et l'appréciation du Dreets

[26] **Le directeur régional de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités dispose d'un large pouvoir d'appréciation lors de la décision de délivrance de l'agrément**[125].

[27] En pratique, malgré un cadre réglementaire précis, le Dreets se fonde sur une analyse globale tenant compte des orientations régionales définissant la politique régionale d'agrément, de l'avis du médecin inspecteur du travail, des actions conduites par le service et des offres alternatives du territoire.

[122] C. trav., art. L. 4622-6-1 - C. rur., art. D. 717-43
[123] C. trav., art. L. 4622-6-1, C. trav., art. D. 4622-51 – C. rur., art. D. 717-46
[124] C. trav., art. L. 4622-6-1C, trav., art. D. 4622-51 - C. rur., art. D. 717-46
[125] En revanche en cas de refus de délivrance de l'agrément, seules les dispositions du titre II du livre VI de la quatrième partie du Code du travail peuvent être retenues.

2.2.1 La politique d'agrément des services de santé au travail fait l'objet d'une déclinaison régionale laissant néanmoins un pouvoir d'appréciation aux Dreets

[28] **Depuis la loi du 2 août 2021, l'agrément repose également sur un cahier des charges national[126] dans l'optique de définir un cadre plus lisible et harmonisé pour l'ensemble du territoire.** Ce cahier des charges national est décliné régionalement après consultation des directeurs de SPST et des partenaires sociaux représentés au comité régional de prévention et de santé au Travail (CRPST)[127].

Le cahier des charges régional de l'agrément

La déclinaison régionale du cahier des charges national de l'agrément[128] est composé de deux parties :

- un diagnostic territorial centré sur les besoins du territoire au regard de la sinistralité (résultats en matière d'accidents du travail et enquêtes nationales en matière de santé au travail)[129] et de l'offre (implantation géographique des services de santé au travail, ressources humaines des services de santé, …) ;

- les orientations régionales (gouvernance et pilotage du service, qualité de l'offre de services, contribution à la politique de santé au travail, pluridisciplinarité, …) notamment à travers des valeurs repères tenant compte des spécificités régionales et des besoins en médecine du travail.

Les services de prévention et de santé au travail autonomes ne sont concernés que par une partie des dispositions du cahier des charges (conditions de délégations de mission des médecins du travail, actions en milieu de travail, système d'information, dossier médical, contribution à la traçabilité des expositions professionnelles et aux enquêtes de veille sanitaire, …).

[29] Quelques Dreets assurent une transparence de la politique régionale d'agrément en publiant sur leur site Internet les orientations régionales.

Les principaux enseignements issus de l'exploitation des agréments des SPSTI du Centre-Val de Loire, des Hauts de France, de l'Île de France, de la Nouvelle – Aquitaine et de la Réunion

Ces territoires correspondant aux régions ayant donné lieu à des rencontres avec des professionnels des SPSTI, SPSTA et SSTA et la mission.

L'analyse porte sur les derniers agréments délivrés par les Dreets et couvre donc des périodes antérieures et postérieures à la publication de la loi du 2 août 2021 et des principaux décrets.

Malgré l'hétérogénéité des décisions, il ressort de cette analyse des décisions et des lettres d'observations accompagnant ces décisions que les services des Dreets tiennent compte de la maturité du service.

[126] Un cahier des charges national a été fini pour les SPSTI et les SPSTA (C. trav., art. D. 4622-49-1). Un cahier des charges a également été publié pour le secteur agricole (C. rur., art. D 717-45).

[127] C. trav., art. D 4622-49-2

[128] Précédemment les Dreets définissaient une politique d'agrément des services de santé au travail qui était présentée annuellement au groupe permanent régional d'orientation des conditions de travail.

[129] Il s'agit essentiellement des enquêtes relatives à la surveillance médicale des expositions des salariés aux risques professionnels (Sumer), au programme de surveillance des maladies à caractère professionnelle (MCP) voire le questionnaire évolution et relations en santé au travail (Evrest).

Sont mis en visibilité en priorité le respect de règles concernant le suivi des salariés dont le volet lié à la délégation de tâches, la composition de l'équipe pluridisciplinaire et son mode de fonctionnement, la réalisation des actions de milieu de travail et leur qualité. Le non-respect des règles du Code du travail en matière de cotisations (*per capita* et mutualisée) et de paiement des examens complémentaires sont évoqués.

Est également abordé le fonctionnement de la gouvernance : distinction de l'action du conseil d'administration de celle de la commission de contrôle, composition de la commission médico-technique.

Les décisions fixent des plafonds de salariés suivis par le médecin du travail ou par l'équipe pluridisciplinaire, en définissant ou non le périmètre de cette équipe pluridisciplinaire. Ce plafond peut être uniforme au sein de la région et affiché dans le cadre des orientations régionales tandis qu'il est modulé dans d'autres en raison des tailles très disparates des services et de la tension sur la ressource médicale.

Les missions relatives à la veille épidémiologique ou les visites de mi-carrière ou post-expositions sont évoquées lorsque les fondamentaux ne font pas l'objet de multiples observations.

Les agréments sont en quasi-totalité accordés pour 5 ans. La durée de 2 ans concerne des SPSTI ayant fusionné lorsque les modes de fonctionnement des professionnels ne sont pas suffisamment harmonisés. Cette durée est plus rarement notifiée pour apporter les correctifs nécessaires en cas de non-conformité.

[30] **Toutefois, la délivrance de cet agrément s'inscrit dans un contexte particulier en raison du mouvement régulier de fusion des SPSTI de toute taille[130] conduisant à des situations de monopole territorial et des marchés captifs pour les services**.

[31] En effet, dans plus de cinq départements sur dix, et 87 % des communes françaises[131], il n'existe qu'un seul service de prévention et de santé au travail interentreprises à compétence interprofessionnelle. Dans ces départements, pour les entreprises de moins de 500 salariés[132], même si la loi de 2021 ouvre la possibilité d'adhérer à un service de la région en dehors de leur territoire, la grande majorité des entreprises ne disposera d'aucune possibilité de choisir le SPSTI et la portée de l'avis des membres du comité social et économique[133] perd alors de son sens.

[32] En outre en cas de dysfonctionnements répétés du SPSTI, l'éventuelle décision de refus d'agrément de l'État est inextricable d'autant que la délivrance, sous conditions renforcées, d'un agrément de deux ans ne peut être renouvelée.

2.2.2 Les médecins inspecteurs du travail jouent un rôle central dans la délivrance de l'agrément et de son suivi

[33] Outre l'instruction de la demande d'agrément par les services de la Dreets, le Code du travail prévoit expressément que le médecin inspecteur du travail formule un avis[134].

[130] En 2023, 176 SPSTI fonctionnent. Ils étaient 277 dix ans auparavant et 748 en 2003 selon les bilans annuels des conditions de travail 2012 et 2018.
[131] Il convient toutefois de noter qu'un peu plus de 50 % des communes comptent moins de 500 habitants.
[132] C. trav., art. R. 4622-17
[133] C. trav., art. R. 4622-17
[134] C. trav., art. D. 4622-48

[34] **Cet avis du médecin inspecteur du travail qui s'appuie sur son rôle de conseiller dans le cadre de la politique régionale et nationale de santé au travail porte sur l'application des dispositions du Code du travail.**

[35] L'avis permet d'apprécier principalement les conditions d'exercice des professionnels tant au niveau des entreprises qu'au sein du service de prévention et de santé au travail. Sont examinées principalement : la composition et l'organisation de l'équipe pluridisciplinaire, les conditions d'exercice et les moyens y compris le système d'information métier, la traçabilité des informations individuelles du salarié à travers le dossier médical en santé, la proportion de l'emploi du temps permettant de déployer des actions en milieu de travail et la nature de ces actions.

[36] **Il est à noter que le contenu de cette intervention des MIT est relativement peu encadré par les textes, et donne lieu à des mises en œuvre hétérogènes**.

[37] Cet avis est primordial au regard de l'exercice effectif des missions du médecin du travail, des professionnels de l'équipe pluridisciplinaire et de la couverture des besoins des entreprises par le SPST d'autant qu'il s'appuie sur un lien régulier avec les services de santé lorsque le nombre de MIT au sein de la région est suffisant.

[38] De surcroît cet avis est un point d'entrée utile facilitant le travail d'animation et de régulation au fil de l'eau d'autant qu'il n'existe pas de dialogue de gestion entre deux séquences d'agrément.

2.3 Toutefois, la procédure d'agrément n'est pas conçue pour favoriser l'émergence de nouveaux services de prévention et de santé au travail interentreprises

2.3.1.1 La création d'un nouveau service de prévention et de santé au travail nécessite une autorisation administrative préalable aux formalités quasi impossibles

[39] **Le cadre juridique de l'agrément n'est pas conçu pour créer un nouveau service interentreprises.** En effet, plusieurs documents de la demande d'agrément[135] s'appuient sur l'existence d'entreprises adhérentes et de professionnels embauchés par le service de santé :

- La désignation des membres du conseil d'administration composé paritairement de représentants des employeurs adhérents et de représentants des salariés des entreprises adhérentes[136] ;

[135] C. trav., art. D. 4622-50 et arrêté du 3 septembre 2025 relatif à la composition des dossiers de demande d'agrément ou de renouvellement d'agrément des services de prévention et de santé au travail et des dossiers

[136] C. trav., art. L. 4622-11

- Le projet pluriannuel élaboré par la commission médico-technique composée du président du SPSTI (employeur adhérent au service) ou de son représentant et des représentants des professionnels du service, projet qui doit être validé par le conseil d'administration[137] ;
- L'avis de la commission de contrôle composée pour un tiers de représentants des employeurs adhérents au service de prévention et de santé au travail et des représentants des salariés des entreprises adhérentes[138] ;
- Le nombre des entreprises ;
- La composition de la cellule de prévention de la désinsertion professionnelle ;
- L'avis des médecins du travail sur le dossier de demandes d'agrément.

[40] Or l'activité du service n'est envisageable qu'après agrément de la Dreets ouvrant alors la voie à l'adhésion des entreprises et à l'activité des professionnels du service.

[41] **Au regard des prescriptions du Code du travail, les entreprises n'ont aucun intérêt à prendre le risque d'adhérer à un SPSTI dont l'existence est hypothétique** et à engager, si nécessaire, des consultations auprès de leur instance représentative du personnel. Potentiellement ces entreprises prennent le risque de rompre le suivi des salariés et des actions engagées par le dernier SPTI sans être en mesure de garantir la poursuite des interventions.

[42] De même les professionnels s'engagent sur un chemin incertain tant sur la durabilité de leurs interventions que sur la pérennité de leur contrat de travail.

[43] Les documents constitutifs d'une demande initiale d'agrément ne pouvant être produits, la demande est donc incomplète au regard du cadre légal actuel ce qui constitue un frein à la création d'un nouveau service.

2.3.2 Les partenaires sociaux jouent un rôle central dans la création d'un nouveau service de prévention et de santé au travail interentreprises

[44] Les partenaires sociaux jouent un rôle central dans le pilotage des services de prévention et de santé au travail interentreprises.

[45] **Ils sont impliqués dans la création des SPSTI, la définition des orientations du service et son fonctionnement ainsi que dans la politique régionale** d'agrément.

[46] S'il revient aux employeurs d'organiser les services de prévention et de santé au travail[139], ces services se caractérisent par un fonctionnement reposant sur une démocratie sociale tant dans la gouvernance que pour la définition de la stratégie :

- Le conseil d'administration est composé de façon paritaire ;
- Le président du service est élu parmi les employeurs du conseil d'administration ;

[137] C. trav., art. D. 4622-28, art. L. 4622-11 et art. L. 4622-14
[138] C. trav., art. L. 4622-12 et art. D. 4622-31
[139] C. trav., art. L. 4622-1

- Le contrôle interne est assuré par une commission de contrôle composée de représentants des employeurs et des salariés désignés dans les mêmes conditions que précédemment ;
- La commission médico-technique lieu de concertation des professionnels et d'élaboration de la stratégie du service est présidée par le président du service, employeur adhérent au service et désigné par une organisation professionnelle.

[47] Les partenaires sociaux sont également associés à la politique régionale d'agrément des services de santé au travail car consultés lors de son élaboration[140].

[48] En outre, au regard du mode de désignation de la gouvernance des SPSI, il leur revient de laisser la possibilité de créer un nouveau service sur une zone partagée en totalité ou en partie avec d'autres services déjà créés dont ils assurent la gouvernance.

[49] **En outre, l'étude de la création des derniers SPSTI montre que leur implication est un élément structurant pour composer les organes de gouvernance** notamment dans un contexte où les autres pièces de la demande d'agrément relèvent en partie de la formalités impossibles puisque le service qui souhaite se créer ne peut prendre que des engagements sans apporter beaucoup d'éléments déjà opérationnels.

3 Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens n'a pas trouvé sa place

[50] **Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conçu, en 2011, comme un élément de coordination entre les acteurs de santé ne rencontrent pas dans les faits l'adhésion de toutes les parties.**

3.1 Le Cpom a vocation à inscrire les SPSTI comme des acteurs publics de la santé au travail

[51] Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens concluent entre les Carsat, l'État et les SPSTI créent un espace partenarial et convergeant d'actions au bénéficie de la santé au travail en s'appuyant sur le plan régional de santé au travail et la déclinaison régionale de la convention d'objectifs et de gestion de l'assurance maladie - risques professionnels (Cog AT-MP).

[52] **Cette contractualisation s'inscrit dans le temps sans pouvoir s'accrocher, à chaque fois, à la temporalité de l'agrément**. En effet, en vue d'assurer un minimum de cohérence régionale, la concertation entre les acteurs permet de cibler des thématiques partagés, la contractualisation intervient alors postérieurement, indépendant du rythme de renouvellements des agréments.

[53] **Outre la prévention de la désinsertion professionnelle, le Cpom doit y inclure au moins un thème relatif à la prévention des risques professionnels**, la dernière instruction commune DGT-Cnam ciblant les principaux thèmes de la sinistralité des accidents du travail et des maladies professionnelles.

[140] C. trav., art. D. 4622-49-2

[54] Dans les faits, outre la reconnaissance des SPSTI comme des acteurs publics de la santé au travail, **les actions du Cpom accentuent la dimension territoriale déjà présente dans le projet pluriannuel du service de prévention et de santé au travail**.

3.2 La dynamique du Cpom s'essouffle et son évaluation reste complexe

3.2.1 Le nombre de Cpom actifs est devenu modeste

[55] En 2023, parmi les 171 SPSTI ayant répondu à l'enquête annuelle, seuls 41 SPSTI (24 %) ont un Cpom en cours de validité. Ils étaient 80 (45 %) en 2022 bien loin des Cpom de la première génération qui avaient été conclus avec 77 % des SPSTI.

[56] **Même en l'absence de Cpom, des SPSTI contribuent aux actions déployées dans le cadre des priorités régionales de santé au travail.** Ils participent aux groupes de travail du PRST et parfois, pilotent même ces groupes de travail. Leur projet pluriannuel de service tient compte de cette dimension régionale sous l'impulsion des MIT.

[57] **Parallèlement, d'autres outils de contractualisation sont utilisés dans les échanges entre les Carsat et les SPSTI**. Le partenariat se traduit par des chartes initiant ou amplifiant des coopérations pour agir de concert sur certaines thématiques (ex : prévention des troubles musculosquelettiques, prévention du risque chimique).

[58] Pour redonner une impulsion au Cpom, la direction générale du travail et la caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) ont, par une instruction commune du 12 juillet 2024, fixé le cadre du déploiement du Cpom.

[59] Au regard de cette instruction, les Carsat et les Dreets sont invitées à relancer les Cpom.

[60] **Des régions dépourvues de Cpom se sont donc engagées dans la démarche en conduisant des travaux avec les SPSTI** afin de définir les contributions attendues et permettre aux services de santé de se positionner. **Mais les travaux des SPSTI pour préparer leur certification, ont conduit à différer la perspective de conclusion des Cpom et les thèmes émergents ne recouvrent pas systématiquement les orientations nationales**.

3.2.2 Le suivi des Cpom demeure difficile

[61] Le suivi des Cpom et leur évaluation sont fragiles. En raison de la diversité des thématiques des Cpom, **les SI métier des SPSTI ne permettent pas de collecter l'ensemble des données**. Les services de santé au travail mettent donc en place des saisies parallèles pouvant s'avérer chronophage et nécessiter des actions de management spécifiques pour mobiliser les salariés concernés.

[62] Cette problématique du suivi peut être centrale dans le choix des actions des SPSTI. En effet, au cours de ses investigations, la mission Igas a observé qu'il peut être attendu, dans le cadre du bilan, 298 valeurs annuelles de la part du service de prévention et de santé au travail.

[63] **La pluralité des thématiques, le mode de collecte et la qualité des données ne facilitent pas l'évaluation du dispositif**.

3.2.3 Les précédentes recommandations issues des travaux de l'inspection générale des affaires sociales restent partiellement mises en œuvre

[64] En janvier 2023, une précédente mission Igas[141] consacrée aux Cpom avait proposé la prolongation de ce mode de contractualisation en le conditionnent à la réalisation d'un certain nombre de recommandations.

[65] Outre l'impulsion nationale qui est effective, il s'agissait de circonscrire les thématiques, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui au regard des travaux de certaines régions. La mission recommandait aussi la mise en place d'un système d'information en vue d'assurer un état des lieux national et d'évaluer le dispositif. La production de cet outil n'est actuellement pas programmée. Enfin, les contributions des différents signataires ne sont pas mesurables dans un contexte où l'animation régionale et la coordination restent peu outillées.

[66] Malgré les coopérations régionales effectives, la difficulté d'apprécier l'impact des Cpom est réelle et les conditions de réussite prévues par la mission Igas de 2023 ne sont pas réunies.

4 La certification, qui a vocation à assurer une homogénéisation des prestations, s'installe progressivement

[67] La certification[142] permet d'évaluer la mise en œuvre des missions des SPSTI et des SSTA, les moyens humains et matériels mis à disposition et la traçabilité de leurs actions. Elle contribue à garantir une prise en charge équitable, conforme aux règles d'un référentiel national et vise à renforcer l'homogénéité des prestations de l'offre socle de services sur l'ensemble du territoire.

Offre socle de services

Les services de l'offre socle[143] couvrent l'intégralité des missions obligatoires des services de prévention et de santé au travail interentreprises et des services de santé au travail en agriculture :

- prévention des risques professionnels : développement de la culture de prévention, élaboration de fiche d'entreprise, accompagnement dans l'élaboration du document unique d'évaluation des risques professionnels, action de prévention primaire[144] périodique, participation aux réunions des instances représentatives des entreprises adhérentes ;

- de suivi individuel de l'état de santé des travailleurs : procédure d'élaboration et de mise en œuvre des protocoles de délégation de tâches du médecin du travail, procédure de remplacement du médecin du travail, procédure d'organisation des visites et des examens complémentaires ;

- et de prévention de la désinsertion professionnelle et maintien dans l'emploi[145].

[141] IGAS , *Bilan et perspectives des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec les services de prévention et de santé au travail*, janvier 2023

[142] L'obligation de certification des services de prévention et de santé au travail interentreprises est prévue par l'article L. 4622-9-3 du Code du travail et par l'article L. 717-3-1 du Code rural et la pêche maritime.

[143] L'offre socle est définie par le décret n°2022-653 du 25 avril 2022 pour les SPSTI et par le décret n°2022-1163 du 18 août 2022 pour les SSTA.

[144] La prévention primaire vise à combattre le risque à sa source.

[145] IGAS, *Prévention de la désinsertion professionnelle : détecter le risque, coordonner les acteurs*, juillet 2025

S'y ajoute pour les SSTA les services proposés aux non-salariés agricoles.

En complément de cette offre, dans le périmètre de leurs missions, les SPSTI disposent d'une certaine latitude et peuvent proposer à leurs adhérents une offre de services complémentaire[146] correspondant à des prestataires non incluses dans l'offre socle et n'entrant pas dans le périmètre de la certification.

[68] **L'offre socle de services est encadrée par un référentiel en vue d'une certification** par un organisme indépendant accrédité par le Cofrac.

[69] **La certification se place sur un terrain différent de l'agrément en ce sens qu'elle est centrée sur la mise en œuvre de l'offre socle, la qualité des procédures et traite des questions concernant de la conformité du traitement des données personnelles**. Il existe toutefois des recoupements dans le contenu des deux procédures, qui visent toutes deux à la délivrance de prestations de qualité, et la certification est prise en considération dans la décision d'agrément sans toutefois qu'elle garantisse le respect de la réglementation à l'exception de la fiche d'entreprise qui doit faire si nécessaire l'objet d'un plan de rattrapage.

[70] Lorsque que le niveau maximal de certification (Cf. *infra*) est mis en place, il ambitionne d'assurer l'effectivité des règles et une proactivité régulièrement pour corriger les écarts aux normes.

4.1 La certification est largement portée par les partenaires sociaux

[71] Les partenaires sociaux se sont impliqués, au niveau national, tout au long du processus de mise en place de cette certification.

[72] *Prévue par l'accord national interprofessionnel de 9 décembre 2000* relatif à la prévention renforcée et à une offre renouvelée en matière de santé au travail et conditions de travail, l'obligation de certification a été reprise par la loi du 2 août 2021.

[73] Pour les partenaires sociaux cette certification vise à assurer une homogénéité de la qualité et de l'effectivité de l'ensemble des services rendus dans le cadre de l'offre socle des SPSTI et SSTA.

[74] **Outre le cadre juridique, les partenaires sociaux se sont investis tout au long du processus de mise en place de cette certification** :

- Le référentiel et les principes orientant l'élaboration d'un cahier des charges de certification sont fixés par un décret n°2022-1031 du 20 juillet 2022 à partir des travaux du comité national de prévention et de santé (CNPST) ayant fait l'objet d'une délibération le 10 juin 2022 ;
- Le cahier des charges de la certification a été proposé par les partenaires sociaux dans le cadre des travaux du CNPST le 29 avril 2022 et publié par arrêté du 27 juillet 2023.

[75] De surcroît, **les partenaires sociaux ont également participé**, avec les administrations concernées (ministère du travail et ministère de l'agriculture) et l'association française de normalisation (Afnor), **à la construction du référentiel de certification** Afnor SPEC 2217 d'août

[146] L'offre est prévue par le décret n°2022-653 du 25 avril 2022.

2023 pour les SSPTI et Afnor SPEC 2218 de novembre 2023 pour les SSTA. Pour chacune des trois grandes missions de l'offre socle, le référentiel fixe notamment une liste d'actions précises.

[76] Enfin, pour renforcer l'uniformisation des pratiques entre les certificateurs, le dispositif s'appuie sur un plan de contrôle qui définit notamment les modalités techniques et organisationnelles d'octroi, de maintien, de suspension ou de retrait de la certification ainsi que les personnes devant impérativement être rencontrées. Cette pratique peu fréquente renforce le principe de l'homogénéisation porté par les partenaires sociaux.

[77] Finalement outre le principe, les objectifs et les modalités sont issus des travaux des partenaires sociaux qui confortent ainsi la démarche d'appréciation de la qualité et de la réalité des services de l'offre socle, de l'organisation et de la continuité du service ainsi que le respect des procédures suivies et des règles tarifaires.

[78] **L'implication des partenaires sociaux se poursuit avec l'attribution des certifications**. En effet, les membres du comité régional de prévention et de santé au travail sont en théorie informés par l'organisme certificateur lors de l'attribution de certification, de sa suspension ou de son retrait. Cette procédure qui permet de donner une vision du processus de certification n'est pas encore opérationnelle puisque les Dreets ne sont pas informées par les certificateurs de la délivrance de la certification en dehors des demandes d'agrément.

4.2 La certification a vocation à se déployer progressivement

[79] La démarche de certification existait déjà dans certains services de prévention et de santé au travail. Dorénavant une certification spécifique ciblée sur les missions des services de santé est généralisée et pour un grand nombre de services, cette certification représente la première expérience d'audit qualité.

Principaux thèmes de la certification

- organisation incluant les moyens humains et matériels ainsi que la qualité des procédures suivies y compris pour le projet pluriannuel de service ;

- gestion financière et tarification des cotisations ;

- transparence de l'information accessible au public et aux entreprises adhérentes ;

- qualité et effectivité des services rendus dans la cadre de l'offre socle en respectant une équité de traitement entre les entreprises adhérentes ;

- conformité du traitement des données personnelles au règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 (Règlement RGPD) et de la loi n°78-17 du 06 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ;

- conformité des systèmes d'information et des services ou outils numériques destinés à être utilisés par les professionnels de santé aux référentiels d'interopérabilité et de sécurité[147].

[147] L'interopérabilité prévue par la loi n'est pas à ce jour opérationnelle.

[80] **La mise en œuvre de la certification est très progressive et se déploie selon un double calendrier** :

- Elle est obligatoire[148] depuis le 1er mai 2025 pour les SPSTI ou le sera au 1er décembre 2025 pour les SSTA et devra être produite avec la demande de renouvellement de l'agrément[149] ;
- Elle peut s'acquérir progressivement sur une période de 5 ans, la démarche étant scindée en trois niveaux dont le dernier atteste de la conformité à l'ensemble des attendus du référentiel prévu par arrêté ministériel.

Trois niveaux de certification

La certification est une démarche graduelle d'amélioration en continue scindée en trois niveaux qui atteste des progrès du service de santé. Le niveau 3 atteste de la conformité à l'ensemble des attendus du référentiel publié par l'arrêté du 27 juillet 2023 pour les SPSTI et du 28 novembre 2023 pour les SSTA :

- le niveau 1 (engagement des procédures) délivré pour une durée maximale de 2 ans non renouvelable correspond à une phase de rédaction de procédures par le SPSTI/SSTA, de mise en œuvre des moyens humains, organisationnels et fonctionnels

- le niveau 2 (maîtrise des procédures) accordé pour une durée de 3 ans non renouvelable conduit le SPSTI/SSTA à justifier, en plus des moyens prévus au niveau 1, de la maîtrise des procédures et des outils d'évaluation, et de l'effectivité de ses moyens par la définition d'indicateurs de suivi

- le niveau 3 (conformité des procédures) attribué pour 5 ans renouvelable indique que le SPSTI/SSTA, en plus de satisfaire aux exigences de qualité et d'effectivité requis, compare le résultat obtenu au résultat exigé. Le service justifie de la mise en œuvre de l'ensemble des mesures prévues par l'offre socle et démontre un réel pilotage de la démarche sur le long terme par le suivi d'indicateurs garantissant des résultats probants et des améliorations continues.

[81] **L'obtention de la certification se prolonge par un audit de suivi**[150]. En outre le Dreets ou l'administration centrale du ministère du travail ou du ministère de l'agriculture de leur propre initiative ou à la demande des partenaires sociaux peuvent demander un audit de surveillance.

[82] Cette acquisition progressive permet aux services de passer d'un stade de formalisation des procédures à un niveau de mise en œuvre et de corrections par rapport aux attendus.

[83] Dans les faits, pour les SPSTI, un grand nombre des certifications sera obtenu postérieurement aux délais réglementaires en raison d'une part :

- De la désignation tardive[151] d'organismes bénéficiaires d'une recevabilité opérationnelle par le comité français d'accréditation (Cofrac)[152] ;
- Des travaux internes des SPSTI : formalisation et traçabilité des process et actions nécessitant des temps de préparation, de concertation et d'information propres à chaque

[148] C. trav., art. L. 4622-27 et C. rur., art. L. 717-3-1
[149] C. trav., art. L. 4622-6-1
[150] L'audit de suivi est réalisé 12 mois après l'obtention de la certification de niveau 1, 18 mois après pour le niveau 2 et 30 mois pour le niveau 3.
[151] Les premières désignations datent du 3 juillet 2024.
[152] L'accréditation des trois organismes indépendants bénéficiaires d'une recevabilité opérationnelle est en cours ou vient d'être obtenue au moment où la mission conduit ses travaux.

service en fonction du niveau des procédures écrites préalables et des pratiques des professionnels puis éventuellement la mise en place de plan d'actions pour répondre aux attendus du référentiel de certification.

[84] En revanche, sous l'égide de la caisse centrale de la mutualité sociale et agricole, tête de réseau, les caisses locales de la mutualité ont largement engagé la procédure de certification dans le calendrier réglementaire.

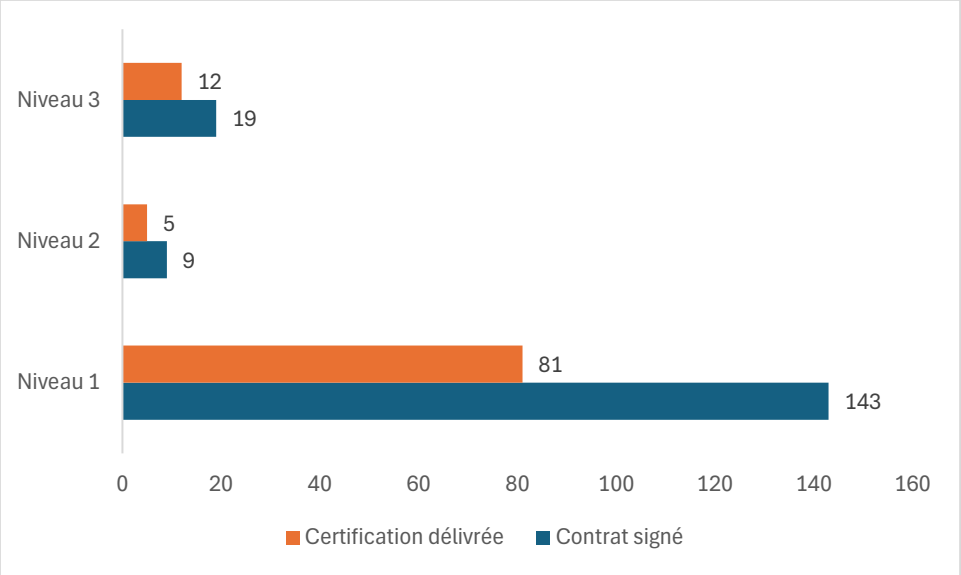
[85] Chaque certificateur doit publier la liste des services de santé au travail certifiés ainsi que ceux dont la certification est suspendue ou retirée. Cet accès à l'information est plus ou moins facilité[153]. En effet, la liste peut être directement accessible sur le site Internet du certificateur ou la recherche nécessite une identification précise du demandeur à la recherche de l'information ce qui ne facilite pas le recueil d'information préalablement à l'adhésion à un SPSTI telle que les partenaires sociaux l'ont prévue dans la délibération du 1er avril 2022 approuvée par le décret[154].

4.3 Les services de santé au travail ont largement utilisé la progressivité de la démarche pour garantir leur certification

[86] Au 31 août 2025 171 SPSTI ont signé un contrat avec un des trois certificateurs en vue d'audits qui à près de 80 % devraient être réalisés fin 2025.

[87] **Les services de prévention et de santé au travail interentreprises ont à hauteur de 83,6 % privilégié le niveau 1, niveau des engagements des procédures. Les SSTA ont également choisi ce niveau.**

Graphique 1 : Répartition par niveau des certifications des SPSTI au 31 août 2025



Source : Direction générale du travail, traitement mission

[153] Consultation des sites Internet fin juillet 2025

[154] Décret n°2022-653 du 25 avril 2022 relatif à l'approbation de la liste et des modalités de l'ensemble socle de services des services de prévention et de santé au travail interentreprises.

[88] Le choix du niveau peut être lié à de multiples motifs : pratique antérieure de procédure d'audit, niveau de mobilisation des collectifs de travail, antécédent de la prise en compte de la satisfaction des usagers voire choix concerté de la part des services de santé d'une même région.

[89] **A la fin de la période estivale, 57 % des SPSTI sont certifiés ainsi que la quasi-totalité des SSTA.** Aucun service audité n'a fait l'objet de refus mais des non-conformités plus ou moins majeures accompagnent parfois la certification.

[90] **Les non-conformités portent notamment sur des sujets, jusqu'à présent, peu appréhendés ou moins formalisés** tels que la relation client (enquête de satisfaction des adhérents, des salariés, gestion sommaire des réclamations). Les non-conformités portent également sur des points connexes dans la SPEC au regard du poids de l'offre socle dans la certification (par exemple, le volet ressources humaines).

[91] Enfin compte tenu de l'audit qui s'étale sur plusieurs jours, certaines non-conformités sont soldées très rapidement et sont donc levées avant la fin de la mission des auditeurs.

[92] **Pour parvenir à la certification, les services de santé au travail se sont appuyés sur des accompagnements en amont** : mise à disposition de ressources par Présanse[155]; travaux collaboratifs entre les SPSTI, recours à de la formation-conseil ou des audits blancs.

[93] Alors que le dispositif est en cours de déploiement au sein des services de santé au travail, il est possible d'observer que la certification représente actuellement un temps fort de l'activité des services particulièrement pour les directions et les médecins du travail coordonnateurs lorsque la fonction existe. Pour les directions des services, la certification oblige à formaliser l'ensemble des processus existants et à s'interroger sur leur pertinence.

[94] Ce travail interne a été réalisé avec des modalités de travail différentes associant régulièrement ou non le conseil d'administration, les différents métiers du service avec la mise en place d'un comité de pilotage ad hoc ou engageant uniquement la direction du service. Certains services ont structuré la démarche en élargissant leur ressource avec le recrutement de responsable qualité.

[95] Outre la mobilisation des compétences internes, la démarche a également nécessité de requestionner l'ensemble des fonctionnalités du système d'information métier afin de faciliter la démarche de certification et de s'interroger sur les priorités du projet pluriannuel de service.

4.4 La certification de niveau 1 ne garantit pas une harmonisation achevée des pratiques professionnelles

[96] Les travaux préparatoires à la certification de niveau 1 s'appuient fortement sur le fonctionnement des collectifs de travail et les régulations issues des travaux de la commission médico-technique.

[97] **La culture de l'écrit est globalement bien présente dans les SPSTI, quoique plus ou moins développée selon la taille du service. Elle a facilité la formalisation des processus attendue dans**

[155] Présanse est un organisme représentatif des services de prévention et de santé au travail interentreprises. Elle assure également un rôle d'outillage et de conduite de projets collectifs pour les SPSTI.

le cadre de la certification. Les travaux préparatoires à la certification de niveau 1 ont également permis de préciser des différentes séquences de travail par métier et les relations avec les entreprises adhérentes.

[98] En ce sens la certification permet aux nouveaux embauchés d'identifier rapidement les méthodes de travail harmonisées.

[99] **Toutefois, la certification de niveau 1 n'induit pas une mise en œuvre complètement harmonisée des pratiques professionnelles** dans des domaines tels que le type d'informations saisies dans le dossier médical en santé au travail, l'utilisation systématique d'une messagerie sécurisée et de l'identité nationale de santé. En outre, si le processus permet d'initier une démarche d'écoute des besoins des usagers, celle-ci est loin d'être suffisante aujourd'hui (Cf. annexe 7).

[100] Par ailleurs, la certification de niveau 1 laisse en chantier la question de la pratique de délégation de tâches des médecins du travail à profil identique d'infirmier en santé au travail, cette délégation étant rarement complétement unifiée dans les pratiques malgré la réflexion régulière des professionnels et les travaux en commission médico-technique.

5 La régulation oscille entre le respect de la norme et l'homogénéisation des services rendus

[101] La dernière réforme de santé au travail a accru les instruments de régulation et introduit un nouveau principe : l'homogénéité.

5.1 L'interaction entre les différents outils de régulation historiques reste empirique et mériterait d'être revisitée

[102] L'articulation entre le projet pluriannuel de service, le Cpom et l'agrément repose essentiellement sur des synergies territoriales partagées entre le SPST, l'État et la sécurité sociale.

[103] **Le projet pluriannuel de service qui transcrit les priorités du SPSTI est ancré sur les caractéristiques socio-économiques de son territoire d'intervention**. En complément, selon la réglementation, le projet de service tient compte du Cpom qui oriente les actions du SPSTI en fonction des objectifs régionaux de santé au travail.

[104] **L'agrément, préalable au démarrage de l'activité du service, et renouvelé périodiquement, permet de s'assurer du respect des dispositions légales et réglementaires.** Pour les services interentreprises, la délivrance de l'agrément devrait tenir compte des engagements du Cpom.

[105] **Dans les faits, l'articulation du Cpom avec l'agrément diffère d'une région à une autre**. En effet, malgré le lien étroit entre le Cpom et l'agrément posé par les instructions, dans plusieurs régions, les agréments des SPSTI sont renouvelés et les fragilités soulignées par l'Igas[156] restent en

[156] IGAS, Bilan et perspectives des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec les services de prévention et de santé au travail, janvier 2023

partie d'actualité malgré les orientations nationales préconisant de cibler les thématiques et les tableaux de suivi prévus par l'instruction du 12 juillet 2024.

[106] Enfin, parmi les deux axes obligatoires des Cpom, l'un est redondant avec l'offre socle des SPSTI. En effet, la prévention de la désinsertion professionnelle qui est un thème obligatoire de l'offre socle des SPSTI donnant lieu à certification (Cf. *supra*) est également un thème impératif des Cpom ce qui introduit une juxtaposition des outils.

5.2 L'offre de services standard est cadrée et financièrement régulée

[107] La loi du 2 août 2021 a introduit plusieurs outils permettant d'assurer sur l'ensemble du territoire des services de nature identique pour un montant financier encadré.

[108] **Dorénavant, chaque SPSTI doit proposer une offre socle** (Cf. *supra*) permettant à chaque entreprise adhérente de bénéficier :

- D'un suivi individuel des salariés reposant au moins sur une visite médicale initiale et périodique ;
- De prévenir les risques professionnels en mobilisant a minima des instruments figurant de longue date dans la réglementation : la fiche d'entreprise et l'appui à l'élaboration du dossier unique d'évaluation des risques professionnels ;
- De prévenir la désinsertion professionnelle.

[109] **Pour bénéficier de ces prestations, l'entreprise s'acquitte d'une cotisation *per capita* dont le montant est encadré par un arrêté ministériel[157] fixant un montant pivot mutualisé. Cependant cet encadrement financier reste en partie partiel en raison de différences** :

- De prise en charge des situations individuelles : hétérogénéité du montant des droits d'entrée pour les nouveaux adhérents et/ou salariés pris en charge par le SPSTI, montant et conditions de versement d'une majoration de la cotisation en cas d'absence des salariés lors la visite médicale ;
- Par ailleurs certains services modulent le niveau de cotisations pour les suivis individuels adaptés ce qui conduit les Dreets à rappeler la nécessité de préserver le secret des informations personnelles ;
- De la modulation du contenu de l'offre socle : certaines offres socles peuvent intégrer des prestations diverses qui relèvent d'une offre complémentaire. Par ailleurs, des services, contrairement aux dispositions réglementaires[158], continuent à demander une prise en charge par l'employeur des examens complémentaires en cas d'exposition aux agents chimiques.

[157] Arrêté du 26 septembre 2024 relatif au coût moyen national de l'ensemble socle de services des services de prévention et de santé au travail interentreprises. Le coût moyen national de l'ensemble socle de service des services de prévention et de santé au travail interentreprises est fixé pour l'année 2025 à 115,50 euros par salarié.

[158] C. trav., art. R. 4624-36

5.3 L'homogénéisation impacte également les outils historiques de régulation

[110] Le projet pluriannuel de service et l'agrément sont impactés par le principe d'homogénéisation introduit par la loi du 2 août 2021.

5.3.1 La certification renforce la mutualisation des orientations du projet pluriannuel de service et devrait induire le développement d'actions de marketing

[111] En effet, dans le cadre de la certification, le projet pluriannuel de service joue également un rôle d'alignement en déterminant les demandes des entreprises « *qui impliqueraient un engagement disproportionné au regard des ressources du SPSTI ou ne faisant pas partie de l'ensemble socle de services* ».

[112] Il revient donc aux professionnels du service et à la gouvernance d'établir un cadre de travail répondant aux caractéristiques du territoire, aux enjeux de la politique régionale de santé en veillant à un usage partagé des ressources et des actions.

[113] **À l'exception du suivi individuel des salariés, l'offre de service des SPSTI restant largement méconnue pour une grande partie des adhérents**, la règle d'un engagement proportionné va nécessiter un fort développement des actions permettant de mieux faire connaître le contenu de l'offre socle.

[114] L'enjeu pour les services de santé au travail est de développer une promotion opérationnelle permettant particulièrement de toucher les petites entreprises et les salariés en s'appuyant sur le savoir-faire des équipes qui allie un volet médical et un volet technique pour réaliser des actions concrètes.

[115] Pour y parvenir les services développent des actions de communication et si nécessaire modernisent leur site Internet. Mais l'offre socle reste méconnue et les membres de l'équipe pluridisciplinaire doivent toujours consacrer du temps pour gagner la confiance de leurs interlocuteurs. Pour faire connaître l'ensemble de l'offre et quitter l'image de prestations consacrés exclusivement au suivi individuel des salariés, les services pourraient utilement s'orienter vers des démarches semblables aux techniques du marketing.

5.3.2 Le cahier des charges national de l'agrément vise à assurer la prise en compte de règles communes entre les services de santé au travail et les différentes régions

[116] L'agrément qui reste un instrument pivot et une condition nécessaire pour autoriser le fonctionnement des services de santé au travail est également impacté par le principe d'homogénéisation.

[117] **Depuis 2021, les règles d'agrément se sont enrichies avec la création d'un cahier des charges national de l'agrément concernant les SPSTI, les SPSTA et les SSTA**. En effet, ce document comprend une liste détaillée de critères cadrant l'agrément permettant ainsi d'appréhender les

aspects territoriaux sur la même base alors que jusqu'à présent l'agrément est un équilibre ente le cadre juridique et les réalités de terrain.

[118] **Cet équilibre subtile conduit les Dreets à définir des pratiques régionales visant au respect des règles tout en intégrant les configurations locales** : tension sur les ressources en médecin du travail voire sur l'ensemble de la démographie médicale de la région, situation de monopole de service de prévention et santé au travail interentreprises, éventuels dysfonctionnements des gouvernances paritaires.

[119] Finalement la régulation de l'État n'assure pas totalement un socle commun entre l'ensemble des régions et des territoires de la circonscription. La mise en place d'un cahier des charges national de l'agrément permet de cibler des fondamentaux tels qu'une fourchette de salariés par médecin du travail ou par équipe pluridisciplinaire sous réserve de préciser les professionnels pris en compte pour ce calcul, l'exercice d'activités différentes du suivi individuel des salariés, la participation effective aux travaux du PRST et donne de la cohérence au principe d'homogénéisation porté par la loi de 2021.

[120] Le caractère opérationnel de ces critères, pourrait également tenir compte des trois axes de l'offre socle des services interentreprises et des contributions aux politiques de santé publique.

ANNEXE 7 : La prise en compte du point de vue des usagers par les services chargés de la santé au travail

1 LA PRISE EN COMPTE DES BESOINS EXPRIMES PAR LES USAGERS EST EN VOIE DE STRUCTURATION. 97

1.1 JUSQU'A PRESENT, LA PRISE EN COMPTE DES BESOINS DES USAGERS DES SERVICES DE SANTE AU TRAVAIL N'EST PAS SYSTEMATIQUE ET RELATIVEMENT LIMITEE 97

1.2 DEPUIS LA MISE EN PLACE DE LA CERTIFICATION, UNE PRISE EN CONSIDERATION DES BESOINS ET DE LA SATISFACTION DES BENEFICIAIRES EST INITIEE 99

1.3 LA PRISE EN COMPTE DES BESOINS DES PARTIES PRENANTES DEMEURE HETEROGENE ET POURRAIT MONTER EN QUALITE EN AYANT DAVANTAGE RECOURS A DES ENQUETES 100

2 LORSQU'ELLE EXISTE, L'EVALUATION DE LA SATISFACTION DES USAGERS MET EN EVIDENCE DES RESULTATS CORRECTS ET CONSTANTS 102

2.1 LES ETUDES DISPONIBLES METTENT EN EVIDENCE DES RESULTATS CORRECTS ET RELATIVEMENT CONSTANTS AVEC DEUX-TIERS A TROIS-QUARTS D'OPINIONS FAVORABLES DES ENTREPRISES ADHERENTES 102

2.2 LES BENEFICIAIRES ET LEURS REPRESENTANTS RENCONTRES PAR LA MISSION ONT FAIT VALOIR UN BON NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DES SERVICES DE PREVENTION ET DE SANTE AU TRAVAIL 103

2.3 LES MOTIFS D'INSATISFACTION SONT EGALEMENT RELATIVEMENT CONSTANTS, ET SE RAPPORTENT ESSENTIELLEMENT AUX VISITES INDIVIDUELLES 105

2.3.1 La communication vers les adhérents présente des insuffisances 105

[1] La lettre de mission du 21 mai 2025 du porte l'appréciation suivante sur les services de prévention et de santé au travail (SPST) : « *Le fonctionnement de la médecine du travail fait (…) l'objet d'interpellations régulières de l'ensemble des acteurs, et notamment des employeurs qui rencontrent des difficultés pour faire assurer le suivi médical des salariés et les aider à appréhender les risques professionnels auxquels leurs salariés sont exposés. L'offre en matière de santé au travail n'a en effet pas suffisamment évolué pour appréhender les évolutions récentes du travail : recours plus fréquent à l'intérim ou à de nouvelles formes d'emploi, éclatement géographique des lieux de travail, hausse du télétravail, changements d'employeur plus fréquents, émergence de nouveaux risques professionnels*. **»**

[2] Ainsi, la demande adressée à l'Igas repose-t-elle sur l'idée selon laquelle le système de santé au travail porterait une attention insuffisante aux besoins de ses usagers bénéficiaires, en particulier des employeurs.

[3] La mission s'est efforcée de vérifier le niveau de prise en compte des besoins des bénéficiaires (dénommée également ci-après « écoute client ») par le système de santé au travail, au-delà du simple respect du cadre réglementaire, afin de documenter les possibilités effectives de s'engager dans des processus d'innovation pertinents.

[4] La présente annexe a pour ambition d'examiner les dispositifs existants d'écoute client dans les SPST interentreprises (SPSTI) et services de santé au travail agricoles (SSTA). Les SPST autonomes, internes aux plus grandes entreprises qui ont fait le choix de se doter de telles ressources, assoient l'écoute client sur des mécanismes internes dont le partage est rare et la connaissance malaisée[159].

1 La prise en compte des besoins exprimés par les usagers est en voie de structuration

1.1 Jusqu'à présent, la prise en compte des besoins des usagers des services de santé au travail n'est pas systématique et relativement limitée

[5] Le rapport d'évaluation des services de santé au travail interentreprises, publié par l'Igas en février 2020 a procédé l'analyse individualisée de 12 services implantés dans quatre régions, en s'appuyant sur un questionnaire adressé aux adhérents de ces services ainsi qu'aux représentants du personnel au sein de ces entreprises[160]. Le rapport observait qu'il **n'existait aucune obligation de recueil des expressions de satisfaction ou d'insatisfaction, ou de recueil des réclamations des usagers des SSTI.** Présanse, organisation patronale représentative des services interentreprises, avait développé un référentiel, la grille AMEXIST, intégrant le traitement des réclamations. Néanmoins les investigations menées n'avaient pas permis de confirmer son utilisation dans les services de santé au travail interentreprises (SSTI) examinés. Finalement, les seules réelles mises

[159] Par ailleurs, les instances représentatives du personnel ont vocation, au sein de ces entreprises, à être le support des besoins et réclamations individuels et collectifs des salariés.

[160] Igas, *Évaluation des services de santé au travail interentreprises (SSTI)*, février 2020.

en œuvre opérationnelles résultaient, pour un SSTI, de l'application par ses soins de la norme ISO 9001.

[6] Pour autant le rapport soulignait que les SSTI ne se désintéressaient pas de la satisfaction de leurs adhérents et des salariés, leur direction mettant souvent un point d'honneur à rappeler les entreprises ayant exprimé une réclamation, ou en ayant recours à des cabinets de consultants pour mener des enquêtes de satisfaction ponctuelles. Finalement la mission Igas estimait le nombre de demandes liées à des insatisfactions probablement limité, les changements de SSTI, dans les zones où la concurrence le permet, ne pouvant être estimée de manière fiable, et les refus de cotisation étant marginaux. Elle recommandait la mise en place systématique d'enquêtes de satisfaction.

[7] Les entretiens effectués par la présente mission, ainsi que les constats opérés en service de prévention et santé au travail (SPST), conduisent à estimer qu'il n'existe pas de véritable culture de l'écoute client au sein des services interentreprises et agricoles. Le rapport Lecocq observait en 2018 que la santé au travail résulte d'une approche essentiellement réglementaire et médicale. Les interlocuteurs de la mission, comme les études internationales (Cf. annexe 8) ont largement confirmé cette analyse : le respect de la réglementation apparaît comme prioritaire, au point que les besoins des usagers sont parfois considérés comme étant intégralement transcrits dans le droit. Les dispositifs d'écoute client qui existent aujourd'hui sont parcellaires et ponctuels, malgré une structuration naissante sous l'effet de la certification.

[8] Cette faible appétence résulte probablement en partie de l'existence d'une représentation institutionnelle des employeurs et des salariés dans la gouvernance des services chargés de la médecine du travail. Cette incarnation n'épuise cependant pas le sujet. Interrogés par la mission, beaucoup d'administrateurs n'intègrent pas véritablement les remontées de terrain dans leur pratique habituelle et dans leurs délibérations[161].

[9] Ce manque est ressenti largement au sein de l'écosystème de la santé au travail. **La prise en compte des besoins véritables des usagers est d'ailleurs au cœur des propositions récentes portées par les acteurs désireux de créer de nouveaux SPSTI**, qu'il s'agisse du service de prévention et de santé au travail national dédié aux salariés de particuliers employeurs (SPSTN), ou encore des projets portés par Sano santé[162] ou Prévenir[163]. Les éditeurs de logiciels destinés aux SPSTI, dont l'offre s'est considérablement modernisée depuis la mise en place de la certification, se disent également très soucieux des interfaces avec les entreprises adhérentes et, dans une moindre mesure, avec les salariés.

---

[161] La mission Igas de 2020 relevait que la gouvernance paritaire des SSTI peine à s'impliquer dans un réel contrôle des associations. Pour une large majorité des décisions dans les SSTI visités, « *l'unanimité est la règle, et le recours au vote est le plus souvent formel et procédural* ».

[162] Lancé en juillet 2024, le projet de SPSTI Sano santé a pour objectif de proposer un meilleur niveau de service en s'appuyant sur les possibilités ouvertes par la réglementation en matière de délégations de tâches, et de mieux relier les activités de santé au travail avec la santé publique. Le projet a fait l'objet de discussions avec les pouvoirs publics, et les dirigeants de Sano ont finalement obtenu un agrément provisoire d'un an, à compter du 1er janvier 2026.

[163] La mutuelle Alan, créée en 2016, ambitionne de créer un nouveau SPSTI Prévenir. Ce service vient d'obtenir, un agrément de 18 mois. Sa proposition est centrée autour de services numériques aux personnes, devant permettre de renforcer le contenu opérationnel de la prévention.

1.2 Depuis la mise en place de la certification, une prise en considération des besoins et de la satisfaction des bénéficiaires est initiée

[10] Au sein de la spécification 2217 applicable aux SPSTI, il est prévu au 5.2.2.1 du référentiel que le SPSTI doit mettre en place :

- « Un dispositif interne d'évaluation de la qualité du service rendu aux parties prenantes des entreprises adhérentes : employeur, salariés et leurs représentants ;
- Une procédure de traitement des réclamations. »

[11] La spécification 2218, applicable aux services agricoles, est plus précise, même si sur le fond elle prévoit le même type d'obligations :

« *5.3.3. La procédure de traitement du recueil de la satisfaction et des réclamations des bénéficiaires du service*

5.3.3.1. La procédure de recueil de la satisfaction

Le SSTA doit disposer d'une procédure qui surveille la perception des bénéficiaires du service (entreprises cotisantes, non-salariés agricoles adhérents volontaires et salariés) sur le niveau de satisfaction de leurs besoins et attentes. Il doit déterminer les méthodes permettant d'obtenir, de surveiller et de prendre en compte ces informations afin d'améliorer ses prestations. Par exemple, le recueil de satisfaction peut comprendre des enquêtes menées auprès des entreprises cotisantes, des retours d'information sur les prestations fournies, des réunions avec les entreprises cotisantes, des compliments, des réclamations, etc.

5.3.3.2. La procédure de traitement des réclamations

Les modalités définies pour effectuer une réclamation doivent être portées à la connaissance des bénéficiaires du service. Le SSTA doit disposer d'une procédure assurant le traitement des réclamations, incluant l'analyse des causes et la mise en place d'actions correctives. Ces réclamations sont tracées en précisant le délai de réponse. »

[12] S'agissant des SPSTI, Présanse a proposé une procédure-type sur le recueil de la satisfaction, en décembre 2023. Elle concerne « la perception des parties prenantes (y compris les chefs d'entreprises et les travailleurs indépendants) sur le niveau de satisfaction de leurs besoins et attentes. » D'après ce document, l'activité dépasse la simple mesure de la satisfaction, puisqu'elle doit « déterminer les méthodes permettant d'obtenir, de surveiller et de prendre en compte ces informations afin d'améliorer ses services. Par exemple, le recueil de satisfaction peut comprendre des enquêtes menées auprès des adhérents, des retours d'information sur les services fournis, des réunions avec les adhérents, des compliments, des réclamations, etc. »

1.3 La prise en compte des besoins des parties prenantes demeure hétérogène et pourrait monter en qualité en ayant davantage recours à des enquêtes

[13] Présanse a fourni à la mission un échantillon d'extraits de procédures de recueil de la satisfaction émanant de différents SPSTI. La mission a de son côté pu collecter la procédure mise en place par deux des SPSTI visités. Par ailleurs, Présanse a transmis à la mission cinq exemples de procédures de gestion des réclamations émanant des SPSTI.

[14] L'étude des procédures de recueil de la satisfaction a permis de réaliser le tableau suivant.

Tableau 1 : Échantillon de procédures de recueil de la satisfaction mises en place par les SPSTI

SPSTI	Qui	Quand	Périodicité	Quoi
A	Adhérents	Quelques mois après l'adhésion	Permanent	Satisfaction
		Lors de la réalisation d'une AMT	Permanent	Satisfaction et attentes
	Salariés	Après les visites	Permanent	Satisfaction
	Tout participant	Lors d'un événement organisé par le SPSTI	Permanent	Satisfaction
B	Tout participant	Lors de l'accueil en centre	Occasionnel	Satisfaction
	Tout participant	Lors des sensibilisations et formations	Occasionnel	Satisfaction
	Adhérents	Enquête	Annuel	Satisfaction et attentes
C	Adhérents	Lors d'une AMT, sensibilisation, visite etc.	Occasionnel	Satisfaction
	Salariés	Lors d'une visite, sensibilisation, etc.	Occasionnel	Satisfaction
D	Adhérents	Non déterminé	Non déterminé	Satisfaction
	Salariés	Non déterminé	Non déterminé	Satisfaction
	Collaborateurs	Non déterminé	Non déterminé	Satisfaction
E	Adhérents	Lors d'une sensibilisation, AMT, etc.	Occasionnel	Satisfaction et attentes
	Salariés	Lors d'une visite, sensibilisation, etc.	Occasionnel	Satisfaction et attentes
F	Adhérents	Lors d'une AMT ou intervention	Occasionnel	Satisfaction et attentes
G	Adhérents	Enquête	Annuel	Satisfaction
H	Adhérents	Enquête	Annuel	Satisfaction et attentes
	Salariés	Après les visites	Permanent	Satisfaction et attentes

Source : Mission

[15] L'étude des procédures mises en place par les SPSTI permet de constater :

- **Une large prééminence des consultations d'adhérents**, lorsque ces derniers ont bénéficié d'une prestation spécifique, le plus souvent une action en milieu de travail ;
- Une prééminence des procédures **qui se bornent à recueillir la satisfaction des parties prenantes, et non leurs attentes** afin de permettre l'amélioration du service par l'innovation ;
- **Une faible association des salariés à ces procédures**, et ce uniquement lors de la réalisation de visites.

[16] S'agissant des salariés, la mission s'est trouvée confrontée au même type de limites pour ses propres investigations, et n'a pu recueillir la parole des salariés qu'à l'occasion des visites conduisant ces salariés à se déplacer dans les locaux des services de prévention et de santé au travail. A chaque fois, les salariés se sont déclarés pleinement satisfaits de la qualité des services offerts par leur SPST.

[17] **L'un des SPSTI visités par la mission a transmis les résultats des enquêtes qu'il mène annuellement** auprès des adhérents. L'intérêt des enquêtes ainsi dépêchées est de porter **à la fois sur la satisfaction et sur l'explicitation des attentes des clients des SPSTI.** Le service concerné a indiqué à la mission qu'à la suite de ces enquêtes, plusieurs actions correctives ont été dépêchées, notamment en ce qui concerne les prestations informatiques délivrées aux adhérents (ayant abouti à un changement de logiciel métier), des procédures utilisées pour les visites (ayant abouti à un rappel automatique aux salariés). S'agissant des salariés, ce même SPSTI procède par questionnaire de satisfaction auprès des personnes qui se rendent dans les centres. Ces procédures apparaissent moins riches que celles qui sont administrées auprès des adhérents. Les salariés interrogés expriment des niveaux de satisfaction extrêmement élevés. Toutefois, ces outils ont permis au SPSTI d'apporter des améliorations dans l'accueil du public, et notamment de la signalétique de ses centres.

[18] **La mission ne peut que souligner l'intérêt de telles procédures, qui portent à la fois non seulement sur la satisfaction, mais également sur le recueil des besoins tant des employeurs que des salariés.** Elle estime que les SPSTI devraient s'efforcer de progresser dans cet objectif. Les spécifications 2217 et 2218 pourraient être également rendues plus précises, pour ne pas limiter le recueil de la satisfaction au simple retour, le plus souvent à chaud, des employeurs ayant bénéficié d'une action en milieu de travail.

[19] **Par ailleurs, il est indispensable de progresser dans la connaissance des besoins des salariés en matière de santé au travail**. Un dispositif de recueil de leur parole au moment des visites individuelles est utile, mais ne saurait suffire à disposer des éléments suffisants. Pour autant, la réalisation d'enquêtes auprès de l'ensemble des salariés ou d'un échantillon représentatif risquerait de se heurter à des difficultés opérationnelles et financières au niveau de chacun des SPSTI. C'est pourquoi le lancement d'enquêtes annuelles, au niveau national, serait probablement préférable. Un tel dispositif pourrait s'imaginer dans le cadre d'une gouvernance renouvelée des SPST au niveau national, et à défaut dans le cadre de Présanse.

2 Lorsqu'elle existe, l'évaluation de la satisfaction des usagers met en évidence des résultats corrects et constants

2.1 Les études disponibles mettent en évidence des résultats corrects et relativement constants avec deux-tiers à trois-quarts d'opinions favorables des entreprises adhérentes

[20] **Le rapport Igas de février 2020 relatait l'existence d'une étude réalisée pour Présanse en 2019 auprès de dirigeants de TPE et PME**, indiquant une image positive à 72 %[164]. Parmi ces professionnels, seuls 32 % estimaient que les SSTI étaient innovants. 58 % des entreprises avaient connaissance d'une action de leur SSTI au cours des trois dernières années. Côté salariés[165], 68 % rapportaient un contact avec un acteur de la santé et sécurité au travail (SSTI, assureur, sécurité sociale, consultant) au cours des trois années précédentes. Dans la population générale, les SSTI apparaissaient mal connus. 82 % des personnes en âge de travailler interrogés s'adresseraient à leur médecin traitant en cas de problème de santé au travail, contre 17 % à la « médecine du travail »[166].

[21] **Le questionnaire administré par la mission Igas de 2020 auprès des entreprises adhérentes des 12 SSTI de son échantillon révèle des résultats comparables en termes de satisfaction**. 71 % des entreprises répondantes se déclarent satisfaites ou très satisfaites de leur SSTI. Les attentes principales sont le suivi médical (87 %), l'aide à l'établissement du dossier unique d'évaluation des risques professionnelles (Duerp) (32 %) puis les conseils à l'aménagement de postes (28 %). Seules 15% des entreprises répondantes disent qu'elles changeraient de SSTI si elles en avaient la possibilité, tandis que 70 % répondent par la négative.

[22] **La thèse publiée en 2021 par Alizée Petitmangin[167], révèle des résultats quasiment identiques. Sur 188 entreprises interrogées par ses soins, 66 % ont une image positive ou plutôt positive de leur service de santé au travail.** La thèse part d'un constat de mauvaise image publique des services de santé au travail. Elle tente de documenter et de mesurer le niveau d'insatisfaction des entreprises vis à vis des SSTI : « *le peu d'études scientifiques sur la thématique ne permet pas à l'échelle nationale de mesurer précisément cette insatisfaction. Nos constatations ont donc été dressées grâce aux moyens que nous avions en notre possession. Un sondage sur le terrain a permis de recueillir l'avis d'une centaine d'entreprises concernant l'image qu'elles pouvaient avoir de la santé au travail* ».

---

[164] Enquête Harris interactive pour Présanse, auprès d'un échantillon de 410 dirigeants d'entreprises de 1 à 249 salariés.

[165] Enquête réalisée en ligne en avril 2019 sur un échantillon de 1012 personnes représentatives des salariés de TPE / PME.

[166] Enquête Odoxa / service aux entreprises sur la santé au travail par internet en mai 2019, sur un échantillon de 629 actifs représentatifs de la population française âgée de 18 ans et plus.

[167] Alizée PETITMANGIN, La rénovation des rapports entre les entreprises et les services de santé au travail, Thèse de doctorat en droit, Université de Lille, décembre 2021est-

[23] **Présanse a signalé à la mission son enquête régionale menée en Pays de la Loire auprès des salariés et des employeurs**[168] : menée entre septembre et novembre 2024 auprès de 7 300 entreprises et 13 000 salariés, elle avait pour objectif de mieux comprendre les déterminants de la satisfaction et les attentes des clients des SPSTI. L'enquête met en lumière un taux de satisfaction globale significatif avec près de 76 % des entreprises adhérentes exprimant un avis favorable. 24 % des entreprises se déclarent insatisfaites ou peu satisfaites de leur relation avec leur SPSTI. La satisfaction exprimée reste globalement identique, quel que soit le secteur d'activité ou la taille des entreprises interrogées. L'un des points intéressants de l'étude concerne l'impact de l'ancienneté des adhésions sur les opinions émises par les adhérents : les entreprises nouvellement adhérentes expriment une opinion nettement plus favorable que celles qui sont adhérentes de longue date.

[24] **S'agissant des salariés**, le questionnaire ne concerne que les personnes ayant bénéficié d'une visite médicale, et se trouve exclusivement centré sur cette expérience. Il ne permet pas de recueillir les besoins des salariés, à l'exception de ceux qui se rapportent à leurs éventuelles futures visites. Les salariés retenus pour l'enquête sont ceux qui ont bénéficié d'une visite dans les deux dernières années. **Les résultats de satisfaction sont plus élevés que pour les adhérents**, avec une note moyenne de 7,92/10, mais des écarts importants selon le SPSTI et selon les secteurs d'activité de ces travailleurs (ceux de la construction et des transports étant les moins satisfaits).

[25] **Il est difficile d'étalonner le niveau de satisfaction obtenu par les SPSTI avec d'autres services comparables.** A titre d'exemple, le baromètre des services publics 2025 indique un taux de satisfaction globale de 68 % pour les URSSAF, 61% pour France travail ou encore 60 % pour la MSA, sans différencier les appréciations portées par les particuliers et les entreprises[169]. L'une des études consultées par la mission et réalisée par un consultant, a constaté que la note moyenne donnée aux SPSTI (7,35/10) était légèrement inférieure à la note moyenne conférée aux services entre entreprises (B to B) de 7,67/10.

2.2 Les bénéficiaires et leurs représentants rencontrés par la mission ont fait valoir un bon niveau de satisfaction vis-à-vis des services de prévention et de santé au travail

[26] **La mission a rencontré des représentants d'entreprises et de salariés pour aborder leur niveau de satisfaction et leurs besoins par les SPST, à plusieurs titres** :

- L'ensemble des organisations syndicales et patronales représentatives au niveau interprofessionnel ont été interrogées par la mission spécifiquement sur la question de la réponse aux besoins des bénéficiaires que ces organisations représentent ;
- Au sein des SPSTI et SSTA visités, la mission a demandé à s'entretenir avec des représentants des employeurs et des salariés, rencontres qui ont pu être organisées dans la plupart des visites ;

[168] https://presanse-paysdelaloire.fr/enquete-de-satisfaction-regionale-des-retours-positifs-et-des-perspectives-daction/

[169] Taluna et Harris Intractive pour le Gouvernement, *Baromètre des services publics : synthèse des résultats vague 2025*, avril 2025.

- La mission a demandé à certains services d'organiser spécifiquement des visioconférences avec des chefs d'entreprises afin de recueillir leurs avis, ce qui a pu être effectivement réalisé pour deux services ;
- À titre subsidiaire, a mission a enfin interrogé, de façon aléatoire et avec l'accord de la direction des services, des salariés lors des visites effectuées au sein des services. Deux entretiens ont été réalisés dans ce cadre.

[27] **L'ensemble des organisations représentatives relève que la loi de 2021 a constitué un défi majeur** pour les services chargés de la santé au travail, dont la mise en œuvre est loin d'être achevée. En conséquence, **elles sont unanimes à indiquer ne pas souhaiter de nouvelle réforme d'ampleur touchant le fonctionnement des services chargés de la santé au travail en France.** Elles attendent la mise en place effective des médecins praticiens conseil, devant permettre d'élargir la ressource médicale disponible en santé au travail, sous des conditions restrictives, à certains médecins libéraux.

[28] **Les organisations d'employeur et de salariés font valoir des attentes fortes vis-à-vis des SPSTI, et notamment en ce qui concerne les services en direction des PME-TPE**, à commencer par l'aide à l'établissement du document unique d'évaluation des risques professionnels et la réalisation des fiches d'entreprise. Ils estiment que des progrès sont nécessaires en termes d'interopérabilité pour gagner en qualité de service et en efficience. Les organisations d'employeurs présentent la réforme de 2021 comme la réponse apportée à des années pendant lesquelles les entreprises faisaient remonter un mécontentement grandissant, lié à la pénurie de temps médical et au sentiment d'insuffisance du service rendu en contrepartie des cotisations aux SPSTI.

[29] **La conformité de l'action au droit est une attente exprimée par les représentants des salariés et des employeurs, même si plusieurs organisations de salariés indiquent souhaiter sortir d'une approche essentiellement juridique** de la santé au travail, au profit d'une approche plus concrète de réponse aux besoins des travailleurs. Ces dernières considèrent que les SPSTI pourraient être les relais de nécessaires temps d'écoute des salariés qui leur paraissent devoir être développés au sein des entreprises. Elles insistent sur la nécessité que les SPSTI répondent aux demandes de conseil des instances représentatives du personnel, seules à même d'être les relais de la plénitude des missions des services auprès des salariés, qui ne perçoivent souvent que la réalisation des visites ponctuelles. Les organisations de salariés font valoir la nécessité de répondre aux besoins d'accessibilité pour les visites individuelles. Certaines prônent la mise en place d'un cadre permettant la réalisation de visites individuelles hors temps de travail ne donnant pas lieu à l'établissement d'un document à l'attention de l'employeur.

[30] **Les représentants salariés et employeurs rencontrés par la mission lors de la visite de services de santé au travail ont généralement exprimé leur satisfaction**, que ces derniers appartiennent ou non aux conseils d'administration. Les administrateurs ont fait valoir les efforts récents de modernisation des SPSTI, et la nécessité de capitaliser sur ces acquis avant toute nouvelle réforme d'ampleur. Les chefs d'entreprise se sont déclarés vigilants mais globalement satisfaits. Les salariés interrogés à l'occasion de leurs visites médicales étaient quant à eux pleinement satisfaits par leur prise en charge.

2.3 Les motifs d'insatisfaction sont également relativement constants, et se rapportent essentiellement aux visites individuelles

[31] Les études rapportent d'abord des contacts trop rares avec le service de prévention et de santé au travail.

[32] La thèse d'Alizée Petitmangin fait référence à une étude réalisée en 2006 en Alsace auprès de 1 000 entreprises adhérentes à un SST. En leur sein, seules 56 % des personnes interrogées connaissaient le nom de leur médecin du travail. Le sondage réalisé auprès de 188 entreprises dans le cadre de la thèse aboutit à des chiffres relativement comparables : 66 % déclarent connaitre le nom de leur médecin du travail, et 54,3 % reconnaissent que le médecin du travail s'est déjà rendu dans leur entreprise.

[33] D'après les interviews réalisées, l'un des principaux points faibles exposé par les employeurs concerne les **lacunes dans le suivi de santé au travail**. Plusieurs thématiques sont évoquées : le non-respect des délais légaux dans l'octroi des rendez-vous pour les visites, la présence trop peu régulière et peu fréquente du médecin du travail en entreprise, l'absence de soutien dans la mise en place de la prévention primaire : évaluation des risques, fiche d'entreprise, document unique. La thèse porte un regard critique sur la cohérence des notions de droit de la santé au travail (aptitude, poste et emploi, inaptitude et invalidité) et le caractère intenable des délais. Elle considère que la remise en cause de l'aptitude en 2016 était insuffisante, et qu'il conviendrait de terminer un processus visant à sa suppression.

[34] L'enquête de Présanse Pays de la Loire conclut en 2024 : « Dans l'ensemble, les adhérents se montrent satisfaits des modalités de prise de rendez-vous, de la réactivité dans le traitement des demandes et de la disponibilité des créneaux proposés. Cependant un point reste en retrait : le suivi médical des salariés. Deux éléments principaux expliquent ce constat : d'une part, la difficulté pour le service à répondre à l'ensemble des sollicitations en fonction des ressources médicales disponibles ; d'autre part, une certaine confusion chez les adhérents concernant la fréquence des visites périodiques et les professionnels habilités à les effectuer, qu'il s'agisse d'un médecin ou d'un infirmier. ». Ces éléments révèlent **une image globalement positive des SSTI, accompagné toutefois d'un manque de connaissances sur les missions et un coût des cotisations perçu comme excessif et difficilement objectivable par les entreprises**.

[35] Lors des entretiens menés par la mission, certains responsables d'entreprises adhérentes aux services de santé au travail ont fait part de leurs réserves, liées aux retards dans les visites obligatoires et au peu de temps disponible pour aider à la réalisation du document unique ou pour apporter une aide effective dans le cadre des instances représentatives du personnel.

2.3.1 La communication vers les adhérents présente des insuffisances

[36] La thèse d'Alizée Petitmangin souligne **un réel manque de communication** notamment concernant les explications données par le médecin du travail à l'appui de ses décisions, l'absence de communication régulière et concrète sur les nouvelles réglementations ou encore le contact trop peu fréquent et insatisfaisant avec le médecin du travail et avec son équipe pluridisciplinaire.

[37] **Cette méconnaissance est liée à la moindre reconnaissance des équipes pluridisciplinaires et l'insuffisante visibilité des actions en milieu de travail (AMT).** La thèse rapporte les propos

suivants : « Pour nous employeurs (PME), le SST c'est le médecin du travail. Il est au cœur du système, c'est le personnage le plus important et souvent on ne connaît que lui. L'image du SST dépend des relations avec le médecin. C'est pour cela que certains employeurs accueillent mal la réforme de la loi « Travail » permettant au médecin du travail de déléguer ses missions à l'infirmier de santé travail. Certains se demandent : si ce n'est plus le médecin qui effectuera les visites médicales pourquoi ma cotisation continue d'augmenter ? (…) Avec la loi Travail, on a l'impression qu'on nous augmente les cotisations mais pour réduire le service fourni. » Les équipes pluridisciplinaires sont encore un objet peu identifié par les employeurs, dont l'action de prévention devrait faire l'objet d'un suivi effectif. Le rapport Igas de 2020 indique que la prévention n'est pas vécue comme une priorité par les entreprises, et très secondaire par rapport au suivi individuel. Les actions en milieu de travail demeurent mal connues, malgré les efforts de communication déployés par les SSTI depuis le rapport Lecocq.

[38] L'enquête menée dans les Pays de la Loire par Présanse met en avant également la question de la bonne appréhension des missions des SPSTI par les entreprises : le « niveau de satisfaction semble étroitement lié à un facteur clé : la clarté et la compréhension qu'ont les adhérents de l'offre de services proposée et du mode de fonctionnement de leur SPSTI ». En effet, il existe un écart significatif entre la satisfaction moyenne des entreprises adhérentes de longue date et celle des nouveaux adhérents : d'après le compte rendu de l'étude, « cela peut s'expliquer par le parcours d'accueil mis en place pour les nouveaux arrivants, qui bénéficient d'un contact direct avec les équipes, d'informations claires sur le fonctionnement du service et d'une présentation actualisée de l'offre. À l'inverse, les adhérents plus anciens peuvent conserver une image fondée sur d'anciennes pratiques, en raison de l'évolution importante du cadre réglementaire ces dernières années, malgré les efforts de communication. » Les actions en milieu de travail, l'accompagnement dans la rédaction du Duerp ou le soutien pour un salarié en risque de désinsertion professionnelle demeurent d'après l'étude trop peu visibles pour les adhérents.

[39] Il apparaît dès lors nécessaire que les SPST renouvellent leur politique de communication afin de mieux faire connaître la totalité de leur offre de services, trop souvent réduite, dans leur image publique, à la réalisation du suivi individuel des salariés.

ANNEXE 8 : La performance globale des services chargés de la santé au travail

1 LES COMPARAISONS INTERNATIONALES OFFRENT DES ELEMENTS INTERESSANTS POUR SITUER LA PERFORMANCE DU SYSTEME FRANÇAIS DE SANTE AU TRAVAIL SANS POUR AUTANT PERMETTRE UNE CONCLUSION DEFINITIVE SUR SON EFFICACITE RELATIVE 108

1.1 LES DONNEES GENERALES SUR LA PERFORMANCE DU SYSTEME DE SANTE AU TRAVAIL MONTRENT DES RESULTATS EN DEMI-TEINTE QUI PERMETTENT DIFFICILEMENT D'IDENTIFIER LA PART PROPRE AUX SERVICES DE PREVENTION ET DE SANTE AU TRAVAIL 108

1.2 LES RARES COMPARAISONS INTERNATIONALES DISPONIBLES MONTRENT QUE LA FRANCE EST DOTEE DE SERVICES DE SANTE AU TRAVAIL PARMI LES PLUS STRUCTURES ET MEDICALISES, DANS UN CONTEXTE GENERALISE DE PENURIE MEDICALE ... 110

1.2.1 Les textes internationaux n'imposent pas un modèle unique d'organisation 110

1.2.2 Les études disponibles montrent que la France a choisi un modèle médical, exhaustif et fortement régulé 111

1.3 LES DONNEES DE L'ENQUETE ESENER DE L'AGENCE EUROPEENNE POUR LA SANTE ET LA SECURITE AU TRAVAIL (EU-OSHA) CONFIRMENT LE CARACTERE MEDICAL ET REGLEMENTAIRE DE LA SANTE AU TRAVAIL EN FRANCE 118

1.3.1 L'Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail a mis à la disposition de l'IGAS les données issues de son enquête ESENER 2024 118

1.3.2 Le recours aux médecins du travail est plus fréquent en France 118

1.3.3 Les entreprises se mobilisent en matière de santé et de sécurité au travail sont proportionnellement moins nombreuses 121

2 SUR LE PLAN INTERNE, L'IDENTIFICATION DE CRITERES DE PERFORMANCE PROGRESSE SANS POUR AUTANT ETRE CONSENSUELLE 124

2.1 IL N'EXISTE PAS DE REFLEXION PARTAGEE SUR LA NOTION DE PERFORMANCE DES SERVICES CHARGES DE LA SANTE AU TRAVAIL, AU-DELA DU RESPECT DU CADRE LEGAL ET REGLEMENTAIRE 124

2.1.1 Le respect du cadre réglementaire est la dimension première de la performance attendue des services chargés de la santé au travail 124

2.1.2 Le respect du cadre juridique n'épuise pas la question de la performance 125

2.2 L'INTEGRATION DES INNOVATIONS ORGANISATIONNELLES EST CEPENDANT REELLE QUOIQU'INEGALE, AU SEIN DES SERVICES DE PREVENTION ET DE SANTE AU TRAVAIL 125

2.2.1 Les données des enquêtes annuelles de la DGT permettent de mesurer la réalité de la mise en œuvre des innovations organisationnelles portées par les réformes de ces dix dernières années 125

2.2.2 Les équipes pluridisciplinaires se structurent 126

2.2.3 Le processus de délégation de visite est encore inachevé, et très inégal entre SPSTI, SPSTA et SSTA 128

2.2.4 Les actions en milieu de travail sont relativement stables entre 2022 et 2023, et sont corrélées au choix de logiciel par les SPSTI 132

2.2.5 Les grands SPSTI participent davantage aux actions nationales de santé au travail et de santé publique 133

2.2.6 Les téléconsultations peinent à se développer 133

1 Les comparaisons internationales offrent des éléments intéressants pour situer la performance du système français de santé au travail sans pour autant permettre une conclusion définitive sur son efficacité relative

1.1 Les données générales sur la performance du système de santé au travail montrent des résultats en demi-teinte qui permettent difficilement d'identifier la part propre aux services de prévention et de santé au travail

[1] **Les données de sinistralité mettent en évidence des résultats globalement décevants, et parfois inquiétants, pour la France**. La diminution de la fréquence des accidents du travail est régulière, comme les autres pays industrialisés. Cependant, le nombre de journées de travail perdues et le taux moyen d'incapacité permanente liés aux accidents du travail progressent depuis le début des années 2000. Par ailleurs, certaines catégories de travailleurs demeurent particulièrement exposées : les nouveaux embauchés, et en particulier les jeunes, connaissent des taux d'accidents et un niveau de gravité bien plus élevés que les salariés stabilisés dans leurs entreprises. Le nombre de maladies professionnelles avec arrêt de travail reconnues oscille quant à lui entre 45 000 à 50 000 depuis le début des années 2010. C'est surtout la mortalité au travail qui singularise la situation française. Celle-ci ne cesse de progresser, malgré la diminution des pathologies liées à l'amiante[170]. D'après Eurostat, le nombre de décès par accident du travail pour 100 000 salariés était de 3,49 en France en 2022, contre 0,74 en Allemagne, 0,76 en Suède, 2,03 en Espagne et en Italie. La moyenne européenne se situait à 1,66[171]. Si ces écarts résultent en partie de modes de décomptes différents, la France ne progresse pas en la matière et les écarts se creusent.

[2] **Par ailleurs, l'intensité et la pénibilité du travail sont importantes pour une partie significative de la population**. Eurofound montre que sur le plan de l'environnement physique du travail, la situation s'améliore en Europe mais se dégrade en France depuis 2005. Les contraintes de rythme de travail se sont stabilisées entre 2005 et 2019 (34 % des salariés déclarent être soumis à trois contraintes de rythme minimum[172]), après une forte augmentation enregistrée lors de la période précédente. L'autonomie réduite dans le travail est une caractéristique du management français[173].

---

[170] Les données sont issues des rapports annuels de l'assurance maladie / risques professionnels. Le dernier rapport en date porte sur l'exercice 2023, et a été publié en décembre 2024 : https://www.assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/rapport_annuel_2023_de_lassurance_maladie_-_risques_professionnels_d%C3%A9cembre_2024.pdf

[171] https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/sdg_08_60/default/bar?lang=fr

[172] Parmi : le déplacement automatique d'un produit ou d'une pièce, la cadence automatique d'une machine, d'autres contraintes techniques, la dépendance immédiate vis-à-vis des collègues, des normes de production à satisfaire en une journée, la réponse à une demande extérieure, les contrôles ou surveillance permanente exercée par la hiérarchie, le contrôle et le suivi informatisé.

[173] Igas, *Pratiques managériales dans les entreprises et politiques sociales en France : Les enseignements d'une comparaison internationale (Allemagne, Irlande, Italie, Suède) et de la recherche*, juin 2024.

[3] **L'Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail (EU-Osha), dont le siège se situe à Bilbao, réalise tous les 5 ans une enquête dénommée ESENER[174], portant sur le management de la santé et de la sécurité au travail** au sein des entreprises d'une trentaine de pays européens[175]. Sur la base de questionnaires adressés à la personne qui, au sein l'entreprise, « connaît le mieux » les problématiques de santé au travail (manager, représentant des salariés, etc.), l'enquête offre un panorama précieux de la prise en charge de ces questions, offrant des potentialités de comparaison dans l'espace et dans le temps. Les données brutes de l'enquête ESENER 2024 ont été transmis à la mission par l'Agence de Bilbao. Le pôle date de l'Igas a pu procéder à certains retraitements riches d'enseignements (Cf. *infra*).

[4] **L'Agence établit un indicateur composite de management de la santé et de la sécurité au travail, cumulant les résultats obtenus par pays** sur quatre items : l'évaluation des risques professionnels, l'implication des entreprises dans le management de ces questions, le management des risques psychosociaux et la participation des travailleurs. **En 2019 (derniers résultats connus), la France est assez médiocrement située au regard de cet indicateur de synthèse, au 23ème rang sur 33 pays classés.** Les premières places sont occupées par les pays du Nord de l'Europe (Norvège, Suède, Finlande, Danemark) et par les pays libéraux (Royaume-Uni, qui se classe premier, Irlande). L'Italie est 9ème, l'Allemagne 10ème, la Belgique 11ème et l'Espagne 18ème. Les pays qui occupent les dernières places de ce classement sont : Chypre, le Luxembourg, la Lituanie, la Grèce, le Portugal et la Hongrie[176].

[5] **Ces données permettent de disposer d'indices sur la performance de notre système de santé au travail, sans que ceux-ci ne se révèlent suffisants pour fonder une opinion sur les services de prévention et de santé au travail au regard de la multiplicité des facteurs de risques et de la diversité des acteurs intervenant sur ce champ**. La comparabilité des taux de sinistralité, y compris de la mortalité au travail, n'est pas parfaite et n'autorise pas à situer l'ensemble du système de santé au travail français, et dépend en partie des systèmes nationaux retenus pour la reconnaissance des accidents et maladies professionnels[177]. Plus encore, la place des services chargés de la santé au travail dans cet ensemble est trop complexe à déterminer tant les déterminants de santé au travail sont nombreux (répartition des activités productives, relations sociales au sein des entreprises, etc.).

[6] **Seule l'enquête ESENER 2019 permettait de situer la perception des SPSTI par les entreprises avec un angle de comparaison internationale**, à travers les réponses apportées à la question : « quelle appréciation portez-vous sur les conseils apportés par les services externalisés en matière de santé et de sécurité au travail ? ». Les entreprises françaises expriment plus rarement que les autres une très bonne opinion sur ces services (situant la France au 29ème rang sur 33 dans ce domaine, la Finlande, l'Allemagne, l'Espagne et les Pays-Bas faisant moins bien), mais si l'on cumule ces réponses avec celles qui intègrent une opinion « assez bonne », la France

[174] Enquête européenne des entreprises sur les risques nouveaux et émergents.

[175] L'étude 2019 a impliqué 45420 entreprises dans 32 pays européens.

[176] EU-Osha, *Third European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks (ESENER 2019): Overview Report*, 2022.

[177] Eurogip, *Estimations actualisées du phénomène de sous-déclaration des accidents du travail en Europe*, décembre 2023.

se situe dans la moyenne européenne, de sorte qu'il apparaît complexe de tirer des enseignements clairs de cette partie de l'enquête 2019, qui n'a pas été reconduite en 2024.

1.2 Les rares comparaisons internationales disponibles montrent que la France est dotée de services de santé au travail parmi les plus structurés et médicalisés, dans un contexte généralisé de pénurie médicale

1.2.1 Les textes internationaux n'imposent pas un modèle unique d'organisation

[7] **Le suivi médical n'est pas placé sur le premier plan par la directive du 12 juin 1989 qui structure la législation sur la santé et la sécurité au travail dans l'Union européenne**. Son contenu est peu prescriptif quant à l'organisation administrative et financière devant présider à l'application de son article 14 sur la surveillance de l'état de santé des travailleurs. Par ailleurs, la directive n'entend pas porter atteinte aux choix d'organisation nationaux. Les stratégies européennes successives en matière de santé et de sécurité au travail ne sont pas davantage prescriptrices quant à la structuration des services de protection et de prévention, qui peuvent être internes ou externalisés par les entreprises.

[8] Au niveau des conventions de l'Organisation internationale du travail, trois instruments existent :

- La convention numéro 155 de 1981 sur la sécurité et la santé des travailleurs ;
- La convention numéro 161 de 1985, sur les services de santé au travail ;
- La convention numéro 187 de 2006 portant cadre promotionnel de la santé au travail.

[9] L'article 9 de la convention 161 stipule : « Conformément à la législation et à la pratique nationales, **les services de santé au travail devraient être multidisciplinaires**. La composition du personnel doit être déterminée en fonction de la nature des tâches à exécuter ». Le texte ne mentionne pas d'autre préférence organisationnelle, en particulier sur la place des médecins dans le dispositif. Il insiste en revanche sur la nécessaire appropriation des questions de santé au travail par les représentants des salariés. Seule une trentaine de pays ont ratifié ce texte conventionnel, et la France n'en fait pas partie[178].

[10] La norme ISO 45001 relative au management de la santé et de la sécurité au travail ne précise pas davantage la place du médecin du travail dans les systèmes de santé au travail devant être adoptés par les entreprises.

[11] Dans ce cadre international relativement ouvert, la France a fait le choix de services de santé au travail fortement médicalisés.

[178] Interrogés sur ce point par la mission, les représentants de l'OIT ont indiqué que les raisons de cette non-ratification étaient essentiellement techniques.

1.2.2 Les études disponibles montrent que la France a choisi un modèle médical, exhaustif et fortement régulé

[12] Il existe peu de travaux disponibles permettant de comparer la situation française à celle des autres pays. Parmi ces travaux, une étude américaine de 2017 pour la Société internationale de médecine du travail, une thèse française de médecine de 2018, une étude britannique de 2021 offrent des enseignements sur la position relative de la France.

1.2.2.1 Une étude internationale de 2017 montre que la médecine du travail est confrontée à des problématiques proches dans les différents pays

[13] L'étude réalisée en 2015 et publiée en 2017 pour la Société internationale de médecine du travail[179], sous l'impulsion conjointe des sociétés américaine et britannique, quantifie les enjeux perçus par les praticiens en médecine du travail de 21 pays répondants, dont la France.

[14] Si les défis soient souvent similaires (progression des maladies chroniques liées vieillissement de la population au travail et des maladies psychiques, en particulier), **le mode d'organisation des services, le niveau de couverture des salariés, leur inclusion dans le système national de santé ou encore leur financement varient fortement selon les pays**. Une partie seulement des entreprises fournissent des services de promotion de la santé à leurs salariés.

[15] En outre, **le vieillissement des médecins du travail, et le tarissement de leurs canaux de formation se retrouvent dans les réponses de la plupart des sociétés** nationales.

[16] **Le principal défi identifié par les sociétés de médecine du travail est le manque de connaissance et de compréhension du rôle et de la valeur de la médecine du travail**, tant chez les employeurs et les gouvernements que parmi les professionnels de santé non spécialisés. Ainsi, les services chargés de la médecine du travail sont-ils confrontés à des difficultés liées à leur communication.

1.2.2.2 Une thèse de 2018 montre que la France privilégie plus que d'autres pays le recours à des médecins et à une régulation associant pouvoirs publics et partenaires sociaux

[17] La thèse de doctorat d'Etat de médecine, présentée par Jennifer Kerbrat en 2018[180], repose sur l'exploitation de 25 questionnaires complétés par des professionnels de santé au travail dans 13 pays. Le caractère resserré de l'échantillon implique d'interpréter les résultats avec prudence.

---

[179] Loeppke R, Heron R, Bazas T, Beaumont D, Spanjaard H, Konicki DL, et al., *Global Trends in Occupational Medicine: Results of the International Occupational Medicine Society Collaborative Survey*, Journal of Occupational and Environmental Medecine, 2017.

[180] Thèse de Jennifer Kerbrat, Le système de santé au travail dans certains pays de l'Union Européenne, au Royaume-Uni et en Suisse, doctorat d'État de médecine, Université de Paris Descartes, avril 2018

[18] **Les réponses à ces questionnaires révèlent un certain nombre de points intéressants pour situer la France, comme atypique quant à la médicalisation et à la gouvernance des services de santé au travail** :

- Les pays dans lesquels la réglementation sur la santé au travail relève du ministère de la santé sont aussi nombreux que ceux dans lesquels cette réglementation émane du ministère du travail. La législation peut également être commune aux deux ministères ;
- Le système d'indemnisation des accidents du travail relève dans la plupart des cas de la sécurité sociale, mais elle s'appuie dans une proportion importante de pays sur les assurances privées ;
- S'agissant des services chargés de la santé au travail, les 13 pays voient coexister des services internes et externes aux entreprises. Pour ces derniers, ils peuvent relever de services publics, de mutuelles ou de contrats directs avec des médecins libéraux. Les entités externes sont majoritairement à but lucratif (7 sur 11 pays répondants). Leur contrôle social (par les partenaires sociaux) n'est prévu que dans un pays sur deux. De même la composition des équipes est fixe dans 5 pays du 12. Un médecin y est obligatoire, comme en France, sauf en Italie, au RU et en Suisse ;
- La totalité des pays répondants ont une spécialité en médecine du travail, et la possibilité de reconversion courte est prévue dans tous les pays à trois exceptions près ;
- Dans 10 pays sur 12, les visites médicales se concentrent uniquement sur certaines catégories de salariés ;
- Le ciblage et la périodicité des visites médicales sont homogènes. Même lorsque la périodicité est à la main des médecins eux-mêmes et lorsqu'elles ne font pas l'objet de normes minimales, la réalité est proche de celle des pays qui réglementent plus étroitement ;
- La prescription de médicaments est rare (Espagne, Finlande), tandis que tous les pays prévoient la possibilité de prescrire des examens complémentaires ;
- Le statut de salarié protégé est très minoritaire (France, Belgique, Allemagne).

[19] Plusieurs éléments apparaissent saillants :

- **Les services de santé au travail ne sont pas systématiquement articulés autour de la fonction médicale** ;
- **Le fait que le médecin du travail soit systématiquement salarié est une spécificité française, la plupart de nos voisins prévoyant la possibilité de faire appel à des médecins libéraux.** L'ouverture opérée par la loi de 2021 apparaît relativement limitée à cet égard ;
- **Les médecins du travail exercent fréquemment de manière non exclusive : ils peuvent être spécialistes d'une autre spécialité et continuer de l'exercer à côté de leurs fonctions auprès des entreprises ;**
- Certains pays confient aux employeurs le soin de déterminer les moyens les plus appropriés pour atteindre les objectifs de santé et de sécurité au travail, leur laissant le choix de l'organisation la plus appropriée à leurs yeux ;

- Le système de santé français était un des rares systèmes qui assurait une surveillance médicale obligatoire, périodique, systématique et non ciblée pour tous les salariés. Cette surveillance était effectuée selon un rythme de suivi régulier, annuel puis plus espacé. Depuis la réforme portée par la loi du 8 août 2016 n°2016-1088 et le décret du 27 décembre 2016 n° 2016- 1908, il existe toujours un suivi en santé au travail pour tous mais le suivi médical spécifique est concentré sur les métiers à risque défini (liste des suivis individuels renforcés) ou lié à une situation individuelle particulière ;
- **Le double niveau de contrôle (État / partenaires sociaux) est une spécificité française, les pays de comparaison optant pour l'un ou l'autre ;**
- **La place de l'aptitude médicale est une autre particularité française, suivie de l'envoi systématique d'un document à l'employeur.**

[20] La thèse analyse la situation de plusieurs pays au regard de la médecine du travail :

- **En Allemagne**, coexistent des médecins du travail spécialistes avec une formation complète de 4 ans, et des « médecins compétents » pouvant être sollicités par les entreprises tout en conservant leur spécialité médicale de base, après une formation complémentaire d'un à deux ans ;
- **En Autriche**, il y a à la fois des centres de sécurité, intégrant des techniciens de sécurité sans médecin du travail, et des centres de santé nécessitant la présence d'un médecin du travail. Toutes les entreprises doivent être affiliées à un centre de sécurité ou un centre de santé, dès le premier salarié. Les entreprises de moins de 50 salariés peuvent selon leur choix s'affilier à un centre de sécurité, un centre de santé, un médecin du travail sous contrat externe ou un centre d'une compagnie d'assurance. Au-dessus de 50 salariés, l'intervention du médecin du travail est obligatoire, soit salarié par l'entreprise soit via un centre de santé. Les médecins du travail ont généralement une autre activité qu'ils peuvent exercer par ailleurs ;
- **En Belgique**, le dispositif de médecine du travail est proche de celui de la France : articulation du service de santé au travail autour du médecin du travail, intervention médicale sur les postes de sécurité ;
- **En Espagne**, les salariés qui ne sont pas soumis à des risques particuliers peuvent choisir ou non d'être suivis par un médecin du travail. Le déficit de médecins du travail s'est traduit par une nouvelle procédure d'accréditation par le ministère du travail de médecins d'autres spécialités, mais elle n'était pas encore entrée pleinement en vigueur au moment de la rédaction de la thèse ;
- **En Finlande**, une grande liberté est donnée aux employeurs pour mettre en œuvre leur obligation de prévention et de promotion de la santé au travail. La prévention peut être couplée avec des soins (c'est le cas dans 90 % des situations), et les employeurs peuvent choisir de contractualiser avec un médecin généraliste, un hôpital ou un service municipal pour mettre en œuvre leurs obligations. Les médecins du travail peuvent prescrire des médicaments. Les autres professionnels de santé au travail sont actionnés par le médecin et l'infirmier qui constituent l'unité de base. La Finlande développe en outre des formations

communes aux équipe pluridisciplinaires, avec des obligations de formation minimales en rapport avec les spécialités ;

- **En Italie**, il existe une large variété de services de santé au travail : service interne aux entreprises de plus de 200 salariés, services externes peu encadrés par les textes : médecin prestataire seul, équipe pluridisciplinaire, unités sanitaires locales du service national de santé. Le médecin du travail est enregistré sur une liste du ministère de la santé, et exerce en libéral ; il doit faire au moins une visite par an de l'entreprise avec laquelle il a contractualisé. La surveillance médicale ne concerne que les catégories à risque. Les services de santé au travail sont soit internes pour les très grandes entreprises, soit associatifs, soit relèvent du service national de santé au travail (établissement public). Les médecins du travail sont souvent formés à l'étranger et bénéficient d'une reconnaissance sur titre, y compris pour des formations courtes ;
- **Aux Pays-Bas**, les postes à risques font l'objet d'accords collectifs. Les employeurs sont libres de s'associer un service externe ou de contractualiser avec plusieurs médecins du travail ou d'avoir leur propre ressource interne, pourvu que 4 spécialités existent : médecine du travail, hygiène, sécurité et organisation du travail ;
- **Au Royaume-Uni**, les employeurs sont autonomes dans leur interprétation de la loi sur les moyens à mettre en œuvre pour évaluer les risques et assurer leur prévention. La plupart des services sont externalisés et reposent sur des infirmiers, et peuvent se doter d'une accréditation volontaire. Le rapport de 2021 (Cf. *infra*) était motivé par le souhait d'étendre le niveau de cette couverture. Les médecins spécialistes ont une formation de 4 semaines pour intervenir sur le travail ;
- **En Suisse**, il existe des services externes non lucratifs ou lucratifs, et les médecins du travail ont la possibilité d'exercer en parallèle une autre spécialité.

[21] La thèse est très intéressante et donne des pistes pour des comparaisons internationales, mais elle est fragile du fait du faible nombre de répondants et relativement ancienne. **La rareté de la ressource médicale est signalée comme un facteur commun à l'ensemble des pays étudiés**.

1.2.2.3 Des éléments transmis par l'Organisation internationale du travail permettent de disposer d'éléments relatifs à quelques pays extra-européens

[22] La mission a rencontré des représentants de l'OIT, qui ont accepté de transmettre des éléments issus de l'analyse des rapports réunis par cette organisation au titre de l'application de la convention n°161[181] :

- **En Australie**, l'agence *Safe Work Australia* élabore des politiques, des stratégies, des recherches et des harmonisations normatives, qui sont mises en œuvre par des organismes d'État ou de territoire. Les domaines d'intérêt varient d'un État à l'autre (par exemple, la santé mentale dans l'État de Victoria, l'agriculture en Tasmanie, l'exploitation minière dans l'État de Washington). Le modèle de réglementation sur la santé et la sécurité au travail

[181] Pour mémoire, la France n'a pas ratifié cette convention.

indique que les entreprises doivent désigner une ou plusieurs personnes compétentes pour effectuer des évaluations des risques afin d'approuver et d'exécuter des tâches à haut risque. En outre, les entreprises peuvent désigner, en interne ou en externe, un professionnel de la santé et de la sécurité pour veiller au respect de leur devoir de protection. La loi sur la santé et la sécurité au travail n'oblige pas les employeurs à fournir des services de santé et de santé à leurs employés. La couverture des services de santé et de santé varie selon le secteur et les États. À l'échelle nationale, environ 70 % des grandes entreprises (celles de plus de 200 employés) ont des professionnels internes de la santé et sécurité au travail ou des services contractuels. Le modèle prédominant est celui des prestataires de services externes. On trouve des cas de services financés par l'État en Tasmanie, où des services de conseil publics sont disponibles pour les PME. Le système national de formation et de certification en matière de SST joue également un rôle important de facilitateur. L'*Australian Skills Quality Authority* (ASQA) et *Workplace Health and Safety Queensland* sont des organismes clés qui supervisent l'accréditation et l'assurance qualité des prestataires de formation en santé et sécurité au travail dans toute l'Australie. Les principaux professionnels impliqués dans les services de santé et de santé au travail comprennent les médecins du travail, les spécialistes de la sécurité, les infirmiers en santé du travail et les psychologues du travail, entre autres. Il y a environ 1 500 médecins du travail agréés, 20 000 professionnels de la sécurité, 3 000 infirmiers du travail et 1 500 psychologues du travail, pour une population australienne d'environ 27 millions d'habitants ;

- **Au Brésil**, le Réseau national d'attention intégrale à la santé du travailleur (*Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabaladhor* -RENAST) est intégré au Système unifié de santé, sous la tutelle du ministère de la Santé. Les CEREST (*Centros de Referência em Saúde do Trabalhador*) sont des centres de ressources spécialisés en santé au travail au sein du système national de santé. Au sein des CEREST, des équipes pluridisciplinaires de santé au travail collaborent avec les services de santé des États et des municipalités. L'introduction des CEREST dans le cadre du SUS a facilité l'intégration de la santé au travail dans les soins de santé primaires. 75,9 % des salariés sont couverts par les services des 230 CEREST dans le pays. La *Norma Regulamentadora RN-4* exige des entreprises qu'elles mettent en place et maintiennent des services de santé au travail (*Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho* – SESMT). Un ou plusieurs organismes ayant la même activité économique et situés dans la même commune ou dans des communes voisines peuvent constituer une SESMT partagée. Le règlement établit le niveau maximal d'agglomération, les tailles et les professionnels requis (c'est-à-dire ingénieur en sécurité du travail, médecin du travail, technicien en sécurité du travail, infirmier du travail, technicien en soins infirmiers) pour ces organismes en fonction du nombre d'employés de l'établissement et du niveau de risque. Les services brésiliens de santé et de santé ont une approche multidisciplinaire. La NR-07 oblige légalement les employeurs à inclure dans leurs SESMT des ingénieurs en sécurité du travail, des techniciens en sécurité du travail, des médecins du travail, des infirmières du travail et des techniciens en soins infirmiers en fonction de leur taille et de leur niveau de risque. En 2020, il y avait 19 797 médecins du travail au Brésil. Le pays comptait 212 millions d'habitants en 2024 ;

- **Au Japon**, la *loi sur la sécurité et l'hygiène du travail (1972, modifiée)* est la pierre angulaire de la santé et sécurité au travail. La législation met l'accent sur les conditions minimales de travail, promeut la participation des travailleurs à la mise en œuvre de la prévention et

fournit une assistance aux PME. La loi exige que les employeurs fournissent des services de santé et de sécurité, bien que la structure de ces services varie en fonction du nombre de salariés. Les entreprises entre 10 et 49 employés doivent désigner un promoteur de la sécurité et de la santé, qui est la personne chargée des aspects techniques liés à la santé et sécurité au travail. Les entreprises de 50 salariés ou plus sont tenues d'employer un responsable de la sécurité et de la santé, qui effectue des évaluations périodiques des risques en plus des tâches liées à la promotion de la sécurité et de la santé. 83 % de la main-d'œuvre japonaise est couverte par les services de santé. En outre, les centres régionaux de santé au travail (CSR) et les centres de promotion de la santé au travail sont des organismes gouvernementaux régionaux qui fournissent des conseils en matière de santé aux employeurs ou aux salariés, des visites sur les lieux de travail pour donner des conseils sur l'amélioration de l'environnement de travail et des procédures de travail, ainsi que des informations sur les services de santé et de santé. Ces services sont financés par le ministère de la Santé, du Travail et des Affaires sociales et n'entraînent aucun coût pour les employeurs. Les médecins du travail jouent un rôle de premier plan dans les services de santé et de santé au Japon. Lorsqu'un employeur reçoit une recommandation d'un médecin du travail, il est tenu de la respecter ;

- **En Turquie**, l'employeur désigne un spécialiste en sécurité au travail, un médecin du travail, et dans les lieux de travail très dangereux comptant au moins 10 travailleurs, d'autres personnels de santé. Si aucun personnel qualifié n'est disponible parmi les employés, l'employeur peut recourir à tout ou partie de ces services auprès d'unités de santé et de sécurité communes (OSGB) ou de centres de santé des travailleurs (ÇASMER). Dans les lieux de travail à faible risque comptant moins de 50 employés, l'employeur (ou son représentant) peut, après avoir suivi les formations annoncées par le Ministère, assurer les services de SST, à l'exception des examens médicaux préalables et périodiques. Le nombre de médecins du travail atteindrait 34 000 pour une population turque de 85,5 millions d'habitants. La surveillance de la santé au travail englobe à la fois la surveillance de l'environnement de travail (hygiène industrielle) et la surveillance de la santé des travailleurs. Il s'agit d'un processus global comprenant les services médicaux préventifs, la promotion de la santé, le diagnostic précoce des maladies, le traitement, la réponse d'urgence et la réadaptation professionnelle.

1.2.2.4 Une étude britannique de 2021 montre que la France compte parmi les pays où la couverture est la mieux assurée

[23] Cette étude[182], réalisée à la demande du gouvernement du Royaume-Uni[183] compare les services chargés de la santé au travail dans 12 pays[184]. Le rapport repose sur une revue de

[182] Juliet HASSARD, Aditya JAIN, Stavroula LEKA, *International comparison of occupational health systems and provisions. A comparative case study review of 12 countries in order to gain a greater understanding of the occupational health landscape internationally*, Department of Work and Pensions, UK, juillet 2021.

[183] Le bureau du travail et de la santé est rattaché conjointement au ministère du travail et des pensions (DWP) et au ministère de la santé et des affaires sociales (DHSC).

[184] Australie, Canada, Danemark, États-Unis, Finlande, France, Allemagne, Italie, Pays-Bas, Singapour, Suède, Suisse.

littérature, et s'intéresse spécifiquement au contexte légal et politique, à l'organisation, au financement, aux professions impliquées dans les services et à la responsabilité des employeurs.

[24] **Le rapport relève une grande hétérogénéité des services nationaux de santé au travail dans le contenu, la capacité et la couverture offerte aux travailleurs**. Certains pays imposent des obligations claires pour les employeurs en termes de prévention, de retour au travail, d'aménagements, etc., tandis que d'autres laissent beaucoup de place à l'initiative volontaire.

[25] L'étude distingue deux grands types de législation en matière de santé au travail :

- Pays de type A, dans lesquels la législation est intégrée et définit clairement les droits et rôles des employeurs et salariés : France, Pays-Bas, Pologne, Finlande, Japon, Italie, Allemagne ;
- Pays de type B, qui relèvent d'une approche libérale, et dans lesquels la législation est répartie entre plusieurs domaines (sécurité et santé, droit du travail, sécurité sociale), et dans lesquels le service de santé au travail dépend en large partie de l'initiative des employeurs : Royaume-Uni, Canada, Australie, Etats-Unis, Irlande.

[26] **Le financement dépend fortement de l'employeur dans la plupart des cas, mais il existe souvent une combinaison de financements (employeurs, État, assurances, fonds de sécurité sociale). Les modalités de prestation sont très variées** : services internes à l'entreprise (« in-house »), services privés, services mutualisés/groupés, services communautaires publics, systèmes fondés sur l'assurance accidents / responsabilités de l'employeur, ou intervention étatique directe. Même dans les pays avec la législation l'impose aux entreprises, il existe des lacunes dans les ressources, notamment en ce qui concerne le nombre de professionnels qualifiés. La France se caractérise par un financement exclusivement patronal, dont le coût par salarié apparaît modéré.

[27] Le taux de couverture, c'est-à-dire la proportion de travailleurs ayant accès aux services de santé au travail, varie fortement : environ 30-40 % dans certains pays où la fourniture de ces services n'est pas obligatoire, jusqu'à plus de 90 % dans ceux où la législation exige une certaine forme de médecine du travail. **La France se distingue par le niveau de couverture le plus élevé de l'échantillon,** avec le Japon, les Pays-Bas, la Finlande et l'Italie. En particulier, le fait que les salariés des plus petites entreprises aient accès à un service de médecine du travail est une exception que le rapport valorise comme un exemple à suivre pour le gouvernement britannique, même si des lacunes demeurent, pour les non-salariés notamment.

[28] **La France confère un rôle de pivot aux médecins du travail, ce qui l'expose selon l'étude à des dysfonctionnements liés à la pénurie médicale**. Par ailleurs, le système d'adhésion obligatoire, s'il permet une large couverture des travailleurs, comporte **peu d'incitations économiques pour les employeurs et n'implique pas d'évaluation systématique de l'efficacité des actions de prévention des risques professionnels**.

1.3 Les données de l'enquête ESENER de l'Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail (EU-Osha) confirment le caractère médical et réglementaire de la santé au travail en France

1.3.1 L'Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail a mis à la disposition de l'Igas les données issues de son enquête ESENER 2024

[29] L'enquête européenne auprès des entreprises sur les risques nouveaux et émergents de EU-OSHA (ESENER) a été menée à quatre reprises en 2009, 2014, 2019 et 2024. **ESENER met en rapport le contexte réglementaire en vigueur dans les pays, la culture et les pratiques constatées et les résultats obtenus en matière de santé au travail.**

[30] **L'enquête est menée par téléphone et internet auprès de 45 000 organisations de cinq salariés et plus, publiques et privées, dans les 27 pays de l'Union européenne**, l'Islande, la Norvège, la Suisse, la Serbie, la Macédoine du Nord et le Royaume-Uni. Les personnes interrogées sont celles qui, dans l'organisation, sont réputées le mieux connaître les questions de santé au travail.

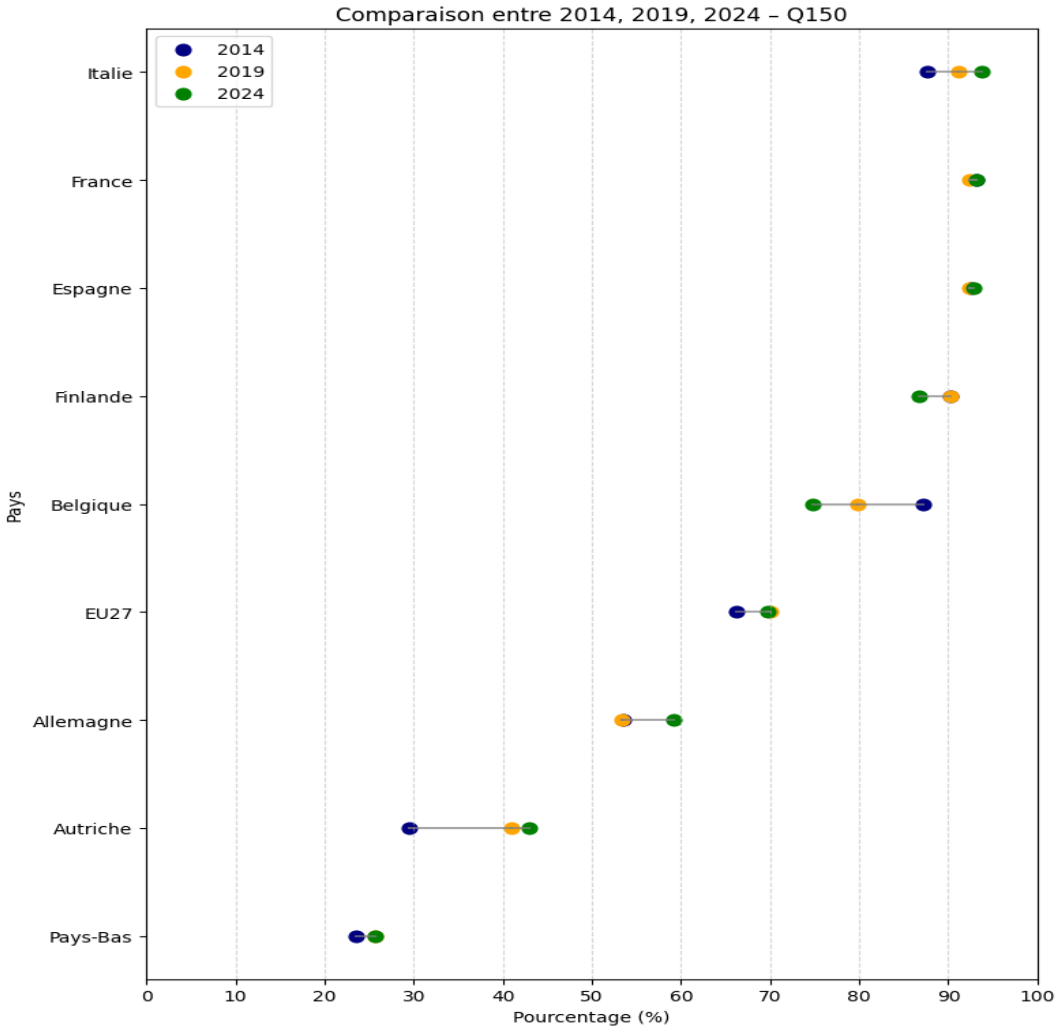
[31] Les derniers résultats publiés par l'Agence, à ce jour, sont issus de l'enquête diligentée en 2019. Les résultats de l'enquête 2024 commenceront à être publiés en 2025-2026. **L'Agence EU-Osha a proposé de transmettre les résultats bruts de son enquête 2024 à l'Igas, dont le pôle data a été mobilisé pour effectuer les traitements** (Cf. *infra*). Les graphiques comparent la situation de la France avec celle de la moyenne de l'Union européenne, et avec celle d'un échantillon de pays identifiés sur la base de la diversité de leurs modèles de santé au travail : Allemagne, Autriche, Finlande, Belgique, Espagne, Italie, Pays-Bas et Royaume-Uni.

1.3.2 Le recours aux médecins du travail est plus fréquent en France

[32] **La France se range parmi les pays européens où le niveau de médicalisation des services chargés de la santé au travail est le plus élevé**. D'une part, les visites de médecine du travail sont plus fréquentes, et d'autre part, les médecins du travail sont la profession de santé de loin la plus mobilisée par les entreprises. Les données sont proches de celles de l'Espagne et de l'Italie, et très éloignées des Pays-Bas, de l'Autriche et de l'Allemagne, qui privilégient un modèle de santé au travail beaucoup moins médicalisé.

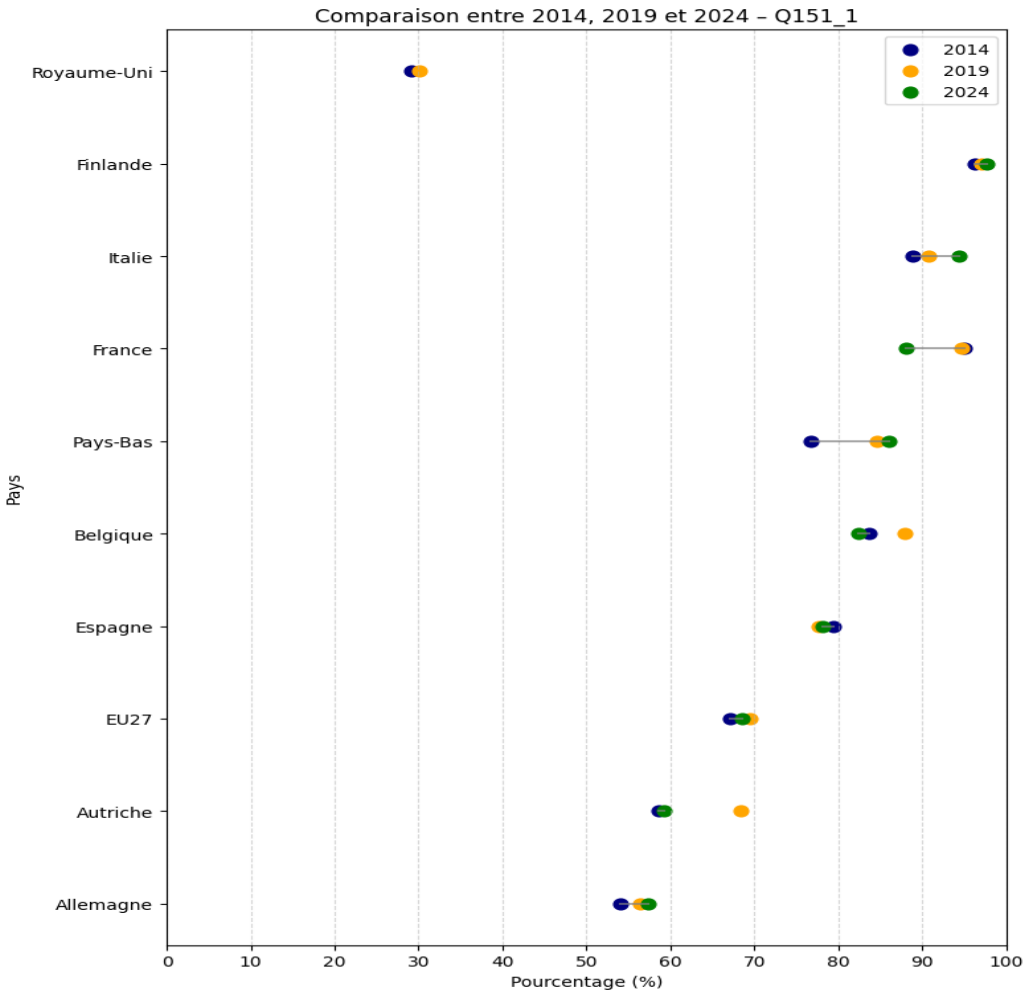
[33] Les données 2024 de l'enquête ESENER retraitées par le pôle data de l'Igas figurent en annexe 10.

Graphique 2 : Évolution par pays des réponses « Oui » à la question « Votre établissement organise-t-il des examens médicaux réguliers pour surveiller la santé des employés » (2014-2024)



Source : Enquêtes ESNER 2014-2019-2024 – traitement pôle data de l'Igas

Graphique 3 : Évolution par pays associant à la question « quel service utilisez-vous ? » la réponse « un médecin du travail »



Source : Enquêtes ESNER 2014-2019-2024 – traitement pôle data de l'Igas

[34] S'agissant des professionnels de santé au travail impliqués dans les services rendus aux entreprises :

- Le recours aux médecins du travail est logiquement plus fréquent que dans les pays de comparaison et dans la moyenne européenne. On constate cependant une évolution entre 2019 et 2024 : le recours au médecin du travail recule en France, probablement sous l'effet du développement des visites assurées par des infirmiers de santé au travail ;
- La fréquence du recours à un psychologues ne se distingue pas véritablement en France de la moyenne européenne, mais certains pays ont massivement recours à ces professionnels (Finlande, Belgique, Espagne) ;
- Les entreprises françaises ont moins fréquemment recours à un ergonome, à un expert en prévention des risques professionnels ou à un généraliste en santé et sécurité au travail que l'ensemble des pays européens de comparaison.

1.3.3 Les entreprises se mobilisent en matière de santé et de sécurité au travail sont proportionnellement moins nombreuses

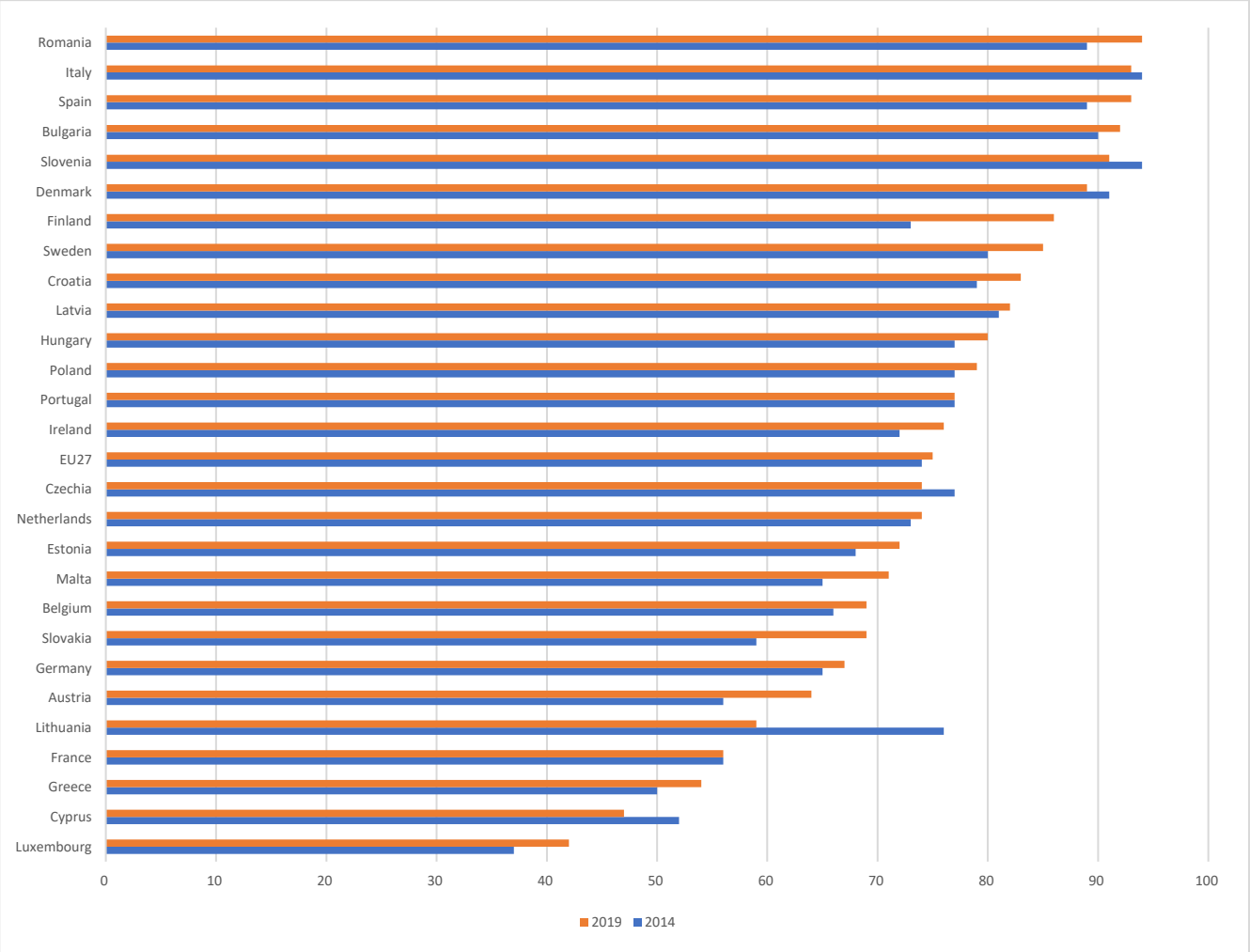
[35] Peu d'éléments issus de l'étude ESENER permettent d'approcher spécifiquement l'action des SPST. Les statistiques relatives à l'opinion donnée sur l'action des services externalisés de santé et de sécurité au travail montraient des résultats mitigés en 2019 (Cf. *supra*)[185]. La question correspondante n'a pas été reconduite dans l'enquête 2024, de sorte qu'il n'est pas possible de mesurer les potentiels effets de la mise en œuvre de la réforme de 2021 sur la perception de la qualité du service rendu.

[36] Les résultats traduisant l'implication des entreprises dans les questions de santé et de sécurité au travail peuvent permettre de disposer de certains éclairages.

[37] En premier lieu, il apparaît que **les entreprises françaises sont moins impliquées que les autres pays européens dans l'évaluation des risques professionnels**. La proportion des organisations qui conduisent de telles évaluations est faible, et place la France au 24ème rang sur 27 pays européens classés, avec un taux de 56%, qui ne progresse pas entre 2014 et 2019. La moyenne européenne se situe à 75 % (74 % en 2014).

[185] EU-Osha, *Third European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks (ESENER 2019): Overview Report*, 2022.

Graphique 4 : Proportion d'organisations qui conduisent régulièrement une évaluation des risques (2019)



Source : EU-OSHA, ESENER 2019 (enquête par téléphone et internet auprès des établissements privés et publics)

[38] **Les obligations administratives constituent la principale raison invoquée par les entreprises de s'engager dans une démarche d'évaluation des risques, confirmant la dimension perçue comme essentiellement réglementaire de la santé et de la sécurité au travail**. En cela, le pays montre un profil correspondant à la moyenne européenne. **La France se singularise par la faiblesse des motivations liées à la performance de l'organisation** : le souci d'accroître la productivité, mais également le souci de maintenir la réputation de l'entreprise ou d'éviter les amendes de l'inspection du travail, apparaissent secondaires et sont moins identifiées que dans les autres pays européens.

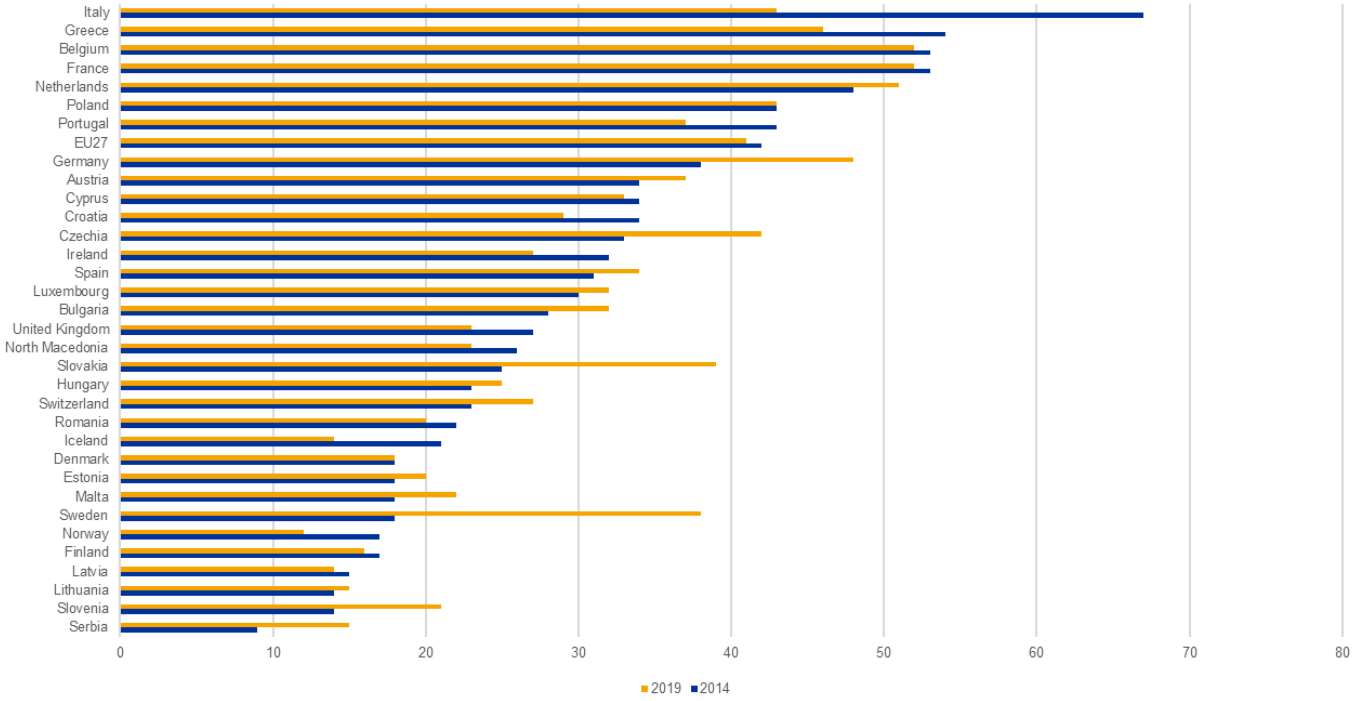
Tableau 2 : Principales raisons pour lesquelles les établissements mettent en place des mesures de prise en charge de la santé et de la sécurité au travail

	Se conformer aux obligations légales	Répondre aux demandes des salariés	Eviter les amende de l'inspection du travail	Préserver la réputation de l'organisation	Accroître la productivité
France	87%	84 %	63 %	60 %	38 %
EU-27	88%	81 %	79 %	77 %	66 %

Source : EU-OSHA, ESENER 2019 (enquête par téléphone et internet auprès des établissements privés et publics)

[39] **Les contraintes liées à la complexité du cadre légal et réglementaire sont également considérées comme la principale difficulté rencontrée par les entreprises en la matière**. La France se positionne en 2019 comme le 4ème pays européen pour la complexité perçue en matière de santé et de sécurité au travail.

Graphique 5 : Complexité des obligations légales perçue comme une difficulté majeure pour prendre en charge les questions de santé et de sécurité au travail (2019)



Source : EU-OSHA, ESENER 2019 (enquête par téléphone et internet auprès des établissements privés et publics)

[40] **Les données de l'enquête ESENER 2024 étudiées par le pôle data de l'Igas confirment ces tendances en 2024**, le principal déterminant des démarches de prise en charge de la santé et de la sécurité au travail engagées par les entreprises.

[41] **La volonté de maintenir la productivité ou la réputation de l'entreprise apparaissent comme des déterminants moins forts en France**, dont la position se détache de celle de l'ensemble des

pays de comparaison de ce point de vue (Cf annexe 10). Les entreprises françaises ont moins que d'autres intégré la question de la santé et de la sécurité au travail comme un déterminant de leur compétitivité économique.

[42] **Dans le même ordre d'idées, l'enquête ESENER montre que la France se situe au dernier rang européen s'agissant de la formation des managers et chefs d'équipes en matière de santé et de sécurité au travail**, avec une très faible évolution entre 2014, 2019 et 2024 (passage de 47 % à 50% de managers formés). La moyenne des pays de l'Union européenne est supérieure à 70 % et ces taux dépassent 80 % en Autriche, en Espagne, en Italie ou au Royaume-Uni. Les entreprises françaises se saisissent bien moins que leurs homologues européennes de ces questions dans les pratiques managériales, traduisant des difficultés identifiées par ailleurs par l'Igas[186]. Les régressions opérées par l'Agence de Bilbao montrent que cette donnée est un déterminant essentiel de l'appropriation des questions de management de la santé et de la sécurité au travail au sein des entreprises.

2 Sur le plan interne, l'identification de critères de performance progresse sans pour autant être consensuelle

2.1 Il n'existe pas de réflexion partagée sur la notion de performance des services chargés de la santé au travail, au-delà du respect du cadre légal et réglementaire

2.1.1 Le respect du cadre réglementaire est la dimension première de la performance attendue des services chargés de la santé au travail

[43] **La mission a demandé à un grand nombre de ses interlocuteurs nationaux et territoriaux la meilleure manière d'apprécier, selon eux, la performance des services chargés de la santé au travail. La réponse le plus souvent apportée a porté sur le respect de la réglementation**, ce qui traduit probablement à la fois le caractère réglementaire de l'approche française, par comparaison avec celle de nos voisins (Cf. *supra*), le caractère étoffé de cette réglementation et l'absence d'indicateurs partagés de performance allant au-delà du respect des textes législatifs et réglementaires.

[44] **C'est au sein du réseau de la MSA que l'appréciation de la performance est la plus structurée**. Une liste d'une dizaine d'indicateurs de santé et de sécurité au travail accompagne la mise en œuvre opérationnelle de la convention d'objectifs et de gestion (Cog) du régime pour la période 2021-2025, articulés au sein de deux orientations principales (agir pour préserver la santé dans l'activité de travail et accompagner les projets et les transitions). Le plan santé et sécurité au travail (PSST) de la MSA décline la dimension prévention des risques professionnels dans les attributions des SSTA.

[186] Cf. Igas, *Pratiques managériales dans les entreprises et politiques sociales en France : les enseignements d'une comparaison internationale (Allemagne, Irlande, Italie, Suède), et des apports de la recherche*, juin 2024.

2.1.2 Le respect du cadre juridique n'épuise pas la question de la performance

[45] **Mais de fait, les textes établissent les missions des SPST, mais non leur performance attendue.** Définies par l'article L. 4522-2 du Code du travail, ces missions[187] ne sont pas hiérarchisées entre elles ni assorties d'indicateurs de performance.

[46] **Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (Cpom), puis surtout le processus de certification, ont permis de préciser certaines attentes**. La certification implique une évaluation la mise en œuvre de trois missions en particulier, dites « du socle » (prévention des risques professionnels, suivi individuel de l'état de santé des salariés, prévention de la désinsertion professionnelle), tant pour les SPSTI que pour les SSTA. Elle définit trois niveaux de performance : engagement des procédures (niveau 1), maîtrise des procédures (niveau 2), mise en œuvre de la totalité des missions du socle au moyen d'un pilotage dans une logique d'amélioration continue (niveau 3), mais sauf exception[188], les métriques nécessaires à l'évaluation de la performance ne sont pas indiquées au-delà de la mise en place de procédures. Au-delà du respect du cadre réglementaire et de sa traduction par des procédures internes aux SPST, vérifiés par les mécanismes d'agrément et de certification, les constats effectués par la mission au sein de SPSTI montrent que les Cpom sont de fait peu suivis et essentiellement tournés vers les priorités de la Cnam en matière de prévention des risques professionnels.

[47] **Ce schéma général se traduit, malgré l'abondance des leviers de régulation des SPSTI (Cf. annexe 6)**, par des lacunes quant au suivi de la performance. Par exemple, la participation effective aux politiques de santé au travail et de santé publique ne sont pas mesurées dans les outils actuels, alors que ces derniers apparaissent largement redondants sur la réalisation des actions en milieu de travail ou d'actions de PDP. En outre, le cadre juridique peut être également perçu comme un frein à la performance, en limitant les marges d'innovation des services et en dissuadant des initiatives.

2.2 L'intégration des innovations organisationnelles est cependant réelle quoiqu'inégale, au sein des services de prévention et de santé au travail

2.2.1 Les données des enquêtes annuelles de la DGT permettent de mesurer la réalité de la mise en œuvre des innovations organisationnelles portées par les réformes de ces dix dernières années

[48] **On entendra ici par innovations organisationnelles des évolutions qui pour certaines ont une origine relativement ancienne mais dont la mise en œuvre demeure inachevée**, et ce pour de multiples raisons (cadre réglementaire tardif, difficultés à traduire des possibilités juridiques en dispositifs opérationnels, réticences, etc.). Cinq exemples sont pris ici : l'intégration de

[187] Conduire les actions de santé au travail, apporter leur aide à l'entreprise pour l'évaluation des risques professionnels, conseiller les employeurs, les travailleurs et leurs représentants en matière de risques professionnels et de santé au travail, les accompagner en cas de changements organisationnels dans l'entreprise, assurer la surveillance de l'état de santé des travailleurs, participer à des actions de promotion de la santé sur le lieu de travail.

[188] Il est précisé, s'agissant des fiches d'entreprise, qu'elles doivent être réalisées dans l'année de l'adhésion et mises à jour au moins tous les quatre ans.

collaborateurs médecins et d'infirmiers du travail au sein des équipes pluridisciplinaires, les délégations de visites des médecins du travail aux infirmiers, la réalisation d'actions de prévention en milieu de travail, la mise en œuvre d'actions de promotion de la santé publique et enfin le recours aux téléconsultations.

[49] **Les éléments rapportés proviennent des bilans réalisés sur les années 2022 et 2023 par la Direction générale du travail**[189], à partir de la collecte de données auprès des SPST, ainsi que des constats effectués par la mission auprès des SPST visités, et des experts consultés. Les données 2024 ne seront disponibles qu'à la fin de l'année 2025, donc après la remise du présent rapport.

2.2.2 Les équipes pluridisciplinaires se structurent

2.2.2.1 Les médecins représentent désormais un quart des effectifs des équipes pluridisciplinaires

[50] **Les équipes pluridisciplinaires sont en place.** Les ETP de médecins ne représentent que 20,1 % du total en SPSTI, et 18,9 % en SPSTA. Les médecins représentent un quart des effectifs des équipes pluridisciplinaires.

[51] Les infirmiers demeurent moins nombreux en SPSTI (ils représentent 20,3 % des effectifs des équipes pluridisciplinaires) mais plus souvent présents en SPSTA (50,1 % des équipes), du fait de la présence historique des infirmiers d'entreprise dans ces structures. Les assistants de service de santé au travail (ASST) jouent un rôle plus affirmé au sein des SPSTI que des SPSTA.

[52] **La notion d'équipe pluridisciplinaire ne fait pas l'objet d'un encadrement par la législation et trouve, de fait, des traductions disparates au sein des SPST**. Il peut s'agit de l'association d'un médecin du travail et d'un ou plusieurs infirmiers. L'équipe pluridisciplinaire peut également intégrer, dans certains SPST, un assistant en santé au travail, et un ou plusieurs intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP). L'application de la notion apparaît hétérogène, ce qui ne pose pas en soi de difficulté, mais confère une bien moindre portée aux contrôles des directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (Dreets), qui font parfois référence à l'application d'une norme de salariés par équipe pluridisciplinaire. La notion est d'ailleurs visée par le cahier des charges national applicable en matière d'agrément, qui ne définit pas la notion. Par ailleurs, l'existence d'une équipe pluridisciplinaire n'est pas formulée par la législation comme une obligation pour les SPSTA, et ces derniers font en pratique bien davantage appel aux médecins du travail pour remplir leurs obligations de visite.

[189] DGT, *L'activité des services de prévention et de santé au travail en 2023*, 2024. 97 % des SPSTI ont répondu à cette enquête pour l'exercice 2023, contre 69 % des SPSTA. La CCMSA a répondu pour l'intégralité des 35 SSTA.

Tableau 3 : Effectifs des équipes pluridisciplinaires au sein des SPST (2023)

	SPSTI			SPSTA		
Métiers	*Personnes physiques*	*ETP*	*% ETP*	*Personnes physiques*	*ETP*	*% ETP*
Médecins du travail	3 575	2962	16,7 %	1 180	780	17,8 %
Collaborateurs médecins	536	506	2,9 %	30	20	0,5 %
Internes	113	99	0,6 %	53	25	0,6 %
Total médecins	*4 224*	*3 567*	*20,1 %*	*1 263*	*825*	*18,9 %*
Infirmiers	3 208	3 028	17,1 %	2 248	1 857	42,5 %
ASST	6 454	6 091	34,3 %	703	440	10,1 %
IPRP	2 314	2 195	12,4 %	733	588	13,4 %
Directions et fonctions support	3 075	2 871	16,2 %	775	663	15,2 %
Total	**19 275**	**17 752**	**100,0 %**	**5 722**	**4 373**	**100,0 %**
EPD hors médecins	11 976	11 314	63,7 %	3 684	2885	66,0 %
Rapport médecins / EPD	26,1 %	24,0 %		25,5 %	22,2 %	
Rapport non-médecins / EPD	73,9 %	76,0 %		74,5 %	77,8 %	
Rapport médecins / infirmiers	131,7 %	117,8 %		56,2 %	44,4 %	
Rapport infirmiers / EPD	19,8 %	20,3 %		45,4 %	50,1 %	
Rapport ASST/ EPD	39,8 %	40,9 %		14,2 %	11,9 %	

Source : Direction générale du travail, traitement mission

2.2.2.2 Les équipes pluridisciplinaires montent effectivement en charge

[53] **La montée en charge des collaborateurs médecins est réelle dans les SPSTI**. Ils représentent 506 ETP médicaux en SPSTI et 30 en SPSTA. Les trois quarts des SPSTI font appel à eux et ils représentent plus de 20 % des effectifs médicaux dans la moitié des SPSTI en 2023. Dans 9 % des SPSTI, ils représentent 30 à 50 % des effectifs médicaux. En revanche, seuls 6 % des SPSTA comptent un collaborateur médecin. Les effectifs d'internes marquent le pas en 2023 (99 ETP contre 110 ETP en 2022). Le nombre de places ouvertes à l'internat diminue (116 en 2023, 128 en 2022, 124 en 2021).

[54] De même, **la montée en charge des infirmiers est réelle** : en 2023, on dénombre 19 infirmiers par SPSTI (17,7 ETP), soit deux de plus qu'en 2022.

[55] S'agissant des intervenants en prévention des risques professionnels, la différence majeure tient à la proportion de psychologues, qui est en SPSTA plus du double de la proportion constatée en SPSTI.

Tableau 4 : Répartition des effectifs d'IPRP

	SPSTI	SPSTA
Ergonomes	22,0 %	16,0 %
Psychologues	12,0 %	24,0 %
Techniciens HSE / chimie	31,0 %	19,0 %
Ingénieurs HSE / chimie	12,0 %	23,0 %
Autres IPRP	24,0 %	19,0 %

Source : Direction générale du travail, traitement mission

2.2.3 Le processus de délégation de visite est encore inachevé, et très inégal entre SPSTI, SPSTA et SSTA

[56] Parmi les innovations attendues des dernières réformes en date, la délégation des visites des médecins aux infirmiers est l'un des vecteurs de modernisation susceptible de dégager du temps médical. Or, la mise en œuvre de ces possibilités est encore incomplète, et surtout inégale selon les types de SPST.

Tableau 5 : Répartition des visites entre médecins et infirmiers au sein des services de santé au travail (2023)

		SPSTI		SPSTA		SSTA	
		Nombre	*%*	*Nombre*	*%*	*Nombre*	*%*
VIP initiales	Médecin	74 3186	27,5 %	38 926	40,8 %	9 575	13,6 %
	Infirmier	1 959 356	72,5 %	56 429	59,2 %	60 862	86,4 %
	Total	***2 702 542***	***100,0 %***	***9 5355***	***100,0 %***	***70 437***	***100,0 %***
Visites périodique	Médecin	411 697	33,7 %	105 862	61,3 %	9 517	17,6 %
	Infirmier	809 807	66,3 %	66 893	38,7 %	44 600	82,4 %
	Total	***1 221 504***	***100,0 %***	***172 755***	***100,0 %***	***54 117***	***100,0 %***
dont visites périodique en SIR	Médecin	47 814	14,0 %	27 442	46,7 %	468	3,0 %
	Infirmier	293 561	86,0 %	31 383	53,3 %	14 946	97,0 %
	Total	***34 1375***	***100,0 %***	***58 825***	***100,0 %***	***15 414***	***100,0 %***
Visites de pré reprise	Médecin	459 248	99,0 %	30 754	99,1 %	16 988	99,8 %
	Infirmier	4 759	1,0 %	282	0,9 %	34	0,2 %
	Total	***464 007***	***100,0 %***	***31 036***	***100,0 %***	***17 022***	***100,0 %***
Visite de reprise	Médecin	786 955	97,1 %	65 771	98,5 %	32 689	97,0 %
	Infirmier	23 335	2,9 %	986	1,5 %	1 014	3,0 %
	Total	***810 290***	***100,0 %***	***66 757***	***100,0 %***	***33 703***	***100,0 %***

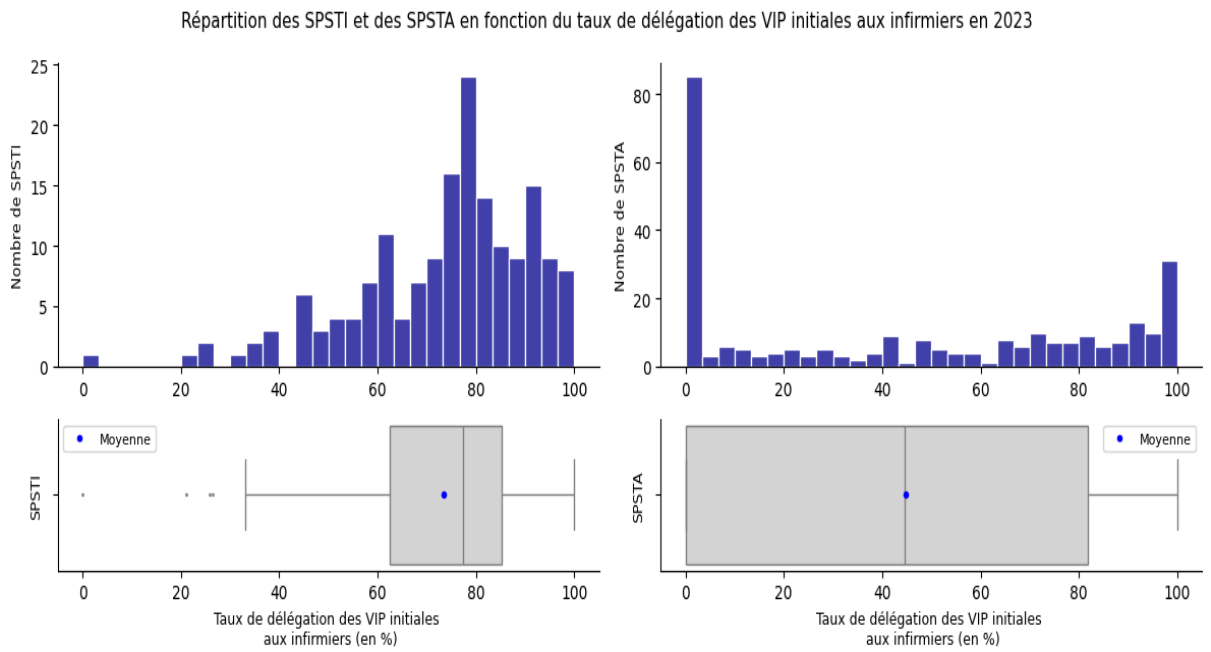
Source : Direction générale du travail, traitement mission

[57] On dénombre en 2023, 4 789 salariés par ETP de médecin du travail en SPSTI (4 710 en 2022), contre 1658 salariés par ETP de médecin du travail en SPSTA (même valeur en 2022), offrant des possibilités et surtout des contraintes très différents en ce qui concerne les délégations de tâches.

[58] **Si l'on s'en tient aux visites initiales, par exemple, on peut constater à partir des données traitées par le pôle data de l'Igas qu'environ un quart des SPSTA ne procèdent à aucun ou quasiment aucune délégation** (Cf graphique *infra*). S'il existe une progression dans ce niveau de délégation entre 2022 et 2023, on peut constater qu'elle ne concerne pas ce socle de SPSTA qui ne pratiquent pas la délégation.

[59] **Les SPSTA qui délèguent le moins les visites sont parmi les plus petits.** En 2022, les 25 % de SPSTA qui déléguaient le moins comptaient en moyenne 1 810 salariés (pour 4 623 salariés en moyenne par SPSTA). Ces valeurs étaient respectivement de 2 214 et de 4 895 salariés en 2023. Ces SPSTA ne déléguaient que 7,1 % des visites, contre un taux de délégation global de 23,5 % pour l'ensemble des SPSTA.

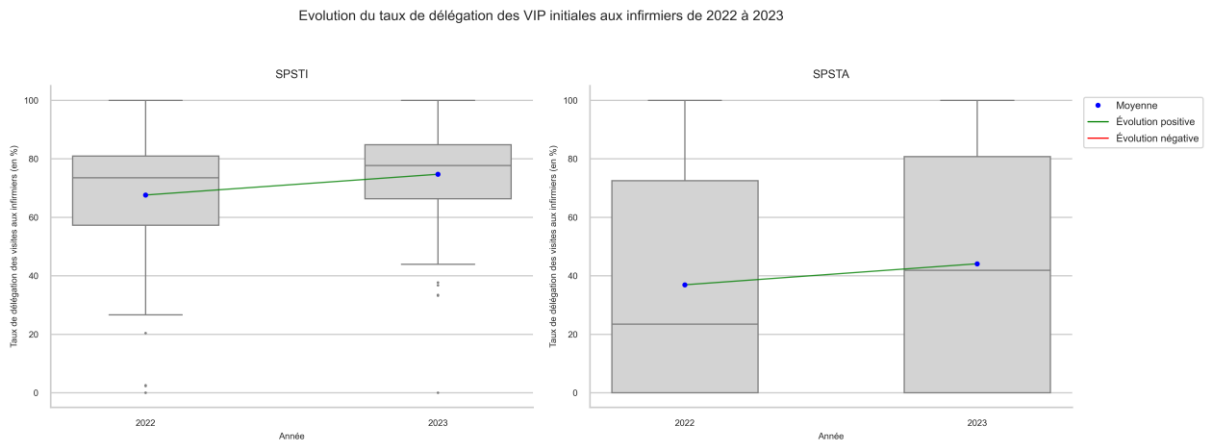
Graphique 6 : Répartition des SPST en fonction du taux de délégation des VIP initiales aux infirmiers en 2023[190]



Source : Direction générale du travail, traitement pôle data de l'Igas

[190] La boîte à moustaches est un outil visuel de description statistique qui permet de rendre compte, en un seul graphique, de la répartition d'un ensemble de données. Elle offre une lecture synthétique des niveaux et des écarts observés au sein d'une population. La boîte représente le cœur de la distribution. Ses bords inférieurs et supérieurs correspondent respectivement au premier quartile (Q1) et au troisième quartile (Q3) : 50 % des observations se situent donc à l'intérieur de cette boîte. La ligne médiane, tracée à l'intérieur, indique le deuxième quartile (Q2), c'est-à-dire la valeur centrale de la distribution. Le point bleu représente la moyenne. Les "moustaches" prolongent la boîte vers les valeurs plus basses et plus hautes. Au-delà de ces limites, les points isolés représentent des valeurs atypiques ou extrêmes, appelées valeurs aberrantes.

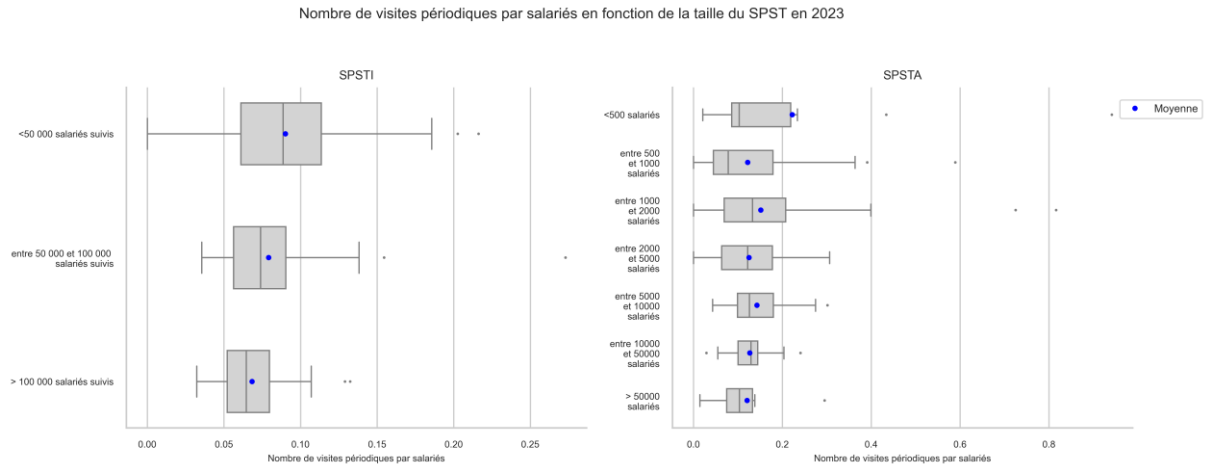
Graphique 7 : Évolution du taux de délégation des VIP initiales aux infirmiers



Source : Direction générale du travail, traitement pôle data de l'Igas

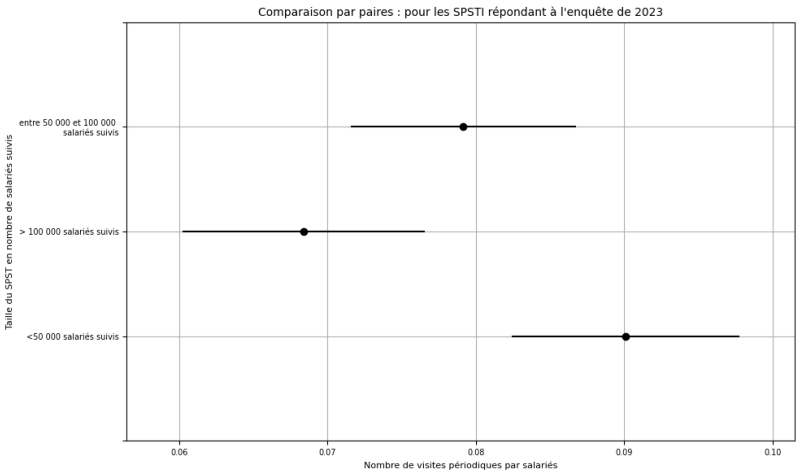
[60] Par ailleurs, les plus petits services effectuent proportionnellement davantage de visites périodiques comme le montre le graphique ci-dessous. Toutefois, ces observations sont à interpréter avec prudence. En effet, une analyse de la variance (ANOVA) montre qu'en 2023 seule la différence entre le nombre moyen de visites périodiques par salariés entre les SPSTI de moins de 50 000 salariés et ceux de plus de 100 000 salariés est statistiquement significative (intervalles de confiances disjoints sur le graphique 8). Chez les SPSTA aucune de ces différences n'est statistiquement significative (Graphique 9).

Graphique 8 : Nombre de visites périodiques par salariés en fonction de la taille du SPST en 2023



Source : Direction générale du travail, analyse pôle data de l'Igas

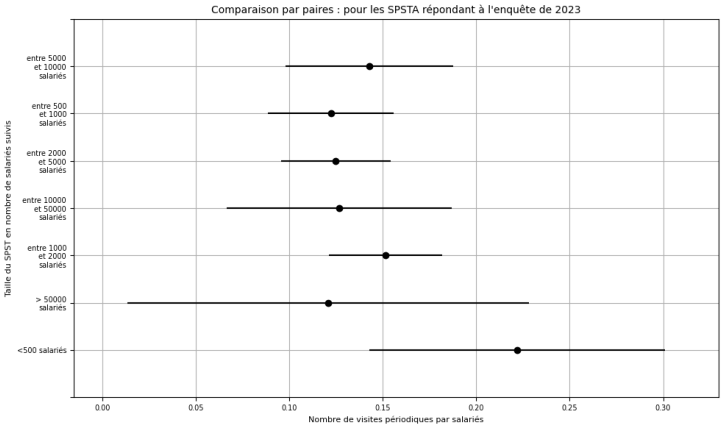
Graphique 9 : Estimation du nombre moyen de visites par salariés selon la taille du SPSTI en 2023



Source : Direction générale du travail, analyse pôle data de l'Igas

Note de lecture : en 2023, le nombre de visites périodiques par salariés dans les SPSTI de plus de 100 000 salariés est de 0,068 avec comme intervalle de confiance à 95 % (0,06 ; 0,076), et celui des SPSTI de moins de 500 salariés de 0,09 avec comme intervalle de confiance à 95 % (0,082 ; 0,098). Les deux intervalles n'ayant aucune valeur en commun, on en déduit que la différence est statistiquement significative.

Graphique 10 : Estimation du nombre moyen de visites par salariés selon la taille du SPSTA en 2023



Source : Direction générale du travail, analyse pôle data de l'Igas

Note de lecture : en 2023, le nombre de visites périodiques par salariés dans les SPSTA de moins de 500 salariés est de 0,22 avec comme intervalle de confiance à 95 % (0,14 ; 0,3) le nombre de visites périodiques par salariés dans les SPSTA de plus de 50 000 salariés est de 0,12 avec comme intervalle de confiance à 95 % 0,02 ; 0,23). La principale cause de cette inégalité tient à la ressource médicale disponible.

[61] **L'existence d'une ressource médicale abondante correspond à de moindres délégations de visites. Les travaux du pôle data de l'Igas montrent qu'un taux élevé de délégations de tâches, au sein des SPSTI, est associé à des niveaux plus limités d'effectifs médicaux**. En effet, dans les SPSTI le coefficient de corrélation de Spearman entre le taux de délégation aux infirmiers et le ration ETP médecin/ETP infirmiers est de -0,70. Cette corrélation linéaire forte et négative montre que les deux variables sont linéairement liées et évoluent en sens inverse (plus le ratio ETP médecin/ETP infirmier augmente, plus le taux de délégation aux infirmiers diminue). Ces résultats sont cohérents avec la plus grande disponibilité d'effectifs médicaux dans les SPSTA. On dénombre en effet en 2023, 4 789 salariés par ETP de médecin du travail en SPSTI (4 710 en 2022), contre 1 658 salariés par ETP de médecin du travail en SPSTA (même valeur en 2022). **C'est donc la nécessité qui pousse les services de santé au travail à opérer des délégations, et ces dernières interviennent d'autant plus fréquemment lorsque les services n'ont pas le choix, ou un choix moins étendu**.

[62] **Les délégations sont pilotables et pilotées par les services de santé au travail.** La direction d'un SPSTI a expliqué avoir à ses yeux suffisamment développé les délégations au regard de ses ressources médicales, et conserver la possibilité d'aller plus loin, à l'avenir, si ses ressources devaient être réduites. Dans cette hypothèse, le service indique pouvoir promouvoir à la fois les délégations de visites de pré-reprise et les téléconsultations, afin de se dégager des marges de manœuvre.

[63] **Le niveau de structuration des réseaux explique également en partie ces écarts** : les SSTA, pilotés par la caisse centrale de MSA au niveau national, mettent en œuvre des procédures homogènes (organisation et systèmes d'information uniformes), même si les décisions de délégation demeurent prises par les équipes locales et peuvent différer, par exemple, dans les MSA de Gironde et de Berry-Touraine visitées par la mission. Les SPSTI, dont l'action est relève d'outils disparates de régulation, procèdent de manière progressive et inégale à ces délégations de tâches (Cf. *infra)*. Les SPSTA appliquent quant à eux la politique de leur entreprise, sans levier d'harmonisation autre que le respect d'une réglementation bien moins directive que pour les deux autres types de services de santé au travail.

2.2.4 Les actions en milieu de travail sont relativement stables entre 2022 et 2023, et sont corrélées au choix de logiciel par les SPSTI

[64] **Les actions en milieu de travail (AMT), que les réformes successives de la médecine du travail ont entendu promouvoir, ne progressent pas entre 2022 et 2023.** On dénombrait pour cette dernière année environ 900 000 AMT. Ces données, déclaratives, doivent être prises avec prudence, car les modalités de décompte peuvent varier d'après les représentants de SPST rencontrés par la mission.

Tableau 6 : Les actions en milieu de travail dans les SPSTI, SPSTA et SSTA (2023)

	SPSTI		SPSTA		SSTA	
	Nombre	*%*	*Nombre*	*%*	*Nombre*	*% ETP*
Analyses / études	192 125	26,8 %	34 863	19,4 %	1 6535	40,9 %
Info / sensibilisation	31 326	4,4 %	7 211	4,0 %	2 408	6,0 %
Conseils	116 822	16,3 %	68 546	38,2 %	9 210	22,8 %
Conseils rédaction DUERP	33 726	4,7 %	2 022	1,1 %	2 110	5,2 %
Fiches d'entreprises	164 033	22,9 %		0,0 %	1 364	3,4 %
Métrologie	11 669	1,6 %	21 796	12,2 %	277	0,7 %
Participations CSE / CSSCT	27 214	3,8 %	7 130	4,0 %	2 635	6,5 %
Autres	139 122	19,4 %	37 794	21,1 %	5 889	14,6 %
Total	**716 037**	**100,0 %**	**179 362**	**100,0 %**	40 428	**100,0 %**

Source : Direction générale du travail, traitement mission

2.2.5 Les grands SPSTI participent davantage aux actions nationales de santé au travail et de santé publique

[65] Les données traitées par le pôle data de l'Igas montrent que le nombre d'actions de promotion de la santé publique, comme la participation à des enquêtes nationales de santé au travail (MCP, RNV3P) et aux actions du plan santé au travail, est associée[191] à la taille des SPSTI : **les plus grandes structures peuvent consacrer davantage de ressources humaines à la participation à ces politiques nationales de santé.**

2.2.6 Les téléconsultations peinent à se développer

[66] **Globalement, le recours aux téléconsultations ne se développe pas, et se situe à 2,4 % des visites en 2023[192], tant pour les SPSTI que pour les SPSTA**. En 2023, ce taux diminue même pour les SPSTI, alors que le taux d'équipement progresse.

[67] **Les professionnels de santé au travail rencontrés par la mission sont le plus souvent réticents pour développer ces modes de consultation**. Ils estiment que la relation avec le salarié ne saurait être aussi riche que dans le cas d'une consultation physique, et considèrent que les examens cliniques indispensables ne peuvent pas être réalisés. Pourtant, certains reconnaissent qu'il s'agit d'une modalité utile, notamment pour les visites n'impliquant pas de tels examens cliniques. Une hypothèse (Cf. *supra*) est que les conditions d'exercice de la santé au travail aujourd'hui constatées n'ont pas rendu obligatoires.

[191] Test de Kruskal-Wallis statistiquement significatif à 5 %.

[192] Direction générale du travail, l'activité des services de prévention et de santé au travail en 2023, 2024.

ANNEXE 9 : Mise en place d'un score pour évaluer la performance et l'innovation des services de santé au travail

1 PRESENTATION DES DONNEES 135

1.1 DONNEES DISPONIBLES POUR L'ANALYSE 135
1.2 DONNEES SUR LES SPST : L'ENQUETE DE LA DGT 136

2 STATISTIQUES DESCRIPTIVES SUR LES SERVICES DE PREVENTION ET SANTE AU TRAVAIL 136

2.1 DESCRIPTION DES ACTIONS EN MILIEU DU TRAVAIL 136
2.1.1 Dans les SPSTI 136
2.1.2 Dans les services de prévention et de santé au travail autonome 139
2.2 DESCRIPTION DES ACTIONS DE PREVENTION DE LA DESINSERTION PROFESSIONNELLE 142
2.2.1 Nombre d'actions d'actions de la prévention de la désinsertion professionnelle par salarié 142
2.2.2 Existence d'une cellule de prévention de la désinsertion professionnelle 143
2.3 DESCRIPTION D'ACTION DE PARTICIPATION AUX POLITIQUES PUBLIQUES SOCIALES (PPPS) 143
2.3.1 Participation à l'enquête Evrest 145
2.3.2 Participation à l'enquête maladie à caractère professionnelle (MCP) 146
2.4 LES SYSTEMES D'INFORMATION 146
2.4.1 Utilisation de l'identifiant national de santé (INS) 147
2.4.2 Recours à un logiciel de téléconsultation sécurisé 148
2.4.3 Recours à un logiciel de messagerie sécurisée 149
2.4.4 Existence d'un DPO 150
2.4.5 Existence d'un plan de sécurisation des données 151
2.4.6 Existence de dossier médicaux en santé au travail (DMST) informatisés 152
2.5 LES VISITES INDIVIDUELLES 152
2.5.1 Taux de délégation des visites aux infirmiers (global) 152
2.5.2 Mise en place de téléconsultations 154
2.5.3 Part des salariés en suivi simple ayant eu une visite dans les 5 dernières années 154
2.5.4 Part des salariés en suivi adapté ayant eu une visite dans les 3 dernières années 155
2.5.5 Part des salariés en SIR ayant eu une visite dans les deux dernières années 156
2.5.6 Visites périodiques par salarié 157
2.6 LES VARIABLES D'INTERPRETATION 158

3 MISE EN PLACE DU SCORE 160

3.1 PRESENTATION DU SCORE EN 2023 163
3.2 EVOLUTION DU SCORE ENTRE 2022 ET 2023 SELON DIFFERENTS CRITERES 164
3.2.1 Au sein des services de prévention et de santé au travail autonomes 164
3.2.2 Les services de prévention et de santé au travail interentreprises 166

[1] L'objectif de cette annexe est d'identifier à partir des données issues de l'enquête réalisée par la direction générale du travail (DGT) auprès des services de prévention et de santé au travail autonomes (SPSTA) et les services de prévention et de santé au travail autonomes (SPSTI) les critères pertinents pour évaluer leur performance et de proposer un indicateur synthétique.

[2] Le périmètre étudié se restreint à l'ensemble des SPSTA et des SPSTI figurant sur la base de données transmise par la DGT (Cf. 1.1).

1 Présentation des données

1.1 Données disponibles pour l'analyse

[3] La mission dispose de plusieurs sources de données comme illustré dans le tableau 1.

Tableau 1 : Présentation des sources de données utilisées

	Producteur	Description	Objectifs pour la mission	Nom de la base de données	Volumétrie des données disponibles
Service de prévention et de santé au travail interentreprises (SPSTI) (2022 et 2023)	Direction générale du travail (DGT)	Données en lien avec les SPSTI ayant répondu à l'enquête de la DGT. Elle fournit les informations sur l'organisation, les données financières, la gouvernance, etc.	Étudier les SPST en France, permettant de rapprocher des caractéristiques organisationnelles des SPST et les données permettant d'apprécier leur performance	**SPST 2022-2023.xlsx « SPSTI »**	**Pour l'année 2022, 98 % (175/178) des SPSTI sont étudiables.** **Pour l'année 2023, 100 % (171/171) des SPSTI sont étudiables.**
Service de prévention et de santé au travail autonomes (SPSTA) (2022 et 2023)	Direction générale du travail (DGT)	Données en lien avec les SPSTA ayant répondu à l'enquête de la DGT. Elle fournit les informations sur l'organisation, les données financières, la gouvernance, etc.	Étudier les SPST en France, permettant de rapprocher des caractéristiques organisationnelles des SPST et les données permettant d'apprécier leur performance	**SPST 2022-2023.xlsx « SPSTA »**	**Pour l'année 2022, 99 % (248/249) des SPSTA son étudiables.** **Pour l'année 2023, 100 % (287/287) des SPSTA sont étudiables.**
Table de correspondance	Direction générale du travail (DGT)	Table de correspondance des variables figurant dans les données SPST.	Permettre d'identifier le sens et la signification exacte de chaque variable de l'enquête DGT (sur les SPST).	**Tables de corr espondance 20 24.xlsx**	

Source : Pôle DATA de l'Igas

1.2 Données sur les SPST : l'enquête de la DGT

[4] Les deux enquêtes de la Direction Générale du Travail (DGT) portant respectivement sur les SPSTI et SPSTA permettent de mieux appréhender les caractéristiques organisationnelles et de performance des services.

[5] Les SPST ayant répondu à l'enquête se répartissent de la façon suivante :

- 171 SPSTI ont répondu à l'enquête en 2023 sur 176 services recensés. Ils étaient 178 sur un total de 193 SPSTI en 2022 ;
- 287 SPSTA ont répondu à l'enquête en 2023 sur 414 recensés. En 2022, 249 SPSTA ont validé leur réponse sur un total de 383 SPSTA.

[6] Dans le but d'établir un score permettant de comparer les SPSTI (resp. SPSTA) entre eux, une attention particulière a été portée aux variables considérées comme « clés ». Leur analyse à plat est donnée dans la partie suivante. Par ailleurs des indicateurs construits à partir de variables disponibles dans la base ont également été établis (la liste détaillée figure dans la 3e partie).

[7] Il est à noter que l'enquête est encore récente et n'est pas nécessairement encore bien appropriée par les participants. Certaines statistiques montrent des incohérences dans le remplissage. Le pôle data de l'Igas a fait le choix de traiter la donnée brute sans procéder à des redressements statistiques.

2 Statistiques descriptives sur les services de prévention et santé au travail

2.1 Description des actions en milieu du travail

[8] Les variables correspondant à la description des actions en milieu de travail (AMT) ne sont pas les mêmes pour les SPSTI et pour les SPTA, les variables utilisées dans la construction de chaque score sont présentées ci-dessous. Pour les SPSTI, le calcul des indicateurs est ramené à la maille des adhérents[193], alors que dans les SPSTA il n'y a par définition qu'une entreprise suivie, les indicateurs sont donc ramenés à la maille des salariés.

2.1.1 Dans les SPSTI

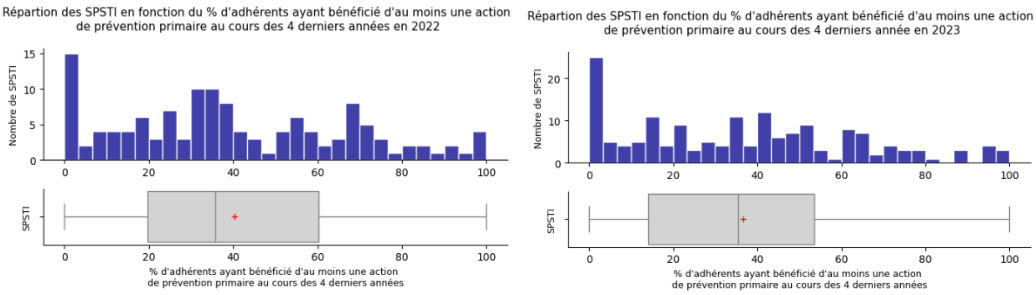
2.1.1.1 Part d'adhérents ayant bénéficié d'une action de prévention primaire au cours des quatre dernières années

[9] La part d'adhérents ayant bénéficié d'une action de prévention primaire est calculée comme suit :

[193] Chaque adhérent a donc le même poids quel que soit le nombre de salariés qu'il fait suivre par le SPSTI.

Part d'adhérents ayant bénéficié d'une action de prévention primaire au cours des 4 dernières années (%) = (Nombre total d'adhérents ayant bénéficié d'au moins une action de prévention primaire au cours des 4 dernières années / Nombre total d'adhérents suivis par le service) × 100

Graphique 1 : Répartition des SPSTI selon la part d'adhérents ayant bénéficié d'une action de prévention primaire 2022-23



Source : Direction générale du travail, traitement pôle data de l'Igas

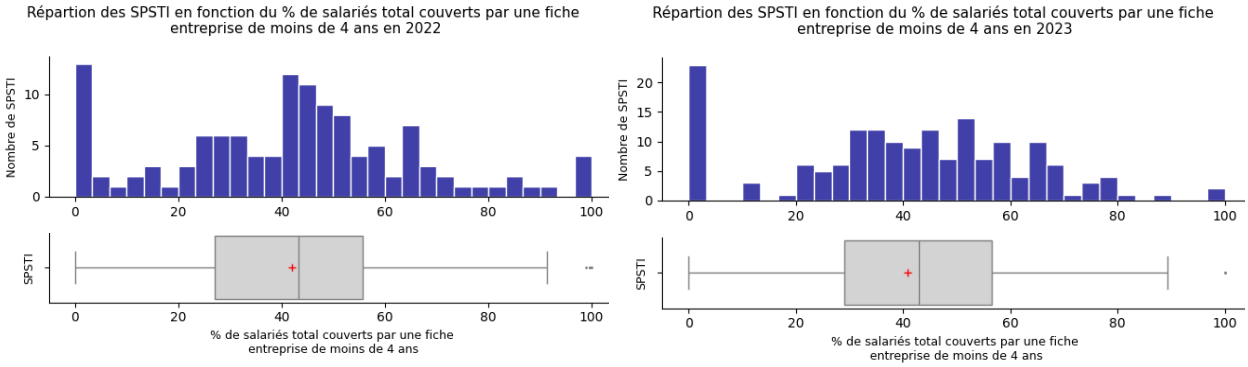
[10] On observe une légère diminution moyenne des actions de prévention primaire sur les deux périodes. Toutefois, la moitié des SPSTI ont 37 % de leurs adhérents ou plus qui reçoivent une action de prévention primaire.

2.1.1.2 Part d'adhérents dotés d'une fiche d'entreprise de moins de 4 ans

[11] La part d'adhérents dotés d'une fiche d'entreprise de moins de 4 ans est calculée comme suit :

Part d'adhérents dotés d'une fiche d'entreprise de moins de 4 ans (%) = (Nombre de salariés suivis actuellement couverts par une fiche d'entreprise de moins de 4 ans / Nombre total d'adhérents suivis par le service) × 100

Graphique 2 : Répartition de la part d'adhérents dotés d'une fiche d'entreprise de moins de 4 ans 2022-23



Source : Direction générale du travail, traitement pôle data de l'Igas

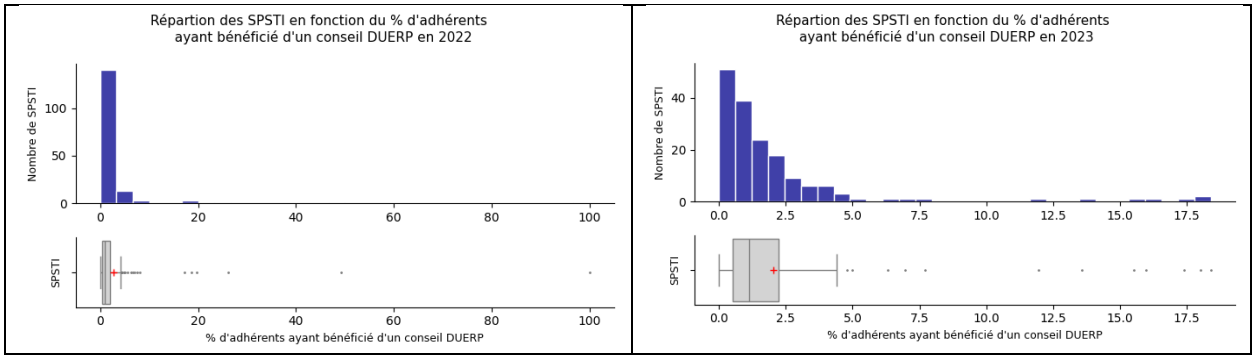
[12] La part d'adhérents dotés d'une fiche entreprise reste en moyenne stable sur les deux années. En revanche, le nombre d'adhérents qui n'en disposant pas augmente entre 2022 et 2023.

2.1.1.3 Part d'adhérents ayant bénéficié d'un conseil DUERP

[13] La part d'adhérents ayant bénéficié d'un conseil d'un dossier unique d'évaluation des risques professionnels (DUERP) est calculée comme suit :

Part d'adhérents ayant bénéficié de conseils DUERP (%) = (Nombre d'adhérents différents ayant bénéficié de conseils pour la rédaction ou la mise à jour du DUERP / Nombre total d'adhérents suivis par le service) × 100

Graphique 3 : Part d'adhérents ayant bénéficié d'un conseil DUERP 2022-2023



Source : Direction générale du travail, traitement pôle data de l'Igas

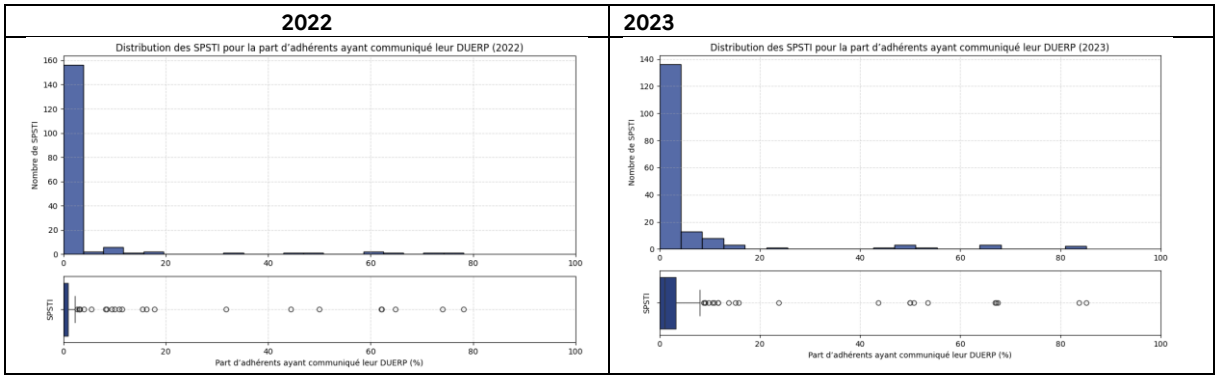
[14] La part d'adhérents bénéficiant d'un conseil pour l'élaboration du DUERP est très faible mais augmente sensiblement entre 2022 et 2023.

2.1.1.4 Part d'adhérents ayant communiqué leur DUERP

[15] La part d'adhérents ayant communiqué leur DUERP est calculée comme suit :

Part d'adhérents ayant communiqué leur DUERP (%) = (Nombre d'adhérents ayant transmis au SPST au moins un DUERP ou une mise à jour / Nombre total d'adhérents suivis par le service) × 100

Graphique 4 : Part d'adhérents ayant communiqué leur DUERP 2022-2023



Source : Direction générale du travail, traitement pôle data de l'Igas

[16] La part d'adhérents ayant communiqué leur DUERP est très faible mais augmente sensiblement entre 2022 et 2023, même si quelques SPSTI présentent des taux élevés (plus de 60 %).

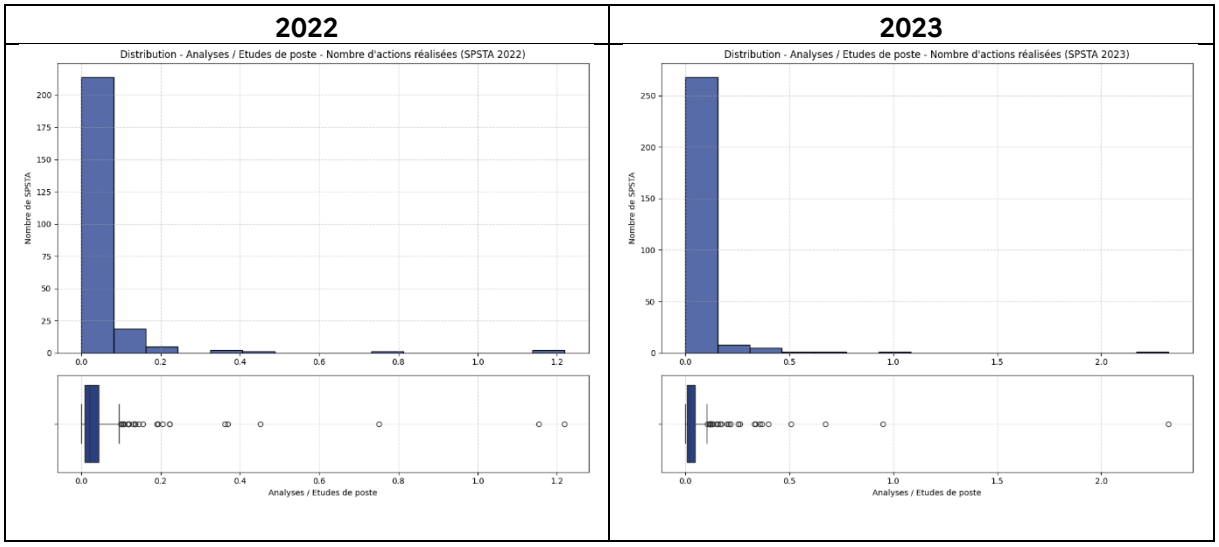
2.1.2 Dans les services de prévention et de santé au travail autonome

2.1.2.1 Analyses ou études de poste par salariés

[17] L'indicateur étudié est ramené au nombre de salarié suivis :

Nombre d'analyses de poste réalisées par salariés suivis = (Nombre total d'actions / Nombre total de salariés suivis)

Graphique 5 : Nombres d'études de postes par salariés suivis



Source : Direction générale du travail, traitement pôle data de l'Igas

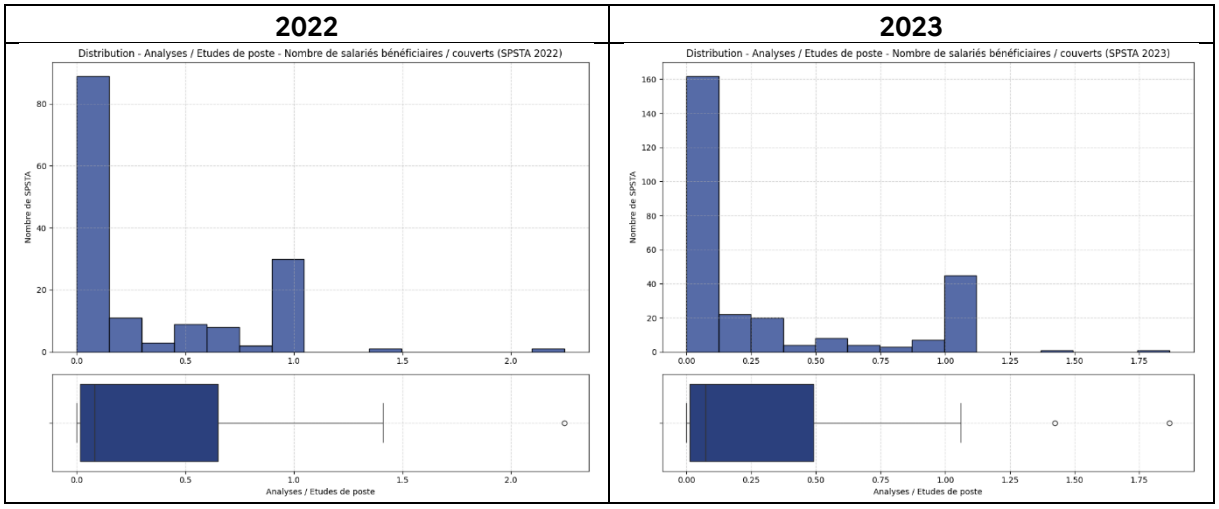
[18] En moyenne dans les SPSTA 5 études de poste pour 100 salariés suivis ont été réalisées en 2022 (resp. 5,4 en 2023). Quatre SPSTA n'en ont fait aucune en 2022 (resp. 9 en 2023).

2.1.2.2 Part de salariés bénéficiant d'une étude de poste

[19] Pour compléter l'indicateur sur le nombre d'études de postes par salariés, un ratio pour mesurer la part des salariés concernés par une analyse ou étude de postes est également réalisé :

Part de salariés ayant bénéficié d'une étude de poste= (Nombre de salariés ayant bénéficié d'une étude de poste/ Nombre total de salariés suivis)

Graphique 6 : Part de salariés bénéficiant d'une étude de poste



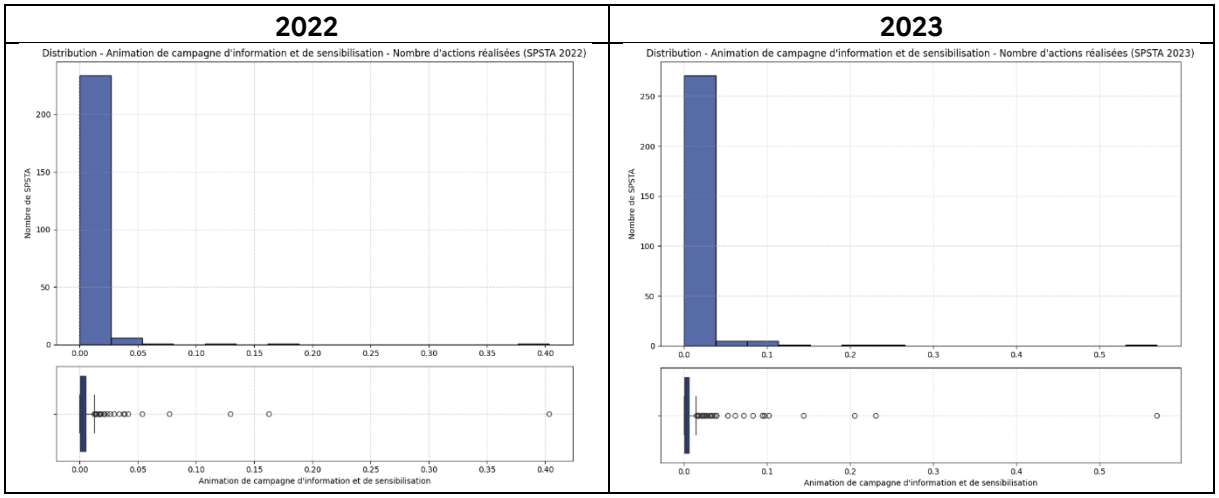
Source : Direction générale du travail, traitement pôle data de l'Igas

2.1.2.3 Animation de campagne d'information et de sensibilisation - Nombre d'actions réalisées par salariés suivis

[20] L'indicateur étudié est ramené au nombre de salarié suivis :

Nombre d'actions de sensibilisation réalisées par salariés = (Nombre total d'actions / Nombre total de salariés suivis)

Graphique 7 : Nombre d'actions de sensibilisation/information réalisées par salariés suivis



Source : Direction générale du travail, traitement pôle data de l'Igas

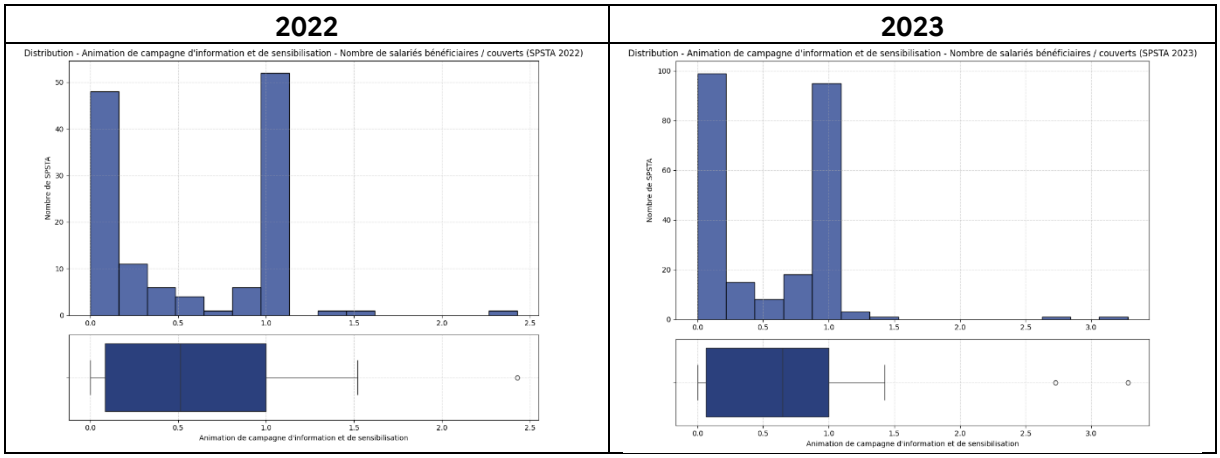
[21] En 2022, 35 SPSTA n'ont réalisé aucune action de sensibilisation (resp. 47 en 2023). En 2022, on compte 0.8 action de sensibilisation pour 100 salariés, et une action pour 100 salariés en 2023.

2.1.2.4 Animation de campagne d'information et de sensibilisation - Part de salariés bénéficiaires

[22] De la même façon que pour les études de postes, on étudie la part de salariés qui a bénéficié d'une animation de sensibilisation.

Part de salariés bénéficiaires = (Nombre de salariés bénéficiaires / Nombre total de salariés suivis)

Graphique 8 : Part de salariés ayant bénéficié d'une action de sensibilisation



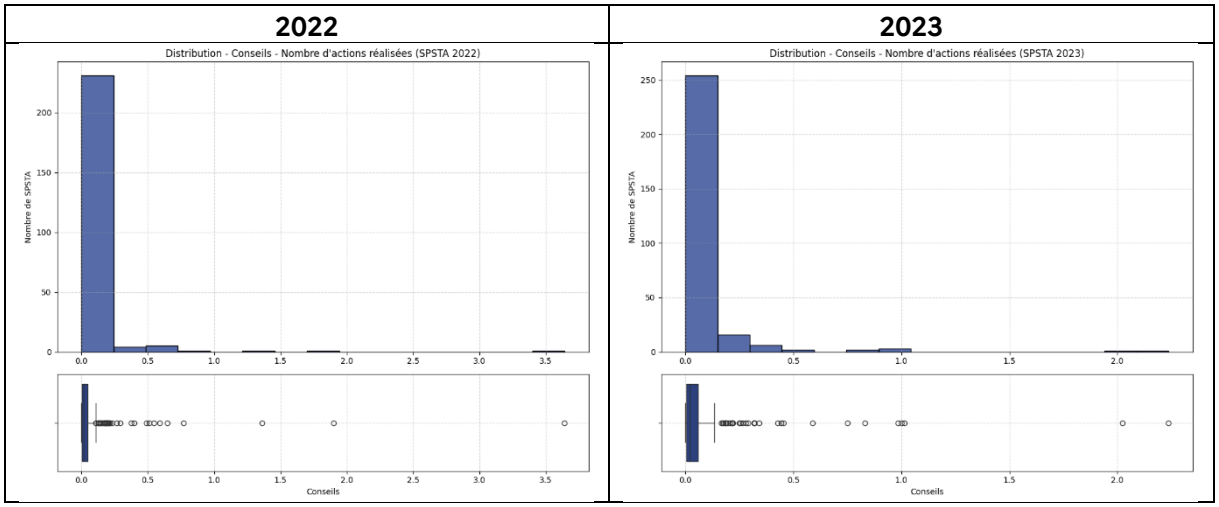
Source : Direction générale du travail, traitement pôle data de l'Igas

2.1.2.5 Nombre d'actions de conseil réalisées par salarié suivis

[23] Le nombre d'actions de conseil par salariés est calculé comme suit :

Nombre d'actions de conseil réalisées = (Nombre total d'actions de conseil / Nombre total de salariés suivis)

Graphique 9 : Nombre d'actions de conseils par salariés suivis



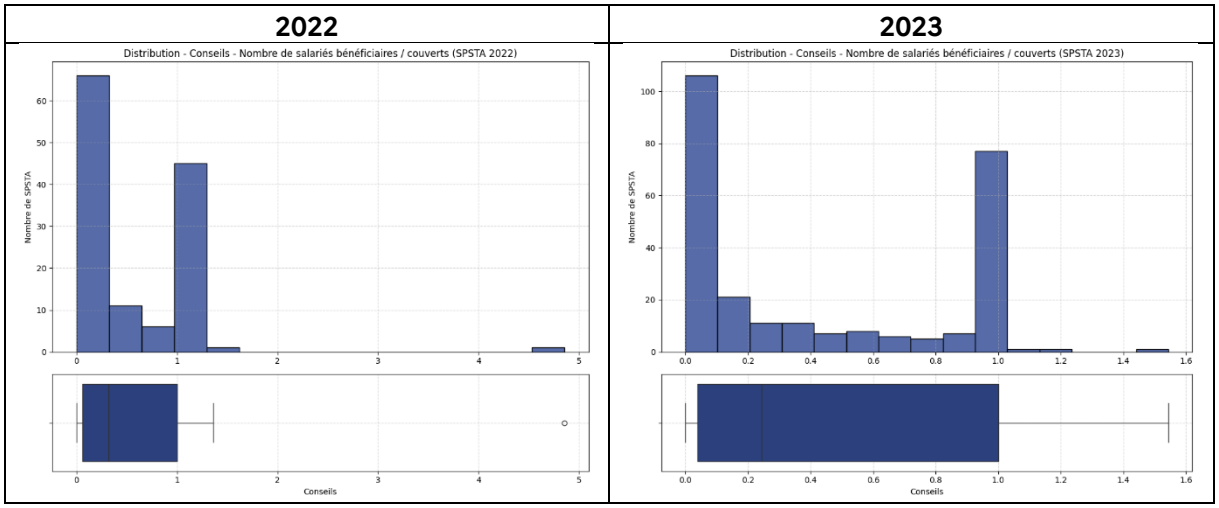
Source : Direction générale du travail, traitement pôle data de l'Igas

2.1.2.6 Part de salariés bénéficiant d'une action de conseil

[24] La part de salariés bénéficiant d'une action de conseil est calculée comme suit :

Part de salariés bénéficiaires = (Nombre de salariés bénéficiaires / Nombre total de salariés suivis)

Graphique 10 : Part de salariés ayant bénéficié d'une action de conseil



Source : Direction générale du travail, traitement pôle data de l'Igas

[25] En 2023, dans la moitié des SPSTA, plus de 20 % des salariés ont bénéficié d'une action de conseil. Par ailleurs dans 79 SPSTA, l'ensemble des salariés en a bénéficié.

2.2 Description des actions de prévention de la désinsertion professionnelle

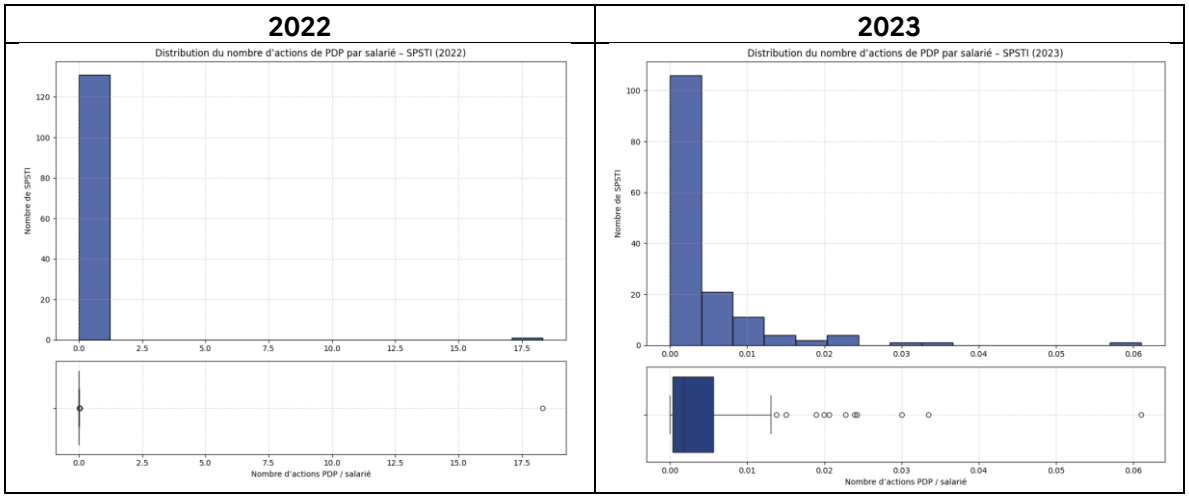
2.2.1 Nombre d'actions de la prévention de la désinsertion professionnelle par salarié

[26] **Ce critère est seulement disponible pour les SPSTI.**

[27] Le nombre d'actions de prévention de désinsertion de la prévention de la désinsertion professionnelle (PDP) par salarié est calculée comme suit :

Nombre d'actions de PDP par salarié = (Nombre total d'actions de PDP / Nombre total de salariés suivis)

Graphique 11 : Nombre d'actions de PDP par salariés



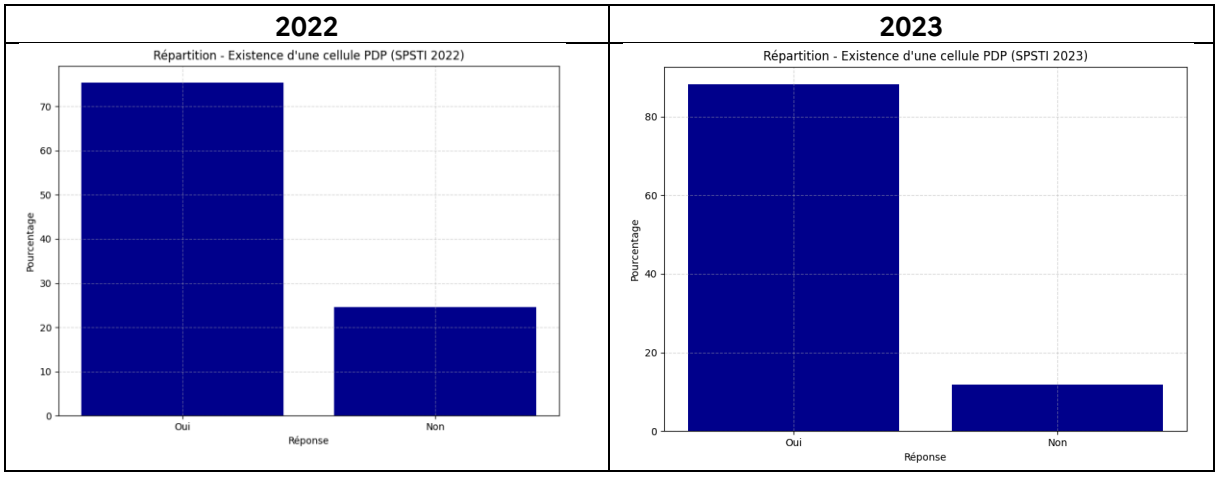
Source : Direction générale du travail, traitement pôle data de l'Igas

[28] La part d'actions de PDP par salariés est très faible mais augmente sensiblement entre 2022 et 2023.

2.2.2 Existence d'une cellule de prévention de la désinsertion professionnelle

[29] **Ce critère est seulement disponible pour les SPSTI.**

Graphique 12 : Existence d'une cellule PDP



Source : Direction générale du travail, traitement pôle data de l'Igas

2.3 Description d'action de participation aux politiques publiques sociales (PPPS)

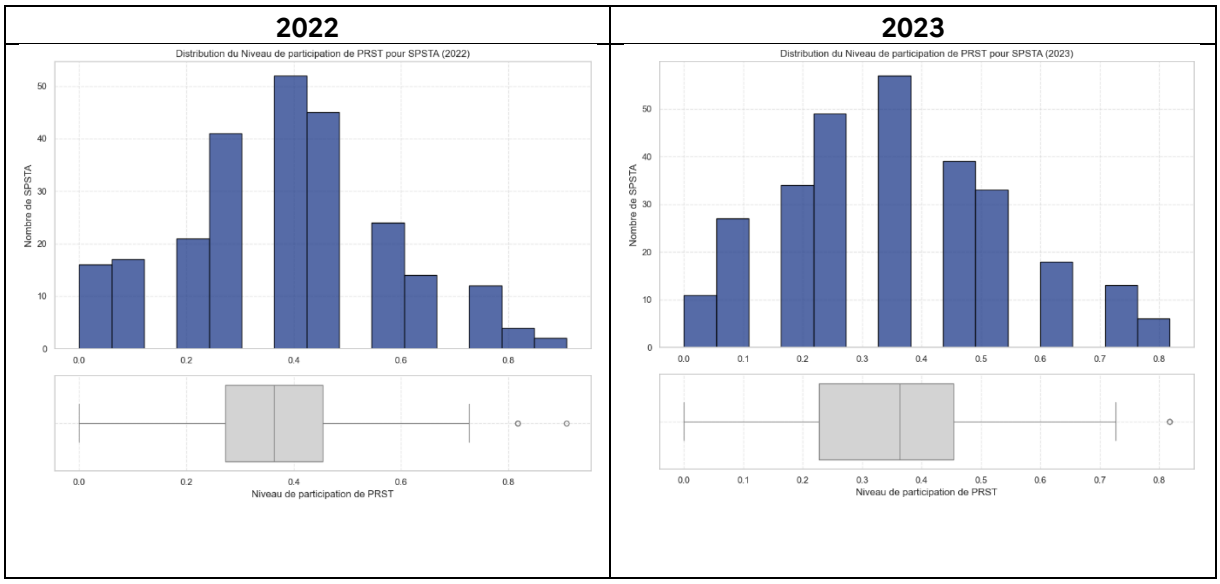
[30] **Cette catégorie est disponible pour les SPSTI et les SPSTA.**

Niveau de participation aux actions du PRST (Nombre de types d'actions / SPST)

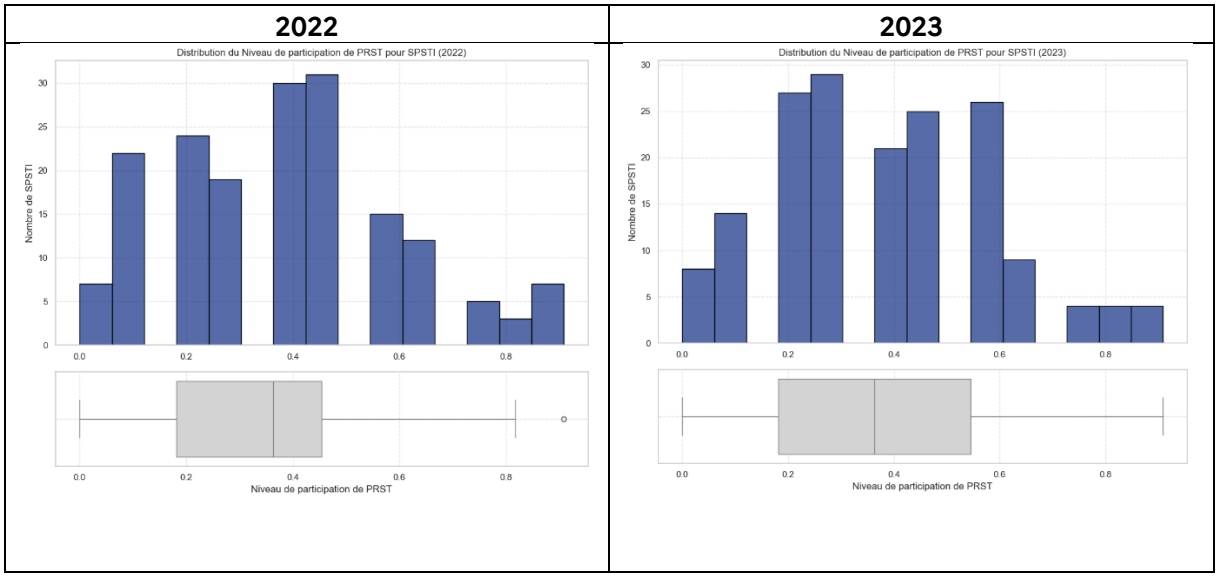
[31] Le niveau de participation aux actions du PRST est calculé comme suit :

Participation aux actions du PRST = (Nombre de types d'actions réalisées) / (Nombre total de types d'actions possibles)

Graphique 13 : Niveau de participation des PRST 2022-2023



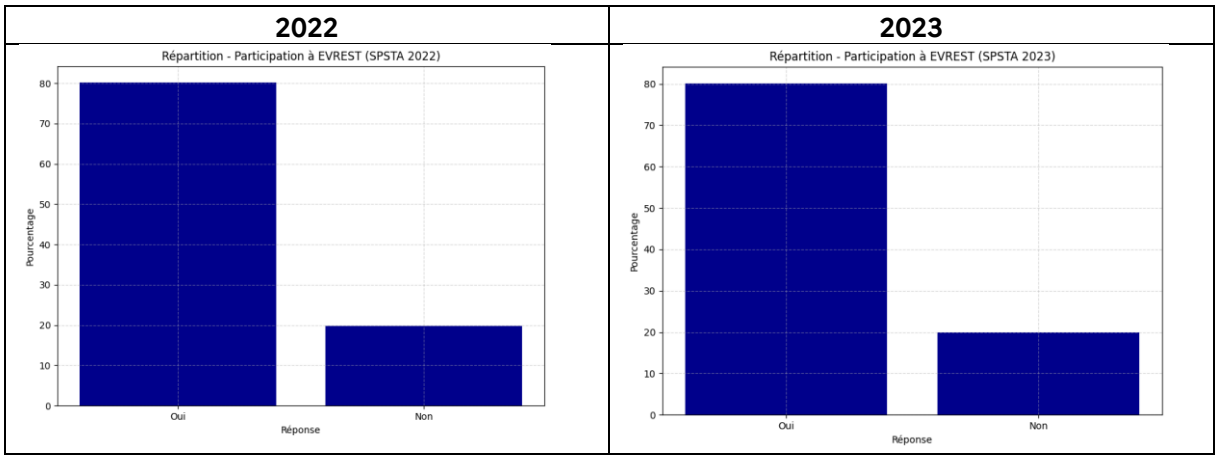
Source : Direction générale du travail, traitement pôle data de l'Igas



Source : Direction générale du travail, traitement pôle data de l'Igas

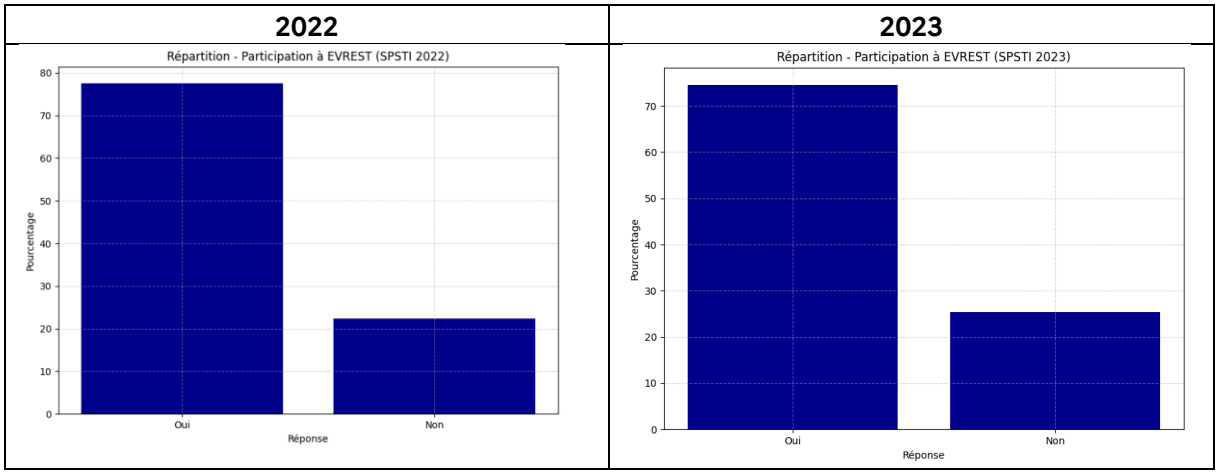
2.3.1 Participation à l'enquête Evrest

Graphique 14 : Participation à Evrest en 2022-2023 pour les SPSTA



Source : Direction générale du travail, traitement pôle data de l'Igas

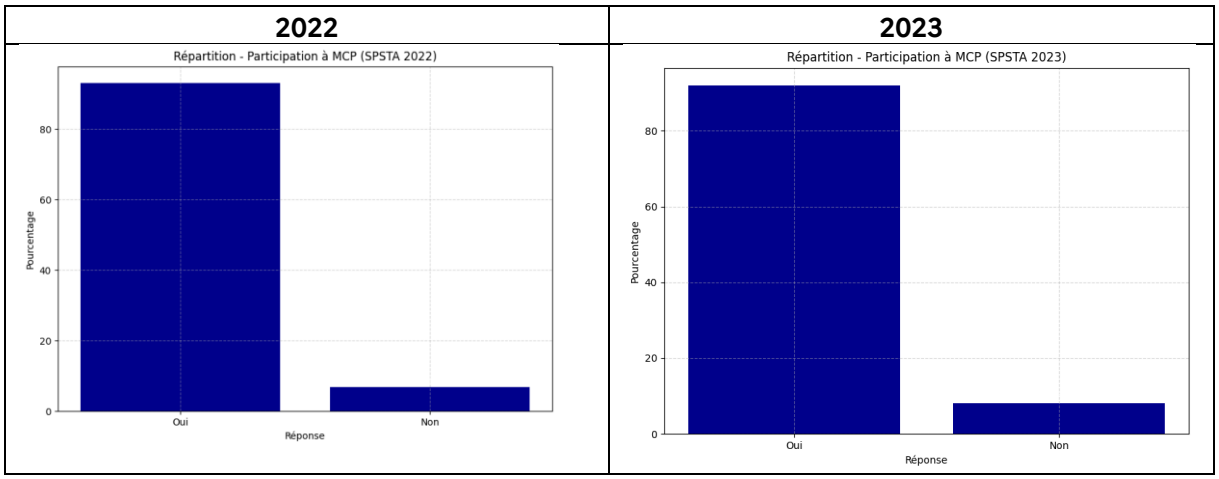
Graphique 15 : Participation à l'enquête Evrest 2022-2023 SPSTI



Source : Direction générale du travail, traitement pôle data de l'Igas

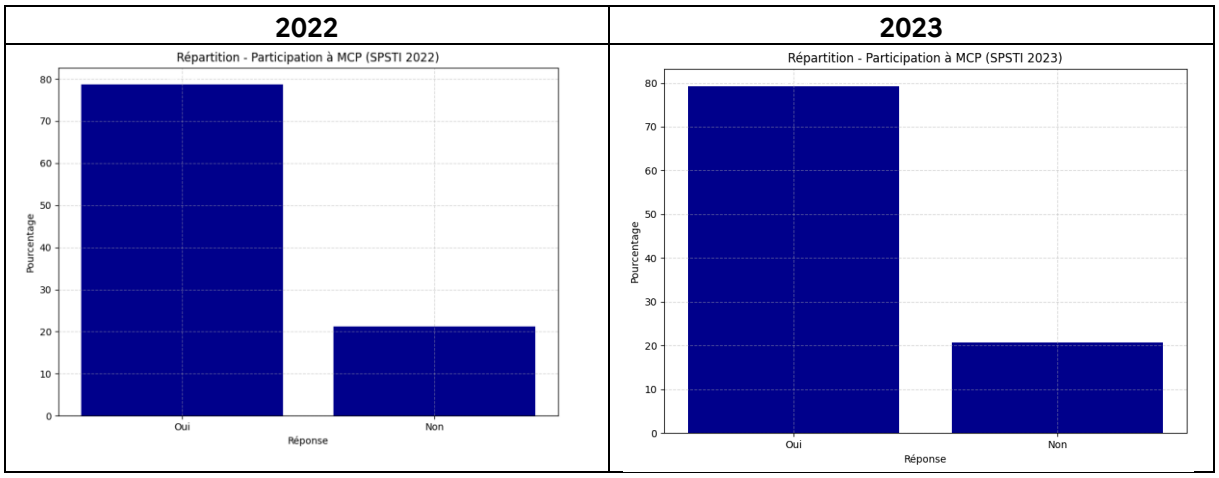
2.3.2 Participation à l'enquête maladie à caractère professionnelle (MCP)

Graphique 16 : Participation à l'enquête MCP 2022-2023 des SPSTA



Source : Direction générale du travail, traitement pôle data de l'Igas

Graphique 17 : Participation à l'enquête MCP 2022-2023 des SPSTI



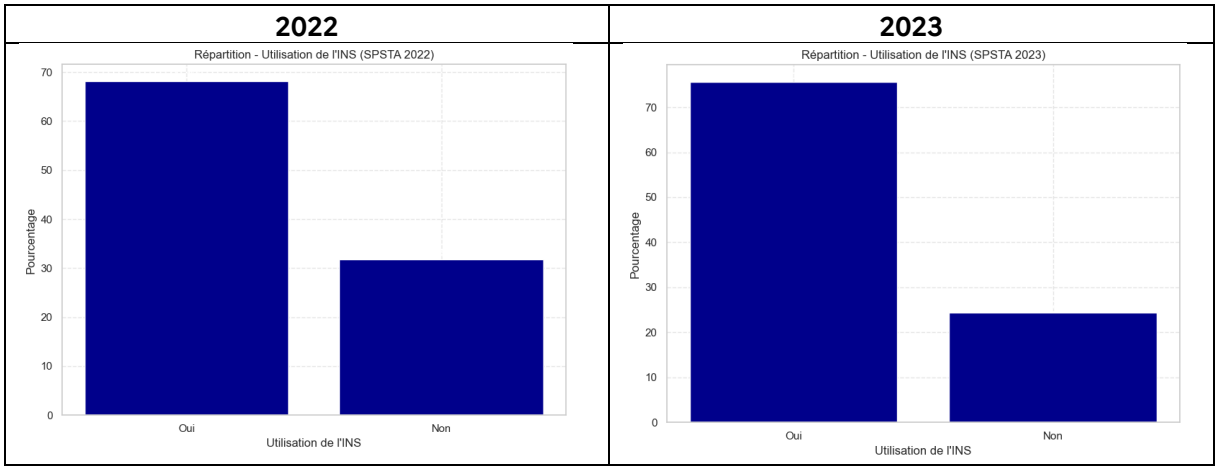
Source : Direction générale du travail, traitement pôle data de l'Igas

2.4 Les systèmes d'information

[32] **Cette catégorie est disponible pour les SPSTA et les SPSTI.**

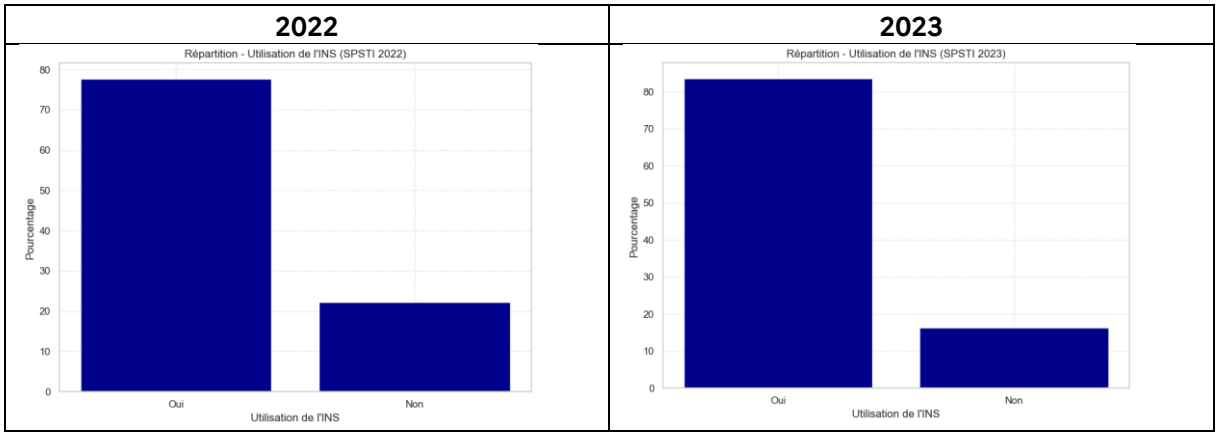
2.4.1 Utilisation de l'identifiant national de santé (INS)

Graphique 18 : Utilisation de l'INS 2022-2023 SPSTA[194]



Source : Direction générale du travail, traitement pôle data de l'Igas

Graphique 19 : Utilisation de l'INS 2022-2023 SPSTI

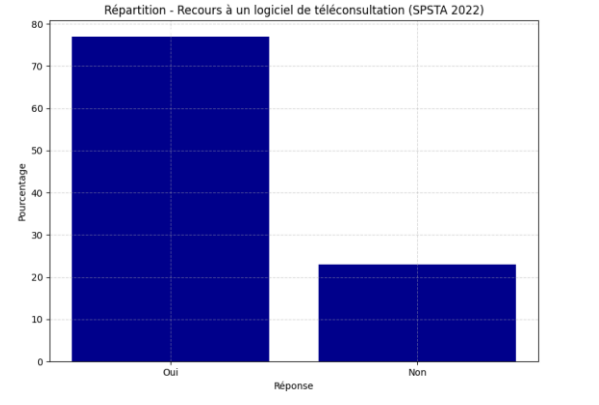
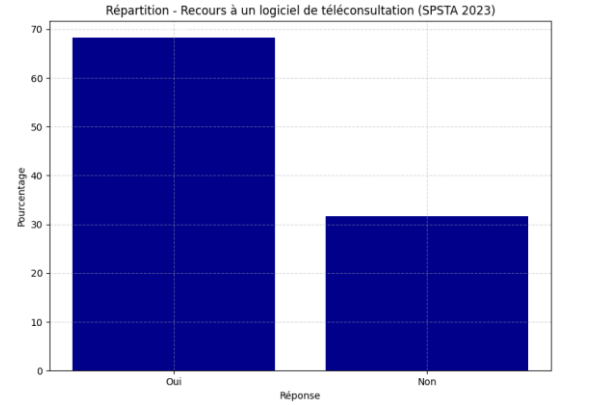


Source : Direction générale du travail, traitement pôle data de l'Igas

[194] On considère que l'INS est mis en place à partir du moment où un salarié (resp. adhérent) en bénéficie. Cette règle est appliquée pour toutes les variables binaires construites à partir d'un indicateur de suivi de réalisation.

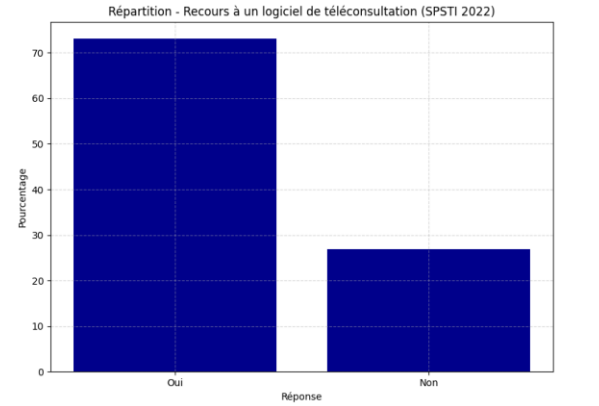
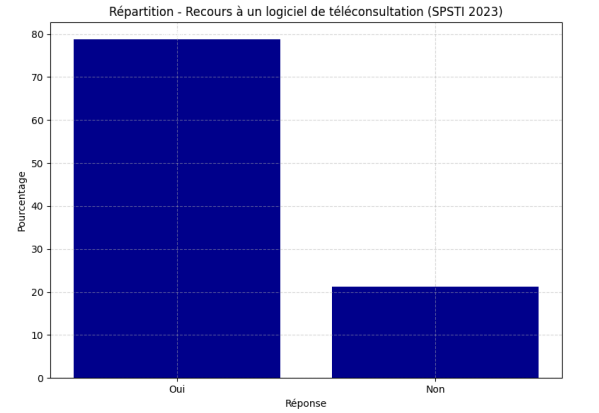
2.4.2 Recours à un logiciel de téléconsultation sécurisé

Graphique 20 : Part d'entités SPSTA ayant recours à un logiciel de téléconsultation sécurisé

2022	2023
	

Direction générale du travail, traitement pôle data de l'Igas

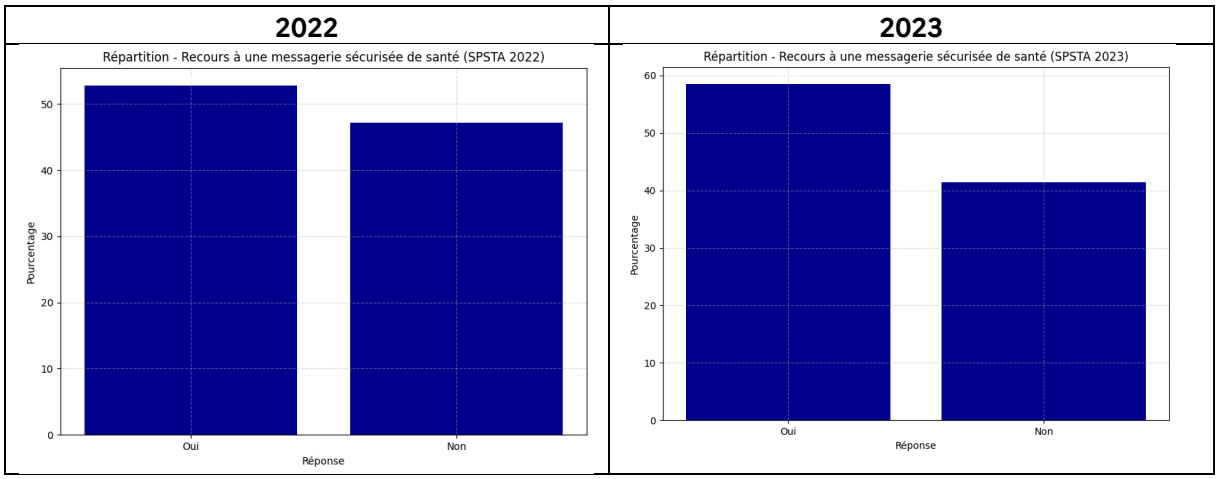
Graphique 21 : Part d'entités SPSTI ayant recours à un logiciel de téléconsultation sécurisé en 2022

2022	2023
	

Source : Direction générale du travail, traitement pôle data de l'Igas

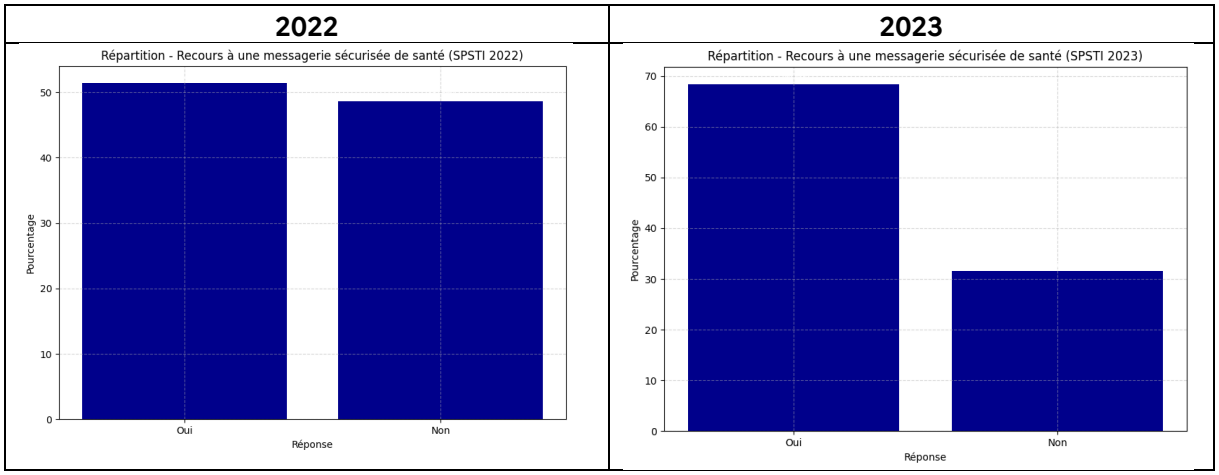
2.4.3 Recours à un logiciel de messagerie sécurisée

Graphique 22 : Part d'entités SPSTA ayant recours à un logiciel de messagerie sécurisé



Source : Direction générale du travail, traitement pôle data de l'Igas

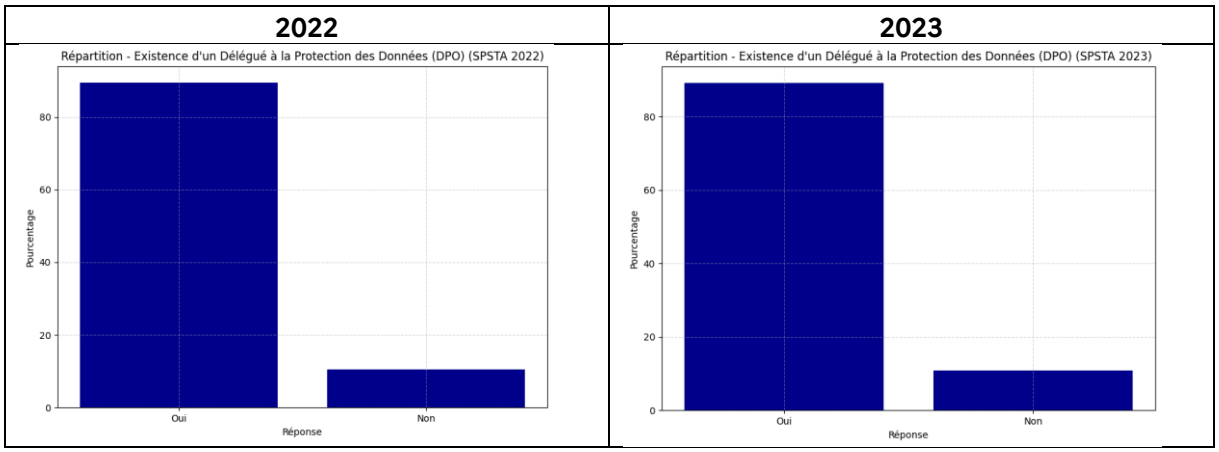
Graphique 23 : Part d'entités SPSTI ayant recours à un logiciel de messagerie sécurisé



Source : Données : la Direction générale du travail (DGT), enquête sur les SPST de 2022 – 2023. Traitements pôle data de l'Igas

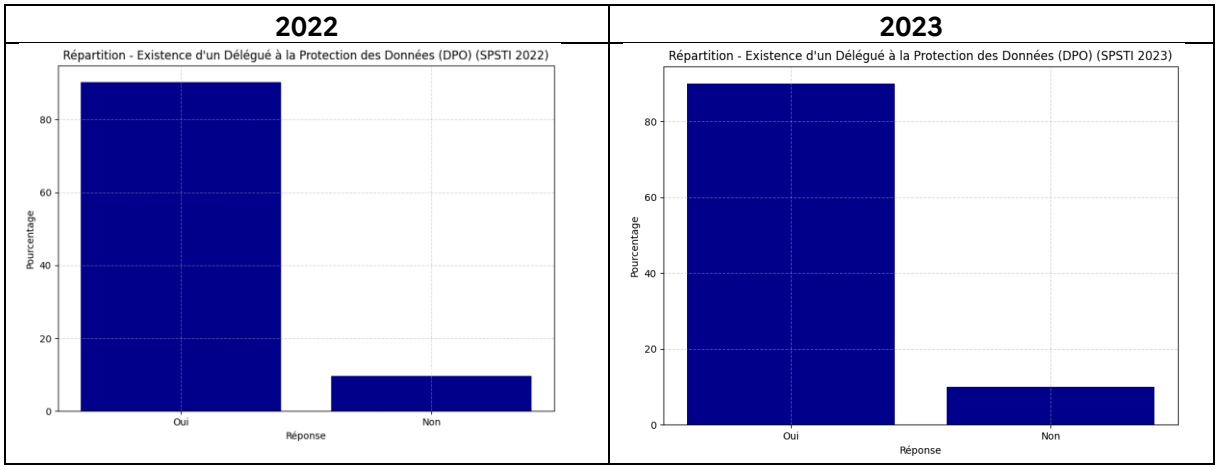
2.4.4 Existence d'un DPO

Graphique 24 : Part d'entités SPSTA ayant un DPO



Source : Direction générale du travail, traitement pôle data de l'Igas

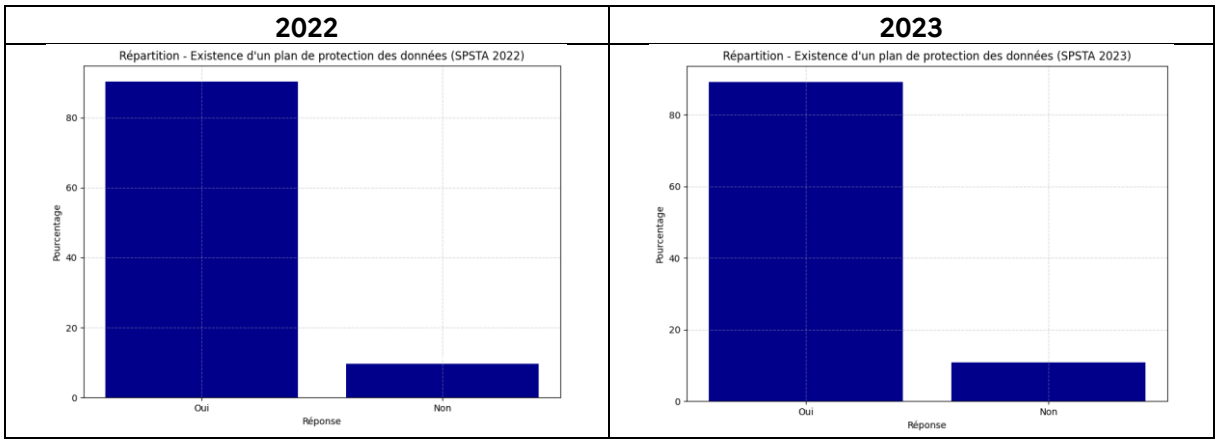
Graphique 25 : Part d'entités SPSTI ayant un DPO



Source : Direction générale du travail, traitement pôle data de l'Igas

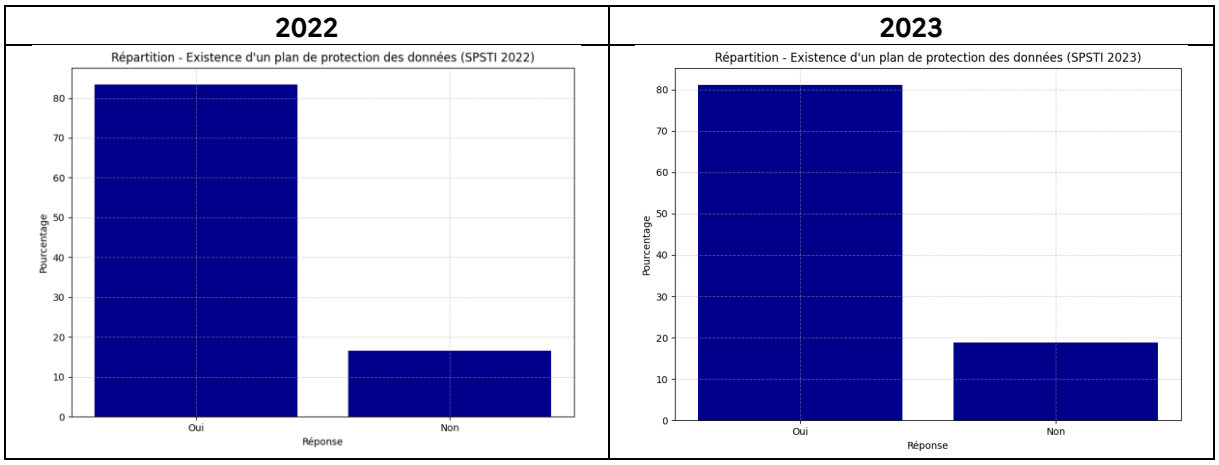
2.4.5 Existence d'un plan de sécurisation des données

Graphique 26 : Part de SPSTA disposant d'un plan de sécurisation des données



Source : Direction générale du travail, traitement pôle data de l'Igas

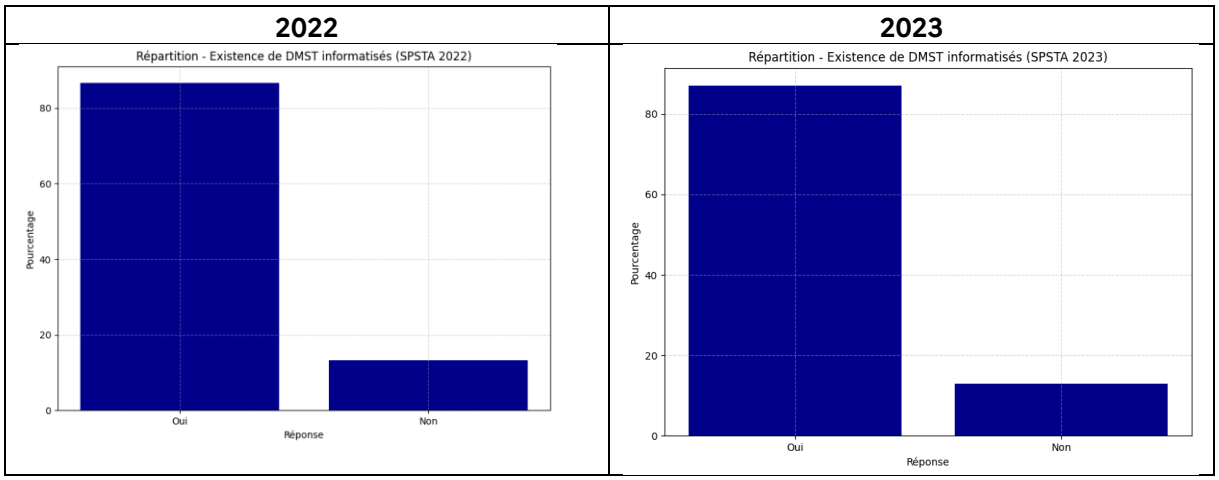
Graphique 27 : Part de SPSTI disposant d'un plan de sécurisation des données



Source : Direction générale du travail, traitement pôle data de l'Igas

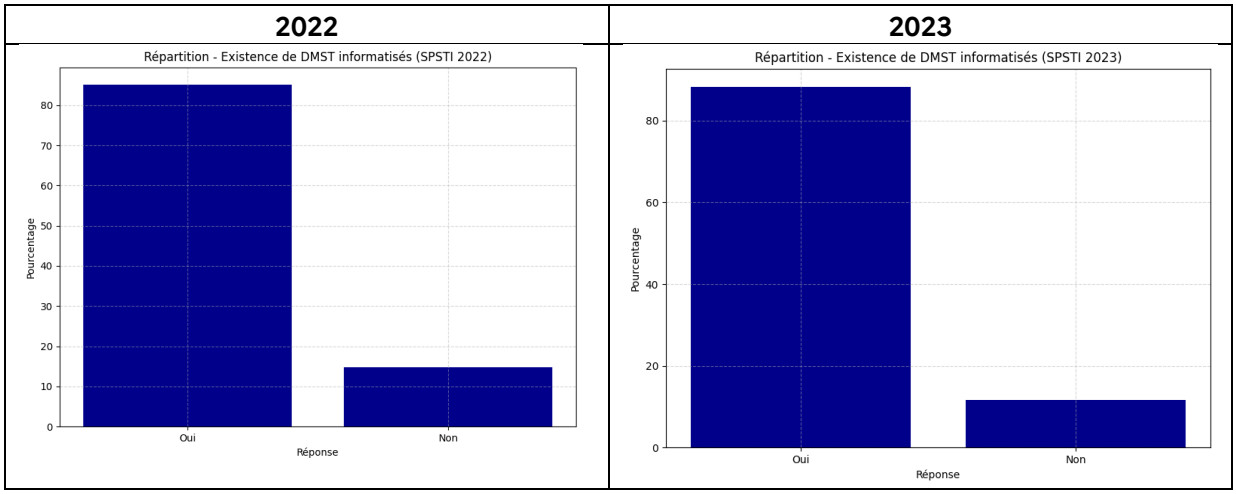
2.4.6 Existence de dossier médicaux en santé au travail (DMST) informatisés

Graphique 28 : Part de SPSTA disposant d'un DMST informatisé mis en place



Source : Direction générale du travail, traitement pôle data de l'Igas

Graphique 29 : Part de SPSTI disposant d'un DMST informatisé mis en place



Source : Direction générale du travail, traitement pôle data de l'Igas

2.5 Les visites individuelles

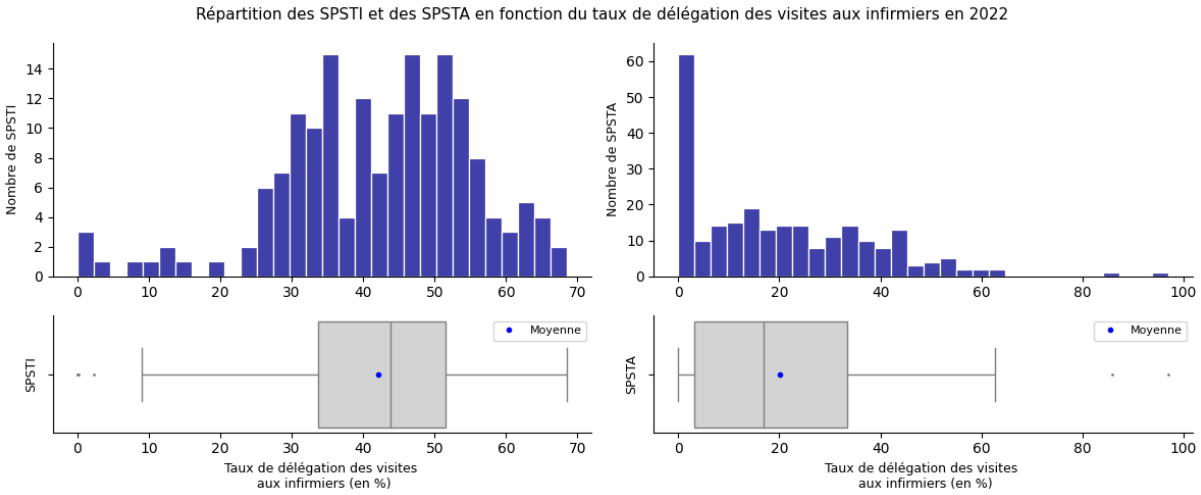
2.5.1 Taux de délégation des visites aux infirmiers (global)

[33] **Cette variable est disponible pour les SPSTI et les SPSTA**.

[34] Le taux de délégation des visites aux infirmiers est calculé comme suit :

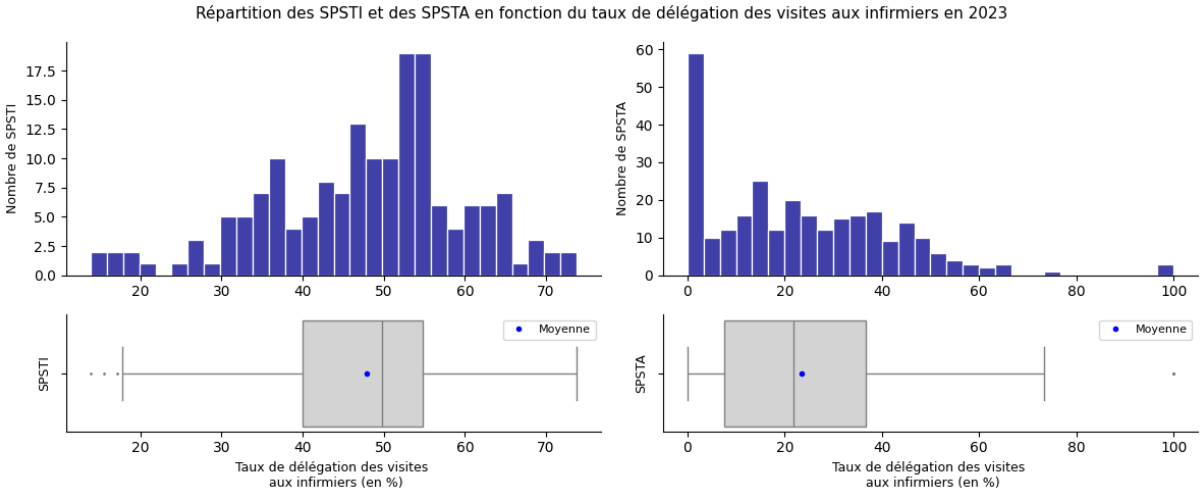
Taux de délégation des visites aux infirmiers (%) = (Nombre de visites réalisées par des infirmiers / Nombre total de visites) × 100

Graphique 30 : Répartition des SPST en fonction du taux de délégation des visites aux infirmiers en 2022



Source : Direction générale du travail, traitement pôle data de l'Igas

Graphique 31 : Répartition des SPST en fonction du taux de délégation des visites aux infirmiers en 2023



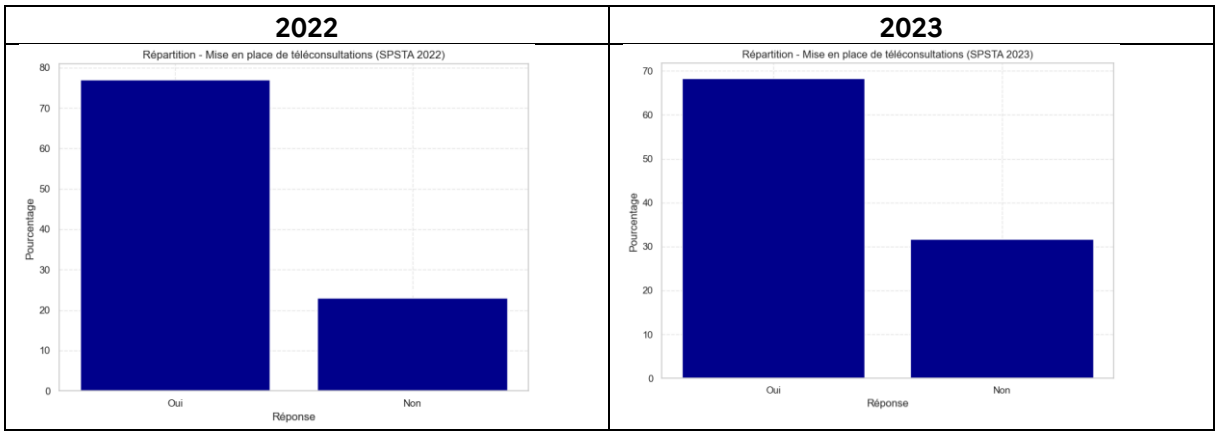
Source : Direction générale du travail, traitement pôle data de l'Igas

[35] On observe une augmentation à la fois dans les SPSTA et SPSTI du taux de délégation de visites aux infirmiers. En 2022 le taux médian dans les SPSTI était de 45 % et 18 % dans les SPSTA contre 50 % et 21 % respectivement en 2023.

2.5.2 Mise en place de téléconsultations

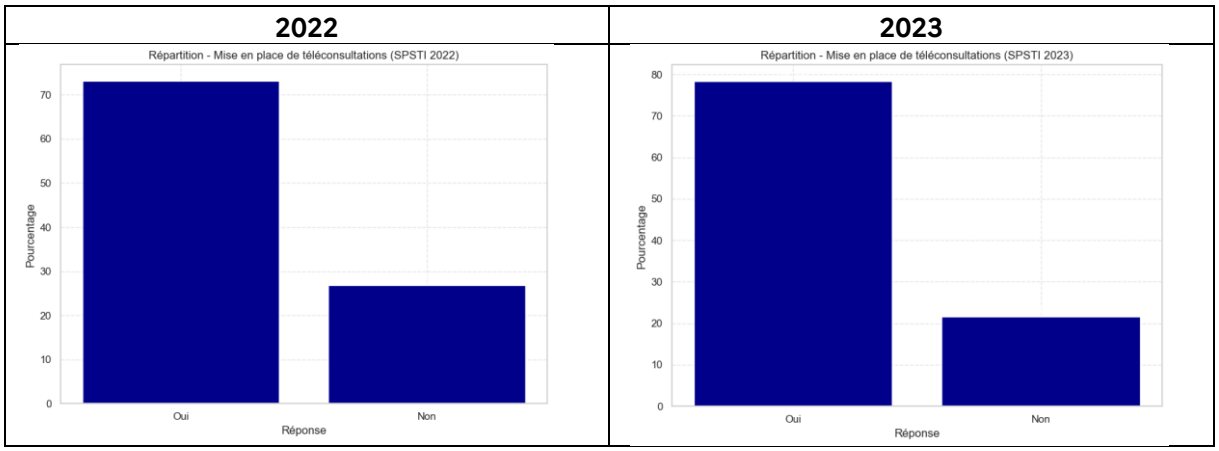
[36] **Cette variable est disponible pour les SPSTA et les SPSTI.**

Graphique 32 : Part de SPSTA avec mise en place de téléconsultations



Source : Direction générale du travail, traitement pôle data de l'Igas

Graphique 33 : Part de SPSTI avec mise en place de téléconsultations



Source : Direction générale du travail, traitement pôle data de l'Igas

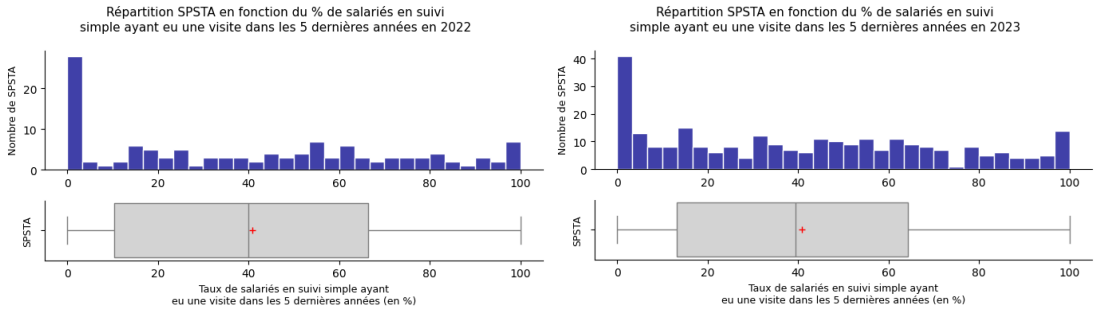
2.5.3 Part des salariés en suivi simple ayant eu une visite dans les 5 dernières années

[37] **Cette variable est disponible tant pour les SPSTI que pour les SPSTA.**

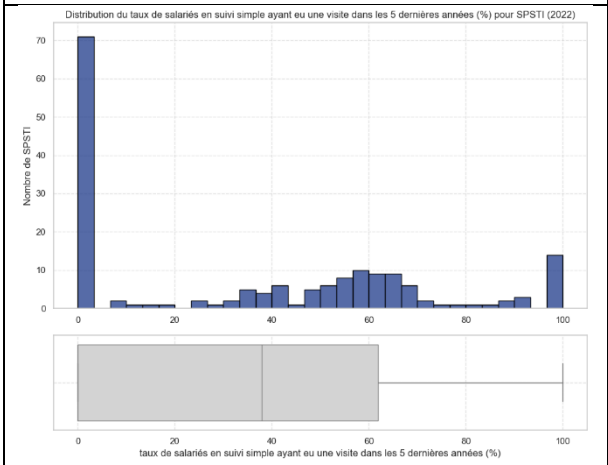
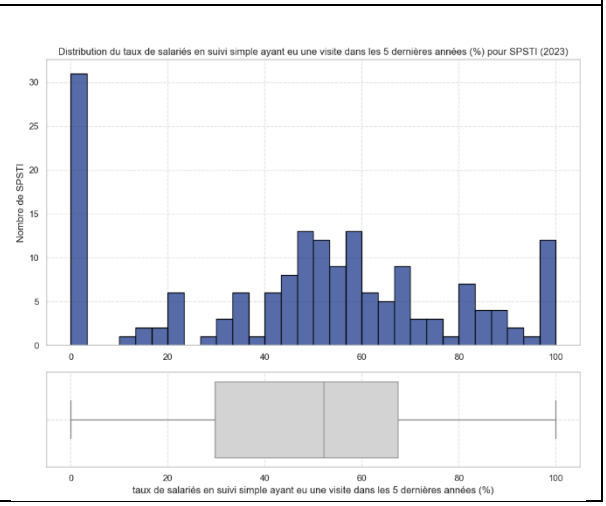
[38] La part des salariés en suivi simple ayant eu une visite dans les 5 dernières années est calculée comme suit :

Part des salariés en suivi simple (%) = (Nombre de salariés en suivi simple ayant eu une visite dans les 5 dernières années / Nombre total de salariés suivi simple) × 100

Graphique 34 : Répartition du taux de salariés en suivi simple ayant eu une visite dans les 5 dernières années en 2022-2023



Source : Direction générale du travail, traitement pôle data de l'Igas

2022	2023
	

Source : Direction générale du travail, traitement pôle data de l'Igas

[39] Le taux moyen reste stable sur la période autour de 40 % pour les SPSTA. Pour les SPSTI on observe une amélioration de ce taux moyen, qui provient de la baisse du nombre de SPSTI qui ne déclaraient aucune visite par salariés en suivi simple sur 5 ans.

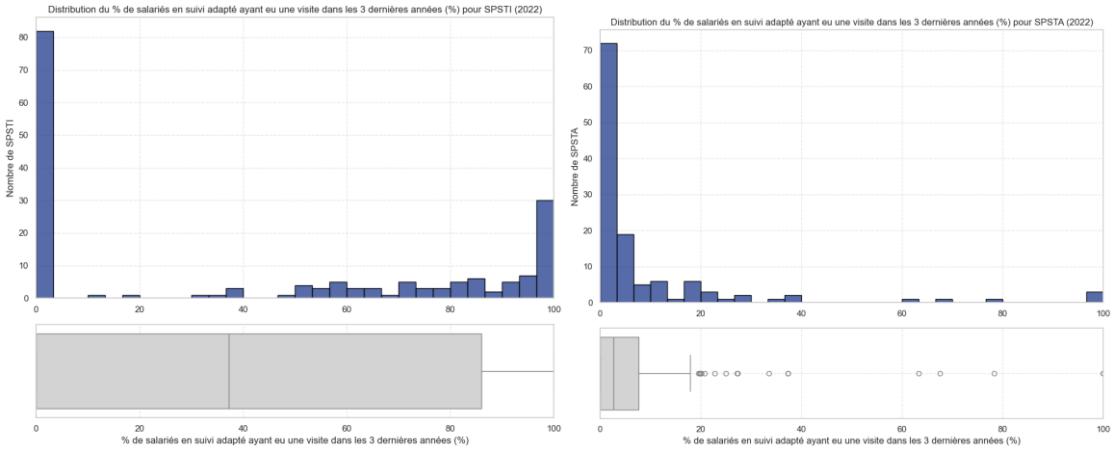
2.5.4 Part des salariés en suivi adapté ayant eu une visite dans les 3 dernières années

[40] **Cette variable est disponible pour les SPSTA et les SPSTI.**

[41] La part des salariés en suivi adapté ayant eu une visite dans les 3 dernières années est calculée comme suit :

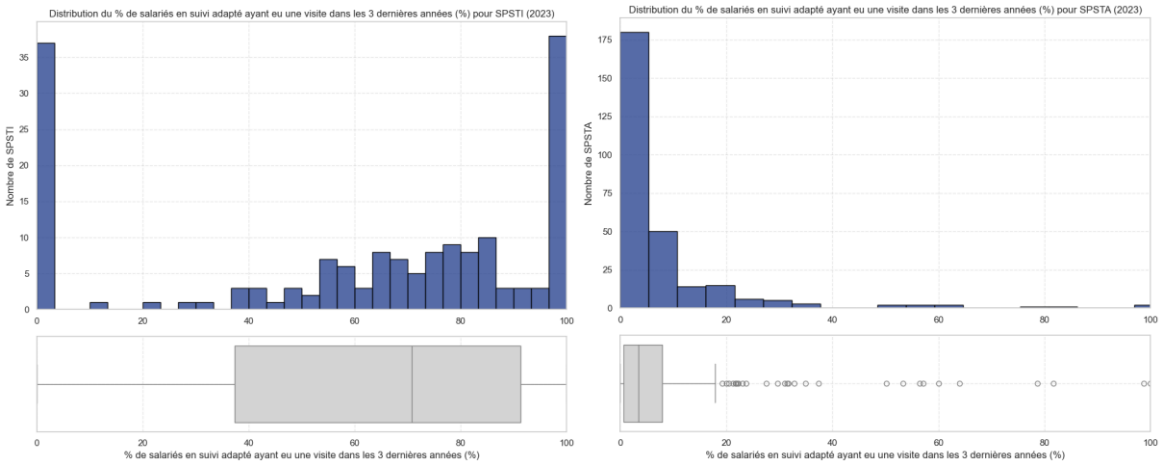
Part des salariés en suivi adapté (%) = (Nombre de salariés en suivi adapté ayant eu une visite dans les 3 dernières années / Nombre total de salariés suivis adaptés) × 100

Graphique 35 : Répartition des SPST en fonction du % de salariés en suivi adapté ayant eu une visite dans les 3 dernières années en 2022



Source : Direction générale du travail, traitement pôle data de l'Igas

Graphique 36 : Répartition des SPST en fonction du % de salariés en suivi adapté ayant eu une visite dans les 3 dernières années en 2023



Source : Direction générale du travail, traitement pôle data de l'Igas

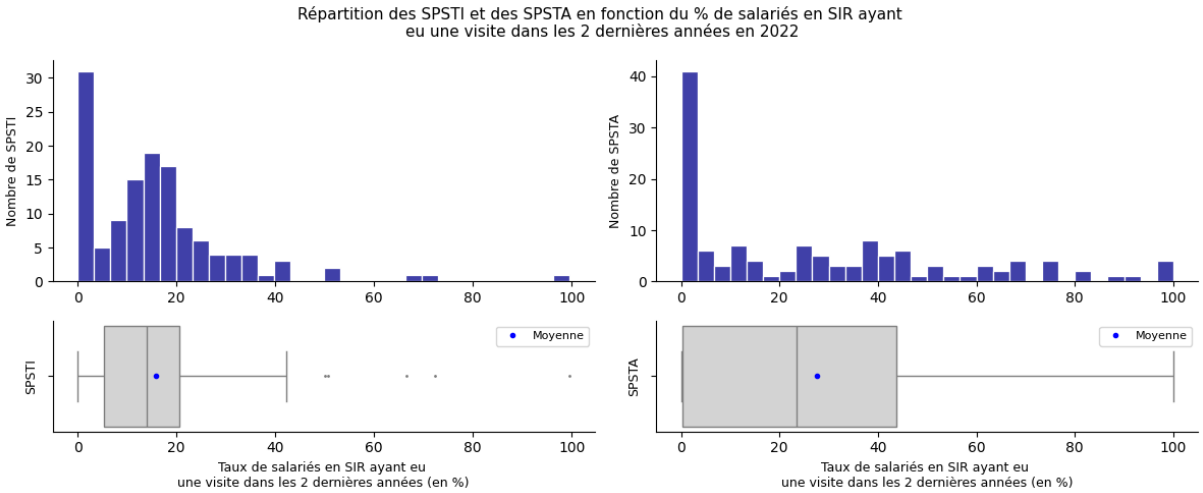
2.5.5 Part des salariés en SIR ayant eu une visite dans les deux dernières années

[42] **Cette variable est disponible pour les SPSTI et les SPSTA.**

[43] La part des salariés en suivi individuel renforcé (SIR) ayant eu une visite dans les 2 dernières années est calculée comme suit :

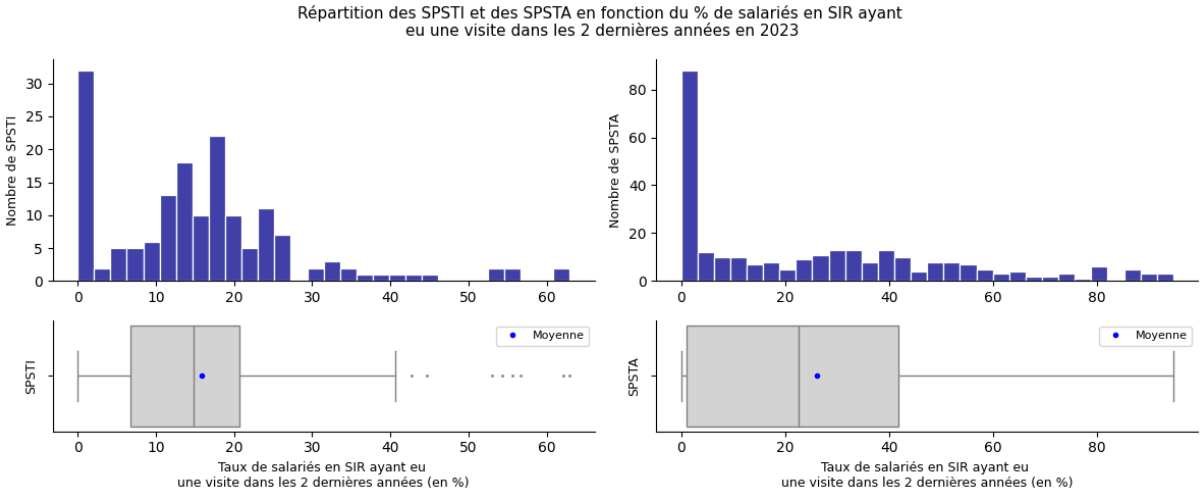
Part des salariés en SIR (%) = (Nombre de salariés en SIR ayant eu une visite dans les 2 dernières années / Nombre total de salariés suivis renforcés) × 100

Graphique 37 : Répartition des SPST en fonction de la part de salariés en SIR ayant eu une visite dans les 2 dernières années en 2022



Source : Direction générale du travail, traitement pôle data de l'Igas

Graphique 38 : Répartition des SPST en fonction de la part de salariés en SIR ayant eu une visite dans les 2 dernières années en 2023



Source : Direction générale du travail, traitement pôle data de l'Igas

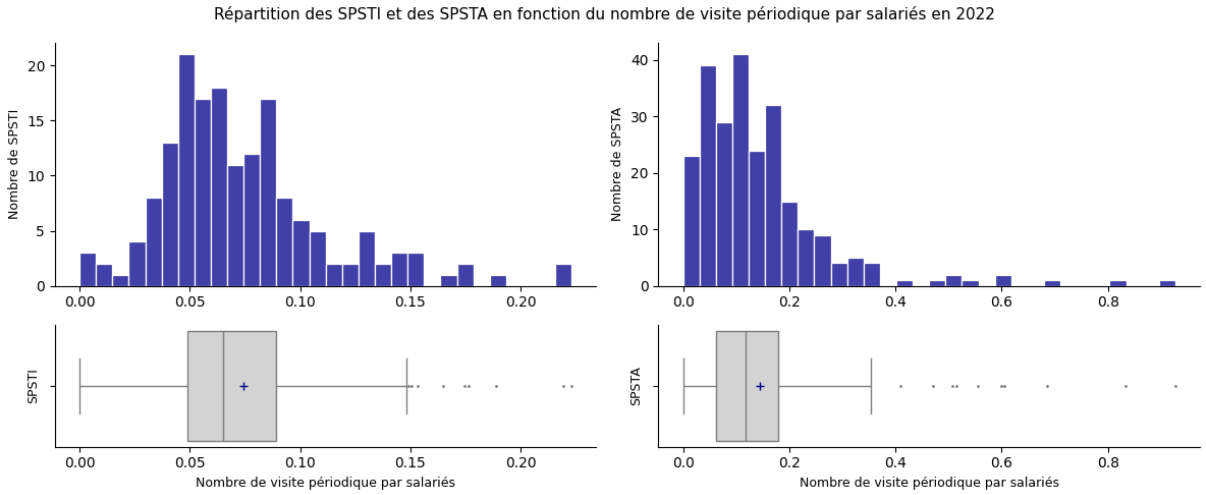
2.5.6 Visites périodiques par salarié

[44] **Cette variable est disponible pour les SPSTI et les SPSTA.**

[45] Le nombre de visites périodiques par salarié est calculé comme suit :

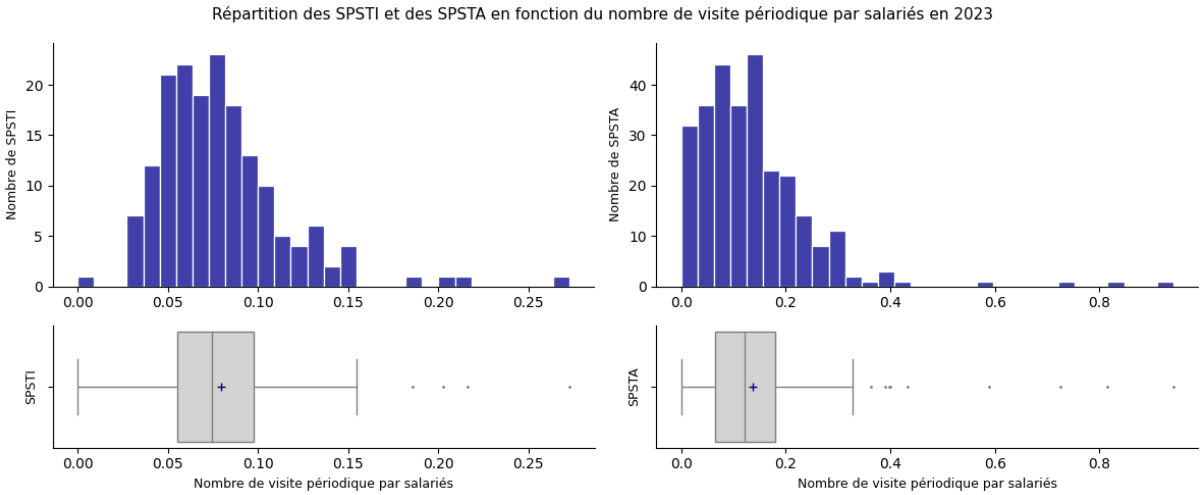
Visites périodiques par salarié = Nombre total de visites périodiques / Nombre total de salariés suivis

Graphique 39 : Répartition des SPST en fonction du nombre de visite périodique par salariés en 2022



Source : Direction générale du travail, traitement pôle data de l'Igas

Graphique 40 : Répartition des SPST en fonction du nombre de visite périodique par salariés en 2023



Source : Direction générale du travail, traitement pôle data de l'Igas

[46] C'est dans les SPSTA que le nombre de visites périodiques est le plus élevé (0.17 vs 0.08). Ce taux reste stable entre 2022 et 2023.

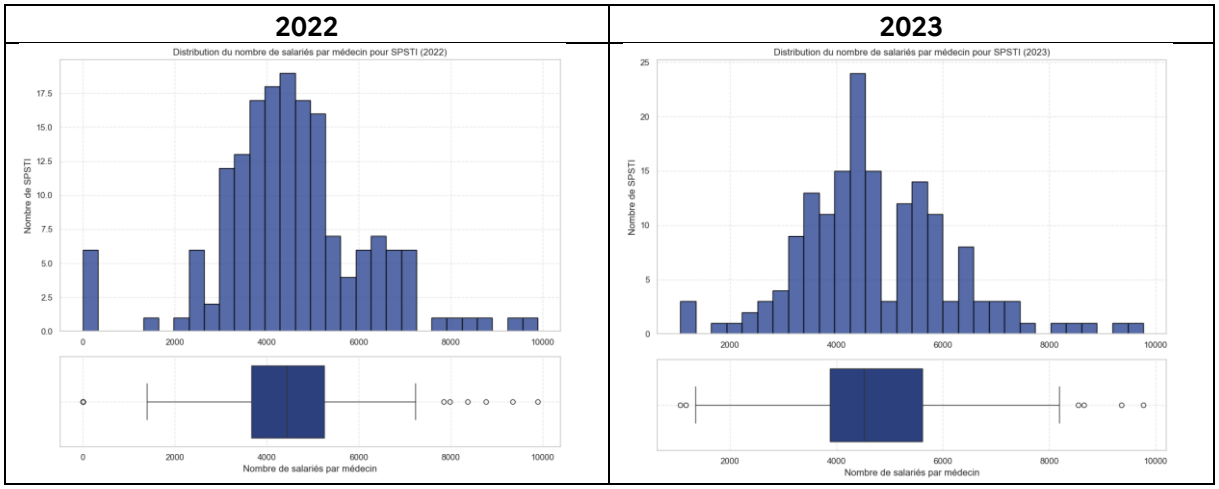
2.6 Les variables d'interprétation

[47] L'un des déterminants de l'organisation des SPST est le nombre de salariés par médecins du travail. Afin d'approcher le mieux possible cette variable on définit une nouvelle variable « nombre de médecins » qui est la somme (en ETP) des médecins du travail, collaborateurs médecins et internes.

Nombre de médecins (ETP) = ETP des médecins du travail + ETP des collaborateurs médecins + ETP des internes

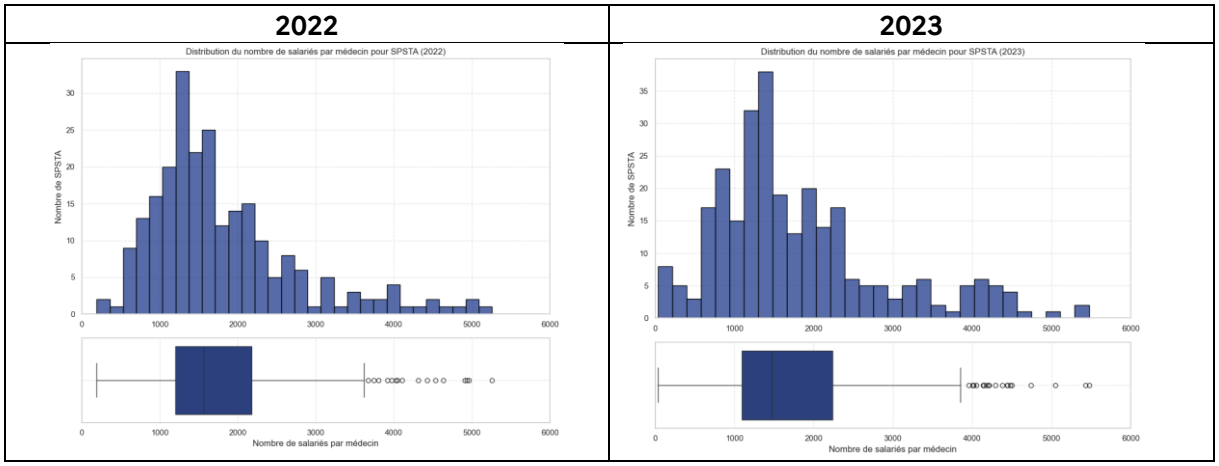
[48] Le nombre de salariés par médecin du travail en 2023 suit la distribution suivante

Graphique 41 : Distribution du nombre de salariés par médecins pour les SPSTI



Source : Direction générale du travail, traitement pôle data de l'Igas

Graphique 42 : Distribution du nombre de salariés par médecins pour les SPSTA

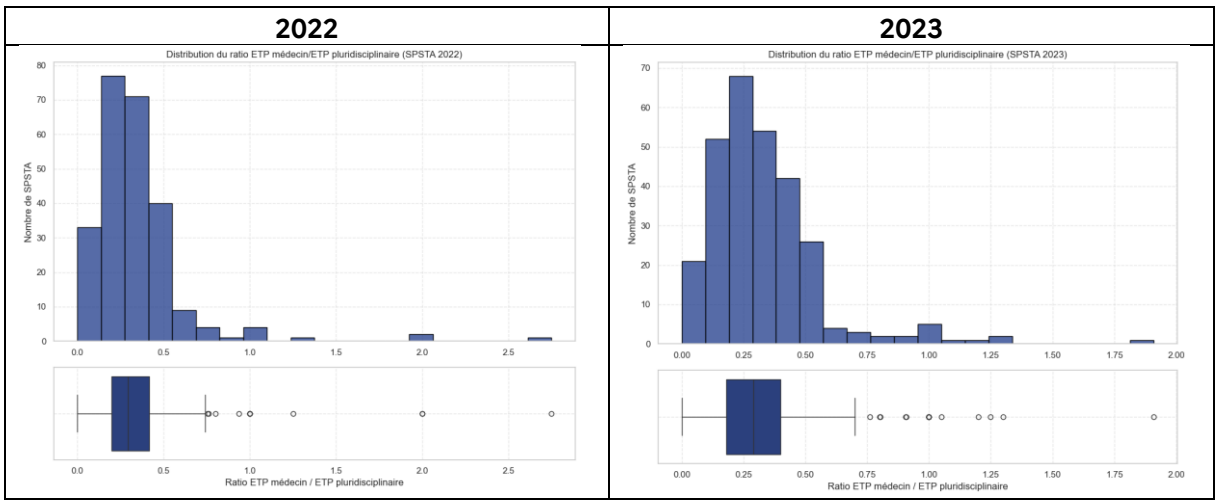


Source : Direction générale du travail, traitement pôle data de l'Igas

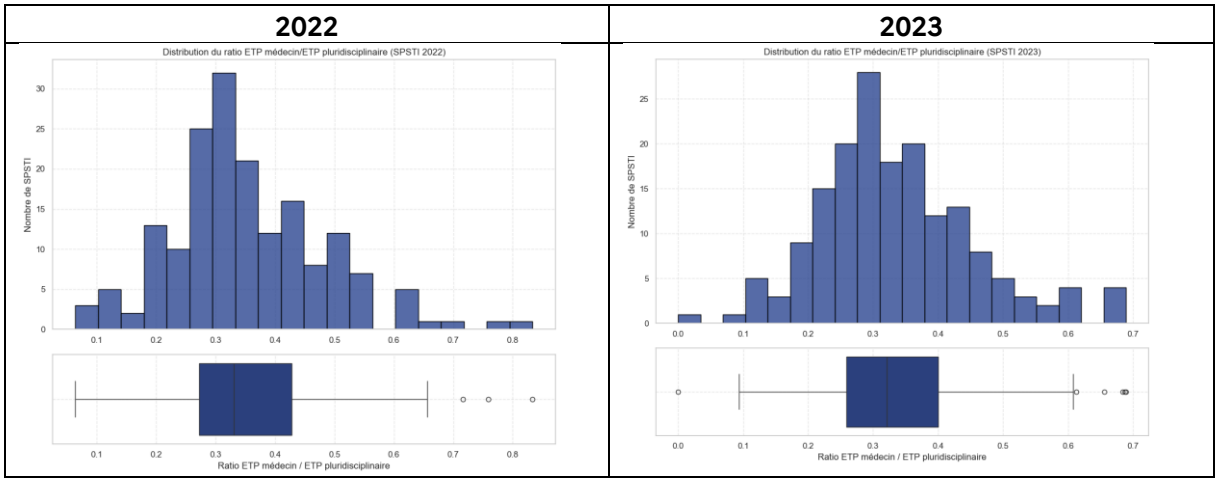
[49] De la même façon, la proportion des médecins dans l'équipe pluridisciplinaire est un élément important dans la réflexion. On définit donc une nouvelle variable part (en ETP) des médecins dans l'équipe pluridisciplinaire. Elle correspond au ratio : ETP médecin / ETP équipe pluridisciplinaire (y compris médecins)[195].

[195] ETP de l'équipe pluridisciplinaire = ETP des médecins + ETP des assistants de service de santé au travail + ETP des infirmiers de santé au travail + ETP des intervenants en prévention des risques professionnels

Graphique 43 : Répartition du ratio ETP médecin dans l'équipe pluridisciplinaire



Source : Direction générale du travail, traitement pôle data de l'Igas



Source : Direction générale du travail, traitement pôle data de l'Igas

[50] Ce ratio est en moyenne plus faible dans les SPSTA (0.25 vs 0.21). Toutefois, c'est dans les SPSTA qu'on observe les taux les plus élevés allant au-delà de 70 %. La notion d'équipe pluridisciplinaire n'est cependant pas assimilable dans les deux types de SPST : seuls les SPSTI doivent en être dotés, et les effectifs infirmiers dans les SPSTA intègrent également les infirmiers d'entreprise.

3 Mise en place du score

[51] A partir des variables présentées, on construit un indicateur composite, appelé score, afin d'évaluer de manière synthétique la performance des SPST. Le score est calculé de la manière suivante :

- Un tiers de la note est lié aux actions en milieu de travail (AMT) ;

- Un tiers de la note est lié au suivi individuel de santé des salariés (visites) ;
- Le dernier tiers de la note se compose, à parité, des résultats liés à la prévention de la désinsertion professionnelle (PDP)[196], de la performance des systèmes d'information (SI) et de la participation aux politiques publiques de santé (PPPS).

[52] La notation est la suivante :

- Pour les variables continues :
  - 1 point si le SPST est dans le 1er quartile
  - 2 points si le SPST est dans le 2ème quartile
  - 3 points si le SPST est dans le 3ème quartile
  - 4 points si le SPST est dans le dernier quartile
- Pour les questions binaires :
  - 1 point si non
  - 4 points si oui

[53] Ce choix de notation a été motivé par le fait que les informations disponibles ne permettaient pas de définir des valeurs critiques en deçà ou delà desquelles le résultat d'un SPST était satisfaisant ou pas. **Il a donc été retenu de comparer les SPST entre eux**. Les variables qui jouent plus sur la distribution du score sont les variables binaires, ou chaque SPST est noté en fonction de ce qu'il a réalisé et pas relativement aux autres. Ce score n'est donc pas un indicateur de performance absolu mais il illustre comment à partir des résultats de l'enquête DGT on peut approcher la performance globale et comparer les établissements entre eux.

[54] Le tableau ci-dessous reprend l'ensemble des variables utilisées pour le score et la pondération associée. Il a été retenu de pondérer les trois ensembles formés respectivement par les AMT, les visites individuelles et les autres activités et caractéristiques (PDP, informatisation, participation aux politiques publiques de santé) de la même manière. Ainsi, l'ensemble de ces composantes sont pondérées de manière à respecter la parité entre les trois ensembles principaux.

Tableau 2 : Description des variables utilisées dans le score

Variable	Pondération dans le score PSTI	Pondération dans le score SPSTA	Thématique
% d'adhérents dotés d'une fiche d'entreprise de moins de 4 ans	8,25 %	-	AMT
% d'adhérents ayant bénéficié d'un conseil DUERP	8,25 %	-	AMT
% de salariés ayant communiqué leur DUERP	8,25 %	-	AMT

[196] Pour les SPSTI

% d'adhérents ayant bénéficié d'une action de prévention primaire au cours des 4 dernières années	8,25 %	-	AMT
% d'analyses de poste	-	5,5 %	AMT
% de salariés bénéficiant d'une étude de poste	-	5,5 %	AMT
% de salariés bénéficiant d'une animation de campagne d'information et de sensibilisation	-	5,5 %	AMT
% d'actions réalisées en animation de campagne d'information et de sensibilisation	-	5,5 %	AMT
% d'actions de conseil réalisées	-	5,5 %	AMT
% de salariés bénéficiant d'une action de conseil	-	5,5 %	AMT
Nombre d'actions de PDP par salariés	5,5 %	-	PDP
Existence d'une cellule PDP (oui/non)	5,5 %	-	PDP
Niveau de participation aux actions du PRST (Nombre de types d'actions / SPST)	3,67%	5,5 %	PPPS
Participation à EVEREST (oui/non)	3,67 %	5,5 %	PPPS
Participation à MCP (oui/non)	3,67 %	5,5 %	PPPS
Mise en place de l'INS (oui/non)	1,83 %	2,75 %	SI
Recours à un logiciel de téléconsultation sécurisé (oui / non)	1,83%	2,75%	SI
Existence d'une messagerie sécurisée (oui/non)	1,83 %	2,75 %	SI
Existence d'un DPO (oui/non)	1,83 %	2,75 %	SI
Existence d'un plan de sécurisation des données (oui / non)	1,83 %	2,75 %	SI
Existence de DMST informatisés (oui/non)	1,83 %	2,75 %	SI
Taux de délégation des visites aux infirmiers (global)	5,5 %	5,5 %	Visites

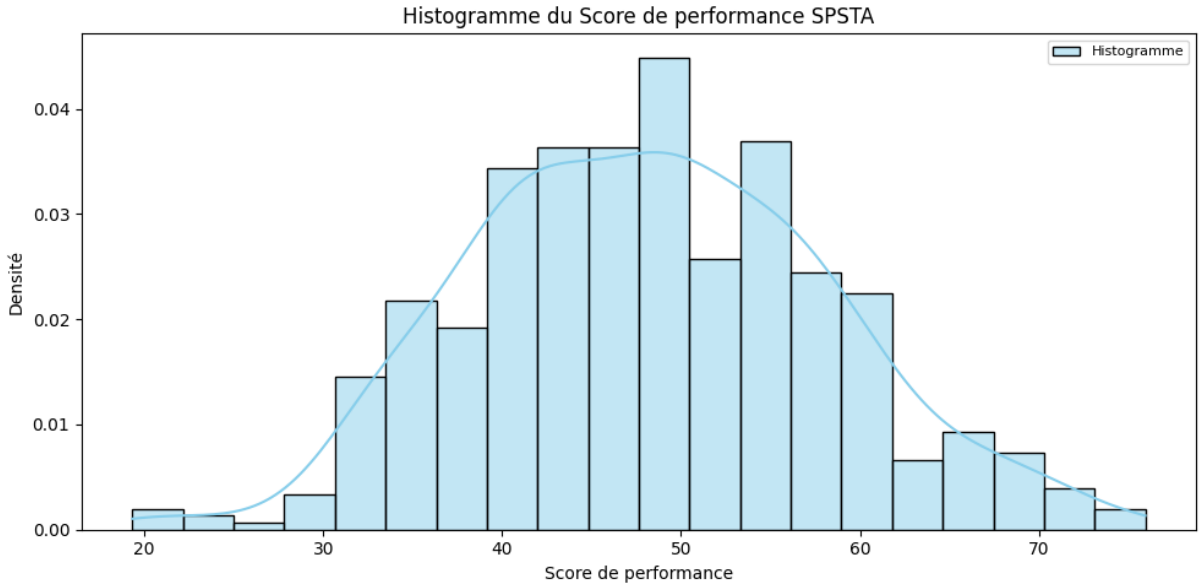
Recours aux téléconsultations (oui/non)	5,5 %	5,5 %	Visites
Salariés en suivi simple ayant eu une visite dans les 5 dernières années	5,5 %	5,5 %	Visites
Salariés en suivi adapté ayant eu une visite dans les 3 dernières années	5,5 %	5,5 %	Visites
Salariés en SIR ayant eu une visite dans les 2 dernières années	5,5 %	5,5 %	Visites
Nombre de visites périodiques par salariés	5,5 %	5,5 %	Visites

Source : Pôle data de l'Igas

3.1 Présentation du score en 2023

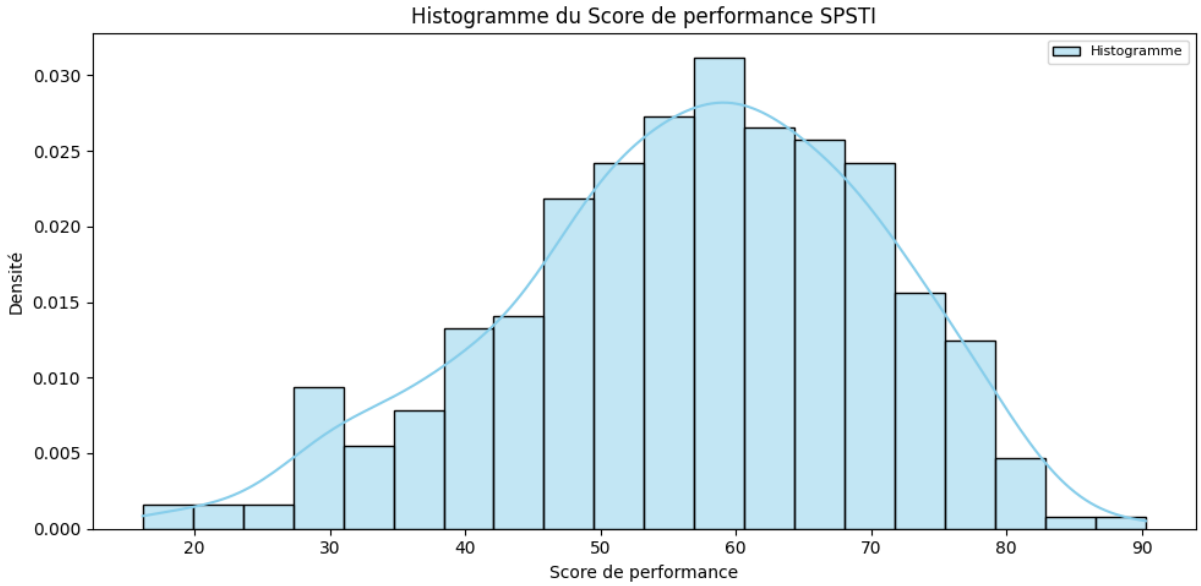
[55] Les graphiques ci-dessous représentent la distribution du score au sein des SPSTA et SPSTI.

Graphique 44 : Répartition du score SPSTA



Source : Direction générale du travail, traitement pôle data de l'Igas

Graphique 45 : Répartition du score SPSTI



Source : Direction générale du travail, traitement pôle data de l'Igas

[56] Ces distributions montrent que le score est discriminant à la fois pour les SPSTA et les SPSTI, et permet de bien mettre en avant des disparités sur les variables étudiées entre SPST, ce qui était attendu grâce à la notation basée sur les quartiles.

[57] La distribution du score dans les SPSTA est centrée autour de 50 % et équitablement répartie autour de la moyenne (49,9 %). Dans les SPSTI le score est plus concentré sur des valeurs élevées. Le score moyen est de 60,2 % en 2023. Les SPSTA ont un écart type de 10,4, soit un coefficient de variation de 21 %, tandis que les SPSTI ont un écart type de 12,8 ce qui porte le coefficient de variation à 21 %.

[58] Les différences de moyennes entre SPSTA et SPSTI s'expliquent par le poids des questions binaires. Ainsi dans les SPSTI, un nombre plus important d'entités ont répondu « oui » comme on peut l'observer dans les statistiques descriptives. C'est notamment le cas sur les aspects portant sur les SI où les SPSTI semblent plus avancés.

3.2 Évolution du score entre 2022 et 2023 selon différents critères

3.2.1 Au sein des services de prévention et de santé au travail autonomes

Tableau 3 : Évolution du score SPSTA entre 2022 et 2023

Année	Moyenne du score	Médiane du score	Ecart-type
2022	46,29	46,70	9,18
2023	49,87	50,00	10,43

Source : Direction générale du travail, traitement pôle data de l'Igas

[59] Le score des SPSTA s'améliore entre 2022 et 2023.

[60] Une approche par taille de SPSTA tend à montrer que le score a tendance à s'améliorer quand la taille augmente.

Tableau 4 : Score 2022 et 2023 par taille de SPSTA

Taille du SPSTA (en nombre de salariés)	Score 2022	Effectif 2022	Score 2023	Effectif 2023
Moins de 1 000	44,39	53	45,59	66
1 000 à 2 000	45,67	70	49,68	80
2 000 à 5 000	46,42	81	49,31	89
5 000 et plus	50,37	41	57.57	50

Source : Direction générale du travail, traitement pôle data de l'Igas

[61] Toutefois, le coefficient de corrélation entre la taille et le score est très faible (0.12) ne mettant pas en évidence de lien direct et général entre la taille et le score. En revanche, une approche graphique montre que le score des SPSTA de moins de 500 salariés est en dessous de la moyenne, et au-delà de 10 000 salariés le score est plus élevé.

Graphique 46 : Relation entre le score et la taille du SPSTA

Source : Direction générale du travail, traitement pôle data de l'Igas

[62] La question de l'influence de l'éditeur de logiciel s'est également posée. Le tableau ci-dessous étudie le score en fonction de l'éditeur[197].

[197] Les logiciels ont été anonymisés, la même anonymisation est valable pour l'ensemble du rapport.

Tableau 5 : Scores 2022 et 2023 en fonction de l'éditeur de logiciel

Éditeur de logiciel	Score 2022	Score 2023
A	51,75	58,76
B	50,58	54,80
Autres logiciels	44.42	51,31
C	46,03	48,51
D	49,23	45,57
E	46,09	49,42
Sans logiciel	43,40	48,37

Source : Direction générale du travail, traitement pôle data

[63] Les effectifs très disparates selon les catégories ne permettent pas de mettre en évidence de différences significatives.

3.2.2 Les services de prévention et de santé au travail interentreprises

[64] La même approche que celle précédemment exposée est adoptée pour les SPSTI.

[65] On observe également une progression significative du score entre 2022 et 2023 qui reflète une meilleure réponse aux questions binaires.

Tableau 6 : Évolution du score entre 2022 et 2023

Année	Moyenne du score	Médiane du score	Ecart-type
2022	53,21	53,83	13,39
2023	60,20	60,88	12,77

Source : Direction générale du travail, traitement pôle data de l'Igas

Tableau 7 : Évolution du score selon la taille du SPSTI

Taille	Effectif 2022	Score 2022	Effectif 2023	Score 2023
Moins de 50k	72	49,15	59	56,51
50k à 100k	54	54,24	60	60,57
Plus de 100k	49	58,02	52	63,97

Source : Direction générale du travail, traitement pôle data de l'Igas

[66] Comme pour les SPSTA, le coefficient de corrélation n'indique pas de relation linéaire très forte entre la taille du SPSTI et son score (r^2=0.20). Toutefois, on observe à nouveau que les SPSTI de plus grande taille ont un score plus élevé en moyenne. Cette distinction est moins nette graphiquement qu'elle ne l'était pour les SPSTA.

Graphique 47 : Répartition du score des SPSTI en fonction de leur taille

Source : Direction générale du travail, traitement pôle data de l'Igas

[67] Enfin une étude du score par logiciel montre des différences dans le score moyen. La significativité de ces différences n'est pas assurée d'un strict point de vue statistique compte tenu des effectifs de chaque catégorie.

Tableau 8 : Répartition du score par éditeur de logiciel

Éditeur de logiciel	Score 2022	Score 2023
A	65,27	69,71
B	61,65	71,47
Autres logiciels	56,35	61,99
D	51,71	60,07
E	51.33	55,85
F	47,79	53,86
Sans logiciel	NaN	52,06

Source : Pôle DATA de l'Igas

ANNEXE 10 : L'exploitation des données de l'enquête ESENER 2024 de l'agence européenne pour la santé et la sécurité au travail

1 PERIMETRE DE L'ETUDE 169

2 RESULTATS DE L'ENQUETE 170

2.1 EXISTENCE DE VISITES MEDICALES POUR EVALUER L'ETAT DE SANTE AU TRAVAIL DES SALARIES 170

2.2 DESCRIPTION DES SERVICES DE SANTE ET DE SECURITE AU TRAVAIL MIS EN PLACE 172

2.3 LES RAISONS POUR LA PRISE EN COMPTE DE LA SANTE DE LA SECURITE AU TRAVAIL 182

2.4 EXISTENCE D'UNE FORMATION POUR LES RESPONSABLES ET CHEFS D'EQUIPE SUR LA GESTION DE LA SANTE ET DE LA SECURITE AU SEIN DE LEURS EQUIPES 193

[1] L'objectif de cette annexe est d'étudier le positionnement de la France par rapport à d'autres pays européen[198] sur son appréhension de la santé au travail et son évolution depuis 10 ans. Pour cela, on dispose des résultats de l'enquête ESNER 2014 et 2019 publiés par l'agence européenne pour la santé et la sécurité au travail (EU-Osha). Par ailleurs OSHA a transmis à l'Igas les données recueillies en 2024 en cours de traitement au niveau européen. Ces données ont été analysées par le pôle data de l'Igas.

1 Périmètre de l'étude

[2] EU-Osha réalise tous les 5 ans une enquête dénommée ESENER[199], portant sur le management de la santé et de la sécurité au travail au sein des entreprises d'une trentaine de pays européens[200]. Sur la base de questionnaires adressés à la personne qui, au sein l'entreprise, « connaît le mieux » les problématiques de santé au travail (manager, représentant des salariés, etc.), l'enquête offre un panorama précieux de la prise en charge de ces questions, offrant des potentialités de comparaison dans l'espace et dans le temps. Les données brutes de l'enquête ESENER 2024 ont été transmis à la mission par l'Agence de Bilbao.

[3] L'enquête ESNER 2024 comporte 404 questions.

[4] L'analyse ici présentée porte sur 4 questions (et sous questions correspondantes) :

- Existence de visites médicales pour évaluer l'état de santé au travail des salariés ;
- Description des services de santé et de sécurité au travail mis en place ;
- Les raisons pour la prise en compte de la santé de la sécurité au travail ;
- Existence d'une formation pour les responsables et chefs d'équipe sur la gestion de la santé et de la sécurité au sein de leurs équipes.

[5] Conformément aux instructions données par OSHA, pour les statistiques intra-pays, la pondération *Within country scaled establishment weight* a été utilisée. Pour les statistiques à l'échelle européenne, le pôle DATA de l'Igas s'est appuyée sur la pondération *Internationally scaled establishment weight*.

[198] Les pays de référence sont l'Allemagne, l'Espagne, l'Italie, l'Autriche, les Pays-Bas, la Finlande.

[199] Enquête européenne des entreprises sur les risques nouveaux et émergents.

[200] L'étude 2019 a impliqué 45 420 entreprises dans 32 pays européens.

2 Résultats de l'enquête

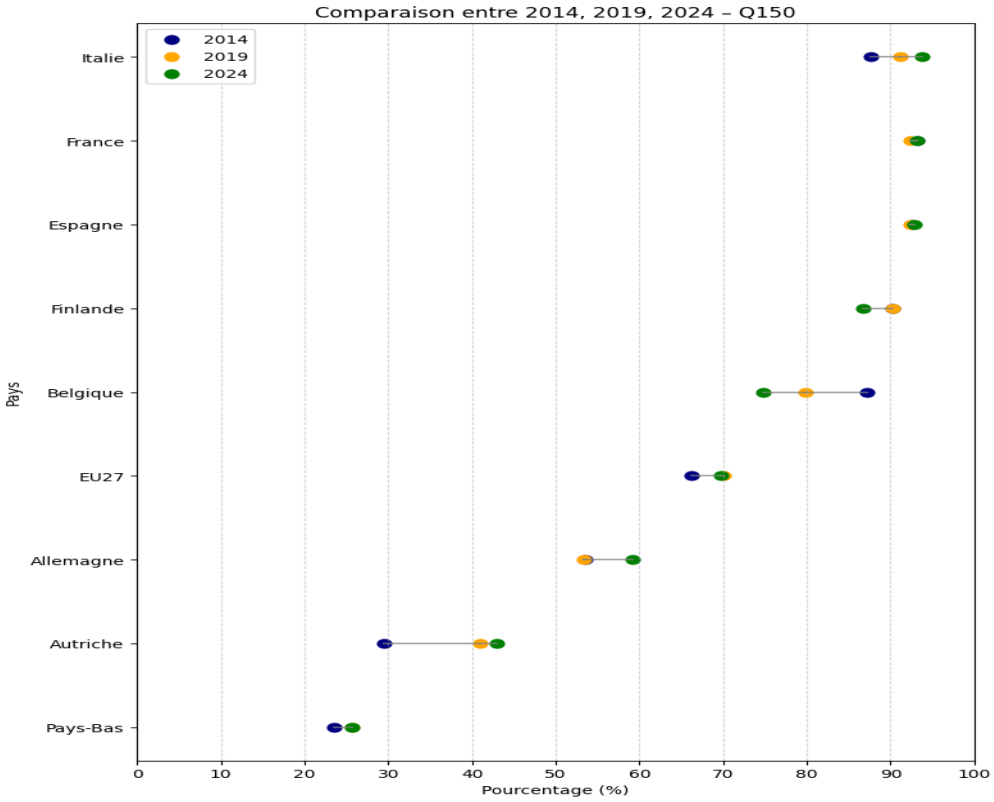
2.1 Existence de visites médicales pour évaluer l'état de santé au travail des salariés

[6] Q150 : Votre établissement organise-t-il des examens médicaux réguliers pour surveiller la santé des employés[201]?

Avec trois niveaux de réponse possible :

- Oui
- Non
- Pas de réponse

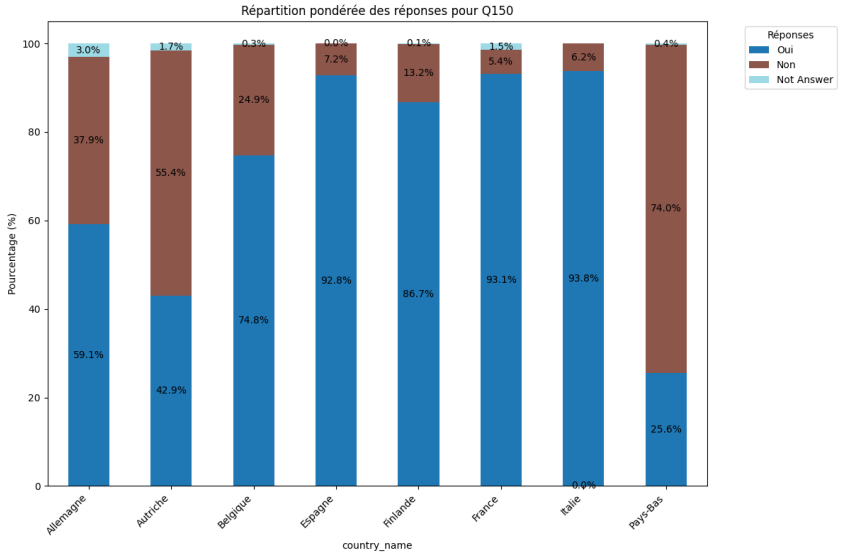
Graphique 1 : Évolution par pays des réponses à la question « Votre établissement organise-t-il des examens médicaux réguliers pour surveiller la santé des employés » (2014-2024)



Source : Enquêtes ESNER 2014-2019-2024, traitement pôle data de l'Igas

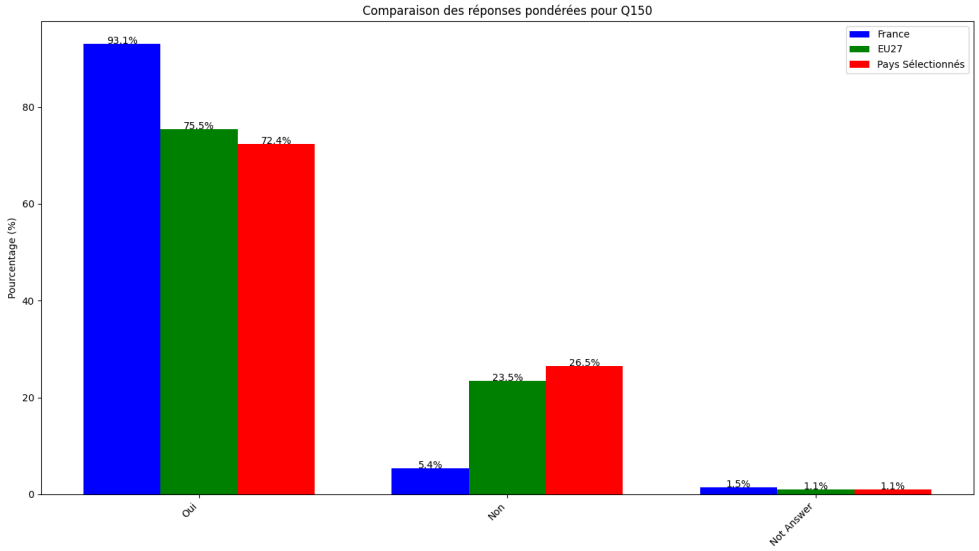
[201] Does your establishment arrange regular medical examinations to monitor the health of employees?

Graphique 2 : Réponses des pays étudiés à la question « Votre établissement organise-t-il des examens médicaux réguliers pour surveiller la santé des employés » en 2024



Source : Enquête ESNER 2024, traitement pôle data de l'Igas

Graphique 3 : Position de la France à la question « Votre établissement organise-t-il des examens médicaux réguliers pour surveiller la santé des employés » par rapport aux pays choisis et à l'ensemble des pays européens



Source : Enquête ESNER 202, traitement pôle data de l'Igas

[7] Le recours aux visites de médecine du travail est fréquent en France et ce beaucoup plus que l'ensemble des pays européens. La part d'entreprises qui réalisent des visites reste stable sur les 10 dernières années.

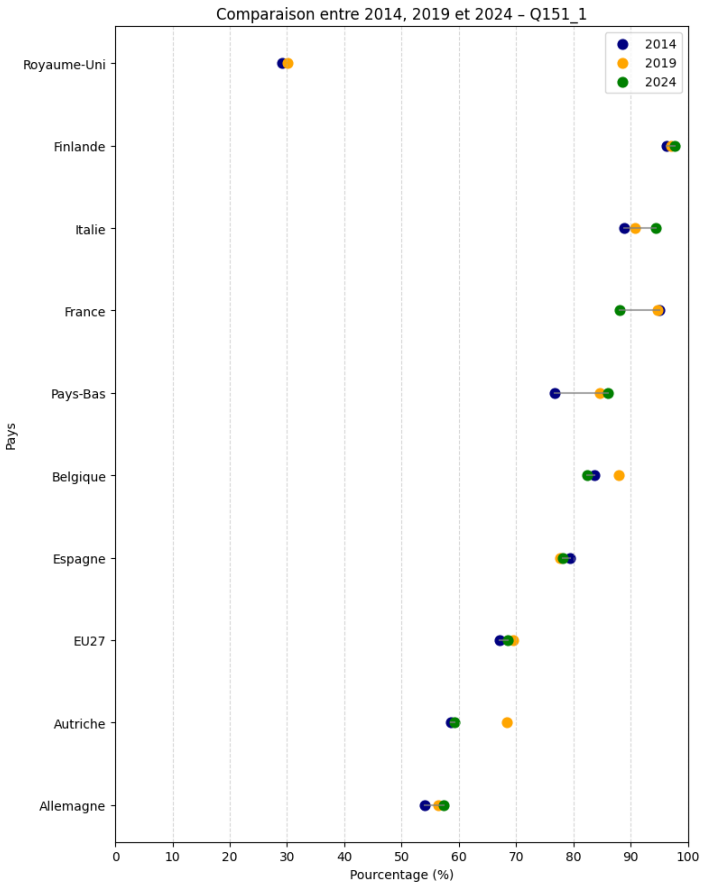
2.2 Description des services de santé et de sécurité au travail mis en place

[8] Q151 : Quels services de santé et de sécurité utilisez-vous ?[202]

Cinq sous questions (avec comme réponse possible oui/non/ne sait pas) :

- Un médecin du travail ;
- Un psychologue ;
- Un expert en conception et aménagement des postes de travail[203] ;
- Un généraliste en santé et sécurité[204] ;
- Un expert en prévention des accidents[205].

Graphique 4 : Évolution par pays de la réponse à la question « un médecin du travail »



Source : Enquêtes ESNER 2014-2019-2024, traitement pôle data de l'Igas

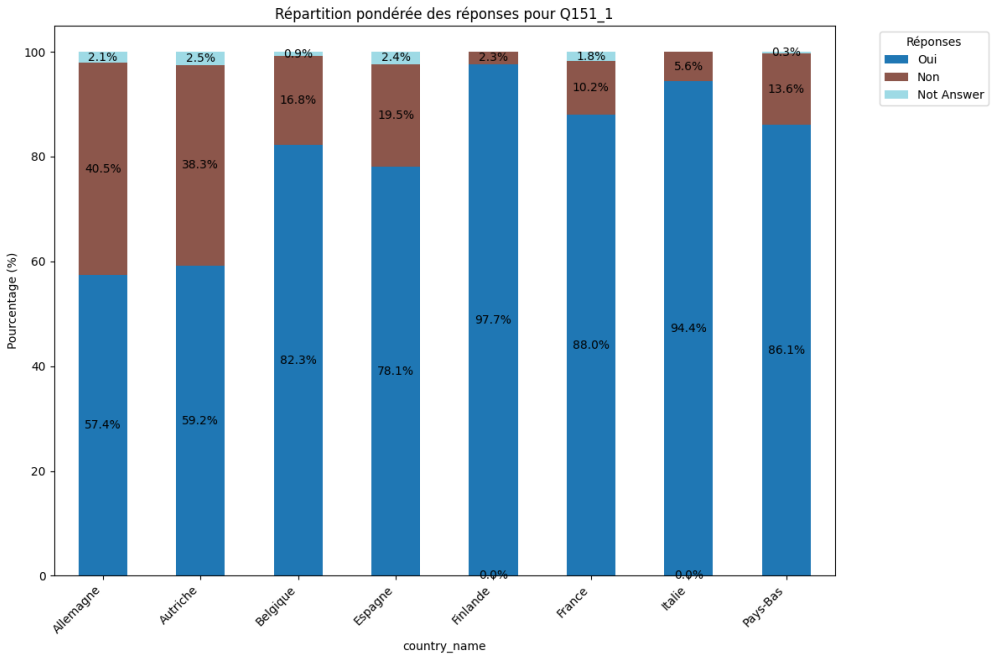
[202] What health and safety service do you use?

[203] An expert dealing with the ergonomic design and set-up of workplaces

[204] A generalist on health and safety

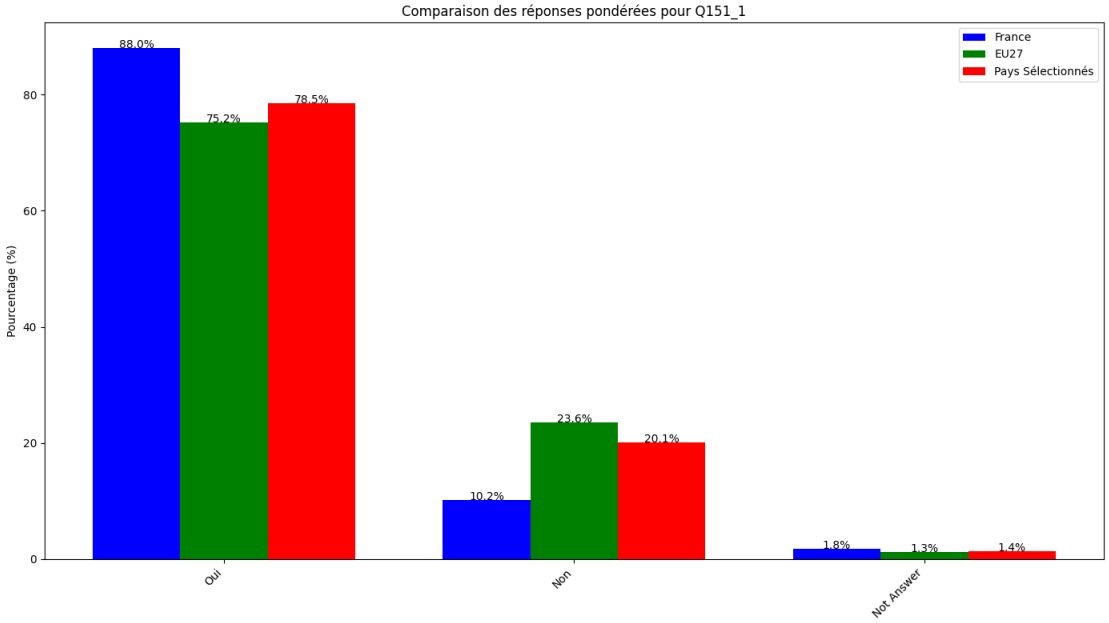
[205] An expert for accident prevention

Graphique 5 : Réponses des pays étudiés à la question : quels services de santé et de sécurité utilisez-vous : un médecin du travail ?



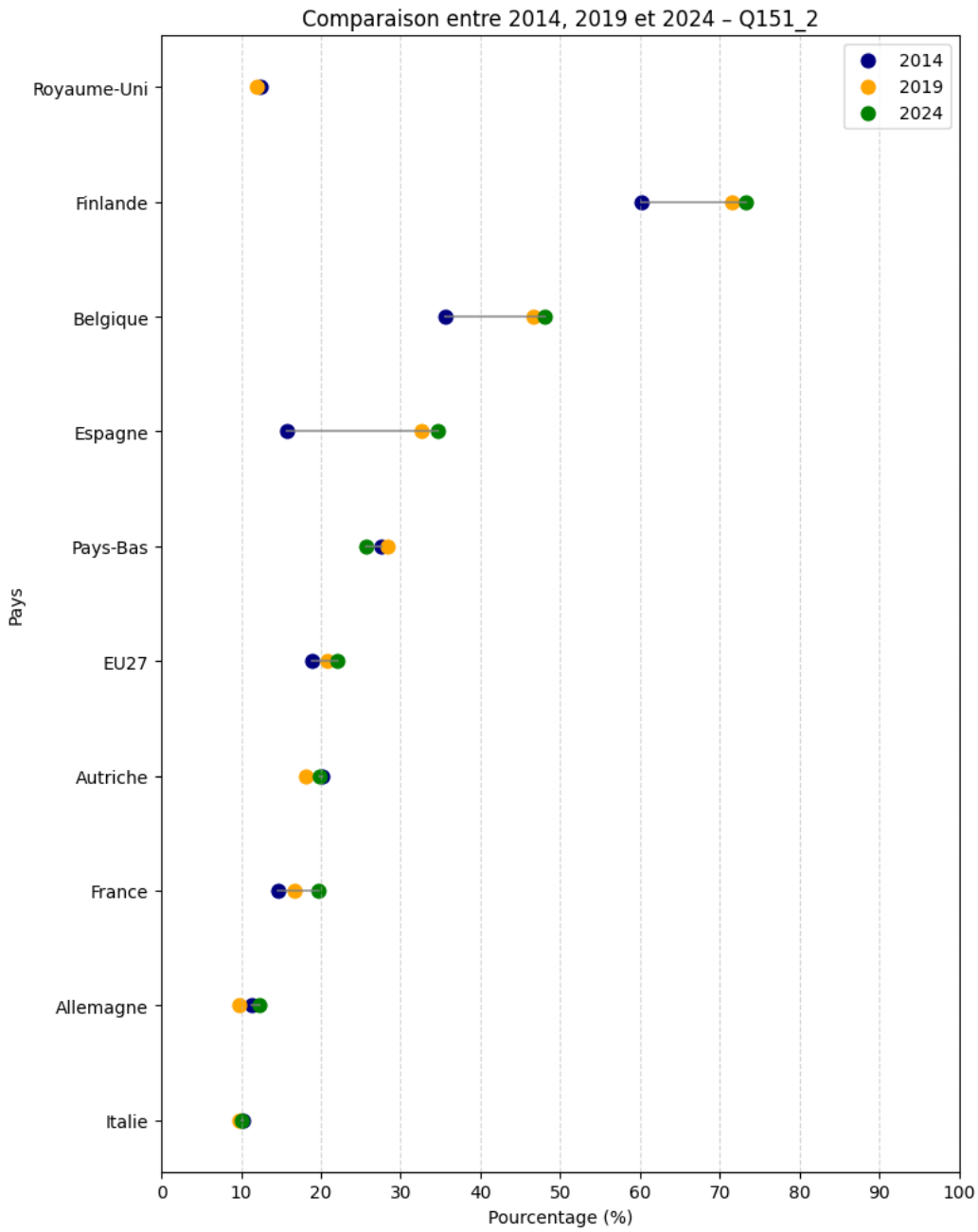
Source : Enquête ESNER 2024, traitement pôle data de l'Igas

Graphique 6 : Position de la France : quels services de santé et de sécurité utilisez-vous : « un médecin du travail » par rapport aux pays choisis et à l'ensemble des pays européens ?



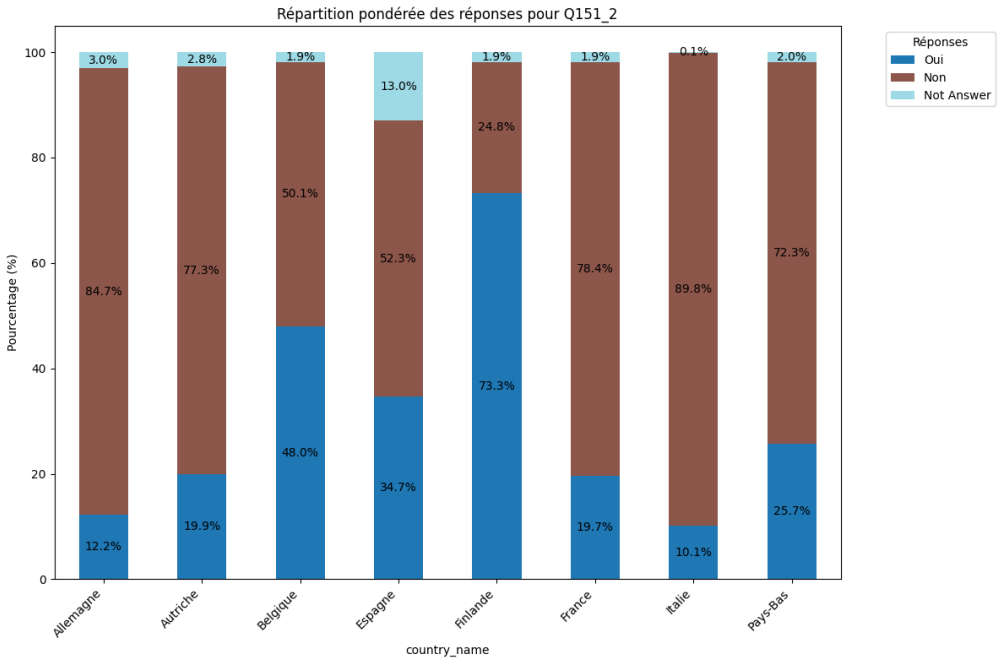
Source : Enquête ESNER 2024, traitement pôle data de l'Igas

Graphique 7 : Évolution des pays à la question « quels services de santé et de sécurité utilisez-vous : un psychologue » ?



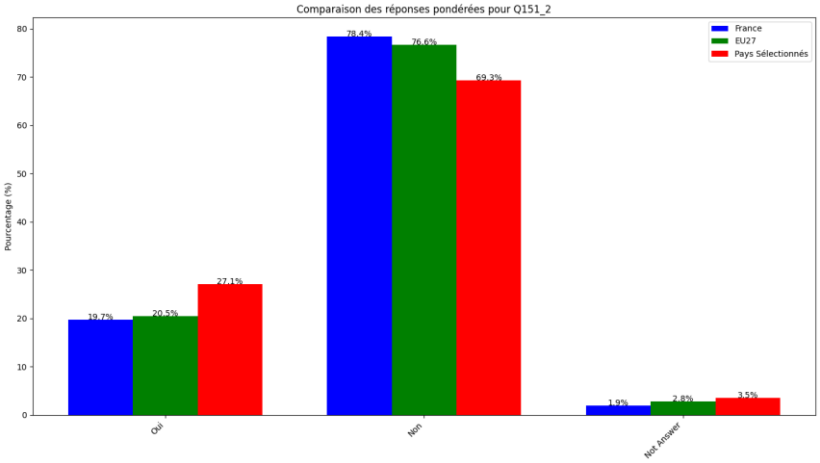
Source : Enquêtes ESNER 2014-2019-2024, traitement pôle data de l'Igas

Graphique 8 : Réponse en 2024 des pays à la question « quels services de santé et de sécurité utilisez-vous : un psychologue » ?



Source : Enquête ESNER 2024, traitement pôle data de l'Igas

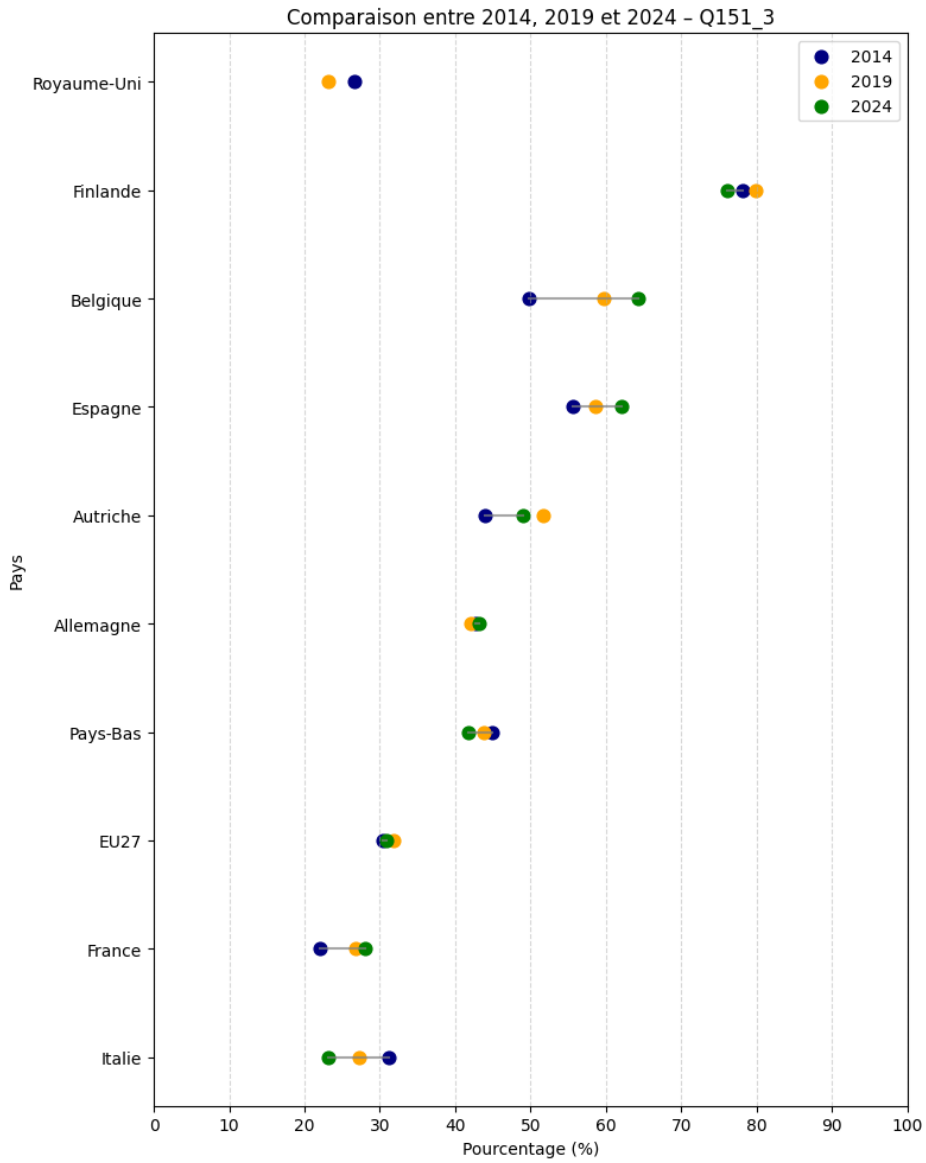
Graphique 9 : Position de la France en 2024 par rapport aux pays choisis et à l'ensemble des pays européens à la question « quels services de santé et de sécurité utilisez-vous : un psychologue » ?



Source : Enquête ESNER 2024, traitement pôle data de l'Igas

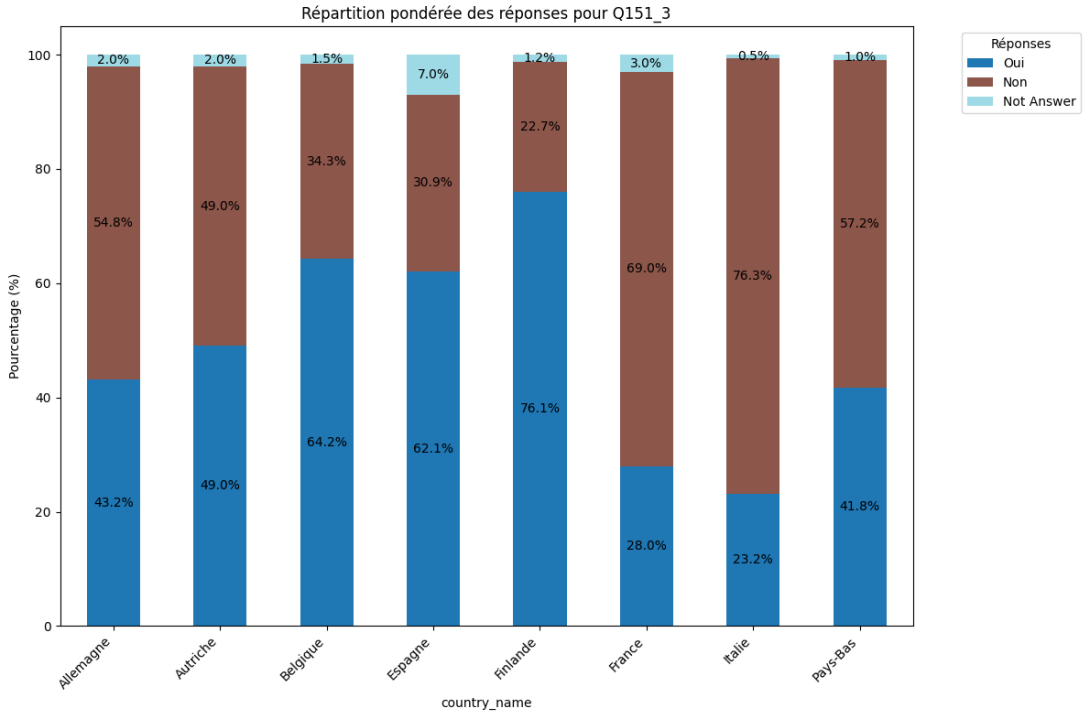
[9] La France et les pays plus spécifiquement étudiés n'ont que peu recours aux services d'un psychologue. La tendance est à la hausse pour la France sur les 10 dernières années (+5 points).

Graphique 10 : Évolution des pays à la question « quels services de santé et de sécurité utilisez-vous : un expert en conception et aménagement des postes de travail » ?



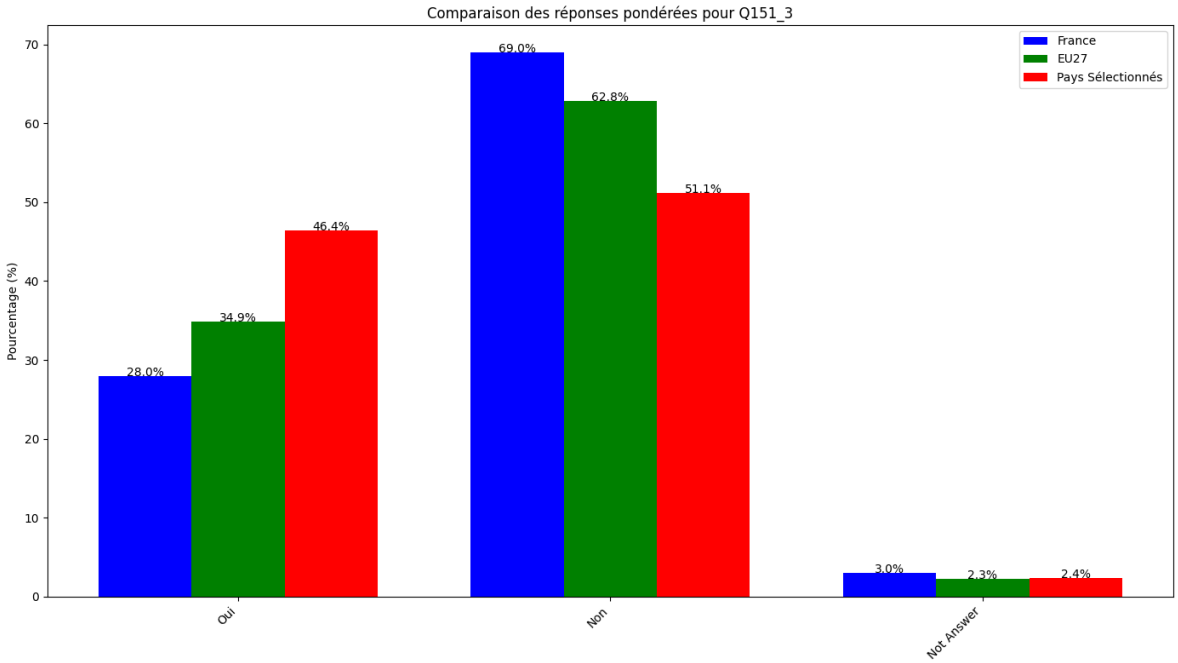
Source : Enquêtes ESNER 2014-2019-2024, traitement pôle data de l'Igas

Réponse en 2024 des pays à la question « quels services de santé et de sécurité utilisez-vous : un expert en conception et aménagement des postes de travail » ?



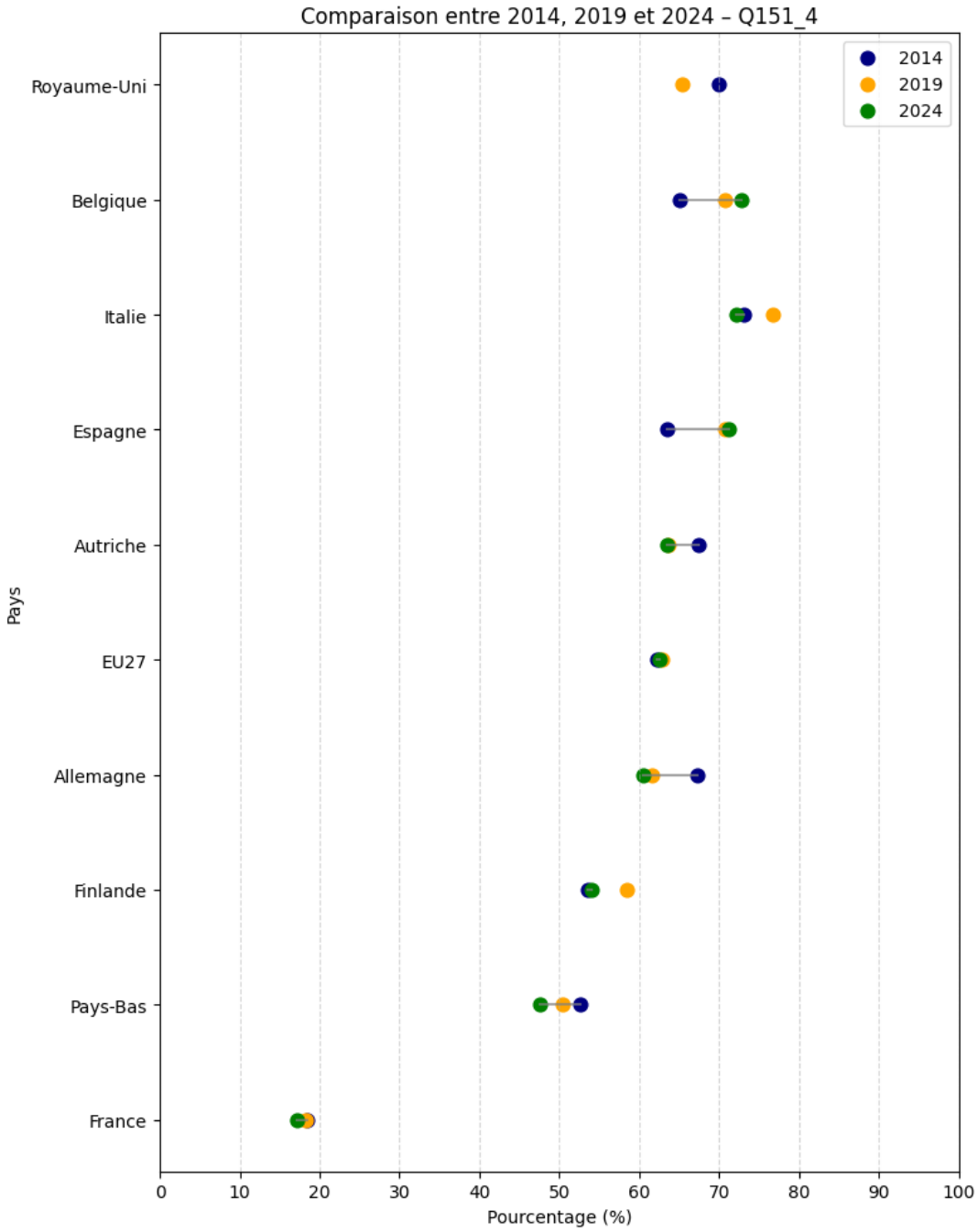
Source : Enquête ESNER 2024, traitement pôle data de l'Igas

Graphique 11 : Position de la France en 2024 par rapport aux pays choisis et à l'ensemble des pays européens à la question « Quels services de santé et de sécurité utilisez-vous : un expert en conception et aménagement des postes de travail » ?



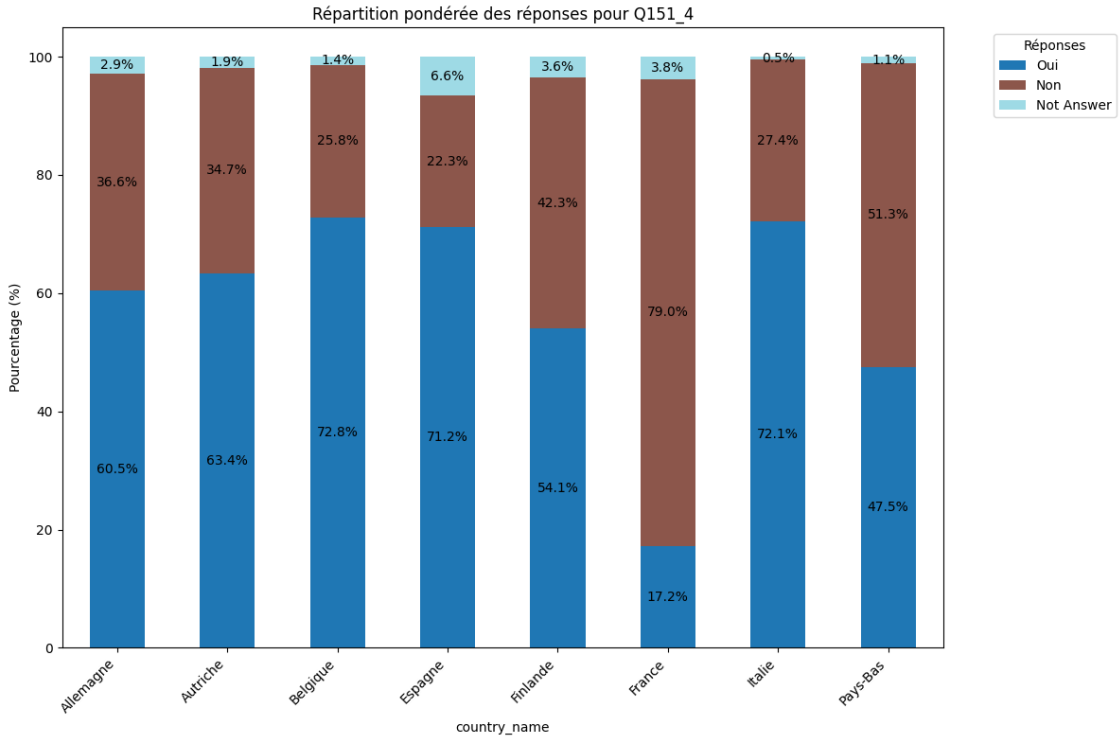
Source : Enquête ESNER 2024, traitement pôle data de l'Igas

Graphique 12 : Évolution des pays à la question « quels services de santé et de sécurité utilisez-vous : un généraliste en santé et sécurité ? » ?



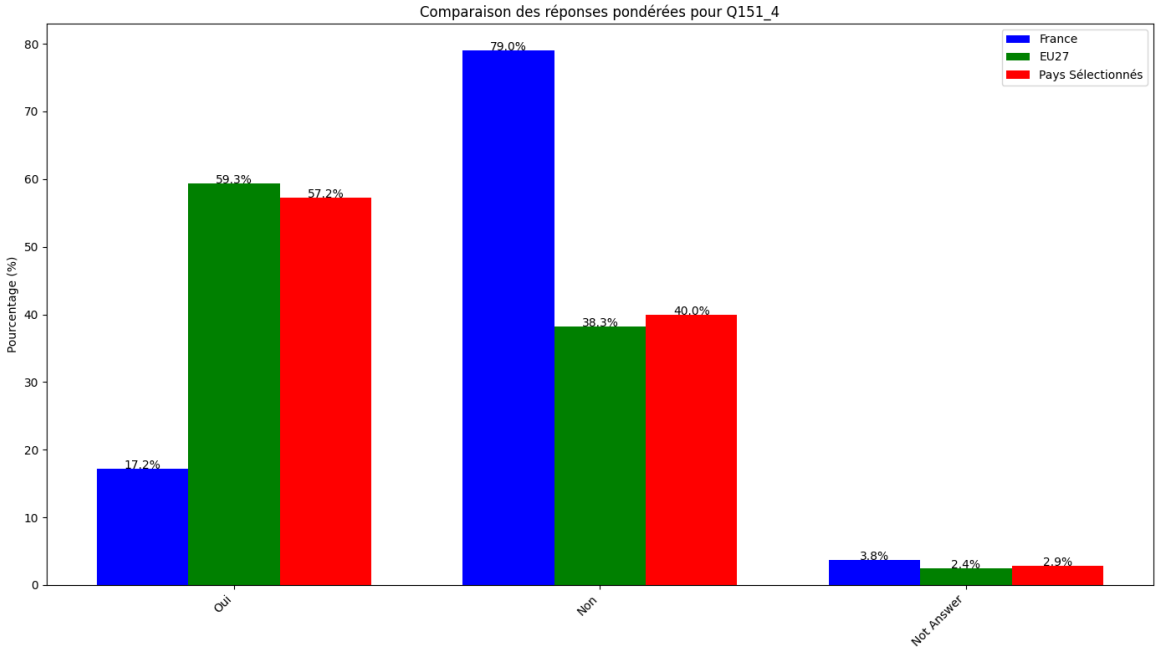
Source : Enquêtes ESNER 2014-2019-2024, traitement pôle data de l'Igas

Graphique 13 : Réponse en 2024 des pays à la question « quels services de santé et de sécurité utilisez-vous : un généraliste en santé et sécurité » ?



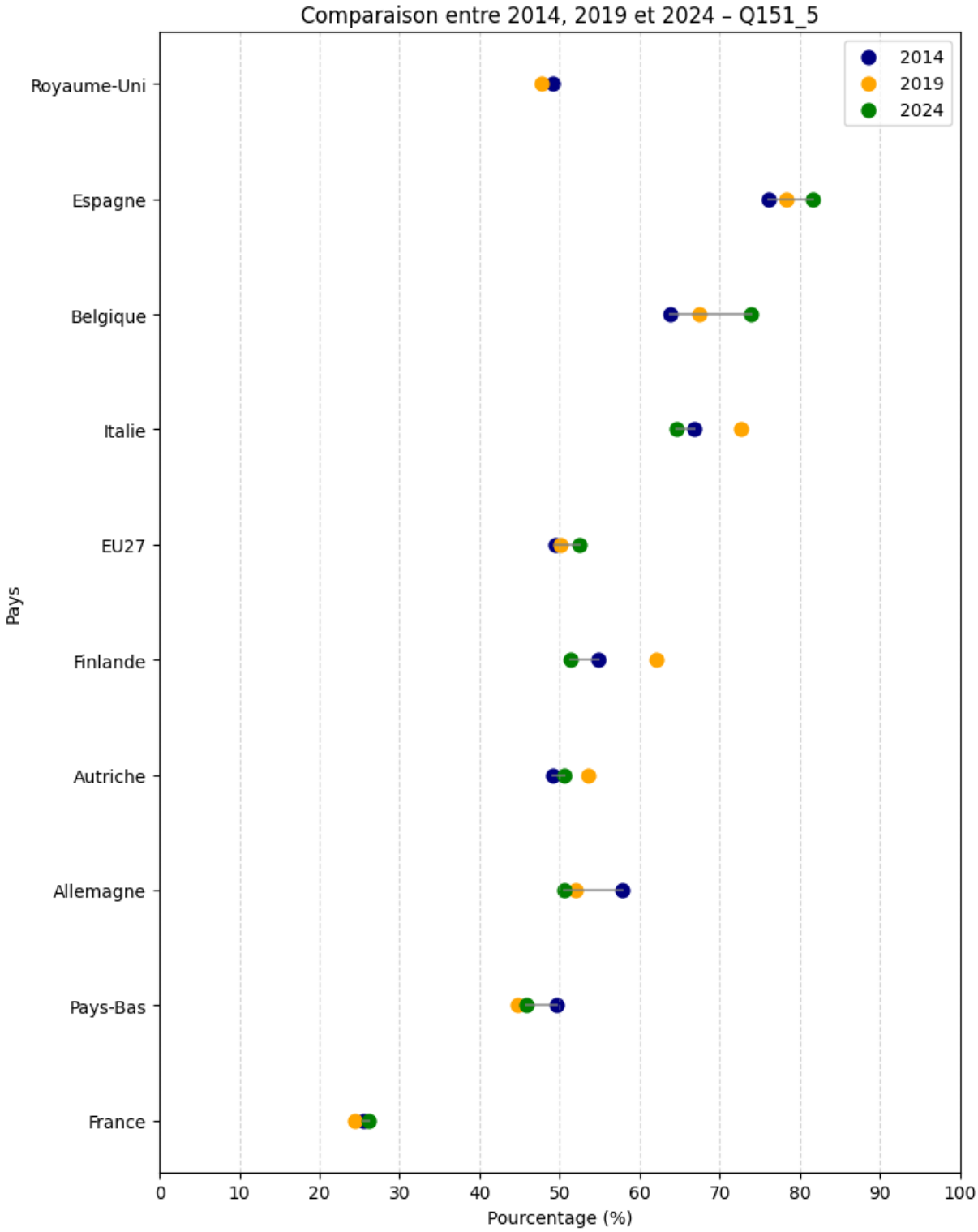
Source : Enquête ESNER 2024, traitement pôle data de l'Igas

Graphique 14 : Position de la France en 2024 par rapport aux pays choisis et à l'ensemble des pays européens à la question « quels services de santé et de sécurité utilisez-vous : un généraliste en santé et sécurité » ?



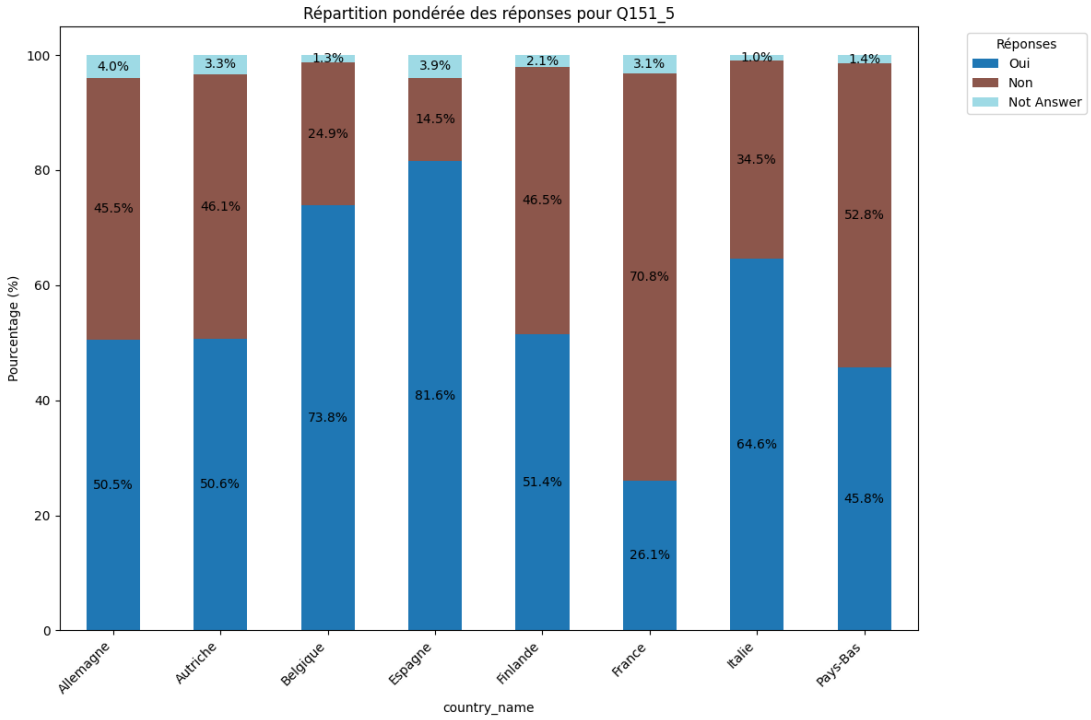
Source : Enquête ESNER 2024, traitement pôle data de l'Igas

Graphique 15 : Évolution des pays à la question « quels services de santé et de sécurité utilisez-vous : un expert en prévention des accidents » ?



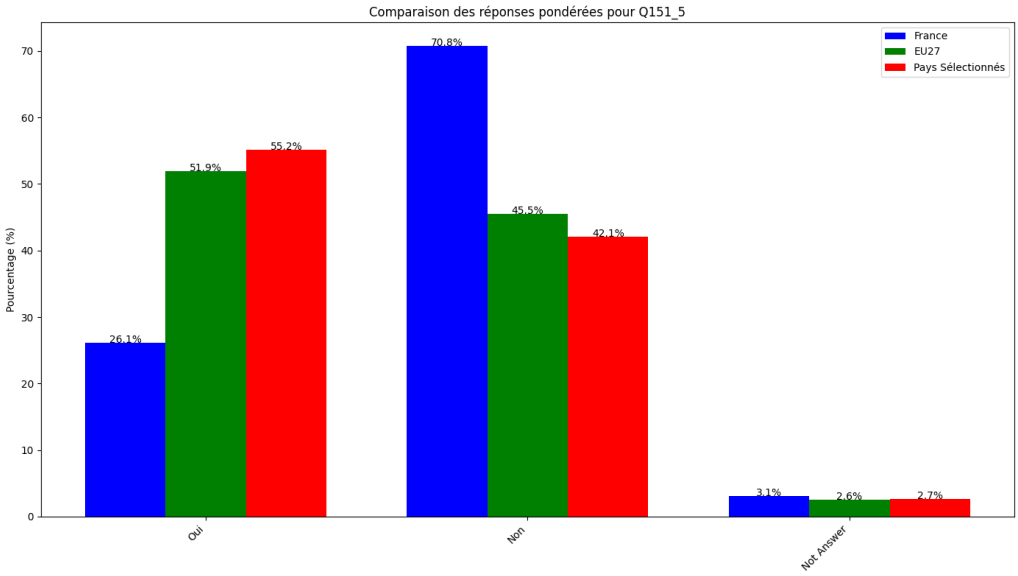
Source : Enquêtes ESNER 2014-2019-2024, traitement pôle data de l'Igas

Graphique 16 : Réponse en 2024 des pays à la question « quels services de santé et de sécurité utilisez-vous : un expert en prévention des accidents » ?



Source : Enquête ESNER 2024, traitement pôle data de l'Igas

Graphique 17 : Position de la France en 2024 par rapport aux pays choisis et à l'ensemble des pays européens à la question « quels services de santé et de sécurité utilisez-vous : un expert en prévention des accidents » ?



Source : Enquête ESNER 2024, traitement pôle data de l'Igas

2.3 Les raisons pour la prise en compte de la santé de la sécurité au travail

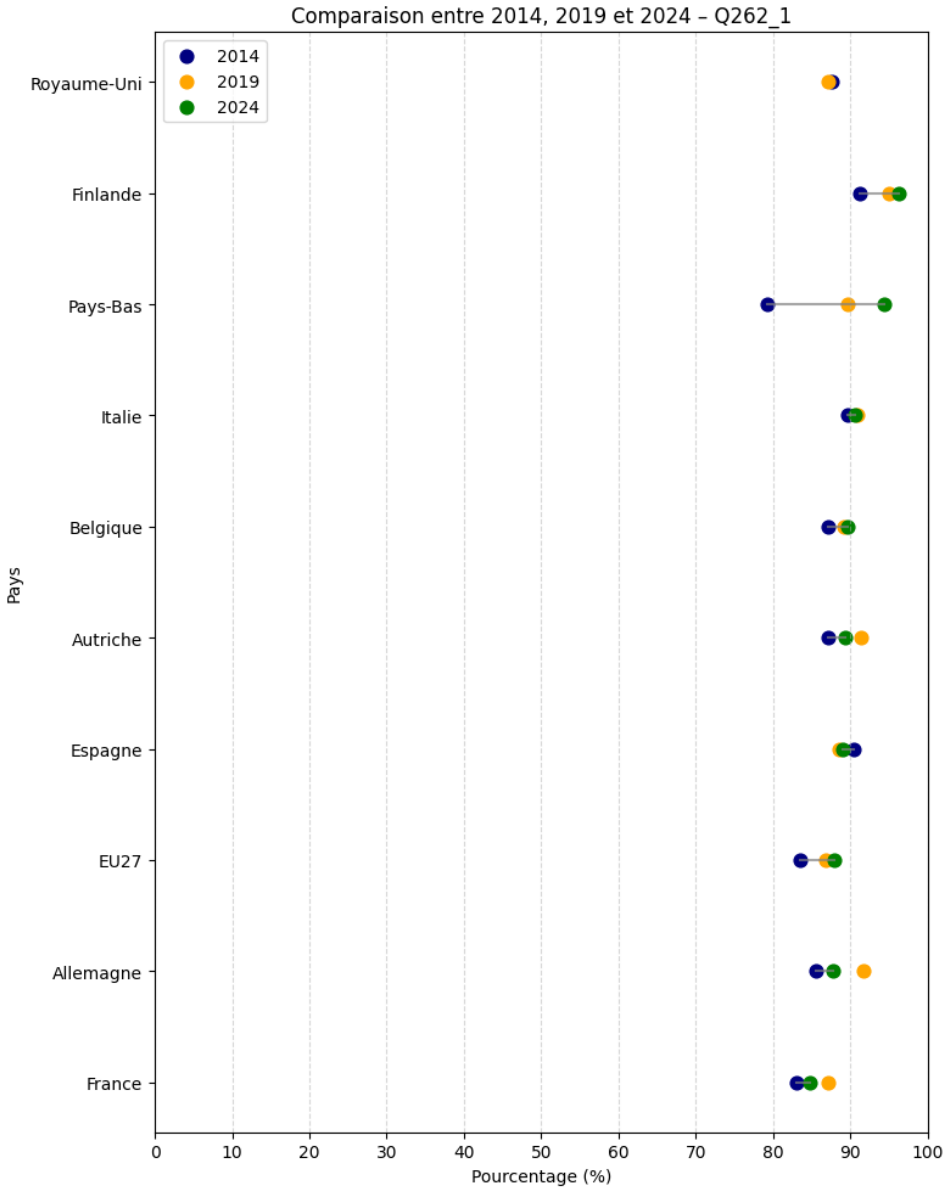
[10] Q262 : Quelle est l'importance des raisons suivantes pour la prise en compte de la santé et de la sécurité au travail ?[206]

5 Sous-questions avec comme réponses possible à chaque fois (raison majeure / raison mineure/ pas une raison/ sans réponse)

- Respecter les obligations légales
- Répondre aux attentes des employés ou de leurs représentants
- Maintenir ou augmenter la productivité
- Préserver la réputation de l'organisation
- Éviter les amendes et sanctions de l'inspection du travail

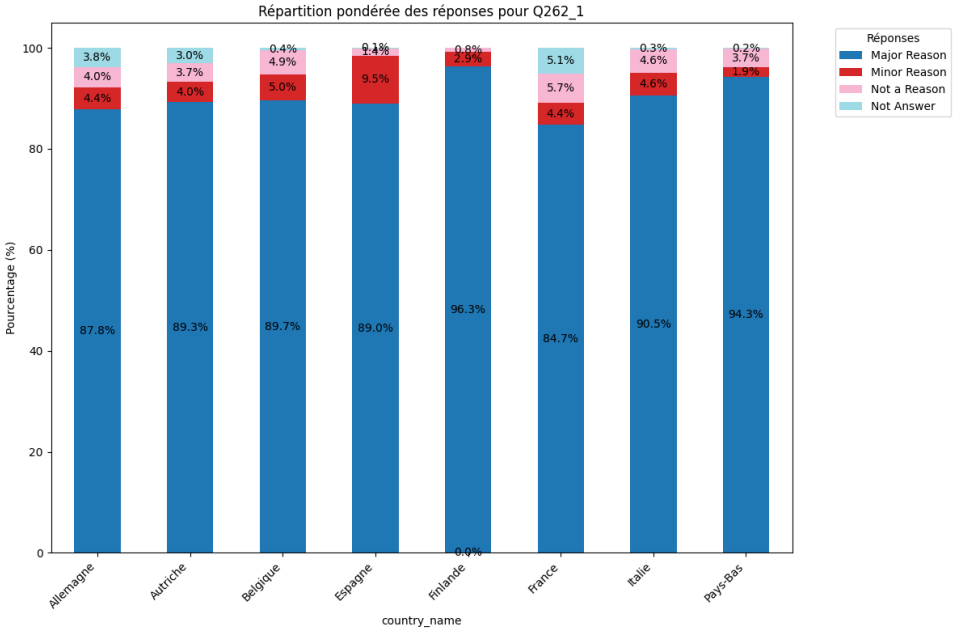
[206] How important are the following reasons for addressing health and safety?

Graphique 18 : Évolution des pays à la question « quelle est l'importance des raisons suivantes pour la prise en compte de la santé et de la sécurité au travail : respecter les obligations légales » ?



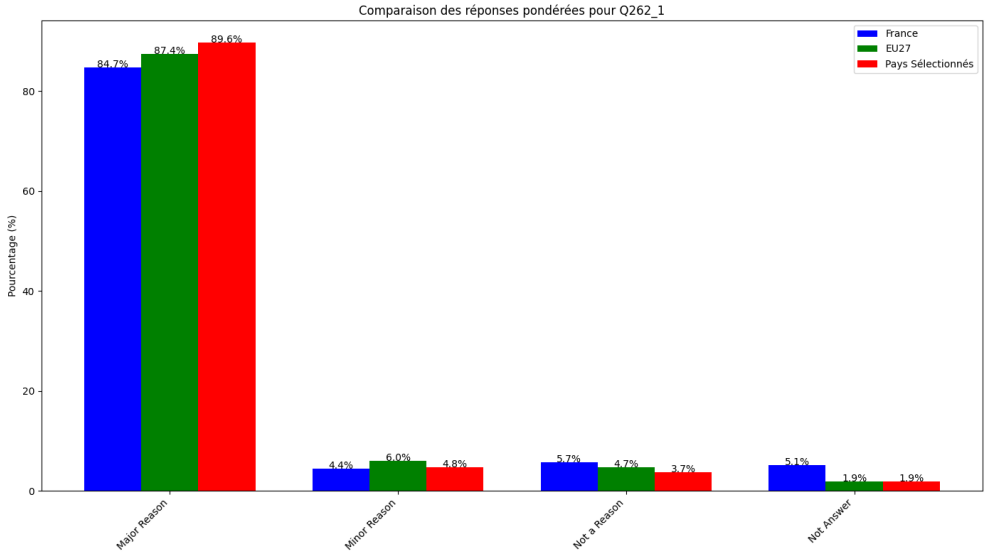
Source : Enquêtes ESNER 2014-2019-2024, traitement pôle data de l'Igas

Graphique 19 : Réponse en 2024 des pays à la question « quelle est l'importance des raisons suivantes pour la prise en compte de la santé et de la sécurité au travail : respecter les obligations légales » ?



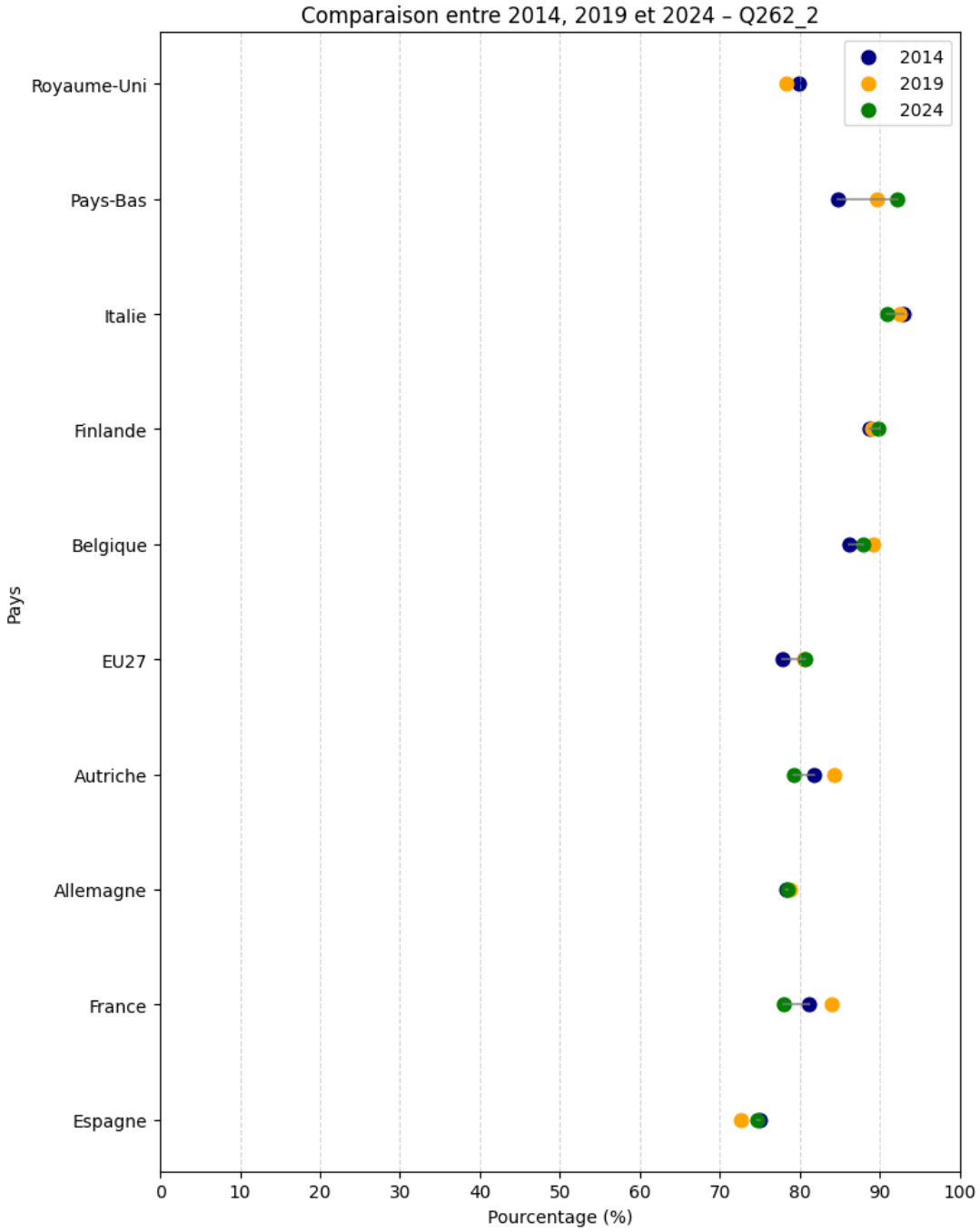
Source : Enquête ESNER 2024, traitement pôle data de l'Igas

Graphique 20 : Position de la France en 2024 par rapport aux pays choisis et à l'ensemble des pays européens à la question « quelle est l'importance des raisons suivantes pour la prise en compte de la santé et de la sécurité au travail : respecter les obligations légales » ?



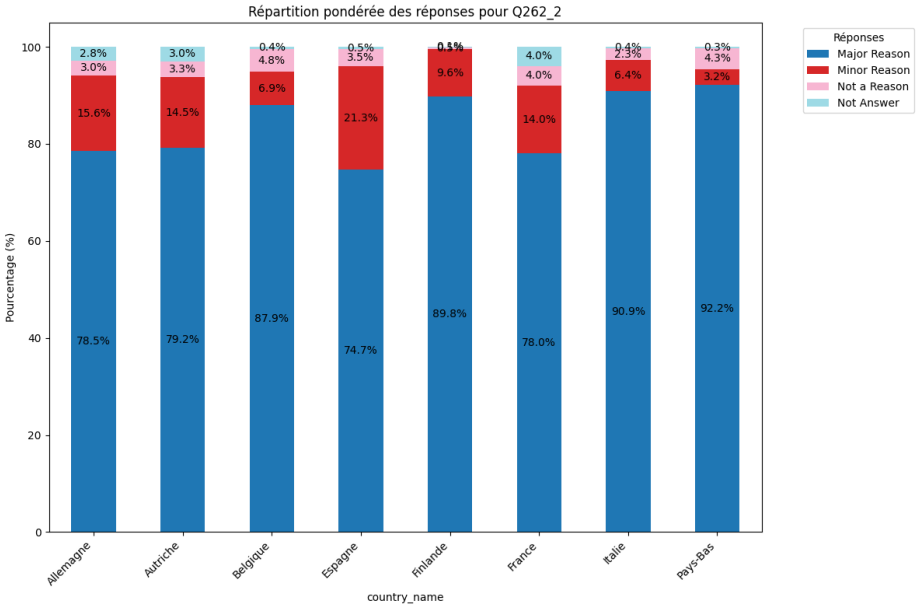
Source : Enquête ESNER 2024, traitement pôle data de l'Igas

Graphique 21 : Évolution des pays à la question « Quelle est l'importance des raisons suivantes pour la prise en compte de la santé et de la sécurité au travail ? Répondre aux attentes des employés ou de leurs représentants ? »



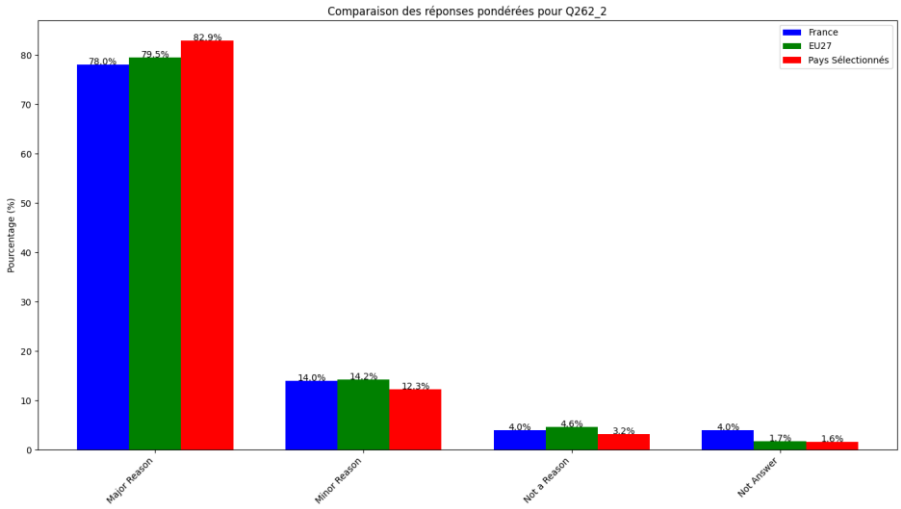
Source : Enquêtes ESNER 2014-2019-2024, traitement pôle data de l'Igas

Réponse en 2024 des pays à la question « Quelle est l'importance des raisons suivantes pour la prise en compte de la santé et de la sécurité au travail ? ? Répondre aux attentes des employés ou de leurs représentants ? »



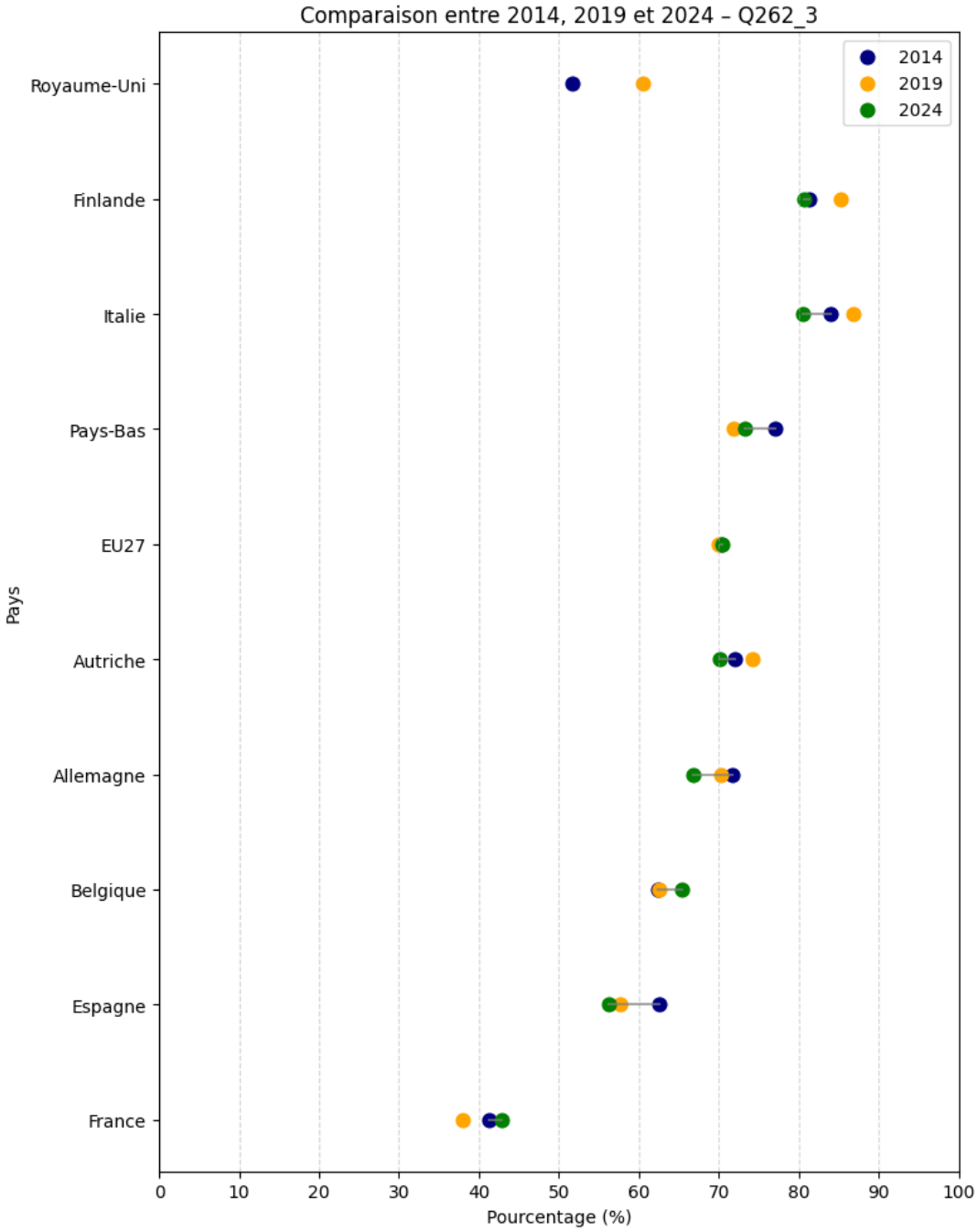
Source : Enquête ESNER 2024, traitement pôle data de l'Igas

Graphique 22 : Position de la France en 2024 par rapport aux pays choisis et à l'ensemble des pays européens à la question « quelle est l'importance des raisons suivantes pour la prise en compte de la santé et de la sécurité au travail : répondre aux attentes des employés ou de leurs représentants » ?



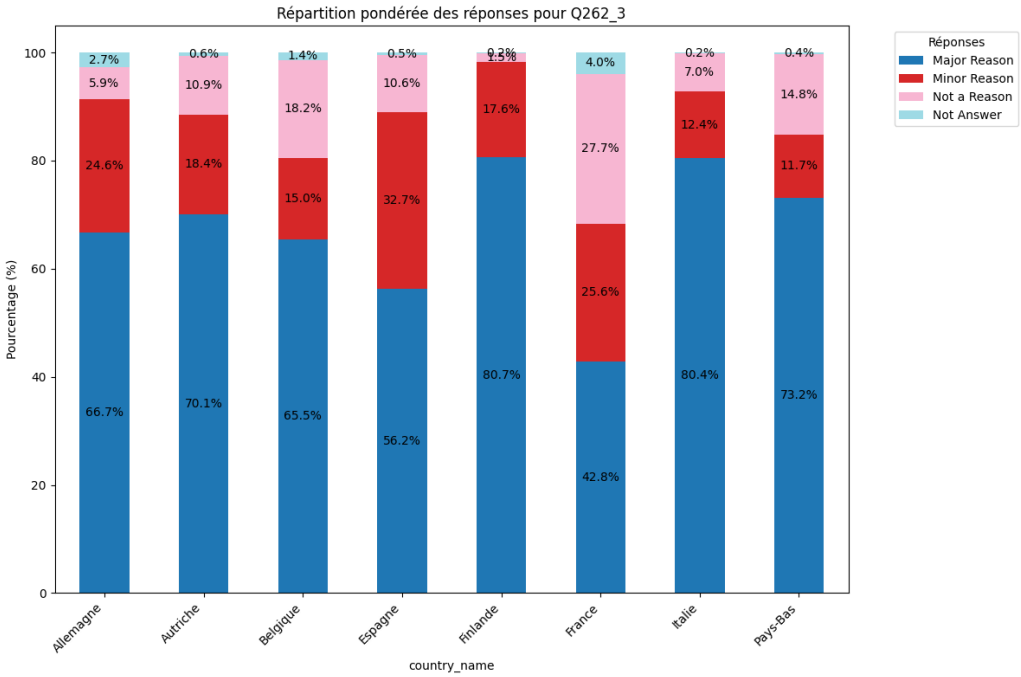
Source : Enquête ESNER 2024, traitement pôle data de l'Igas

Graphique 23 : Évolution des pays à la question « quelle est l'importance des raisons suivantes pour la prise en compte de la santé et de la sécurité au travail : maintenir ou augmenter la productivité » ?



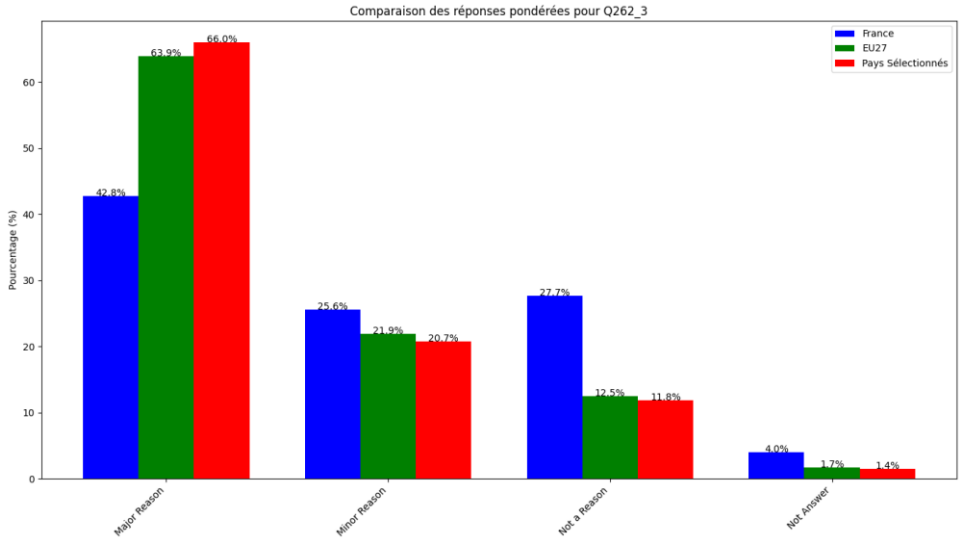
Source : Enquête ESNER 2014-2019-2024, traitement pôle data de l'Igas

Graphique 24 : Réponse en 2024 des pays à la question « quelle est l'importance des raisons suivantes pour la prise en compte de la santé et de la sécurité au travail : maintenir ou augmenter la productivité » ?



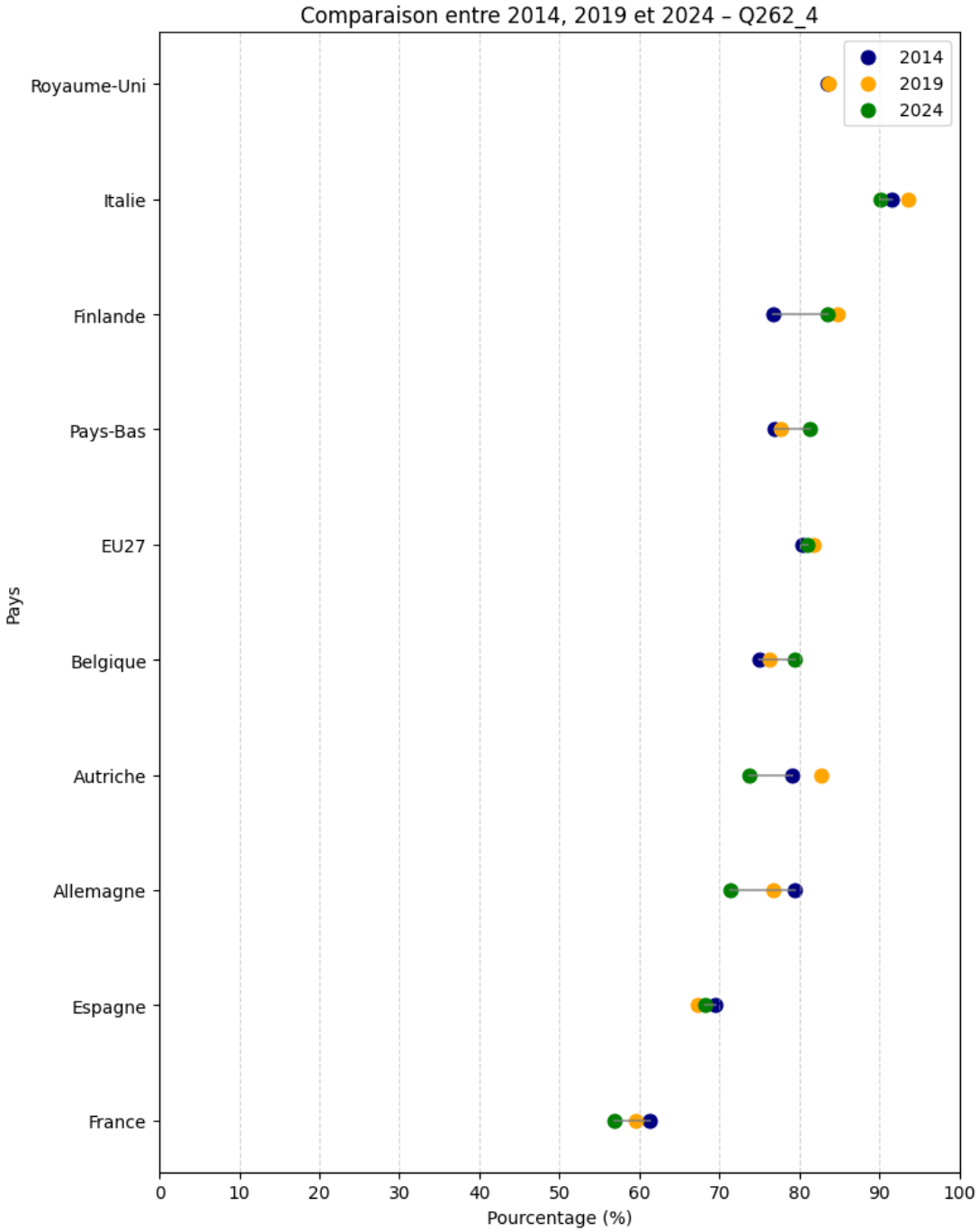
Source : Enquête ESNER 2024, traitement pôle data de l'Igas

Graphique 25 : Position de la France en 2024 par rapport aux pays choisis et à l'ensemble des pays européens à la question « quelle est l'importance des raisons suivantes pour la prise en compte de la santé et de la sécurité au travail : Maintenir ou augmenter la productivité » ?



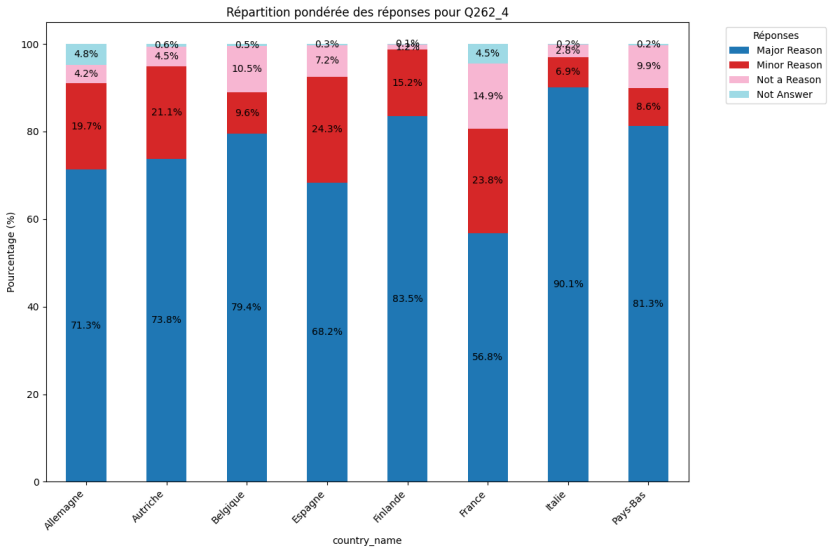
Source : Enquête ESNER 2024, traitement pôle data de l'Igas

Graphique 26 : Évolution des pays à la question « quelle est l'importance des raisons suivantes pour la prise en compte de la santé et de la sécurité au travail : préserver la réputation de l'organisation » ?



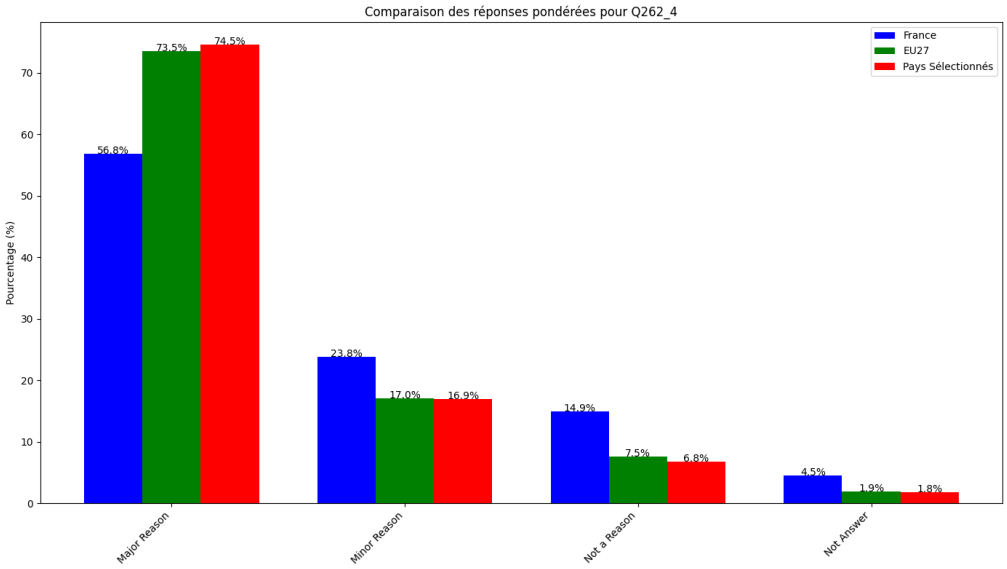
Source : Enquête ESNER 2014-2019-2024, traitement pôle data de l'Igas

Graphique 27 : Réponse en 2024 des pays à la question « quelle est l'importance des raisons suivantes pour la prise en compte de la santé et de la sécurité au travail ? Préserver la réputation de l'organisation » ?



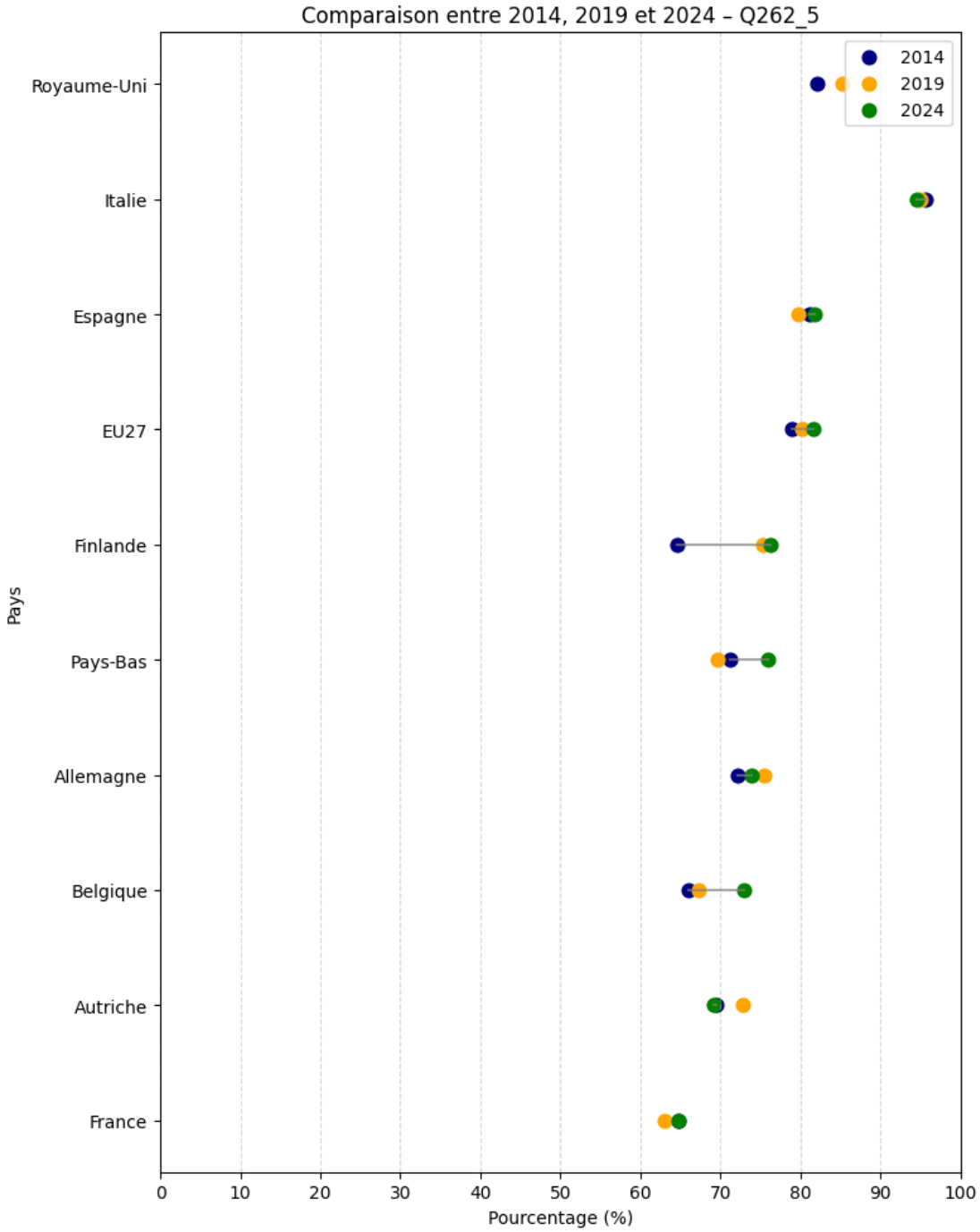
Source : Enquête ESNER 2024, traitement pôle data de l'Igas

Graphique 28 : Position de la France en 2024 par rapport aux pays choisis et à l'ensemble des pays européens à la question « quelle est l'importance des raisons suivantes pour la prise en compte de la santé et de la sécurité au travail : préserver la réputation de l'organisation » ?



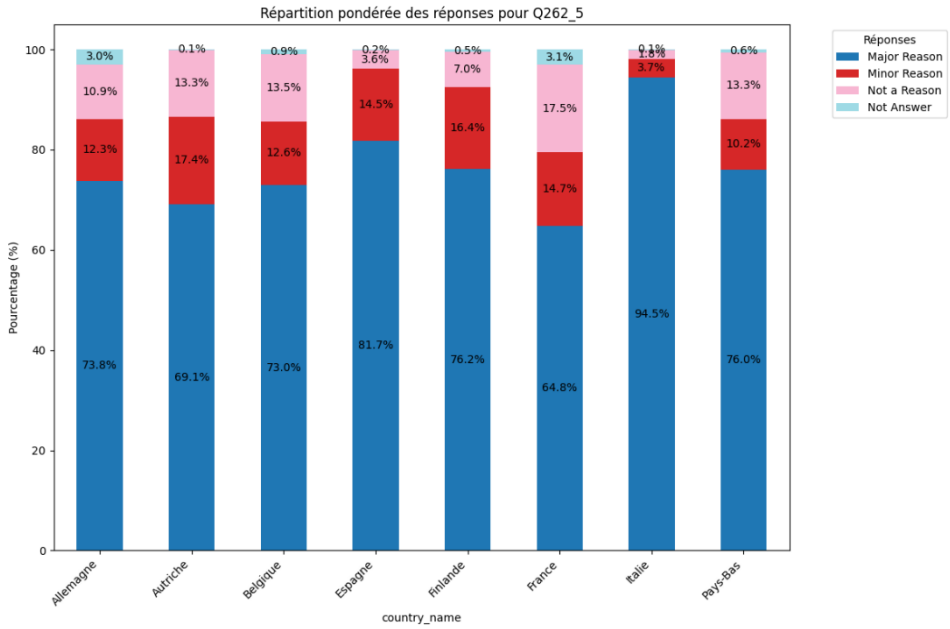
Source : Enquêtes ESNER 2024, traitement pôle data de l'Igas

Graphique 29 : Évolution des pays à la question « quelle est l'importance des raisons suivantes pour la prise en compte de la santé et de la sécurité au travail : éviter les amendes et les sanctions de l'inspection du travail » ?



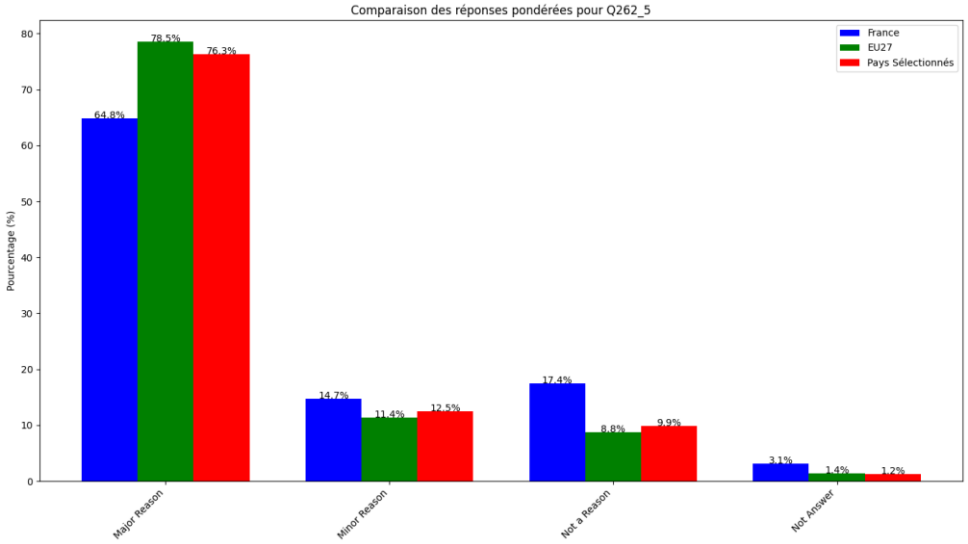
Source : Enquêtes ESNER 2014-2019-2024, traitement pôle data de l'Igas

Graphique 30 : Réponse en 2024 des pays à la question « quelle est l'importance des raisons suivantes pour la prise en compte de la santé et de la sécurité au travail ? Éviter les amendes et les sanctions de l'inspection du travail » ?



Source : Enquête ESNER 2024, traitement pôle data de l'Igas

Graphique 31 : Position de la France en 2024 par rapport aux pays choisis et à l'ensemble des pays européens à la question « quelle est l'importance des raisons suivantes pour la prise en compte de la santé et de la sécurité au travail ? Éviter les amendes et les sanctions de l'inspection du travail » ?



Source : Enquête ESNER 2024, traitement pôle data de l'Igas

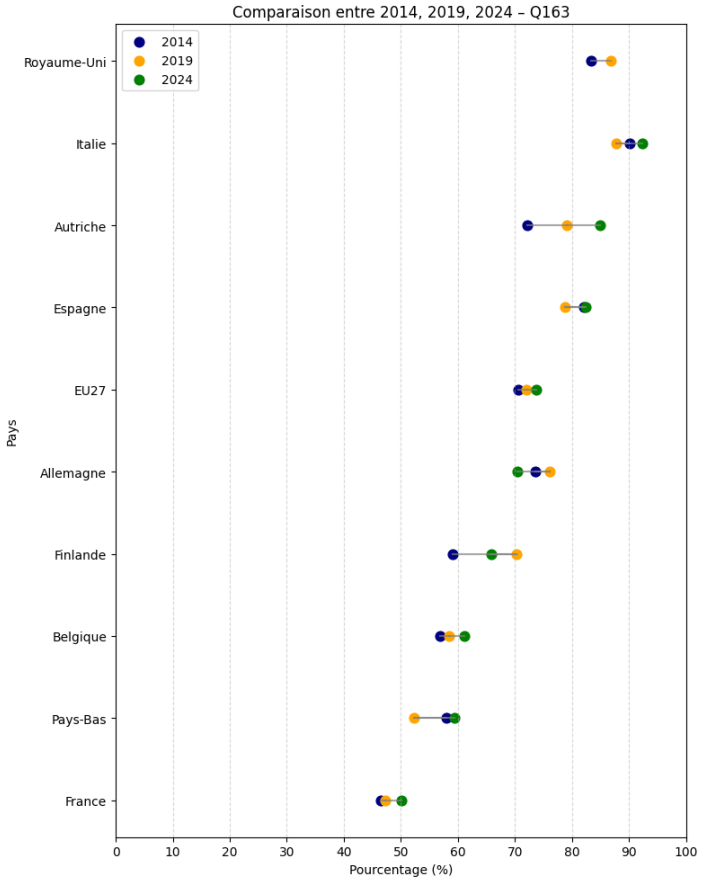
2.4 Existence d'une formation pour les responsables et chefs d'équipe sur la gestion de la santé et de la sécurité au sein de leurs équipes

[11] Q163 : Les chefs d'équipe et les responsables hiérarchiques de votre établissement reçoivent-ils une formation sur la gestion de la santé et de la sécurité au sein de leurs équipes ?[207]

Réponses possibles :

- Oui ;
- Non ;
- Seulement certains d'entre eux ;
- Sans réponse.

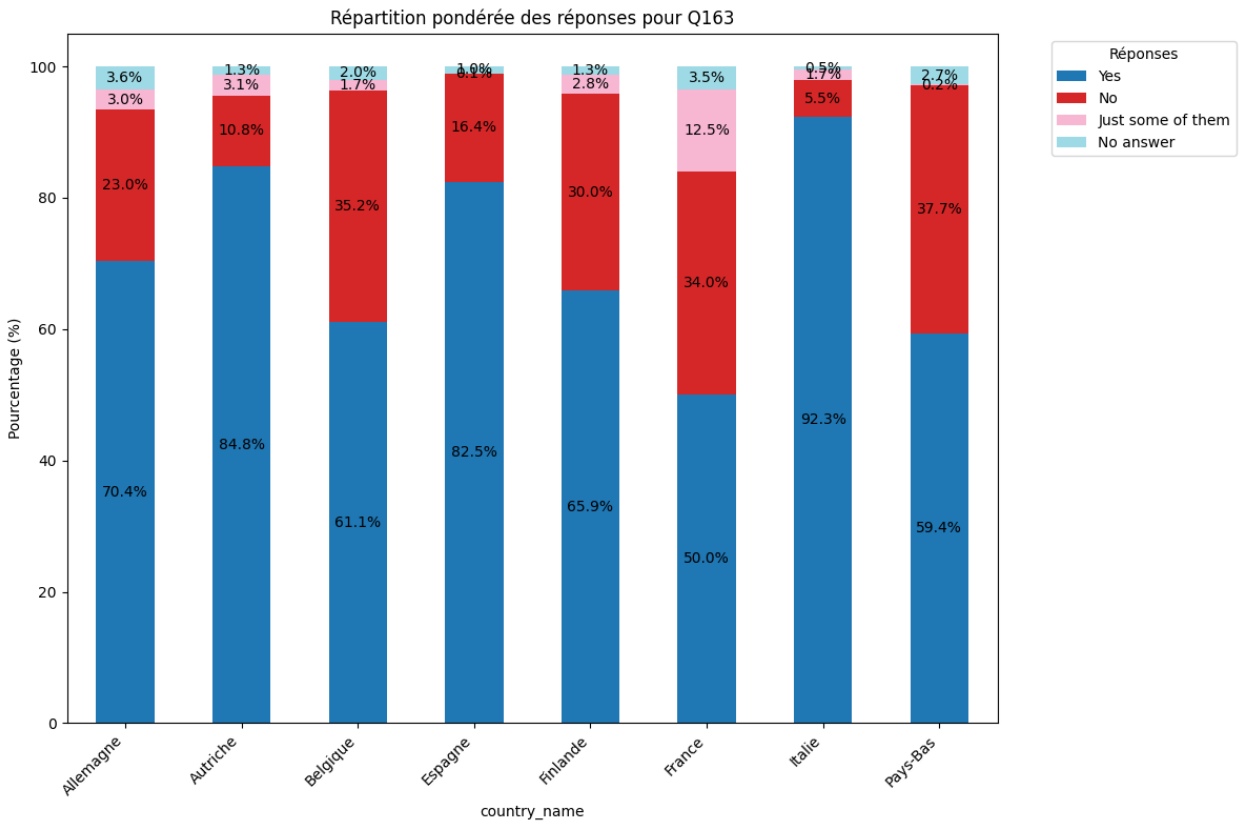
Graphique 32 : Évolution chez les pays choisis depuis 2014 sur l'existence d'une formation pour les responsables et chefs d'équipe la gestion de la santé et de la sécurité au sein de leurs équipes



Enquêtes ESNER 2014-2019-2024 – traitement pôle data de l'Igas

[207] Do the team leaders and line managers in your establishment receive any training on how to manage health and safety in their teams?

Graphique 33 : Réponse en 2024 des pays « la question « les chefs d'équipe et les responsables hiérarchiques de votre établissement reçoivent-ils une formation sur la gestion de la santé et de la sécurité au sein de leurs équipes » ?



Source : Enquête ESNER 2024, traitement pôle data de l'Igas

Note de lecture : cette question comprend une proportion importante de valeurs manquantes (entre 52 % et 61 %), c'est à dire qu'un grand nombre d'entreprises sur l'ensemble des pays interrogées n'ont pas répondu à cette question. Le pôle data n'a pas procédé à une imputation des valeurs manquantes pour obtenir les mêmes résultats que ceux des deux enquêtes précédentes (2014-2019). Les résultats sont donc à interpréter avec prudence.