



# Bilan et perspectives des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec les services de prévention et de santé au travail

Rapport

Anne BURSTIN

Dr Julien EMMANUELLI

Dr Claude GADY-CHERRIER

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

2022-043R  
Janvier 2023



## SYNTHÈSE

[1] Au moment de préparer l'ensemble des textes d'application de la loi du 2 août 2021 pour renforcer la prévention au travail, et notamment le décret relatif aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) des services de prévention et de santé au travail interentreprises (SPSTI), et l'instruction conjointe DGT-CNAM de préparation d'une nouvelle génération de contrats, une commande conjointe du ministère du travail, de l'emploi et de l'insertion et du secrétariat d'Etat chargé des retraites et de la santé au travail a chargé l'IGAS d'un bilan de la contractualisation, dix ans après sa mise en place par la loi 2011-867 du 20 juillet 2011.

[2] Levier important d'inscription des SPSTI dans les priorités nationales et régionales de prévention et santé au travail, le CPOM pâtit aujourd'hui d'un manque de visibilité concernant son usage et son impact. Il s'agissait, dès lors, de réaliser un bilan quantitatif et qualitatif de la contractualisation, en portant une attention particulière au respect du cadre juridique et à l'articulation entre CPOM, projets de service des SPSTI, Plans régionaux de santé au travail (PRST) et convention d'objectifs et de gestion (COG) de la branche AT-MP de l'Assurance Maladie. La mission devait, en outre, apprécier l'impact de la contractualisation en termes d'animation des SPSTI, au service d'objectifs de prévention au travail. Elle devait, enfin, préciser l'insertion des CPOM dans le nouveau cadre de régulation issu de la loi du 2 août 2021, avec l'introduction, notamment, d'une démarche de certification de la nouvelle offre socle de services, et d'un cahier des charges national des procédures d'agrément.

[3] Afin de satisfaire à ces différents volets de la commande, la mission IGAS a abordé le bilan des CPOM au travers de 3 approches conjointes :

- Deux questionnaires nationaux à l'ensemble des directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS) d'une part, des caisses d'assurance retraites et de la santé au travail (CARSAT) d'autre part, pour obtenir un panorama national quantitatif et qualitatif des CPOM.
- Des déplacements approfondis dans quatre régions.
- Une analyse documentaire précise des liens entre PRST-COG, projets de service et CPOM, pour les services auditionnés de chaque région.

[4] L'ensemble de ces éléments la conduisent à un bilan qui dégage les enseignements de la période d'apprentissage des atouts et limites de la contractualisation (2012-2022), dans un contexte de profonds changements juridiques et institutionnels (partie 1) et qui confirme la pertinence du CPOM pour renforcer la coordination des acteurs de la santé au travail dans le nouveau cadre législatif et institutionnel (partie 2). Le rapport souligne, cependant, les conditions exigeantes de faisabilité et d'animation nationale et régionale nécessaires à une pleine mobilisation des CPOM au service de la prévention au travail et de l'ensemble des entreprises et de leurs salariés (partie 3).

[5] Conduit après une période de 10 ans de déploiement des nombreux outils novateurs instaurés par la loi du 20 juillet 2011<sup>1</sup>, dont les CPOM, le bilan opéré par la mission fait état d'une montée en puissance hésitante, en partie liée à l'évolutivité du cadre juridique et de l'organisation territoriale de l'Etat, comme à la recomposition du paysage des services de santé au travail. Il témoigne d'une

---

<sup>1</sup> Loi 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail.

appropriation encore inégale de la contractualisation, tant par les SPSTI, que par les acteurs institutionnels régionaux. Si l'adhésion reste parfois mesurée, certaines expériences attestent, à l'inverse, de la dynamique susceptible de découler de CPOM bien menés, et des synergies entre acteurs qui peuvent en résulter, au profit d'actions de prévention mieux ciblées et coordonnées, mutualisant les professionnalismes et les atouts des différents intervenants.

[6] Outil nouveau d'animation des SPSTI, le CPOM nécessitait un temps inévitable d'appropriation par les acteurs de la santé au travail. Cette appropriation a été, en partie, compliquée par l'incertitude créée, au tournant de la première génération de contrats, par les propositions de réorganisation radicale de la santé au travail du rapport Lecocq<sup>2</sup> et par la préparation, ensuite, du nouveau cadre législatif issu de l'accord national interprofessionnel de décembre 2020. La publication d'une instruction d'attente en 2019 et d'une seconde en 2021, puis l'impact de la crise sanitaire, ont pesé sur le dynamisme de la seconde génération de contrats, moins conséquente que la première, avec un net attentisme dans certaines régions.

[7] Les enseignements de la première période ont, toutefois, été mis à profit pour ajuster les contrats de seconde génération des régions qui ont poursuivi leur mobilisation. En particulier, la nécessité de limiter et prioriser les actions, pour garantir un investissement et un suivi appropriés ; mais aussi, l'importance clé d'une contribution réelle de chaque signataire, sous peine, sinon, de susciter un rejet lié à un caractère trop descendant et asymétrique de la contractualisation. Cette maturation collective aurait pu être féconde pour la deuxième génération de contrats, si la durée des CPOM V2 n'avait pas été limitée à deux ans et si le contexte juridique avait été stabilisé.

[8] Parallèle à des réformes significatives de la santé au travail comme de l'organisation territoriale de l'Etat, et marquée par une crise sanitaire sans précédent, cette période de montée en puissance contrastée, sur le territoire, comme entre les deux premières vagues, ne doit, dès lors, pas entraîner de conclusions trop hâtives sur l'intérêt de la démarche de contractualisation. Elle permet, au contraire, de tirer des enseignements utiles pour la préparation d'une nouvelle génération de contrats, dont la mission confirme l'intérêt pour amplifier la dynamique partenariale initiée, parfois très fructueusement. Coopération qui a joué au profit, particulièrement, de la prévention de la désinsertion professionnelle (PDP), axe prioritaire de la contractualisation, et des coopérations dans la prévention des risques professionnels.

[9] Dans la mesure où les soubassements de la logique de contractualisation systématisée par la loi de 2011 et l'instruction de 2012<sup>3</sup> demeurent (nécessité impérieuse de coordonner les efforts des acteurs pour conforter la prévention primaire des risques ou de la désinsertion professionnels), et où la loi d'août 2021, basée sur un accord national interprofessionnel, réinvestit l'outil CPOM, la mission considère que le contrat conserve tout son sens dans le nouveau contexte issu de la loi. Pour autant, il est fondamental que soit clarifiée la place conférée à la contractualisation parmi les autres leviers de régulation ou d'animation des SPSTI, et qu'il soit veillé à certaines conditions de pertinence et de succès.

[10] Alors que le système de santé au travail peine encore aujourd'hui à juguler les altérations professionnelles de la santé et ne parvient plus à poursuivre la décroissance de la mortalité au travail, la mise en synergie des acteurs de la santé au travail est un impératif, pour accroître la performance de la prévention au travail. La mission préconise à cette fin une nouvelle vague de CPOM résolument partenariale, au service, tant de l'affirmation de l'offre socle des SPSTI, que des priorités régionales

---

<sup>2</sup> « Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée », rapport demandé par le premier ministre, établi par Charlotte Lecocq, Bruno Dupuis, Henri Forest, avec la collaboration d'Hervé Lanouzière, membre de l'IGAS, remis le 28/08/18

<sup>3</sup> Circulaire DGT no 13 du 9 novembre 2012 relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine du travail et des services de santé au travail

de santé au travail, dans un continuum qu'il faut conforter avec les PRST. Outre une clarification par l'instruction (et éventuellement les textes réglementaires) du positionnement des différents leviers d'animation des SPSTI, le succès de la nouvelle génération de contrats doit reposer sur un équilibre de l'apport des parties et sur un compromis raisonnable entre prise en compte des réalités locales et populationnelles des SPSTI et volonté de capitalisation régionale ; cela conduit à une approche conciliant prise en compte du PRST et des priorités individuelles des projets de service, et combinant un recueil au moins minimal de données quantitatives communes avec une évaluation qualitative systématique des projets individuels. L'adaptation de chaque contrat aux capacités à faire du service est un élément déterminant dans l'atteinte des objectifs fixés. Elle requiert une négociation individuelle de contrat, quand bien même un cadre régional est défini.

[11] Ce schéma pragmatique, mais relativement ambitieux, ne peut, cependant, se concevoir sans conforter les moyens d'animation et de suivi de la contractualisation. Le renforcement des CPOM ne se fera pas sans un engagement fort des pouvoirs publics, tant régional que national, dans le pilotage de la contractualisation. Une montée en puissance de l'animation nationale des acteurs régionaux est indispensable, comme un pilotage régional renforcé de la contribution des SPSTI aux politiques régionales de santé au travail, via les CPOM. Cela passe par un progrès indispensable des systèmes d'information et un renforcement au moins minimal des moyens humains que les DREETS, notamment, consacrent à cette animation (aujourd'hui inférieurs en moyenne à 0,5 ETP dans les DREETS). Cela suppose, également, une amélioration de la coordination entre les différents acteurs institutionnels, tant au niveau national que régional. Un décloisonnement est aussi souhaitable en leur sein, entre réseaux professionnels en charge, pour les DREETS, des PRST et des CPOM et, pour les CARSAT, de la prévention des risques professionnels d'une part, de la prévention de la désinsertion professionnelle, d'autre part. Par ailleurs, une meilleure appropriation des tenants et aboutissants de la contractualisation par les partenaires sociaux, comme leur information, plus régulière, sur le cadre et l'impact des CPOM, leur permettraient de prendre toute leur place dans ce champ, et au CNPST d'être plus à même de jouer son rôle en la matière.

[12] Modalité plus récente de l'action publique, moins directive et réglementaire que les modes d'action antérieurs de l'Etat, la contractualisation fait le pari du dialogue et des démarches gagnant-gagnant. Pour la conserver dans son essence, qui est de répondre aux attentes de chacun des signataires et de les faire converger sur des objectifs partagés, elle requiert, cependant, un investissement tant dans la négociation, que dans l'octroi de contreparties (qui, dans le cadre des CPOM avec les SPSTI, ne sont pas financières), que du suivi et de l'évaluation, enfin. Cela signifie qu'un minimum de moyens humains soient mobilisés pour lui donner corps et sens. Et que les acteurs de terrain soient tout à la fois plus accompagnés dans la conduite de cette politique (boîte à outils méthodologiques nationale, issue, notamment, du partage de bonnes pratiques, systèmes d'information, animation décloisonnée) et dotés de marges de manœuvre régionales, pour pouvoir s'ajuster opportunément dans la négociation. La contractualisation doit en effet se distinguer d'approches plus impératives, telles que l'agrément et la certification. La mission souligne, à cet égard, l'intérêt d'envisager une instruction consolidant, comme cela avait été fait en 2012, la vision d'ensemble de l'intégralité des textes issus de la loi d'août 2021.

[13] Faute de réunir ces conditions, les pouvoirs publics seraient contraints à deux solutions également insatisfaisantes : une contractualisation nationalement plus normée et standardisée ; un abandon des CPOM, actant la difficulté des acteurs à assumer l'investissement requis pour une démarche contractuelle.

[14] Pour la mission, une contractualisation normée à partir du national est un scénario sub-optimal, bien qu'économe en moyens. Un pilotage renforcé et très descendant des SPSTI n'est pas cohérent avec la préservation de leur autonomie de gouvernance et de financement, ni avec les choix

de conservation de la diversité des acteurs opérés face aux propositions plus radicales du rapport Lecocq. Autant ce pilotage national renforcé apparaît légitime sur une, ou éventuellement deux priorités, dont la PDP, autant la complète standardisation des contrats plaquée sur des territoires, et des acteurs, extrêmement différents, présente un risque d'artificialisation de la logique contractuelle et de rejet de ce qui pourrait être perçu comme subordination ou instrumentalisation. Sauf à introduire des financements publics incitatifs, ce qui n'est pas sans risque d'effets pervers dans un contexte d'offre socle financée par la cotisation des employeurs, et de moyens financiers globalement suffisants des SPSTI.

[15] Abandonner la contractualisation, conduirait à se priver d'un levier d'implication des SPSTI dans les priorités nationales et régionales de prévention au travail, sans disposer à ce stade d'instruments alternatifs crédibles. La mission privilégie la poursuite d'une approche raisonnablement ambitieuse de contractualisation, reposant sur un renforcement, au moins minimal, des moyens dédiés, sur une contractualisation fortement priorisée, sur une durée suffisante (4 à 5 ans au moins, en lien avec la durée des projets de service et des PRST) et sur une animation renforcée et décloisonnée. Mieux outillés et animés, les acteurs régionaux seraient plus efficaces. Une meilleure articulation entre travaux du PRST et élaboration des CPOM serait également source de gains d'énergie, comme une coordination renforcée entre réseau des DREETS et réseau des CARSAT. Le bénéfice de la coopération des acteurs au service de la prévention des risques professionnels et de la désinsertion professionnelle paraît légitimer un tel investissement, sauf à opter pour des modes de coordination plus organisationnels, non retenus jusqu'à présent.

## RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

Numéro d'apparition dans le texte	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
<b>AJUSTEMENTS STRATÉGIQUES</b>				
<b>1</b>	Ré-expliciter dans l'instruction à venir pour la 3 <sup>ème</sup> génération de CPOM, la nécessité d'une articulation non seulement conceptuelle, mais aussi pratique, entre PRST et CPOM.	1	DGT-CNAM	1 <sup>er</sup> trimestre 2023
<b>5</b>	Veiller à l'élaboration, en cohérence, du projet de service, du CPOM et de l'agrément, dans une temporalité adaptée aux enjeux propres à la situation de chaque région, et de chaque SPSTI.	1	DREETS	A partir de 2023
<b>6</b>	Impliquer la commission médico-technique du SPSTI dans la préparation de la négociation du CPOM, en anticipant en son sein, au cours de l'élaboration du PPS, les priorités d'actions qui relèvent d'une démarche partenariale.	2	SPSTI	Futurs projets de service
<b>7</b>	Clarifier dans les textes les rôles respectifs de l'agrément et du CPOM concernant la cellule de prévention de la désinsertion professionnelle interne aux SPSTI.	1	DGT	1 <sup>er</sup> trimestre 2023
<b>9</b>	En lien avec la préparation en cours de la COG AT/MP, explorer des pistes d'optimisation, grâce aux CPOM, des leviers financiers des CARSAT en faveur de la prévention.	1	DRP CNAM	1 <sup>er</sup> semestre 2023
<b>10</b>	Cadrer le champ des conventions bilatérales des parties avec les SPSTI et réaffirmer le principe de consolidation de l'ensemble de ces conventions au sein des CPOM, sous forme d'une annexe dédiée.	1	DGT-DSS-CNAM	1 <sup>er</sup> trimestre 2023
<b>11</b>	Proposer, à titre d'expérimentation, à des SPSTA volontaires de s'engager dans un contrat partenarial d'objectifs et de moyens.	2	DGT	2024
<b>12</b>	Préserver le principe d'une négociation et signature individuelle du CPOM, en veillant à prendre en compte le contexte et la capacité à faire du SPSTI.	1	DGT-CNAM DREETS-CARSAT	1 <sup>er</sup> trim. 2023/ Futurs CPOM
<b>15</b>	Privilégier un décloisonnement entre PRST et PRS, et DREETS et ARS, avant d'envisager de systématiser un axe Santé publique dans les CPOM.	2	DGT-DGS DREETS-ARS	2024
<b>20</b>	Afin que le CNPST et les CRPST puissent jouer pleinement leur rôle d'orientation et de suivi de la contractualisation : veiller à les associer à l'élaboration des orientations de la prochaine génération de contrats puis inscrire	1	DGT	2023

	régulièrement le sujet des CPOM à l'ordre du jour de ces instances, et y présenter, a minima, un bilan annuel ; garantir enfin une information minimale de tout nouveau membre du CNPST et des CRPST, concernant le fonctionnement et l'animation des SPSTI et toute évolution réglementaire dans ce domaine.			
<b>ANIMATION ET DE PILOTAGE</b>				
2	Veiller au sein des DREETS et des CARSAT à la bonne coordination des démarches d'élaboration et suivi du PRST d'une part, des CPOM d'autre part.	1	DGT-CNAM	2023
3	Dans le cadre de la procédure d'agrément, poursuivre l'appui méthodologique des DREETS à la démarche de projets de service et rappeler la nécessité d'appuyer ce PPS sur un diagnostic régional et local, dont le PRST est un élément majeur.	1	DREETS DGT	A partir 2023 1 <sup>er</sup> trim 2023
4	Dans un souci de cohérence et de facilitation du suivi par les SPSTI, veiller à mutualiser, ou articuler, les indicateurs de suivi des actions communes du PRST et des CPOM.	1	DREETS CARSAT	2023
8	En vue de la nouvelle génération de CPOM, instaurer un groupe de travail réunissant des DREETS et des CARSAT pour préciser, par mutualisation des pratiques, la gamme des contreparties susceptibles d'être portées aux CPOM par ces institutions.	2	DGT-CNAM	2023
13	Au niveau national, privilégier l'animation de la démarche de contractualisation plutôt que le pilotage fin du contenu des CPOM. Réaffirmer une thématique nationale de prévention de la désinsertion professionnelle et se contenter de proposer un cadre indicatif pour les priorités de prévention primaire des risques professionnels.	1	DGT CNAM	1 <sup>er</sup> trim 2023
14	Au niveau régional, prioriser et outiller en méthodes et indicateurs certains thèmes définis sur la base du PRST ; mettre en place des conditions de restitution et d'évaluation des CPOM conciliant approches quantitative systématique et qualitative sur mesure.	1	DREETS- CARSAT	2023
16	Renforcer l'animation par la DGT du réseau des pôles travail des DREETS en associant l'inspection médicale et mettre en place à la CNAM, une animation conjointe DRP - DISAS des directions des risques professionnels et des services sociaux des CARSAT.	1	DGT CNAM	2023



17	Créer une cellule de coordination et d'animation nationale de la contractualisation associant DGT et CNAM (DRP et DISAS) réunissant régulièrement et conjointement les réseaux des DREETS et des CARSAT. Instaurer un dialogue régulier entre DGT, DSS et CNAM portant sur les orientations en matière de contractualisation avec les SPSTI	1	DGT-CNAM DGT-DSS- CNAM	2023
18	Créer une cellule régionale de pilotage de la contractualisation avec les SPST, co-animée par la DREETS et la CARSAT.	1	DGT-CNAM	2023
19	Renforcer les moyens dédiés à la gestion de la contractualisation par les pôles travail des DREETS et engager une réflexion sur la possibilité de conforter les services d'inspection médicale par des infirmiers en santé au travail.	1	DGT	2023
21	Sous réserve de la possibilité ouverte aux DREETS d'y adjoindre des données régionales, faire de l'enquête annuelle dématérialisée menée par la DGT auprès des SPSTI l'outil de remontée des indicateurs des CPOM.	1	DGT	2023



## SOMMAIRE

<b>SYNTHESE .....</b>	<b>3</b>
<b>RECOMMANDATIONS DE LA MISSION .....</b>	<b>7</b>
<b>RAPPORT .....</b>	<b>13</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>13</b>
<b>1 2012-2022 : UNE PERIODE D'APPRENTISSAGE DES ATOUTS ET LIMITES DE LA CONTRACTUALISATION .....</b>	<b>14</b>
1.1 UNE MONTEE EN PUISSANCE HESITANTE DANS UN CONTEXTE DE NOUVELLES REFORMES DE LA SANTE AU TRAVAIL ET DE REORGANISATION DE L'ÉTAT .....	14
1.1.1 <i>Une période marquée par des transitions juridiques et administratives importantes et une recomposition significative du paysage des SPSTI.....</i>	14
1.1.2 <i>2012-2018 : Un premier temps d'appropriation régionale contrastée.....</i>	18
1.1.3 <i>2019-2022 : Une 2e génération de contrats plus cadrée, mais inscrite dans un temps court et une période d'incertitude qui a suscité un relatif attentisme.....</i>	22
1.1.4 <i>Des modalités de suivi et d'évaluation fragiles.....</i>	25
1.2 DES ENSEIGNEMENTS UTILES POUR PREPARER UNE NOUVELLE GENERATION DE CONTRATS .....	26
1.2.1 <i>Des effets positifs sur la dynamique collective et sur certaines politiques .....</i>	27
1.2.2 <i>Des enseignements plus structurels.....</i>	28
<b>2 LE CPOM, UN OUTIL QUI CONSERVE TOUTE SA PERTINENCE POUR RENFORCER LA COORDINATION DES ACTEURS DE LA SANTE AU TRAVAIL .....</b>	<b>31</b>
2.1 UN OUTIL FEDERATEUR QUI CONSERVE TOUT SON SENS DANS LE NOUVEAU CONTEXTE ISSU DE LA LOI DU 2 AOUT 2021 .....	31
2.1.1 <i>La nécessité persistante d'une action synergique des acteurs de la santé au travail en faveur d'un renforcement de la prévention.....</i>	31
2.1.2 <i>Un rôle spécifique à combiner de façon harmonieuse avec PRST, projet de service, agrément et certification .....</i>	33
2.1.3 <i>Une contractualisation pleinement compatible avec le déploiement de l'offre socle certifiée.....</i>	41
2.2 LES CONDITIONS DE SUCCES ET LES POINTS DE VIGILANCE POUR UNE TROISIEME GENERATION DE CONTRATS .....	43
2.2.1 <i>Une dimension partenariale à conforter .....</i>	43
2.2.2 <i>Un modèle pragmatique conjuguant capacité de capitalisation régionale et adaptation au contexte propre de chaque SPSTI.....</i>	47
2.2.3 <i>Un équilibre entre priorités nationales, régionales et locales.....</i>	49
2.2.4 <i>Une montée en puissance proportionnée et ciblée du décloisonnement entre santé et santé au travail au sein des CPOM .....</i>	51
<b>3 DES CONDITIONS EXIGEANTES DE FAISABILITE ET D'ANIMATION NATIONALE ET REGIONALE.....</b>	<b>53</b>
3.1 UN NET BESOIN DE RENFORCEMENT DE L'ANIMATION NATIONALE DANS UNE APPROCHE DECLOISONNEE.....	53
3.1.1 <i>Des DREETS en attente d'un renforcement de l'animation nationale, permettant d'explicitier la politique en matière de contractualisation et de les outiller, sans les enfermer dans un cadre national trop rigide .....</i>	53
3.1.2 <i>Au sein de la CNAM, un pilotage bicéphale DRP – DISAS à clarifier .....</i>	54
3.1.3 <i>Une animation concertée entre DGT et CNAM, associant pleinement leurs différentes composantes concernées, pour soutenir et outiller l'investissement des acteurs régionaux.....</i>	55
3.1.4 <i>Le CNPST du COCT doit consolider sa place dans le processus de contractualisation.....</i>	56
3.2 UNE DYNAMIQUE ESSENTIELLE DREETS-CARSAT QUI DOIT ETRE RENFORCEE .....	58
3.2.1 <i>Une contractualisation fructueuse requiert l'implication coordonnée et pérenne des deux acteurs régionaux et l'association de l'ensemble des parties prenantes.....</i>	59
3.2.2 <i>Une attention soutenue doit être accordée à la capacité à faire des DREETS, dans un contexte de carence de médecins régionaux du travail.....</i>	61
3.2.3 <i>La nécessité de préserver des marges de manœuvre régionales aux CARSAT pour leur permettre de pleinement jouer le jeu de la contractualisation avec les SPSTI .....</i>	62
3.2.4 <i>Des instances paritaires régionales qui doivent être en capacité de prendre toute leur place.....</i>	62
3.3 UNE CONTRACTUALISATION A AJUSTER AUX CAPACITES DES SPSTI.....	64

3.4	UNE MODERNISATION DESORMAIS INCONTOURNABLE DES SYSTEMES D'INFORMATION POUR UNE PLEINE ANIMATION DE LA POLITIQUE DE SANTE AU TRAVAIL.....	65
3.4.1	<i>Un système d'information en cours de construction permettant des échanges entre SPSTI et services publics, et entre niveau régional et national</i> .....	65
3.4.2	<i>Des SPSTI dotés de système d'information de performance inégale</i> .....	66
<b>4</b>	<b>CONCLUSION</b> .....	<b>67</b>
	<b>LETTRE DE MISSION</b> .....	<b>71</b>
	<b>LISTE DES ANNEXES</b> .....	<b>75</b>
	<b>LISTE DES PERSONNES AUDITIONNEES</b> .....	<b>77</b>
	<b>SIGLES UTILISÉS</b> .....	<b>85</b>

# RAPPORT

## Introduction

[16] Au moment de préparer l'ensemble des textes d'application de la loi du 2 août 2021, qui réforme le paysage institutionnel de la santé au travail et cherche à conforter significativement la prévention primaire au travail, une commande conjointe du ministère du travail, de l'emploi et de l'insertion et du secrétariat d'Etat chargé des retraites et de la santé au travail a chargé l'IGAS d'un bilan de la contractualisation dix ans après sa mise en place par la loi 2011-867 du 20 juillet 2011, et en amont du décret relatif aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) des services de prévention et santé au travail interentreprises (SPSTI) et de l'instruction conjointe DGT-CNAM attendue pour préparer une nouvelle génération de contrats en 2023. Cette mission a été confiée en juin 2022 à Mme Anne Burstin, Mme le Dr Claude Gady-Cherrier et M. le Dr Julien Emmanuelli.

[17] Il s'agissait, tout d'abord, de réaliser un bilan quantitatif et qualitatif de la contractualisation, en portant une attention particulière au respect du cadre juridique et à l'articulation entre CPOM, projets de service des SPSTI, Plans régionaux de santé au travail (PRST) et convention d'objectifs et de gestion de la branche accidents du travail/maladies professionnelles (COG AT-MP). La mission devait, en outre, apprécier l'impact de la contractualisation en termes d'animation des SPSTI, au service d'objectifs de prévention au travail. Elle devait, enfin, préciser l'insertion des CPOM dans le nouveau cadre de régulation issu de la loi du 2 août 2021, avec l'introduction, notamment, d'une démarche de certification d'une offre socle de services et le cadrage des procédures d'agrément par un cahier des charges national.

[18] Afin de satisfaire à ces différents volets de la commande, la mission IGAS a abordé le bilan des CPOM au travers de 3 approches conjointes :

- Deux questionnaires nationaux à l'ensemble des DREETS d'une part, des CARSAT d'autre part, pour obtenir un panorama national quantitatif et qualitatif des CPOM. Vision nationale également nourrie par les échanges avec les acteurs nationaux de la santé au travail (DGT et CNAM, DSS, vice-président et secrétaire général du COCT et ensemble des partenaires sociaux membres du CNPST, association Présanse<sup>4</sup>...).
- Des déplacements approfondis dans quatre régions (Grand Est, Hauts-de-France, Ile-de-France, PACA), dont le choix s'était appuyé sur les investigations d'une mission antérieure de l'IGAS d'évaluation du fonctionnement des SSTI<sup>5</sup>. Dans ces régions, la mission a rencontré les représentants des DREETS et CARSAT, les vice-présidents du CROCT représentant les employeurs et les salariés, et au moins quatre SPSTI (gouvernance et direction, représentants de la commission médicotéchnique et des équipes pluridisciplinaires). Dans certains cas, elle a également échangé avec les responsables d'associations régionales de SPSTI.
- Enfin, la mission a appuyé son état des lieux et ses recommandations sur une analyse documentaire précise des liens entre le PRST, la COG, les projets de service et les CPOM de chacun des services étudiés dans chaque région.

<sup>4</sup> Prévention, Santé, Service, Entreprise, association à but non lucratif qui représente 200 services de prévention et de santé au travail interentreprise (SPSTI) de France.

<sup>5</sup> D. Chaumel, B. Maurice, J.P. Viquant : Evaluation des services de santé au travail interentreprises ; 2019-070R1, février 2020.

[19] L'ensemble de ces éléments la conduisent à un bilan qui dégage les enseignements d'une période d'apprentissage (2012-2022) des atouts et limites de la contractualisation dans un contexte de profonds changements juridiques et institutionnels (partie 1) et qui confirme la pertinence du CPOM pour renforcer la coordination des acteurs de la santé au travail dans le nouveau cadre législatif et institutionnel (partie 2). Le rapport souligne, cependant, les conditions exigeantes de faisabilité et d'animation nationale et régionale nécessaires à une pleine mobilisation des CPOM au service de la prévention au travail et de l'ensemble des entreprises et de leurs salariés (partie 3).

## 1 2012-2022 : une période d'apprentissage des atouts et limites de la contractualisation

[20] Conduit après une période de 10 ans de déploiement des nombreux outils novateurs instaurés par la loi du 20 juillet 2011<sup>6</sup>, qui cherchait à impulser une autre culture de la santé au travail, le bilan opéré par la mission fait état d'une montée en puissance hésitante, en partie liée à l'évolutivité du cadre juridique ou des organisations et à la recomposition du paysage des services de santé au travail, mais également à la nécessité d'un changement culturel significatif des acteurs. Il permet cependant de tirer des enseignements utiles pour la préparation d'une nouvelle génération de contrats.

### 1.1 Une montée en puissance hésitante dans un contexte de nouvelles réformes de la santé au travail et de réorganisation de l'État

[21] **Outil nouveau d'animation des SPSTI** créé concomitamment à d'autres novations, et en particulier le projet pluriannuel de service (PPS), **le CPOM nécessitait un temps inévitable d'acculturation par les acteurs de la santé au travail**. Cette appropriation a été en partie compliquée par l'incertitude créée, au tournant de la première génération de contrats, par le rapport de la députée C. Lecocq<sup>7</sup> qui remettait en cause l'organisation de la santé au travail, et l'attente, ensuite, du nouveau cadre législatif issu de l'accord national interprofessionnel de décembre 2020. Flottements qui n'ont pas permis d'avoir une seconde génération de contrats tirant pleinement parti de l'expérience des débuts. Si quelques régions ont opté pour un certain attentisme, les enseignements de la première génération de contrats ont, néanmoins, été mis à profit par les régions les plus mobilisées pour ajuster les contrats de seconde génération.

#### 1.1.1 Une période marquée par des transitions juridiques et administratives importantes et une recomposition significative du paysage des SPSTI

[22] La loi du 20 juillet 2011 dispose que « les priorités des services de santé au travail sont précisées, dans le respect des missions générales prévues à l'article L. 4622-2, des orientations de la politique nationale en matière de protection et de promotion de la santé et de la sécurité au travail, d'amélioration des conditions de travail, ainsi que de son volet régional, et en fonction des réalités locales, dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu entre le service, d'une part, l'autorité administrative et les organismes de sécurité sociale compétents, d'autre part, après

---

<sup>6</sup> Loi 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail.

<sup>7</sup> « Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée », rapport demandé par le premier ministre, établi par Charlotte Lecocq, Bruno Dupuis, Henri Forest, avec la collaboration d'Hervé Lanouzière, membre de l'IGAS, remis le 28/08/18.

avis des organisations d'employeurs, des organisations syndicales de salariés représentatives au niveau national et des agences régionales de santé »<sup>8</sup>.

[23] Considéré comme une innovation importante de cette loi, qui renforce concomitamment la portée réglementaire de l'agrément des services de santé délivré par l'État<sup>9</sup>, et impose, par ailleurs, la création d'équipes pluridisciplinaires en santé au travail (EPST), le **contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens est un outil à visée opérationnelle** qui permet de décliner des actions concourant à<sup>10</sup> :

- Mettre en œuvre les priorités d'action du projet pluriannuel de service du SPSTI prévue à l'article L 4612-14 et faire émerger des bonnes pratiques,
- Améliorer la qualité individuelle et collective de la prévention des risques professionnels et des conditions de travail,
- Mettre en œuvre les objectifs régionaux de santé au travail définis dans les programmes régionaux de santé au travail,
- Promouvoir une approche collective et concertée et les actions en milieu de travail,
- Mutualiser, y compris entre les services de santé au travail, des moyens, des outils, des méthodes, des actions, notamment en faveur des plus petites entreprises,
- Cibler des moyens et des actions sur certaines branches professionnelles, en faveur de publics particuliers ou sur la prévention de risques spécifiques,
- Permettre le maintien dans l'emploi des salariés et lutter contre la désinsertion professionnelle.

[24] Obligatoire pour tous les services de santé au travail interentreprises<sup>11</sup> agréés, et conclu pour une durée maximale de cinq ans, le CPOM ambitionne de mettre en œuvre les priorités d'action du projet pluriannuel de service élaboré par la commission medicotechnique (CMT) et validé par le conseil d'administration en cohérence avec les objectifs régionaux de santé au travail et de prévention, définis notamment dans le cadre du PRST et de la déclinaison territoriale de la convention d'objectifs et de gestion de la branche accidents du travail/maladies professionnelles (COG AT/MP), et en lien avec les enjeux locaux de santé au travail.

[25] A cette fin, le CPOM décline les priorités communes en programme d'action particulier, avec une formalisation des apports de chacune des parties contractantes. Les partenaires sociaux des instances régionales sont associés au pilotage et au suivi du déploiement des CPOM et chargés d'en fixer les modalités d'évaluation.

[26] **L'acte de naissance des CPOM est ainsi associé à un changement de paradigme global des SPSTI**, qui les ouvre aux acteurs institutionnels et aux partenaires sociaux, les place dans une perspective de prévention accrue, et leur impose de mettre en place des outils de pilotage basés sur une culture de projet. Défi culturel pour ces services, la mise en œuvre de ce nouveau paradigme contraint aussi les services de l'Etat à un changement de posture, d'une approche plus juridique à une logique d'accompagnement du changement.

---

<sup>8</sup> Article L4622-10 du code du travail créé par la loi de 2011.

<sup>9</sup> Garantir la qualité des prestations offertes et leur conformité avec les exigences réglementaires en déterminant notamment l'effectif maximal de salariés suivis par l'EPST et le nombre de médecins du travail par secteur.

<sup>10</sup> D4622-45.

<sup>11</sup> Couvrant les entreprises de moins de 500 employés, ces services, constitués sous statut associatif, prennent le nom de service de santé au travail interentreprises (SSTI) à la différence des services de santé au travail autonome (SSTA), internes aux entreprises de plus de 500 salariés, dont le statut, le régime de gestion et de financement sont différents. Si elles ne souhaitent pas se doter d'un SSTA, les entreprises de plus de 500 salariés peuvent choisir de travailler avec un STTI.

[27] **L'intégration de ces nouvelles modalités d'organisation et de fonctionnement s'est faite de manière inégale**, avec des dynamiques de contractualisation hétérogènes et plus ou moins continues. Elle s'est de surcroît opérée en parallèle à une recomposition graduelle du paysage des services de santé au travail, et dans un contexte de raréfaction de la ressource en médecins du travail, du fait des départs à la retraite<sup>12</sup> et faute d'attractivité de la spécialité<sup>13</sup>.

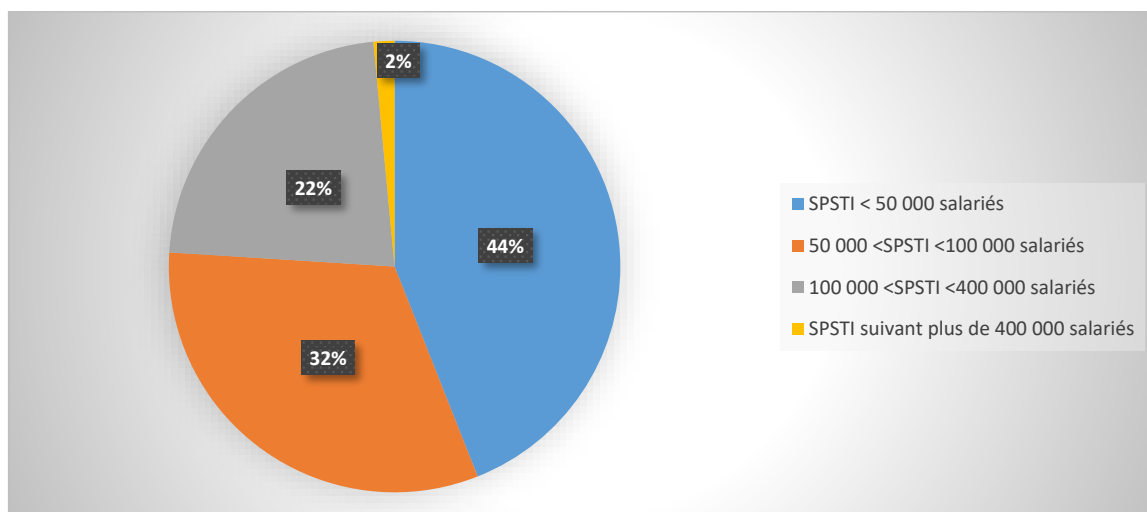
#### **Etat des lieux sommaire de la situation des services de santé au travail en 2022<sup>14</sup>**

La mission a mené une enquête auprès des DREETS et des CARSAT (annexe 1), dont quelques questions portaient sur les SPST. Le taux de réponse était de 80 % pour les DREETS et de 90 % pour les CARSAT.

L'enquête dénombre 200 SPSTI agréés dont 9 % de manière conditionnelle<sup>15</sup>. Le nombre de salariés couverts par les SPST (SPSTI et SPSTA) s'élevait à 18,3 millions, les SPSTI représentant 91 % des salariés couverts.

Le nombre moyen de salariés suivis par SPSTI serait de 86 100. Trois quarts de ces SPSTI couvraient moins de 100 000 salariés (graphique 1) ; près d'un cinquième des SPSTI couvrant moins de 50 000 salariés se concentrent sur une région (AURA) et 40 % des SPSTI couvrant plus de 100 000 salariés sur AURA et IDF<sup>16</sup>.

Graphique 1 : Répartition des SPSTI en fonction du nombre de salariés suivis



Source : Enquête mission auprès des DREETS et des CARSAT

[28] On observe sur cette période une réduction progressive (-15 %) du nombre de SPSTI, le plus souvent dans le cadre de fusions suscitant des réorganisations internes, susceptibles de peser sur la dynamique des CPOM.

<sup>12</sup> D'après l'atlas de l'ordre des médecins, 56,2 % des médecins du travail avaient plus de 55 ans et 38,4 % plus de 60 ans en 2018, in *Conseil national de l'ordre des médecins, Atlas national 2018 - Approche territoriale des spécialités*

<sup>13</sup> La spécialité se classait ainsi dernière en termes d'attractivité à l'issue des épreuves classantes nationales en 2016, avec 72 postes choisis par les étudiants pour devenir médecins du travail sur 150 postes offerts, *Rapport IGAS-IGAENR n° 2017-023R (IGAS) et n° 2017-057 (IGAENR), Attractivité et formation des professions de santé au travail*.

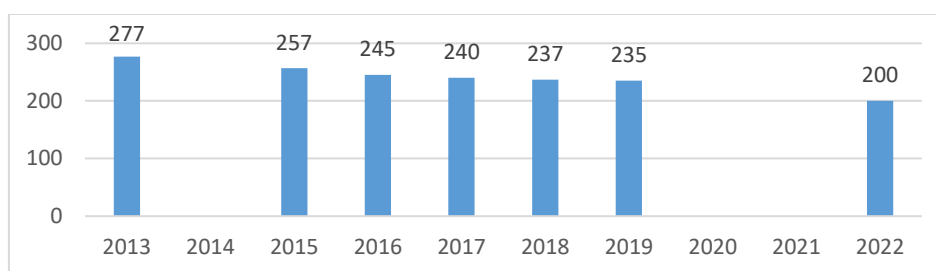
<sup>14</sup> Hors Guadeloupe et Guyane

<sup>15</sup> Incluant les SPSTI à compétence professionnelle exclusive au nombre de 29, cette estimation ne comptabilise pas les quelques SPSTI n'ayant pas d'agrément au moment de l'enquête.

<sup>16</sup> Les trois plus gros SPSTI (> 400 000 salariés) se trouvant en Île-de-France et Hauts de-France.



Graphique 2 : Évolution du nombre des SPSTI de 2013 à 2022



Source : Données rapport IGAS 2019-070R1 cité supra (jusqu'à 2019) et enquête mission auprès des DREETS et CARSAT pour 2022

[29] **La période de mise en place des CPOM est, par ailleurs, concomitante à plusieurs évolutions significatives de la santé au travail.** Imposant d'importants changements dans le suivi de l'état de santé des salariés, notamment la suppression de l'examen d'aptitude à l'embauche (remplacé par une visite d'information et de prévention) et la mise en place de la double visite médicale lors de la procédure d'inaptitude, la loi du 8 août 2016<sup>17</sup> a également entraîné des adaptations qui ont pu impacter l'animation des CPOM et le déploiement de leurs actions.

[30] Deux ans plus tard, la remise du rapport dit Lecocq suscite d'importantes interférences avec le déploiement des CPOM en interrogeant profondément le champ de la santé au travail. Le rapport souligne l'inefficacité relative et le manque de lisibilité du système, du fait d'une construction par strates successives, générant des doublons et nécessitant la coordination d'une multiplicité d'acteurs très consommatrice de ressources ; il pointe également une vision de la prévention par les employeurs encore souvent « guidée par la contrainte administrative et le respect formel d'obligations réglementaires ». Il propose une refonte radicale du système de prévention des risques professionnels pour le rendre plus compréhensible et plus performant.

[31] S'il n'est pas suivi sur le fond par le gouvernement, ce rapport agit « à la manière d'un électrochoc » en suscitant une réflexion d'ampleur chez les partenaires sociaux qui s'engagent, dans son sillage, dans des négociations visant à réformer la santé au travail. La crise pandémique qui suit pèse sur le fonctionnement des services de l'État comme sur l'activité des SPSTI, et ralentit tant le rythme des négociations des partenaires sociaux que le déploiement des contrats.

[32] **La loi du 2 août 2021, qui reprend l'accord national interprofessionnel (ANI) de décembre 2020<sup>18</sup>, fait évoluer les services de santé au travail en services de prévention et de santé au travail** chargés de garantir un ensemble commun de services (offre socle<sup>19</sup>) à l'ensemble des entreprises et salariés du territoire et obligés à se conformer à un processus de certification<sup>20</sup>. Elle refonde, en outre, la gouvernance de la santé au travail. Au regard du caractère très restructurant de cette loi, qui réaffirme également le rôle des partenaires sociaux, le législateur a prévu d'étaler la prise de décrets d'application jusqu'en 2024. C'est dans ce cadre que doit être rédigé un nouveau décret sur les CPOM.

<sup>17</sup> Loi n° 2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels (le Titre V portant sur la médecine du travail).

<sup>18</sup> Accord national interprofessionnel pour une prévention renforcée et une offre renouvelée en matière de santé au travail et conditions de travail.

<sup>19</sup> L'offre socle vise à aider les entreprises à progresser en matière de prévention primaire et de culture de prévention. Il s'agit d'une « offre de proximité, systématique et effective », articulée autour des 3 axes suivants : prévention des risques professionnels, suivi individuel des travailleurs, prévention de la désinsertion professionnelle.

<sup>20</sup> Réalisée par un organisme indépendant et destinée entre autres à s'assurer de la qualité et de l'effectivité des services rendus dans le cadre de l'offre socle et de la conformité du traitement des données personnelles.

[33] Dans un contexte d'importantes évolutions juridiques grevé d'impondérables, suscitant des pauses ou des ralentissements dans l'investissement des acteurs, la montée en puissance des CPOM, qui ont destins liés avec des SPSTI eux-mêmes en profonde réorganisation, s'est faite avec une certaine hétérogénéité sur le territoire. Ce d'autant plus que, dans l'absence de cadre juridique stabilisé, des instructions transitoires en 2019 et 2021 ont pu inciter les régions à temporiser, contribuant à ces écarts de pratiques (cf. 1.1.3).

[34] Parallèlement, le **contexte de restructuration des services de l'Etat** (fusion des DIRECCTE dans les régions reconfigurées dans le cadre de la loi NOTRe<sup>21</sup>, puis à partir de 2021, la mise en place des DREETS en vertu d'une nouvelle organisation territoriale de l'Etat) **a pu, parfois, ralentir également la dynamique de contractualisation.**

### 1.1.2 2012-2018 : Un premier temps d'appropriation régionale contrastée

[35] Pendant cette première période, la plupart des régions s'engagent dans la démarche de contractualisation, mais avec une approche, une implication, et *in fine*, un succès, très variables. Certaines, comme la région Île-de-France, déploient une contractualisation structurée et volontariste, tandis que d'autres peinent à mobiliser l'ensemble des acteurs.

#### 1.1.2.1 Des facteurs variés et intriqués suscitent des différences de montée en puissance

[36] Le focus portant sur les quatre régions visitées par la mission (cf. les annexes régionales) montre que **la première vague de CPOM** (déploiement des CPOM de première génération ou CPOM V1) **s'est mise en place à des rythmes assez différents** selon les régions historiques.

[37] En Grand Est, deux premiers CPOM V1 expérimentaux ont ainsi été signés très précocement en ex-Lorraine, début janvier 2013, dans le sillage immédiat de la circulaire DGT du 9 novembre 2012<sup>22</sup>, et suivis rapidement d'une phase de généralisation ; aucun CPOM n'était en revanche signé en fin de première période en ex-Alsace. En IDF, le premier CPOM a été signé en juin 2014 (à l'instar des Hauts-de-France et de PACA) et le dernier, trois ans plus tard, portant le niveau de CPOM signés à 100 % des SPSTI, niveau bien supérieur à la plupart des autres régions.

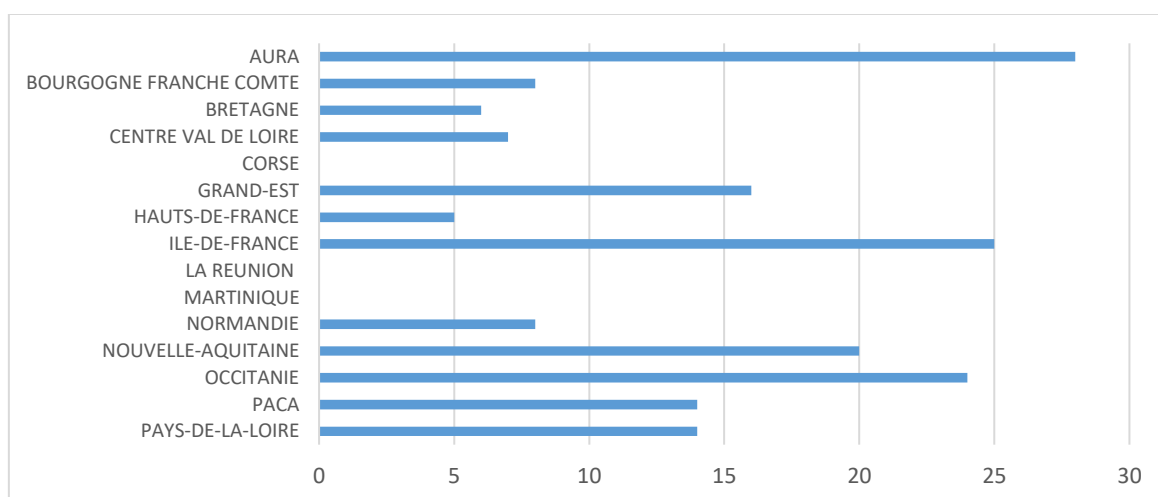
[38] D'après les données d'enquête de la mission (annexe 1), le nombre de CPOM V1 signés par les SPSTI varient en effet de manière très marquée d'une région à l'autre. Dans plus de la moitié d'entre elles, les SPSTI ont massivement signé un CPOM V1. A l'inverse, aucun CPOM n'a été engagé dans trois régions.

---

<sup>21</sup> Loi n°2015-991 du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République.

<sup>22</sup> Circulaire DGT n° 13 du 9 novembre 2012 relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine du travail et des services de santé au travail, faisant elle-même suite au décret d'application du 30 janvier 2012 relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine du travail et des services de santé au travail.

Graphique 3 : Nombre de CPOM V1 signés par région (n = 175)



Source : Enquête mission données DREETS

[39] Par-delà les limites éventuelles de leur propre capacité et volonté de mobilisation et d'investissement, les acteurs institutionnels imputent ces disparités régionales à plusieurs raisons :

- Des éléments liés au contexte ou aux positionnements institutionnels : ainsi, l'existence d'un partenariat CARSAT-SPSTI antérieur, manifesté notamment par des conventions bilatérales, fonde généralement une plus grande implication des caisses et des SPSTI ; a joué également le caractère plus ou moins contraignant de la démarche adoptée par les DIRECCTE, dont certaines ont parfois subordonné le renouvellement de l'agrément à la signature du CPOM, pour aiguillonner les plus récalcitrants.
- Des éléments tenant à la configuration ou à la typologie des services de santé au travail, en particulier le grand nombre des SPSTI sur un territoire donné, leur taille<sup>23</sup>; mais aussi la réalité de leurs moyens humains, la pénurie de ressources (médecins du travail, autres membres de l'équipe pluridisciplinaire) pesant sur la capacité à s'engager.  
Intervient également le degré de maturité dans la démarche projet, certains services ayant d'abord dû se pourvoir d'un PPS suffisamment structurant avant de s'engager dans une démarche de contractualisation. A cet égard, plusieurs DIRECCTE ont estimé devoir d'abord aider les SPSTI à élaborer leur PPS avant d'engager la dynamique de coopération en vue du CPOM. Outre la qualité du PPS, qui est le reflet de l'acculturation institutionnelle et méthodologique (conduite de projet, indicateurs...) du SPSTI, le fait d'être doté d'une capacité plus générale de pilotage interne des actions favorise également un engagement dans le CPOM. Les processus de fusion ont naturellement aussi interféré.
- Parmi les autres déterminants liés aux SPSTI pouvant agir comme des freins dans la mise en œuvre des CPOM, les acteurs institutionnels évoquent encore le faible engagement de certaines directions de services sur le CPOM et/ou la réticence de certains présidents de conseil d'administration ; la crainte aussi, de partager avec des acteurs publics leurs évaluations des risques en milieu de travail ou d'être assimilés à des contrôleurs du fait de leur collaboration avec les services de l'État et les CARSAT ; l'indépendance de certains médecins du travail sur le

<sup>23</sup>Toutefois, ce n'est qu'un facteur relatif, des acteurs institutionnels ayant pointé le sentiment d'autosuffisance de certains SPST de taille importante peu enclins à contractualiser.

choix des problématiques d'investissement ou les réticences d'autres à participer à des processus de programmation qu'ils ne maîtrisent pas ...

[40] Malgré ces obstacles, **le nombre de CPOM V1 signés par les SPSTI avoisinerait un total de 180 selon l'enquête menée par la mission<sup>24</sup>, estimation recoupant celles précédemment réalisées par l'Assurance maladie<sup>25</sup>** ainsi que celles recueillies dans le cadre de la mission IGAS d'évaluation des SSTI<sup>26</sup>.

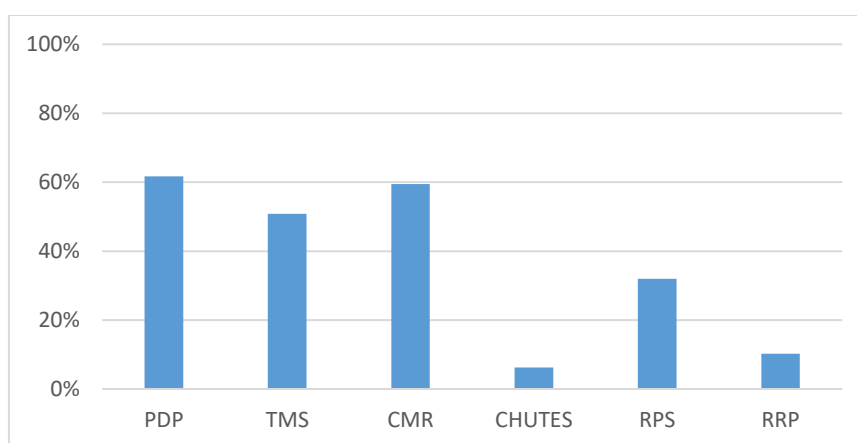
[41] En retenant le nombre de SPSTI recensés par cette précédente mission IGAS à l'expiration des CPOM V1, le taux de signature serait de 77 % (180 CPOM V1 pour 235 SPSTI en 2019), en cohérence avec les données institutionnelles antérieures<sup>27</sup>. La première vague des CPOM a de fait été globalement mobilisatrice, avec de surcroît des ambitions marquées en termes d'objectifs.

### 1.1.2.2 Des contenus ambitieux

[42] Signe d'une indéniable dynamique, mais aussi d'un relatif manque d'expérience, **les premiers CPOM ont souvent comporté un nombre élevé d'objectifs** et d'actions, motivés, parfois, par une difficulté à se différencier des projets de service. La plupart des CPOM V1 (90 %) sont construits en lien avec les projets de service (PPS), certains ayant jusqu'à 100 % de leurs actions en commun avec eux. Les deux instruments se mettant en place en parallèle, et par souci d'encourager l'engagement dans une démarche projet, les DIRECCTE ont souvent soutenu le PPS au moyen du CPOM, ce qui était d'ailleurs l'un de ses objectifs selon les textes (« Mettre en œuvre les priorités d'action du projet pluriannuel de service du SPSTI »).

[43] L'analyse plus détaillée de leur contenu (graphique 4) fait apparaître que la prévention de la désinsertion professionnelle (PDP) y émerge au premier rang, suivis des troubles musculo-squelettiques (TMS) et des risques chimiques-mutagènes-reprotoxiques (CMR), des risques psychosociaux (RPS), des chutes et du risque routier professionnel (RRP).

Graphique 4 : Part des thématiques dans les CPOM V1 signés



Source : Enquête mission données DREETS

<sup>24</sup> 175 déclarées par les DREETS et 188 par les CARSAT (cf. annexe 1)

<sup>25</sup> Dans son dernier bilan chiffré de mai 2021 fait à partir des remontées CARSAT, la direction des risques professionnels (DRP) de la CNAM dénombrait 180 CPOM V1 et 49 CPOM V2.

<sup>26</sup> Évaluation des services de santé au travail interentreprises (SSTI), rapport n° 2019-070R

<sup>27</sup> Le Bilan des CPOM au 31/12/17 (CNAMTS/DRP) retenait un taux de 71 % (172/242) et le rapport IGAS cité *supra* estimait deux ans plus tard que 78 % des SSTI avaient conclu un CPOM en 2019.

[44] Le CPOM contribue ainsi au déploiement d'actions sur des thématiques majeures tant en termes de morbi-mortalité que de dépense de santé.

### **Présentation des grandes thématiques de prévention inscrites dans le CPOM**

Le maintien en emploi et la prévention de la désinsertion professionnelle cherchent à permettre à des personnes confrontées à des difficultés à occuper leur poste de travail, à conserver leur emploi dans des conditions compatibles avec leur état de santé ou à poursuivre leur carrière professionnelle en écartant la menace de perte d'emploi. Il s'agit au travers de mesures d'aménagement du poste ou du temps de travail, de reclassement professionnel ou d'accompagnement individuel et collectif de prévenir le risque de précarisation professionnelle et sociale du salarié. C'est un axe de travail important des SPSTI invités à structurer à cette fin une cellule pluridisciplinaire dédiée ; c'est également un axe priorisé de travail pour le service social des CARSAT.

Les troubles musculo-squelettiques (TMS) constituent de loin la première cause de maladies professionnelles (MP) indemnisées (88 % des 50 000 MP reconnues en 2018). Au total, sur cette même période, il est recensé 10,8 millions de journées de travail perdues du fait d'arrêts de travail liés aux TMS. Elles sont notamment favorisées par « la répétition d'un même geste ou d'une série de gestes à une cadence élevée » et « la manutention manuelle de charges » (1,9 millions de salariés) ou encore une exposition des salariés « à des postures pénibles ou fatigantes durant leur travail » (34,7 % des salariés)<sup>28</sup>.

Plus d'un salarié sur dix est exposé en milieu professionnel à des agents cancérigènes (fumées diesel, fumées de soudage, silice cristalline, amiante, ...), pour moitié dans des établissements de moins de 50 salariés. L'imputabilité d'un cancer à une exposition professionnelle est difficile à établir. D'après l'Assurance Maladie, le nombre de cas de cancers reconnus en maladie professionnelle est nettement inférieur au nombre de cancers attribuables à des expositions professionnelles. En 2017, près d'un tiers des salariés exposés à l'amiante (qui représente 6,6 % des MP) ne bénéficient d'aucune mesure de protection collective<sup>29</sup>.

Les risques psychosociaux (RPS) résultent d'une exposition à différents types de facteurs pouvant se combiner : intensité du travail, exigences émotionnelles, autonomie, rapports sociaux au travail, conflits de valeurs et insécurité de la situation de travail. En 2016, 57 % des salariés se déclarent exposés à au moins trois de ces facteurs<sup>30</sup>.

Par ailleurs, d'après l'Assurance maladie<sup>31</sup>, les chutes sont responsables en 2021 de plus de 91 600 arrêts de travail (AT) entraînant au moins quatre jours d'arrêt (chute de plain-pied dans 58 %, chute d'une hauteur dans 24 % des cas, chute dans les escaliers dans 17 % des cas), et responsable de 65 décès (10 % des AT mortels enregistrés).

Réalité à laquelle sont confrontées la plupart des entreprises, le risque routier professionnel (RRP) est, toujours, d'après l'Assurance maladie<sup>32</sup>, à l'origine de plusieurs centaines d'AT graves ou mortels (en 2021, 54 000 accidents, dont 250 décès) entraînant 4,8 millions IT).

[45] Outre le nombre de thématiques retenues et d'actions associées relativement consistant, l'inscription d'actions mutualisées entre SPSTI est par ailleurs rapportée dans près de la moitié des régions, portant par exemple sur les nanomatériaux, les fumées de soudage ou l'intérim. On note également la présence de thématiques régionales propres à des branches professionnelles dans plus de la moitié des cas.

<sup>28</sup> SYNTHÈSE - STAT', Chiffres clés sur les conditions de travail et la santé au travail, août 2021 N° 37, DARES, DGT, SPF, SUMER

<sup>29</sup> Ibidem

<sup>30</sup> Ibidem

<sup>31</sup> Rapport annuel 2021 de l'Assurance Maladie - Risques professionnels Éléments statistiques et financiers

<sup>32</sup> Ibidem

### **Volet 3 « Mutualisation » des CPOM V1 d'Île-de-France**

En Île-de-France, le CPOM de 1<sup>ère</sup> vague comportait trois volets de programmes d'action (le 1<sup>er</sup> était constitué de priorités régionales, le second d'actions spécifiques des SPSTI).

Le troisième volet proposait un programme d'actions mutualisées sur une base volontaire entre SPSTI (capitalisation, promotion bonnes pratiques professionnelles, études, ingénierie commune à plusieurs services, participation à des bases données...). Deux des trois SPSTI rencontrés par la mission sur l'IDF ont ainsi contribué à des bases de données (« repérage CMR » et « GIE Intérim régional »).

La base de données « Repérage CMR » est le fruit d'une collaboration entre la DIRECCTE et les SIST d'Île-de-France basée sur le constat que les mêmes types d'agents CMR étaient souvent retrouvés dans les établissements de secteurs d'activité déterminés. Cette base consolidant les produits CMR utilisés était alimentée par plusieurs SIST regroupés au sein d'un groupement d'intérêt économique (GIE) qui s'engageaient à exploiter le plus grand nombre de fiches de données de sécurité (FDS) afin de faire procéder à l'analyse du risque chimique par leurs experts et de participer à la validation de l'analyse des FDS des autres SIST lors des réunions mensuelles. Les FDS étaient également consultées par les médecins du travail, IPRP et assistants de santé au travail avant de faire l'objet d'un bilan annuel soumis aux instances de gouvernance et remis aux acteurs institutionnels<sup>33</sup>.

Le GIE intérim régional s'est construit à partir d'un projet mis en place depuis 2005 dans le département de la Seine et Marne. Il prend la forme d'un portail ayant mobilisé trois SPSTI volontaires d'IDF (GIE) pour sa mise en œuvre opérationnelle (« portail intérim santé travail »). Destiné aux adhérents des SPSTI membres du GIE, et construit à partir de la mutualisation de leur expertise (combinant données réglementaires et données de prévention), ce portail facilite la mise en relation et les échanges entre différentes entités (agences pour l'emploi, SPSTI, CRAMIF, DRIEETS, entreprises). Il permet ainsi de renforcer le suivi médical et professionnel, plus à risque de discontinuité et/ou d'incomplétude, des intérimaires en sensibilisant les acteurs (meilleure connaissance des postes tenus par les salariés intérimaires et de leurs risques professionnels) et en les outillant (fiches de suivi, meilleure connaissance des ressources existantes, développement de la capacité des SIST à répondre aux besoins de prévention).

[46] En 2018 ou 2019 selon les régions, la 1<sup>ère</sup> vague de CPOM approche de son terme. Plutôt mobilisatrice, elle a, par-delà les difficultés rencontrées, été riche d'enseignements qui ne demandent qu'à être mis à profit pour améliorer le dispositif et le rendre tout à la fois plus efficace, plus acceptable et moins chronophage. Un bilan national est réalisé en 2018 dans cet objectif. Mais le contexte institutionnel crée une incertitude allongeant de façon excessive, et pour partie démobilisatrice, la phase de transition.

#### **1.1.3 2019-2022 : Une 2<sup>e</sup> génération de contrats plus cadrée, mais inscrite dans un temps court et une période d'incertitude qui a suscité un relatif attentisme**

##### **1.1.3.1 Un déploiement de moindre ampleur des CPOM de deuxième génération**

[47] Prévue pour une durée maximale de cinq ans, la 1<sup>ère</sup> vague de CPOM s'achève au moment du rapport Lecocq. L'impact de ce rapport et des négociations interprofessionnelles qui ont suivi, comme le contexte d'incertitude sur la portée de la réforme de la santé au travail de 2021 ont conduit à la publication de deux instructions d'attente successives (2019 et 2021). L'instruction du 31 juillet 2019<sup>34</sup> souligne ainsi que « Dans ce contexte, et dans l'attente des orientations du gouvernement, il n'est pas opportun d'engager des travaux de grande ampleur pour la conclusion de nouveaux CPOM »

<sup>33</sup> Cette action a pris fin avec la diffusion de l'application nationale (TOXILIST) qui permet de partager et consulter des informations toxicologiques sur les agents chimiques, d'aider l'entreprise dans l'inventaire des produits et le repérage des dangers liés à leur utilisation et d'informer les équipes santé travail.

<sup>34</sup> Instruction commune DGT DRP du 31 juillet 2019 sur les CPOM conclus avec les services de travail interentreprises.

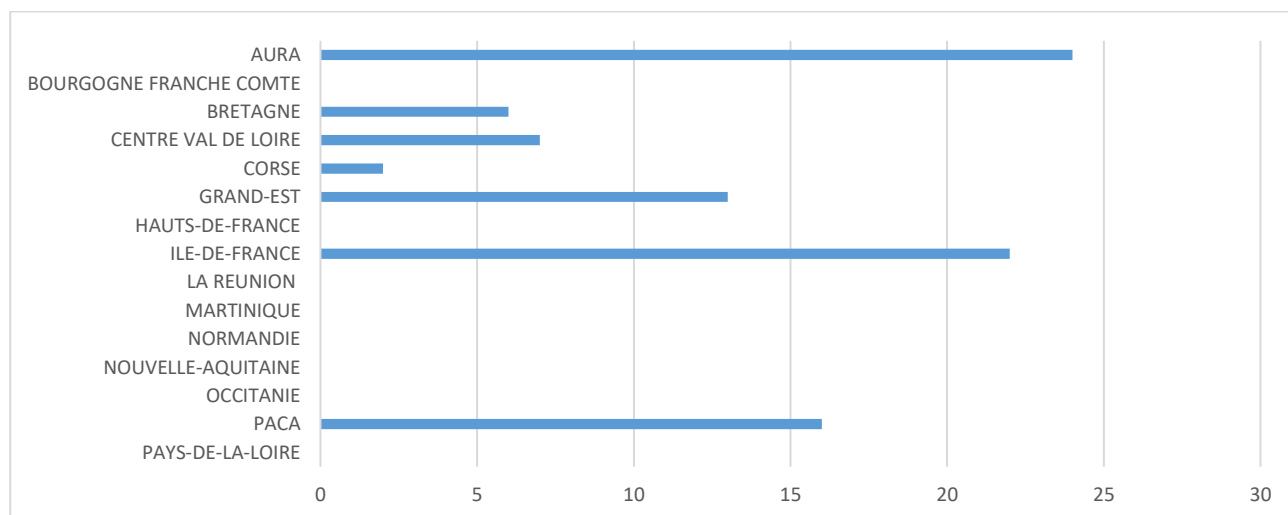
alors, pourtant, qu’était décrit un besoin de faire des CPOM un outil plus efficace de pilotage de l’activité des SSTI.

[48] L’instruction du 31 juillet 2019 enjoint dès lors aux DIRECCTE et aux CARSAT de procéder, dans une logique de phase transitoire, à un état de lieu des CPOM, en vue de la prorogation jusqu’au 30 juin 2021 de ceux non encore arrivés à terme, ou de la renégociation des CPOM déjà échus, en les recentrant sur deux actions prioritaires incluant le maintien en emploi-PDP et une action de prévention primaire, à choisir parmi des thématiques prioritaires du PST et de la COG<sup>35</sup>. Un cadre national avec des fiches action et des indicateurs est donné, sans nouveauté ni changements particuliers concernant les modalités d’accompagnement des DIRECCTE et CARSAT. L’instruction du 23 juin 2021<sup>36</sup> ouvre, pour sa part, une nouvelle possibilité de prorogation pour les CPOM non échus, au plus tard jusqu’à la fin de l’année 2022, tout en encourageant pour les CPOM échus ou en l’absence de CPOM, de nouvelles négociations à partir du 1er juillet 2021 ; le tout selon les modalités de l’instruction de 2019, mais en tenant compte de l’actualisation progressive des priorités identifiées au niveau national (PST 4, loi visant à renforcer la santé au travail et textes d’application, élaboration de la COG) et régional (PRST). L’instruction annonce également le lancement de négociations à compter du début du second semestre 2022, en vue de conclure la troisième génération de CPOM en 2023, selon les modalités d’une instruction à venir.

[49] **Face à cette période de transition marquée par l’incertitude, et compte tenu du délai court (moins de 2 ans) alloué aux acteurs pour repositionner les CPOM, le bilan de la mission témoigne de réactions très contrastées sur le territoire national**, allant de l’attentisme le plus marqué (aucun CPOM de 2eme génération signé) à la reconduite du processus de contractualisation sous une forme allégée tirant plus ou moins les enseignements des CPOM V1. En plus de sa brièveté pour un travail partenarial de fond, la période est de surcroît impactée par la crise sanitaire liée au Covid.

[50] Comparée à la première vague de CPOM, **la vague de CPOM de deuxième génération (CPOM V2) se caractérise dès lors par une diminution de moitié du nombre de CPOM signés** – 90 CPOM V2 contre 180 CPOM V1- (graphique 5) et par une réduction de leur contenu.

Graphique 5 : Nombre de CPOM V2 signés par région (n = 90)



Source : enquête mission données DREETS

<sup>35</sup> TMS, risques chimiques, RPS, chute de hauteur et de plain-pied, PPR

<sup>36</sup> Instruction commune DGT DRP du 23 juin 2021 sur les CPOM conclus avec les services de travail interentreprises.

[51] **Sur les 12 régions signataires de CPOM V1, la moitié n'ont ainsi pas signé de CPOM V2**, alors que certaines étaient pourtant très investies lors de la première vague de contractualisation (trois régions sur les sept déclarant plus de 10 CPOM V1 signés n'ont déclaré aucun CPOM V2 signé).

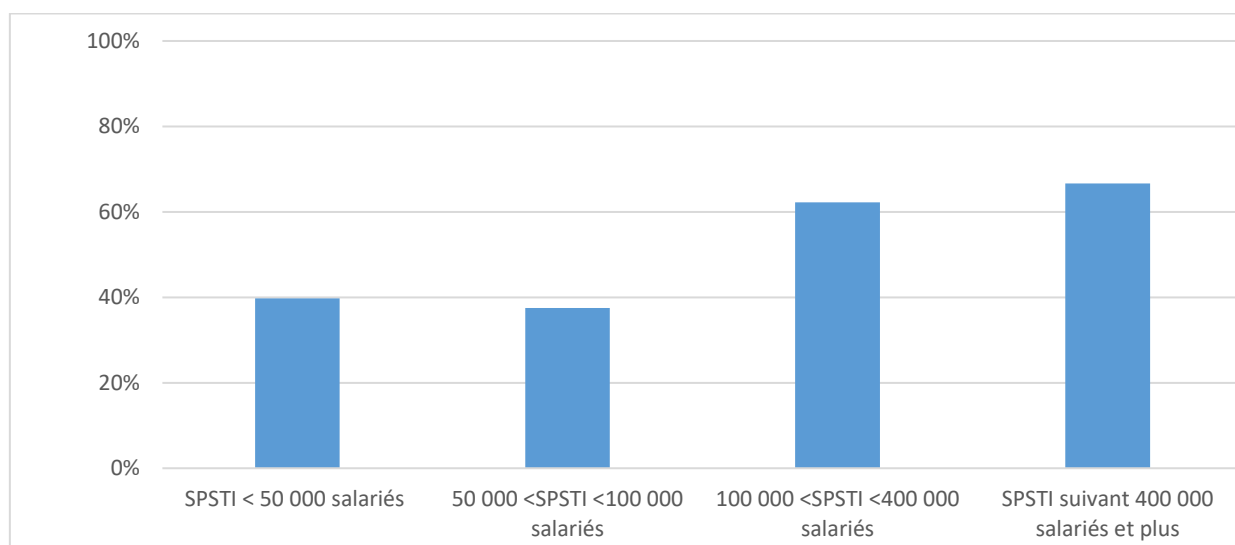
[52] Au total, **45 % des SPSTI ont signé un CPOM V2**. Plusieurs raisons concourent à cette situation : la nouvelle période de contractualisation est jugée trop courte, incitant à une forme de pragmatisme qui conduit certaines régions à privilégier une démarche « économe en énergie » dans un contexte où les instructions offrent la possibilité de prorogations. Les institutions en charge du suivi et de l'animation des CPOM sont en outre par endroits très en tension, notamment du fait de la pénurie de médecins inspecteurs du travail (MIT) et de la transformation des DIRECCTE en DREETS<sup>37</sup>.

### 1.1.3.2 Des contenus allégés, s'accompagnant parfois de changement de méthode

[53] De fait, le contraste s'est accru entre des régions plutôt attentistes (Hauts-de-France, Nouvelle Aquitaine, Normandie, Occitanie...) et d'autres, à l'inverse, utilisant le CPOM V2 pour conforter une démarche de contractualisation V1 partielle, en particulier au sein d'une nouvelle région élargie (Grand Est), pour alléger le contenu du CPOM V1 jugé trop ambitieux, en se recentrant sur quelques thématiques prioritaires (IDF), ou pour rebattre les cartes en changeant de méthode et d'objectifs (PACA).

[54] Dans les régions ayant mis en place des CPOM V2, le nombre de CPOM signés augmente globalement avec la taille des SPSTI.

Graphique 6 : Pourcentage de CPOM V2 signés en fonction de la taille des SPSTI



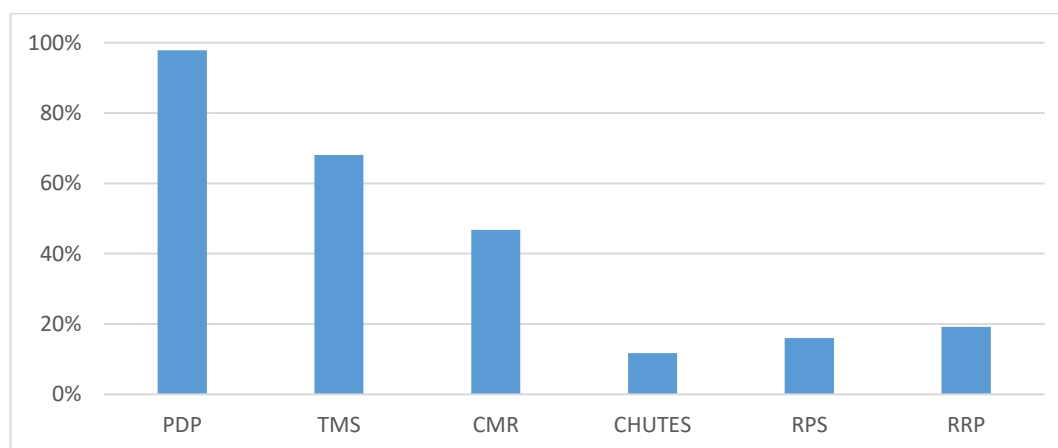
Source : Enquête mission données DREETS

<sup>37</sup> Dans le cadre de la réforme de l'organisation territoriale de l'État, le décret 2020-1545 du 9 décembre 2020 organise le rapprochement des directions régionales de la cohésion sociale (DRCS) et des directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) au niveau régional et crée les directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS), services déconcentrés de l'État communs aux ministres chargés des affaires sociales, de l'économie et des finances, du travail et de l'emploi.



[55] On retrouve également la même répartition des grandes thématiques, la PDP étant, conformément à l'instruction de 2019, présente dans la quasi-totalité des cas, suivie par les TMS, retenus dans près de 70 % et des CMR près d'une fois sur deux<sup>38</sup> (cf. graphique 7).

Graphique 7 : Présence des différentes thématiques dans les CPOM V2 signés



Source : enquête IGAS -données DREETS

[56] Par ailleurs, les DREETS déclarent, à l'instar de ce qui est observé pour le CPOM V1, la présence quasi systématique dans le CPOM V2 des grandes thématiques retenues dans le PRST, en particulier la PDP, la CMR et TMS. On note cependant que certaines thématiques retenues dans le CPOM sont moins souvent présentes dans le PRST (RPS et les risques routiers professionnels-RPP).

[57] Les CARSAT indiquent également la prise en compte très fréquente dans le CPOM V2 des principaux risques professionnels figurant dans la COG AT/MP. On notera cependant que près de la moitié des CARSAT répondantes estiment à tort que la PDP, inscrite dans les CPOM V2, ne figure pas dans la COG AT/MP. Cette méconnaissance pourrait tenir à la qualité des répondants, la plupart appartenant à la direction des risques professionnels, et pourrait traduire un déficit de coordination entre cette direction et le service social en charge de la PDP (d'où les recommandations de la mission, infra, d'un décloisonnement entre secteurs professionnels).

#### 1.1.4 Des modalités de suivi et d'évaluation fragiles

[58] **L'instruction de 2019 rappelait la nécessité d'évaluer les CPOM** et incitait à mettre en place des outils de suivi plus quantitatifs permettant de mesurer un impact sur l'accompagnement des entreprises. Certaines régions s'y sont essayées mais la prise de conscience de la nécessité de capitaliser au niveau régional s'est heurtée à la brièveté des CPOM V2. Lors des bilans collectifs de cette deuxième vague, les SPSTI indiquent souvent ne pas avoir pu mener les actions du CPOM à leur terme.

[59] La majorité des DREETS et des CARSAT déclarent avoir mis en œuvre un suivi et produit un bilan, le plus souvent dans le cadre d'un comité de pilotage réunissant annuellement les SPSTI et parfois d'autres acteurs (OPPBT<sup>39</sup>). Une restitution de bilan aux SPSTI est organisée la plupart du temps par les acteurs institutionnels, le plus souvent dans un format collectif, plus rarement en

<sup>38</sup> Selon les régions rencontrées par la mission, une thématique de prévention primaire est imposée (par exemple, TMS en PACA) ou laissée au choix de la négociation, en lien avec les priorités des projets de service (comme en IDF).

<sup>39</sup> Organisme Professionnel de Prévention du Bâtiment et des Travaux Publics

CROCT/CRPST<sup>40</sup>, mais exceptionnellement sous une forme individualisée, alors que ce type de retour répondrait à une attente de nombreux SPSTI et serait un moyen de susciter leur adhésion. Certains acteurs régionaux se sont pourtant astreints, notamment pour les CPOM V1, à des suivis individualisés à un rythme annuel (cf. Lorraine).

[60] L'analyse du déploiement des CPOM fait apparaître une volonté et /ou une capacité inégales d'opérer un suivi par indicateurs, avec, quand ils sont retenus, des indicateurs assez modestes, centrés sur le déploiement de moyens plutôt que sur des résultats. En Île-de-France, les différentes fiches actions sont assorties d'indicateurs gradués, allant de la mise en place d'actions de sensibilisation à d'éventuels résultats en entreprises, en passant par l'engagement de plans d'action en entreprise. Mais la remontée des indicateurs de résultats est plus complexe. Quand ils existent, les bilans institutionnels sont généralement incomplets, faute de pouvoir obtenir des remontées d'information exhaustives, ce qui interroge notamment l'agilité des systèmes d'information tant au sein des SPSTI que dans le mode de restitution à la puissance publique (cf. Partie 3).

[61] S'affirme néanmoins dans toutes les régions la volonté de permettre une capitalisation régionale, soit sous forme de données régionales consolidées, soit par capitalisation de bonnes pratiques, soit enfin par la mutualisation d'approches ou de dispositifs.

[62] L'insuffisante capitalisation quantitative de la mise en œuvre et, a fortiori, des résultats des CPOM est un point qui est toutefois souvent évoqué, pour regretter, soit l'insuffisante valorisation des actions ou la difficulté à se positionner pour les SPSTI, soit un manque de mesure de l'efficacité de l'action, pour les CARSAT notamment. **Faute d'être évalué de manière quantifiée/structurée, et faisant par ailleurs l'objet d'un suivi inégal, le bénéfice des CPOM n'est ainsi pas toujours perceptible, ce qui entretient des discours négatifs.**

[63] Plus encore que pour le déploiement des CPOM, les faiblesses du suivi paraissent, pour partie, imputables aux difficultés des institutions. La mobilisation dans la durée apparaît difficile. D'après les DREETS (annexe 1), la gestion des CPOM mobiliserait en moyenne 2 à 4 personnes à temps très partiel, correspondant à 0,4 ETP. Les MIST et les responsables des services santé sécurité des pôles travail sont de loin les plus sollicités. Plus de la moitié des CARSAT mettraient en œuvre un copil interne, mobilisant également plusieurs personnes à temps très partiel (2 à 3 personnes en moyenne sur un temps très partiel de 0,45 ETP) au premier rang desquelles des agents administratifs et des ingénieurs conseils.

## 1.2 Des enseignements utiles pour préparer une nouvelle génération de contrats

[64] Bien que près de dix années se soient écoulées depuis le démarrage des premiers CPOM, il est difficile de pouvoir juger pleinement de l'impact de la contractualisation : une première vague d'initiation, un bilan tronqué par les circonstances et par la fragilité du suivi, une remise à plat différée et une seconde vague parfois déployée a minima, voire ajournée, ne constituent pas un matériau satisfaisant pour l'évaluation. Les acteurs les plus mobilisés ont cependant continué leur courbe d'apprentissage et permettent de dégager des enseignements collectifs qualitatifs utiles pour une nouvelle génération de contrats qui devra pouvoir elle jouer pleinement.

---

<sup>40</sup> Le Conseil Régional d'Orientation des Conditions de Travail (CROCT) réunit l'ensemble des acteurs régionaux de la prévention (administrations régionales de l'État, partenaires sociaux, organismes régionaux de sécurité sociale, d'expertise et de prévention et personnes qualifiées). Chaque CROCT est désormais doté d'un comité régional de prévention et de santé au travail (CRPST), instance tripartite regroupant les représentants des salariés et les représentants employeurs, les administrations régionales de l'État et les organismes régionaux de sécurité sociale

### 1.2.1 Des effets positifs sur la dynamique collective et sur certaines politiques

[65] L'enquête nationale conduite auprès des DREETS et CARSAT produit des jugements parfois critiques sur les premières vagues de contrats. Pour autant, à deux exceptions – une DREETS et une CARSAT- la plupart ne considèrent pas qu'il faille renoncer à l'outil, mais préconisent plutôt de l'améliorer, compte tenu de premiers effets positifs déjà notés dans le bilan national de 2018, notamment un renforcement bénéfique du partenariat et l'intérêt des actions conjointes. Effets positifs confortés depuis, avec plus qu'en 2018, la capacité à mesurer l'impact des CPOM sur certaines politiques.

[66] Les acteurs soulignent ainsi **l'intérêt d'actions conjointes concertées** entre les signataires, allant de l'intensification des collaborations autour de programmes nationaux (TMS Pro<sup>41</sup>, RC Pro<sup>42</sup>), au renforcement de certains partenariats techniques, en passant par l'augmentation de la force d'action en direction des entreprises, ou par la meilleure prise en compte de certains secteurs spécifiques. L'implication des branches professionnelles dans certaines actions conjointes à plusieurs SPSTI est un effet également positif. On note, par ailleurs, dans les régions où la seconde vague de CPOM n'a pas été lancée, comme les Hauts-de-France, un regain de conventions bilatérales CARSAT-SPSTI, témoignant, en creux, du besoin d'outils contractuels partenariaux, et au-delà des traditionnelles coopérations techniques autour notamment des laboratoires interrégionaux des CARSAT.

[67] Pour la plupart, les DREETS considèrent que le CPOM a également permis **le développement attendu des actions en milieu du travail** (orientations confortées du PPS, implication des équipes pluridisciplinaires de prévention des risques, construction d'outils pour une branche professionnelle ou un risque donné, visites des SPSTI dans les entreprises).

#### **Exemples d'actions en milieu de travail soutenues par les CPOM**

Selon les configurations, les CPOM soutiennent une action en milieu de travail à dimension « expérimentale », à évaluer dans le cadre d'un SPSTI avant diffusion élargie, ou une action commune déployée par plusieurs SPSTI.

Suite au lancement d'un appel à projets innovants en région Grand Est, l'avenant au CPOM V2 de APST 68 a intégré deux actions supplémentaires, dont un travail exploratoire d'identification des risques potentiels d'exposition au CO2 dans les brasseries.

L'AST 08 a contractualisé dans son CPOM V2 sur une action de prévention de l'exposition aux fluides de coupe dans la métallurgie, secteur professionnel particulièrement important de son territoire (20 % des salariés) et celui déclarant le plus de maladies professionnelles au moment de la préparation du PPS et du CPOM. Cette action, travaillée en amont avec l'UIMM, vise une meilleure compréhension des obstacles à l'appropriation des outils existants de prévention des risques liés à l'utilisation des fluides de coupe, sur la base d'études des conditions d'emploi et d'exposition des salariés, et en vue du repérage de bonnes pratiques et de leur diffusion.

<sup>41</sup> Programme de formation à la prévention des risques de troubles musculo-squelettiques (TMS) dans le milieu professionnel, piloté par la Direction des risques professionnels (DRP) de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) ayant pour objectif de contribuer à faire baisser la sinistralité due aux TMS en entreprises/établissements.

<sup>42</sup> Programme de formation à la prévention des risques chimiques (RC) dans le milieu professionnel, piloté par la DRP de la CNAM ayant pour objectif de prévenir et de réduire les risques chimiques en entreprises/établissements.

En région PACA, dans le cadre du CPOM V1, le GIMS13 a déployé une action issue de son PPS tenant à « prévenir le risque chimique dans tous les garages par l'intervention de l'équipe pluridisciplinaire ». Le plan d'action reposait sur des actions en entreprises (renseignement d'une grille d'aide à l'état des lieux et remise d'un document « garage idéal » associés à la fiche d'entreprise) complétées par des actions individuelles (administration d'un questionnaire aux mécaniciens, carrossiers, peintres lors de la visite médicale du travail). Des actions collectives d'information et de sensibilisation des salariés sur le risque chimique et l'utilisation des équipements de protection individuelle complétaient le plan d'action. L'ensemble des outils avaient été élaborés par les équipes du GIMS13.

Dans le cadre contractuel, les équipes du GIMS ont participé à des réunions d'échanges organisées par la CARSAT destinées à élaborer l'aide financière simplifiée (AFS) proposée aux garages. Ainsi, un IPRP du service validait la conformité de l'installation demandée avant tout versement de l'aide. Jugée exemplaire, cette action a été reprise, après quelques ajustements, par la DIRECCTE dans le cadre du PRST 3, action 1.1.12 « Prévenir le risque chimique dans tous les garages par l'intervention de l'équipe pluridisciplinaire ».

[68] DREETS et CARSAT estiment par ailleurs en majorité que **le CPOM a permis le développement de la PDP**, en contribuant à la généralisation des cellules internes pluridisciplinaires, en favorisant la coordination des acteurs, en donnant de la visibilité aux actions menées, en permettant la mise en place d'outils (annuaires des acteurs) ou de dispositifs (observatoire du maintien dans l'emploi). Les SPSTI rencontrés de leur côté se satisfont également en général de l'amélioration des relations avec les services sociaux des CARSAT, voire avec les médecins conseil. Dans plusieurs régions, des partages d'expériences ont été appréciés (PACA par exemple), et des outils promus, comme l'outil de repérage précoce de l'un des SPSTI de Grand Est, aujourd'hui inscrit dans la plupart des avenants en cours de signature aux CPOMV2.

[69] Aux dires enfin des DREETS et des CARSAT, mais aussi de certains SPSTI, la dynamique CPOM couplée au développement des projets de service aurait également contribué à **l'amélioration du fonctionnement des SPSTI** (structuration des équipes pluridisciplinaires, montée en compétence en matière de gestion et de conduite de projet, dynamique et motivation interne, mise en visibilité des actions, obligation de rendu compte et mise en place d'indicateurs de suivi, et parfois même mutualisation entre services).

## 1.2.2 Des enseignements plus structurels

### 1.2.2.1 Des modèles de contractualisation contrastés sur lesquels il est possible de capitaliser

[70] La mission a relevé des manières assez différentes de construire et d'animer les CPOM dans les régions où elle s'est déplacée. Certaines des démarches de contractualisation s'appuient sur un socle régional fort, comme en IDF, où un cadre commun d'actions prioritaires était imposé aux SPSTI, mais avec un choix possible des thématiques, et en PACA où les CPOM V1 et V2 reposent sur un socle commun obligatoire, qui est de surcroît signé conjointement par l'ensemble des services pour la V2.

[71] Ces méthodes contrastent avec les approches presque « sur mesure », telles que les régions Grand Est ou Hauts-de-France les ont déployées en intégrant plus nettement les enjeux spécifiques de chaque service.

### **Analyse comparée des modes de contractualisation sur quatre régions**

En Île-de-France (annexe 2), eu égard au nombre de SPSTI et de CPOM à signer et dans un souci de développer une approche homogène et convergente sur le territoire, le choix a été ainsi fait de concevoir le CPOM V1 selon une approche largement basée sur des programmes régionaux socles communs couvrant les risques les plus récurrents ou les plus graves( volet 1), articulé à un second volet propre à chaque SPSTI contenant un programme local d'actions de prévention spécifiques<sup>43</sup> inscrit dans le PPS, et fondé sur un diagnostic fin facilité par l'accès aux données de sinistralité de la CRAMIF. Un dernier volet propose un programme d'actions mutualisées sur une base volontaire entre SPSTI. Le CPOM V2 est bâti sur le même tronc commun mais sur un mode allégé (pas de volet Mutualisation, moindre nombre d'actions).

Dans les Hauts-de-France<sup>44</sup> (annexe 4), seuls cinq services (sur les 16 que comptaient les deux ex régions Nord Pas de Calais et Picardie) ont signé un CPOM V1 dont le contenu a été négocié, *a contrario*, de manière individuelle, service par service, en croisant des priorités régionales avec le projet de service. Pour chaque service, des actions du projet de service entrant dans le champ de l'un des axes régionaux ont été intégrées dans le CPOM. Aucune mutualisation inter-services n'a été envisagée. Il n'y a pas eu de CPOM V2 signés par la suite.

En Provence-Alpes-Côte d'Azur (annexe 5), la contractualisation des CPOM V1 s'est construite à partir d'un socle régional comportant deux actions obligatoires complété de deux à trois actions spécifiques au SPSTI, généralement issues de son PPS. Si un bilan du socle commun a pu être réalisé, la dispersion des thématiques et des indicateurs des actions spécifiques n'a pas permis d'en consolider les résultats. Cependant, certains SPSTI ont pu évaluer et valoriser leurs actions spécifiques. L'une de ces actions a ainsi été intégrée dans le PRST 3. Pour le CPOM V2, la DREETS a proposé un tronc commun d'actions incluant des indicateurs communs et structuré autour de deux grandes priorités (PDP/TMS), comme l'y invitait l'instruction conjointe de 2019, et avec le souci d'éviter les écueils tenant au suivi rencontrés dans la V1. Poussant jusqu'au bout la logique de l'uniformisation régionale du CPOM, l'ensemble des SPSTI de la région a signé conjointement l'unique CPOM ainsi que ses deux fiches action. Si ce modèle de CPOM rappelle celui du programme socle commun de l'IDF, il ne laisse cependant aucune marge de manœuvre aux SPSTI dans le choix des actions régionales et ne permet pas d'ajuster précisément les actions au contexte propre territorial et populationnel du SPSTI.

Dans la région Grand Est (annexe 3), les CPOMV1 comportant un nombre jugé, *in fine*, trop élevé d'actions et de thématiques, il a été décidé, pour la 2e génération de CPOM, d'uniformiser les pratiques des trois régions antérieures et de réduire le nombre d'objectifs, en ne retenant conformément à l'instruction, que deux priorités (PDP systématique et un ou deux risque (s) prioritaire (s) mis en lumière dans le PRST ou la COG) mais en gardant le souci de conjuguer adaptation aux réalités territoriales et visibilité régionale (approche en partie « sur mesure » rappelant celle des Hauts de France).

#### 1.2.2.2 L'ambiguïté, qui fait parfois obstacle, du concept de « Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens »

[72] Dans son acceptation, le terme de CPOM est une source d'ambiguïté qui peut nuire à l'inscription pérenne et efficace de ce dispositif dans l'environnement de la santé au travail. Il découle de l'emprunt, pour partie inapproprié, d'un terme d'usage courant dans le champ de la santé et du médico-social.

[73] Dans ces secteurs, le CPOM est un outil majeur de régulation de l'offre et du financement. Ses enjeux sont la mise en œuvre opérationnelle, à l'échelle des établissements, des orientations stratégiques régionales (dont celles du projet régional de santé), et la validation des orientations

<sup>43</sup> Ces actions pouvant prolonger/compléter ou non celles des programmes socles communs du volet 1.

<sup>44</sup> En région Picardie, la DIRECCTE a privilégié l'accompagnement à la mise en place des PPS et la mise en œuvre de la pluridisciplinarité, estimant que, à une exception près, les services n'étaient pas suffisamment matures pour une contractualisation et qu'un temps d'appropriation était nécessaire avant toute signature de CPOM.

stratégiques des établissements. Fruit d'une procédure de négociation dont les objectifs concertés et collectivement approuvés s'inscrivent dans la durée, il suppose un suivi périodique et une évaluation finale du contrat.

[74] Si on s'en tient à cette définition, on retrouve dans ses grandes lignes la finalité poursuivie par le contrat conclu entre SPSTI, DREETS et CARSAT, qui est d'inscrire les actions des SPSTI dans la politique nationale de santé au travail, en rapport avec des priorités et des besoins identifiés, en recherchant un suivi et un dialogue réguliers, et avec des objectifs évaluables dans la durée.

[75] Mais la comparaison s'arrête là. Le CPOM en cours dans les secteurs sanitaire et médico-social repose sur l'octroi de moyens subordonné à l'atteinte d'objectifs fixés dans le cadre d'un dialogue de gestion. Il est également un outil de pilotage stratégique et de gouvernance des établissements fondé sur la lisibilité de leurs ressources humaines et financières, en même temps qu'un dispositif d'amélioration de leur performance et de leur gestion interne aux fins notamment d'optimiser l'efficacité de la dépense publique. On ne retrouve pas ces aspects de gouvernance et de performance dans le CPOM en santé au travail ni de moyens publics alloués aux SPSTI en contrepartie de leur réalisation.

[76] Le recours à une notion en partie décalée de l'environnement institutionnel des SPSTI traduit des ambiguïtés quant à la vision publique du positionnement des CPOM, outil de pilotage ou d'animation-partenariat au profit des politiques de santé au travail. Il génère certaines incompréhensions quant à leurs finalités, et fournit des arguments à ceux qui ne se sont pas engagés dans la démarche, prétextant l'absence de moyens financiers. Il conduit aussi de façon plus compréhensible à pointer l'insuffisant engagement de moyens autres par les signataires institutionnels.

### 1.2.2.3 L'importance clé de l'équilibre des apports des signataires

[77] Une limite importante des CPOM semble être le **sentiment d'asymétrie dans le positionnement des acteurs** mis en avant par les SPSTI, contestant pour certains la réalité de la dimension contractuelle et craignant d'être instrumentalisés par les cosignataires. Des acteurs institutionnels interrogés par la mission relaient ces craintes en précisant que les présidents et les directeurs de services ne veulent être « ni les supplétifs des CARSAT, perçues parfois comme des donneurs d'ordre sans réelle collaboration », « ni sous les ordres des DREETS ».

[78] Cette possible dérive de la notion de contractualisation est également rappelée par des partenaires sociaux qui plaident pour l'équilibre entre partenaires et à la pleine participation des équipes pluridisciplinaires des services lors de l'élaboration du CPOM afin de permettre sa meilleure adaptation et appropriation.

[79] Les acteurs institutionnels ont à leur tour mesuré l'importance de l'équilibre des apports, conscients des effets contre-productifs à moyen terme d'approches trop directives, et trop unilatérales. **Une contribution proportionnée de chaque signataire est une condition clef**, sous peine de susciter un rejet lié à un caractère trop descendant et asymétrique de la contractualisation. Le degré de satisfaction des SPSTI est en grande partie proportionnel au degré d'implication des deux acteurs publics et à la valeur ajoutée du CPOM pour le service.

[80] La première vague de CPOM constitue une période de tâtonnements ayant permis de réels apprentissages, tant sur la construction des projets de service que sur les apports respectifs des PPS et des CPOM, en mettant en exergue certains problèmes de méthode et de stratégie. Cette maturation collective aurait pu être féconde pour une V2 « normale », si le temps imparti avait été suffisant et le contexte réglementaire clarifié.

[81] **Les deux générations de contrats offrent** cependant **des points d'appui pour bâtir une contractualisation confortée**, ce qui paraît d'autant plus nécessaire qu'aucun autre levier actuel ou à venir ne paraît plus à même d'entraîner les SPSTI dans une participation concertée au renforcement, toujours indispensable, de la prévention primaire au travail.

## 2 Le CPOM, un outil qui conserve toute sa pertinence pour renforcer la coordination des acteurs de la santé au travail

[82] Le bilan réalisé par la mission témoigne d'une appropriation encore inégale de la contractualisation, tant par les SPSTI que par les acteurs institutionnels régionaux. Si l'adhésion reste parfois mesurée, certaines expériences attestent à l'inverse de la dynamique susceptible de découler de CPOM bien menés et des synergies entre acteurs qui peuvent en résulter. Au regard du changement culturel requis, tant pour les SPSTI, que pour les acteurs publics régionaux et nationaux, pour potentialiser ce nouvel outil, et d'une période caractérisée par des réformes significatives de la santé au travail comme de l'organisation territoriale de l'Etat et marquée par une crise sanitaire sans précédent, ce bilan mitigé ne doit pas entraîner de conclusions trop hâtives sur l'intérêt d'une démarche de contractualisation qui n'a pas pu se déployer pleinement.

[83] Et ce d'autant moins que les soubassements de la logique de contractualisation systématisée par la loi de 2011 et l'instruction de 2012<sup>45</sup> demeurent, et que l'ANI et la loi d'août 2021 réinvestissent l'outil CPOM. **La mission considère que le contrat conserve tout son sens dans le nouveau contexte issu de la loi**, pour autant que le déploiement d'une nouvelle vague de contrats intègre les principaux enseignements des débuts, en clarifiant la place conférée à la contractualisation parmi les autres leviers de régulation ou d'animation des SPSTI, et en veillant à certaines conditions de pertinence et de succès.

### 2.1 Un outil fédérateur qui conserve tout son sens dans le nouveau contexte issu de la loi du 2 août 2021

[84] Face au risque de dispersion des forces des acteurs de la santé au travail, le CPOM est un levier fédérateur à conforter pour amplifier les actions de prévention au travail. Il importe cependant de préciser ses articulations avec les programmes de prévention et santé au travail d'une part, avec les autres outils juridiques encadrant l'action des SPSTI d'autre part. Et de confirmer que son déploiement n'est en rien contradictoire avec l'affirmation de l'offre socle des SPSTI issue de l'ANI de 2020 et de la loi d'août 2021.

#### 2.1.1 La nécessité persistante d'une action synergique des acteurs de la santé au travail en faveur d'un renforcement de la prévention

[85] Depuis plusieurs années, en dépit des réponses différentes qu'ils apportent à leur état des lieux, les rapports relatifs à la santé au travail<sup>46</sup> convergent sur trois constats majeurs :

---

<sup>45</sup> Circulaire DGT n°13 du 9 novembre 2012 relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine du travail et des services de santé au travail.

<sup>46</sup> Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée, C Lecocq, B Dupuis, H Forest, avec l'appui d'H. Lanouzière., août 2018 ; Évaluation des services de santé au travail interentreprises, D Chaumel, B. Maurice, JP Viquant (participation A Rousteau), fev. 2020. Rapport d'information du Sénat sur la santé au travail, M. Stéphane Artano et Mme Pascale Gruny, sénateurs, octobre 2019.

- La place essentielle des SPSTI, maillons de terrain et de proximité de la santé au travail auprès des entreprises, pour la diffusion d'une culture et d'actions de prévention primaire et de maintien en emploi. « *Le premier réseau de prévention en France* » rappelait l'instruction socle de 2012. Et partant, la nécessité de les intégrer pleinement à une politique nationale et régionale de prévention et santé au travail.
- Le risque pour l'efficacité d'une politique de santé au travail de la multiplicité des acteurs, et la nécessité de les coordonner et d'amplifier le pilotage national et régional des actions de prévention au travail.
- La trop lente montée en puissance des actions en milieu de travail et des actions collectives de prévention primaire.

[86] Les données les plus récentes de la santé au travail confirment pourtant que les acteurs ne peuvent relâcher leurs efforts en matière de prévention primaire. Ainsi, après une longue période de baisse de la sinistralité au travail, il est constaté ces dernières années un arrêt de la diminution du nombre d'accidents du travail graves et mortels, avec chaque année environ 500 accidents (hors accidents de la route). Les jeunes et nouveaux embauchés, les travailleurs intérimaires, les travailleurs indépendants et détachés, les travailleurs des TPE-PME y sont particulièrement exposés<sup>47</sup>. Les enjeux de prévention primaire sont par ailleurs toujours aussi prégnants pour des problématiques de santé et des expositions à des agents biologiques ou chimiques, à des contraintes physiques ou organisationnelles et à de risques psychosociaux<sup>48</sup>. La fragilité des moyens collectifs ne permet pas la dispersion.

[87] Au niveau local, l'absence de coordination des acteurs génère des risques d'interventions redondantes ou désordonnées, préjudiciables aux progrès de la prévention au travail et à l'image des préventeurs auprès des entreprises ; au-delà, dans un contexte global de raréfaction des moyens, le manque d'articulation induit nécessairement une perte d'efficacité collective.

[88] Si les choix des partenaires sociaux et du législateur n'ont pas conduit à retenir les options de réagencement radical du paysage des intervenants de la santé au travail préconisées par le rapport Lecocq, ils ont cherché à remédier aux risques d'une insuffisante coordination des acteurs au travers de différents leviers, nationaux et régionaux, dont les CPOM.

[89] Au niveau régional, **le PRST et le nouveau CRPST au sein du CROCT, constituent des leviers pour partager une vision de la santé au travail** et provoquer les indispensables synergies entre acteurs<sup>49</sup>. Aux côtés de l'outil programmatique régional partagé, adopté par le CROCT, que constitue le PRST, **le CPOM est un outil de déclinaison opérationnelle partenarial**, ajusté aux enjeux du territoire et de la population suivie du SPSTI. La mission a pu percevoir que les perspectives de profonds changements organisationnels qu'avait laissé craindre le rapport Lecocq avaient constitué une incitation puissante aux efforts de coordination entre acteurs. La nécessité, notamment, d'accroître les synergies et la complémentarité des actions entre SPSTI et CARSAT a constitué un ferment d'investissement dans des relations renforcées, dont les CPOM constituent le plus souvent la traduction juridique<sup>50</sup>

<sup>47</sup> D'où l'adoption en 2022 du Plan spécifique de prévention des accidents du travail graves et mortels, intégré au PST 4,

<sup>48</sup> Dont plusieurs représentants des SPSTI ont signalé la recrudescence dans un contexte post-crise CoViD.

<sup>49</sup> C'est ce que soulignent fortement les éléments introductifs de différents PRST : « Ce plan permet de réunir les forces vives de la prévention en région autour d'objectifs partagés (...) afin de mener des actions concrètes, sur le terrain, en misant sur la conjugaison de l'apport des compétences de chacun » PRST Nouvelle-Aquitaine ; « Au service de ces priorités (régionales), le plan régional de santé au travail (PRST) est un outil de planification pluriannuelle d'actions partenariales coordonnées » PRST4 PACA.

<sup>50</sup> Bien que parfois, le jeu d'acteurs ait conduit à un conventionnement bilatéral CARSAT-SPSTI sur la base de l'article L422-6 du code de la sécurité sociale, en lieu et place de CPOM, ou parfois, plus rarement, en parallèle aux CPOM. Le plus souvent



[90] **Les CPOM doivent également concourir à l’affirmation des actions en milieu de travail**, facette encore insuffisamment connue et déployée des missions des SPSTI. Ils contribuent ainsi à donner du corps à la volonté nationale collective de renforcer significativement, d’une part, la prévention de la désinsertion professionnelle, et d’autre part, des actions prioritaires de prévention primaire.

[91] Comme en témoignent les nombreux contacts de la mission, et comme l’avait déjà souligné la mission IGAS d’évaluation en 2020, les entreprises et les partenaires sociaux n’ont, pour une grande majorité, qu’une perception partielle de l’ampleur des missions des SPSTI. Focalisés, de façon compréhensible, sur leurs obligations juridiques, les employeurs restent avant tout attentifs à la visite médicale et aux décisions relatives à l’aptitude. Comme l’a souligné un représentant du MEDEF au sein du conseil de l’un des SPSTI visités, c’est en devenant administrateur qu’il a mesuré ce que le SPSTI pouvait lui apporter plus largement : appui pour le document unique d’évaluation des risques professionnels (DUERP), analyse ergonomique de postes ou process de travail, aide dans la prévention des RPS ou des TMS...

[92] Dans ce contexte de méconnaissance relative de la gamme des prestations susceptibles d’être apportées par les SPSTI, plusieurs interlocuteurs de la mission ont souligné le positionnement, de plus en plus offensif, d’institutions privées de prévoyance sur des actions de sensibilisation en matière de prévention, ou d’appui à l’évaluation des risques, qui relèvent pourtant de l’offre socle des services de santé au travail. Faute de savoir, par exemple, que leur SPSTI peut les aider à élaborer leur DUERP, des entreprises peuvent parfois recourir à des prestations onéreuses, alors qu’elles cotisent à un SPSTI apte à leur apporter cet appui.

[93] L’enjeu de renforcement mais aussi de mise en visibilité de l’offre d’actions en milieu de travail des SPSTI a induit des exigences accrues de transparence dans la loi d’août 2021. Les CPOM doivent également y contribuer. Si le PRST vise bien aussi à conforter les actions de prévention des SPSTI, il reste un document régional éloigné de leur gouvernance, et a fortiori des entreprises. Engagement approuvé par la gouvernance des services, le CPOM peut, de façon plus directe, contribuer à valoriser ces dimensions de leur action, a fortiori si, comme le préconise la mission, il est assorti d’une communication renforcée en direction des acteurs économiques de l’entreprise.

### 2.1.2 Un rôle spécifique à combiner de façon harmonieuse avec PRST, projet de service, agrément et certification

[94] La nécessité d’un outil fédérateur et opérationnel de proximité fonde, pour la mission, l’intérêt de la contractualisation entre SPSTI et acteurs institutionnels de la santé au travail, DREETS et CARSAT. Mais sa coexistence avec d’autres instruments, actuels (projets de service, agrément), ou à venir (certification), suscite un sentiment, souvent évoqué, d’excès de modalités de cadrage et d’absence de valeur ajoutée propre du CPOM. La spécificité et la valeur ajoutée du CPOM doivent par conséquent, être impérativement clarifiées et confortées pour la nouvelle génération de contrats, afin de permettre sa mobilisation pertinente et utile, plutôt qu’un déploiement purement formel sans apport réel. Il convient dès lors, d’une part, de conforter et expliciter le continuum PRST- Projet de service-CPOM, et d’autre part, de positionner précisément le rôle attendu de l’agrément, de la certification et du CPOM.

---

cependant, conformément aux textes, ces conventions sont annexées au CPOM, afin de consolider la vision des partenariats avec le SPSTI.

### 2.1.2.1 Redonner à voir et conforter l’articulation PRST-Projet de service-CPOM au service des politiques de santé au travail

[95] Alors même que les textes en vigueur et l’instruction fondatrice de 2012 explicitent de façon claire et pragmatique la façon dont PRST, projets de service et CPOM se complètent et s’enrichissent, l’absence d’animation de la contractualisation et d’échanges entre acteurs ont conduit à une progressive dilution de la compréhension de ces liens et à une absence, le plus souvent, de discours national ou régional précis sur l’articulation théorique ou pratique de ces différents outils.

[96] Parmi les acteurs en charge du déploiement des CPOM, la vision de leur combinaison avec les autres leviers n’est pas toujours consolidée. Il est en outre frappant de constater à quel point ces différents outils ne se font pas toujours écho, y compris dans des régions comme Grand Est, où la continuité et la vision des acteurs ont conduit à une mobilisation active et cohérente de la démarche contractuelle. C’est ainsi que le PRST 4 de Grand Est récemment adopté ne fait mention qu’à une seule reprise des CPOM. Ou que, dans la plupart des projets de service consultés par la mission, il n’est fait référence que dans une proportion étroite des services au diagnostic régional et a fortiori au PRST (cf. sur ce point les annexes régionales).

[97] Cette sorte de non-dit pèse sur la crédibilité de l’outil contractuel et génère une vision sceptique, porteuse de démobilitation. **Un effort collectif est nécessaire pour redonner une logique systémique à des outils**, pourtant pensés de façon cohérente en 2011-2012 mais qui, faute d’accompagnement suffisant dans leur mise en œuvre, en sont venus trop souvent à des existences parallèles. Et ce d’autant plus qu’au sein des institutions, leur portage est parfois cloisonné et les calendriers mal synchronisés : ainsi en DREETS et/ou en CARSAT, ce sont parfois des acteurs différents qui sont impliqués dans le PRST et le CPOM. La mission a pu, à l’occasion, constater une insuffisance de coordination entre eux. Sans animation cohérente de leurs interventions, les outils ne se répondent dès lors que partiellement (cf. infra partie 3, les conditions exigeantes de faisabilité et d’animation de la contractualisation).

- **Le cadre programmatique régional et sa déclinaison individuelle concrète, opérationnelle et pour partie contractuelle pour chaque SPSTI**

[98] Dans la conception qui a présidé à la création des CPOM, ceux-ci constituent **un levier majeur d’inscription des SPSTI dans des priorités régionales partagées** élaborées collectivement dans le cadre du PRST, en relai des axes stratégiques nationaux du PST et de la COG AT/MP. Ils constituent pour la puissance publique, un aiguillon indispensable des actions de prévention primaire et de la PDP.

[99] Ce n’est bien sûr qu’un des canaux de leur mise en œuvre : d’une part, le PRST génère ses propres modalités de déploiement – désignation de pilotes pluripartites afin d’impliquer la diversité des acteurs, groupes de travail, process propres de suivi et d’évaluation. D’autre part, le PRST constitue une vision partagée et un réservoir d’outils et d’approches auxquels les SPSTI ont vocation à se référer spontanément comme cadre et appui de leur action. Et ce, d’autant plus, qu’à titre individuel, ou au travers des associations régionales, certains sont significativement engagés dans sa conception et dans ses groupes opérationnels de travail. De plus en plus, les SPSTI et leurs commissions médico-techniques s’appuient à la fois sur le diagnostic régional et sur les priorités et actions régionales pour concevoir le projet de service pluriannuel. C’est, cependant, une pratique qui est loin d’être généralisée, le projet de service demeurant encore parfois un exercice en vase clos<sup>51</sup>.

---

<sup>51</sup> Cf. à cet égard les annexes régionales au présent rapport et les tableaux d’analyse des liens entre PRST, projets de service et CPOM.

La prise en compte du diagnostic régional et du PRST dans les projets de service est donc une pratique à soutenir et accentuer.

[100] Les CPOM constituent cependant un levier plus systématique et moins aléatoire de déploiement des priorités régionales. Ils sont plus systématiques que la participation aux groupes de travail des PRST, puisque tous les SPSTI sont concernés individuellement, alors que leur participation aux travaux du PRST est plus aléatoire, basée sur le volontariat, et souvent concentrée sur quelques services particulièrement impliqués. Les actions des PRST appellent par ailleurs le plus souvent un dispositif relai opérationnel : elles consistent généralement en une mise en commun ou en l'élaboration mutualisée d'approches, de méthodes, d'outils de diagnostic ou de communication, qui ont ensuite vocation à être démultipliés par les différents acteurs impliqués, et notamment par l'action propre de chaque SPSTI.

[101] C'est ainsi que les CPOM peuvent conduire, dans un cadre collectif et lisible, au **déploiement concret d'actions ou d'outils élaborés dans le cadre du PRST** ; ils peuvent aussi à l'inverse permettre des expérimentations pour alimenter la réflexion collective au sein des groupes de travail régionaux. Les CPOM constituent une étape supplémentaire dans le déploiement des actions régionales : la mise en œuvre individuelle concrète, par chaque SPSTI concerné, des produits du PRST. C'est ce qui apparaît très nettement dans les différents PRST de la région Ile de France, qui fondent de façon explicite la construction régionale de la contractualisation et la déclinaison individuelle dans chaque SPSTI. Le lien est parfois moins explicité, mais réel comme en région Grand Est. Il est parfois nettement plus ténu.

#### **PRST et CPOM en Ile-de-France et en Grand Est : différentes modalités d'interaction au profit d'actions concrètes de prévention**

L'analyse documentaire des PRST et des CPOM dans l'ensemble des régions visitées par la mission<sup>52</sup> permet de mieux comprendre comment se répondent, ou pourraient, à l'avenir, mieux se répondre, les PRST et les CPOM. Conformément aux textes qu'ils citent, les CPOM se réfèrent systématiquement au fait qu'ils contribuent à « *Mettre en œuvre les objectifs régionaux de santé au travail définis dans les plans régionaux de santé au travail* ».

En région **Ile de France**, le dialogue entre les deux outils est précoce et lisible. Les CPOM V1 reprennent clairement des actions présentes au PRST2 ; l'interaction entre PRST et CPOM apparaît explicitement dès le PRST 3 ; les CPOM y sont présentés comme l'un des relais opérationnels de la stratégie de prévention et figurent de manière quasi systématique dans toutes les fiches actions (la mention CPOM apparaît à des multiples reprises), dans leur descriptif (« lien de l'action avec le CPOM », (...), modalités opérationnelles) et dans leur partie suivi et bilan (indicateurs CPOM). Le CPOM est ainsi cité comme relais d'action et outil de suivi sur la PDP et les TMS dans les établissements de plus de 50 salariés (programme socle commun du CPOM V1), sur la prévention ciblée des expositions aux poussières de bois, formaldéhydes, fumées de soudage, émissions diesel ... (thématique CMR du programme socle commun CPOM V1) ou encore pour le repérage et la réduction des risques routiers en lien avec les SPSTI (thématique RPP du programme socle commun).

Le PRST 4 confirme cette tendance, en citant le CPOM dans son éditorial parmi les leviers incontournables, en le présentant ensuite comme garant de la dynamique partenariale et pivot opérationnel d'un certain nombre d'actions (évaluation des risques, CMR), et en programmant l'évaluation des CPOM 2022 sur certaines thématiques. Il s'agit par exemple de poursuivre la sensibilisation et l'accompagnement des petites entreprises dans leur évaluation des risques chimiques et leurs actions de prévention dans des secteurs d'activité très concernés : risques liés à l'inhalation de poussières de silice cristalline dans la construction et les métiers d'art, avec le relais des fédérations des professionnels (BTP, bijouterie, horlogerie,..)

<sup>52</sup> Pour une analyse détaillée se reporter aux annexes régionales

Sur certaines thématiques (TMS, chutes pour les SPSTI BTP et SPSTI volontaires) est anticipée la nécessité de les intégrer dans les CPOM de 3<sup>e</sup> génération.

En région **Grand Est**, le chapeau de l'ensemble des CPOM rappelle que le CPOM est « *destiné essentiellement à définir les priorités d'action du projet pluriannuel (du SPSTI) en cohérence avec les objectifs nationaux du Plan Santé Travail (PST) décliné en région dans le cadre du Plan Régional de Santé au Travail et avec ceux de la Convention d'Objectifs et de Gestion (COG) et son application régionale au sein du Contrat Pluriannuel de Gestion (CPG) AT/MP de la branche des risques professionnels de la CARSAT* ».

Mais en miroir, la référence aux CPOM dans les PRST tarde à apparaître. Le bilan des seconds PRST<sup>53</sup> en début de PRST 3 souligne « *l'objectif de diffusion de la démarche auprès des structures cibles (à noter que les SST ont été une cible privilégiée pour chaque ex-région) et des acteurs ressources s'est appuyé sur le partenariat créé grâce aux trois PRST 2, bien que selon des modalités différentes.* ». Les SST sont naturellement considérés comme une cible prioritaire des actions et produits du PRST mais leur implication réelle et concrète au processus d'élaboration ne se fait que progressivement, eu égard notamment à leur nombre<sup>54</sup>. L'articulation avec les CPOM, non encore évoquée dans le PRST 3, n'apparaît qu'au sein du PRST 4 dans la fiche action 9 relative à la détection précoce des risques d'usure et de désinsertion professionnelle : « *Cette action peut s'appuyer sur (...) et sur l'action Maintien en emploi –PDP des nouveaux CPOM* ».

Pour autant, plusieurs priorités des CPOM ont bien pris leur source dans les PRST : ainsi de l'action de prévention des risques CMR dans les garages, présente dans plusieurs CPOM V1 ou V2, qui figurait dans le PRST 2 alsacien, et est reprise en PRST 3 pour l'ensemble de la nouvelle région. La thématique Evaluation des risques dans le secteur des Services à la Personne, première fiche action du PRST 3, fait écho à la priorité de certains projets de service et s'est traduite en parallèle dans certains CPOM. L'action du PRST 3 pilotée par les CARSAT et dédiée aux TMS visant à évaluer et diffuser les outils de prévention et à rédiger des fiches argumentaires en direction des entreprises a également trouvé à se déployer dans les CPOM.

C'est toutefois dans le champ du maintien en emploi et de la prévention de la désinsertion professionnelle, piloté par le médecin inspecteur régional du travail de la DREETS Grand Est – qui porte également la contractualisation- que la logique d'enchaînement entre réflexions structurantes régionales et déclinaison via les CPOM est la plus aboutie ; elle a conduit à mettre en lumière une action innovante d'un SPSTI confortée dans son CPOM – outil de repérage précoce des risques de désinsertion lors de la visite des 45 ans- pour la partager, au sein du PRST 3, avec l'ensemble des SPSTI, et désormais la déployer dans l'action PDP des avenants aux CPOM V2. Cela doit permettre de diffuser une bonne pratique mais aussi de consolider des résultats régionaux. En priorisant, dans l'action 9 du PRST 4, la structuration d'une offre régionale de PDP sous la forme d'un parcours coordonné, lisible et accessible, et en considérant les futurs CPOM comme levier de déploiement de ce parcours coordonné, les acteurs de Grand Est donnent l'exemple d'une interaction inscrite dans la durée entre PRST et CPOM.

[102] Dans un contexte où les CPOM sont, et demeureront, focalisés sur des priorités restreintes et ciblées par souci d'efficacité, les projets de service constituent quantitativement la source de démultiplication potentielle des priorités régionales la plus significative. Les CPOM apportent cependant des dimensions supplémentaires dans la mise en œuvre des priorités régionales. **Ils offrent plus de garanties de visibilité et d'évaluation.** A la différence de la prise en compte incertaine et volontaire des PRST au sein des projets de service, les CPOM présentent l'intérêt d'être contractuels et leur mise en œuvre, en principe, suivie et évaluée. Plusieurs services rencontrés ont souligné l'incitatif que constitue l'obligation de rendre compte, la possibilité de positionner leurs propres pratiques, mais aussi, l'espoir de mise en visibilité accrue de leurs actions.

<sup>53</sup> Des 3 régions qui ont constitué Grand Est à savoir l'Alsace, la Champagne-Ardenne et la Lorraine.

<sup>54</sup> « Concernant les services de santé au travail, eu égard à leur nombre important dans la région Grand Est (65), leur association aux travaux PRST 3 ne s'est pas faite dans le cadre du Comité de Pilotage ad hoc. Des rencontres ont été organisées la dernière semaine d'avril 2017 dans chaque ex-région afin de rassembler l'ensemble des services de santé du territoire. Cela a été l'occasion de leur présenter les grands axes de travail retenus en comité de pilotage et de recueillir leur candidature sur les actions envisagées » Extrait du PRST 3.

[103] Pour l'avenir, il paraît donc souhaitable de réaffirmer l'articulation impérative des PRST, des projets de service et des CPOM, mais aussi d'amplifier pratiquement et concrètement leurs liaisons opérationnelles, en veillant au décloisonnement de leurs processus de pilotage en DREETS et CARSAT.

**Recommandation n°1** Ré-expliciter, dans l'instruction à venir pour la 3<sup>e</sup> génération de CPOM, la nécessité d'une articulation, non seulement conceptuelle, mais aussi pratique entre PRST et CPOM.

**Recommandation n°2** Veiller au sein des DREETS et des CARSAT à la bonne coordination des démarches d'élaboration et suivi du PRST d'une part, des CPOM d'autre part.

**Recommandation n°3** Dans le cadre de la procédure d'agrément, poursuivre l'appui méthodologique des DREETS à la démarche de projets de service et rappeler la nécessité d'inscrire le PPS dans un diagnostic régional et local, dont le PRST est un élément majeur.

[104] Conforter l'articulation entre PRST et CPOM passe aussi par un souci constant de mutualisation des outils de suivi. Il importe notamment de veiller à ne pas démultiplier les indicateurs en valorisant, le plus possible, dans les CPOM, ceux conçus pour suivre le PRST. La dispersion des indicateurs est un irritant fréquent pour les SPSTI, qui ne comprennent pas pourquoi ils devraient suivre des indicateurs distincts pour des objectifs similaires. C'est l'une des responsabilités conjointes des groupes de travail des PRST et de la cellule régionale de pilotage de la contractualisation que d'y veiller.

**Recommandation n°4** Dans un souci de cohérence et de facilitation du suivi par les SPSTI, veiller à mutualiser, ou articuler, les indicateurs de suivi des actions communes du PRST et des CPOM

- **Projet de service et CPOM : une interaction construite dans la durée**

[105] Au-delà de leurs contributions respectives à la déclinaison des priorités régionales, projet de service et CPOM doivent être consacrés dans leur position propre, pour lever des ambiguïtés qui peuvent persister. **Au fur et à mesure que les projets de service intégreront davantage les priorités régionales**, en sus des enjeux institutionnels et de fonctionnement propres aux SPSTI, **la valeur ajoutée du CPOM tiendra à sa capacité à s'enrichir d'autres dimensions que la transposition opérationnelle du PRST**. A l'interrogation persistante de nombreux SPSTI sur l'apport complémentaire, pour eux, du CPOM par rapport à leur projet de service, il importe d'apporter des réponses précises et convaincantes, seules garantes de la continuation de leur engagement réel, et non formel, dans la contractualisation.

[106] **Il ne s'agira plus simplement de veiller à la déclinaison priorisée d'actions régionales, mais d'ajouter ce que les projets de service, seuls, ne peuvent garantir : approche partenariale conjuguant les forces de chacun, mutualisation des approches et des résultats, évaluation partagée**. C'est ce qui ressort très nettement de la réflexion entreprise en Lorraine dans une thèse de médecine du travail<sup>55</sup> consacrée, à la demande de la DIRECCTE, à la spécification du rôle de chacun de ces outils.

---

<sup>55</sup> Thèse de Riadhi Benabid pour obtenir le grade de docteur en médecine du travail, Projets de Service Pluriannuels et CPOM des Services de Santé au Travail en Lorraine. Quels impacts en matière de prévention dans les entreprises suivies au bénéfice de la santé des salariés ? Juin 2014.

[107] Selon cette thèse et l'approche régionale de Grand Est qui en est découlée :

- Le projet pluriannuel de service (PPS) : il définit les priorités du service pour cinq ans, en se basant sur un diagnostic local (spécificités des entreprises suivies et de leurs besoins) et sur les priorités du PRST. Ces priorités sont ancrées sur les seules missions du SPSTI et définissent les actions des équipes pluridisciplinaires au profit des salariés des entreprises. Le projet de service précise les moyens humains et matériels comme l'organisation permettant de déployer ces priorités. La CMT le porte tant pour l'élaboration, que pour le suivi et l'évaluation.
- Le CPOM : il définit, pour une période équivalente, les priorités communes (en nombre limité) pour le SSTI, la CARSAT et la DREETS à partir du projet de service, du PRST, de la COG AT/MP, et précise les modalités de leur mise en œuvre. Il prévoit les moyens mobilisés par chaque signataire et les modes de collaboration, en vue d'améliorer la prévention dans les entreprises concernées par les actions du CPOM. Il fait l'objet d'un suivi et d'une évaluation partenariaux. Ses résultats ont vocation à avoir une diffusion élargie, régionale.

[108] Dans les régions, la vision de leur interaction a progressivement décanté, pour aboutir à des approches relativement concordantes (cf. les annexes régionales). Conformément aux textes, CPOM et PPS se font nécessairement écho, mais l'un est le fruit de la réflexion stratégique des équipes (CMT et DG) et de la gouvernance d'un SPSTI, l'autre est l'outil de mise en synergie de ce projet stratégique avec des priorités régionales et en partenariat avec d'autres acteurs, pour des résultats conjoints amplifiés – et une évaluation partagée. Le PPS est, dans ce cadre, considéré à la fois comme socle de l'identité du SPSTI et condition nécessaire du CPOM, parce que celui-ci vient, en lien avec PRST et COG, y puiser les actions partenariales prioritaires.

[109] C'est ce qui explique l'investissement, déjà mentionné, de nombreuses DREETS dans l'appui et le suivi des projets de service. Leur qualité conditionne une première forme de déclinaison des priorités régionales, et ensuite, la possibilité de contractualisation pertinente. Sans bon projet de service, le dialogue et la contractualisation sont difficiles.

[110] Un débat oppose défenseurs de la priorité chronologique, tantôt du projet de service, tantôt du CPOM. Pour différentes raisons, et notamment la nécessité d'un exercice réellement partenarial et non purement descendant, la mission estime, en lien avec les propos précédents, que le projet de service est premier. Certains soulignent toutefois que, dans cette configuration temporelle, il est difficile pour le service d'anticiper les attendus du CPOM dans ses priorités et pour l'évaluation des moyens à mobiliser. Il importe par conséquent de **veiller à une relative porosité, si ce n'est stricte concomitance, entre les différents process conduisant à l'élaboration du projet de service, à l'agrément et au CPOM**. L'articulation entre CPOM et PPS, notamment, ne se construit pas à un instant T, mais bien dans la durée.

[111] L'analyse pragmatique qui prévalait dans l'instruction de 2012 paraît toujours d'actualité : « puisque les liens entre ces trois documents sont étroits sans que leur articulation soit figée de manière univoque, leur élaboration doit se faire en cohérence, dans une temporalité adaptée aux enjeux propres à chaque situation (...) aucun CPOM ne peut être conclu si le SSTI n'est pas préalablement agréé. Au moment du renouvellement de l'agrément, la DIRECCTE examine la mise en œuvre du CPOM préalablement conclu et celle du projet de service (...) c'est pourquoi une attention particulière doit être portée aux échanges préparatoires et réguliers entre DIRECCTE, CARSAT et SSTI avant toute finalisation de ces documents. (...) Il est aujourd'hui très difficile, voire impossible, de définir un calendrier linéaire ou un phasage unique des différentes étapes pour l'ensemble des SST ».

[112] La question de la bonne prise en compte des orientations du CPOM dans le projet de service paraît dès lors pouvoir être résolue de différentes façons : par la bonne appropriation du PRST par le projet de service, gage de priorités globalement concordantes ; par l'anticipation du CPOM lors des échanges entre DREETS et SPSTI autour du projet de service au moment de l'agrément, et ce d'autant plus que la signature passée et à venir d'un CPOM est un déterminant de l'agrément<sup>56</sup> ; par l'anticipation également, au sein de la commission médico-technique du service, lors de la préparation du projet de service, des priorités qui mériteraient contractualisation partenariale pour plus d'efficacité collective. Autant de points aujourd'hui perfectibles mais qui dispenseraient d'une antériorité du CPOM pour sa bonne prise en compte par le projet de service. Rappelons enfin la possibilité juridique d'évolutivité du projet de service au cours de ses cinq ans de vie, possibilité déjà mobilisée par les SPSTI désireux d'ajuster leur stratégie aux nouveaux enjeux.

**Recommandation n°5** Veiller à l'élaboration, en cohérence, du projet de service, du CPOM et de l'agrément, dans une temporalité adaptée aux enjeux propres à la situation de chaque région, et de chaque SPSTI.

**Recommandation n°6** Impliquer la commission médico-technique du SPSTI dans la préparation de la négociation du CPOM, en anticipant en son sein, au cours de l'élaboration du PPS, les priorités d'actions qui relèvent d'une démarche partenariale.

[113] Les frises chronologiques produites par la mission dans ses annexes régionales confirment qu'aujourd'hui les acteurs ne sont pas parvenus à une chronologie uniforme. Le pragmatisme défendu lors de l'instruction 2012 semble devoir encore prévaloir et ne paraît pas réellement problématique en cas de co-construction collective des attendus de la contractualisation et de dialogue individuel entre institutions et chaque SPSTI (cf. partie 221).

#### 2.1.2.2 Distinguer clairement le rôle de l'agrément, de la certification et du CPOM

[114] Il est indéniable que les SPSTI devront, à l'avenir, « faire avec » des outils de régulation ou d'animation divers. Il est dès lors essentiel, si l'on considère que chacun a son utilité, ce que ni l'ANI ni la loi de 2021 ne contredisent, de veiller à la précision de leur positionnement, mais aussi d'éviter un effet de redondance, superposition, ou pire, contradiction entre ces différents outils. Certains sujets, comme la PDP évoqués dans les différents textes ou projets régissant agrément, certification et CPOM méritent, à cet égard, une vigilance toute particulière.

**[115] Il convient de distinguer les outils de vérification du respect du cadre réglementaire (agrément) et de la qualité des prestations (certification) d'un outil de mobilisation au profit d'une politique et de l'amélioration des résultats de la santé au travail (CPOM).**

[116] Comme le soulignait le rapport d'évaluation des SSTI, conclu dans un cadre multilatéral, contrairement à l'agrément qui résulte de la seule décision de la puissance publique<sup>57</sup>, le CPOM est un outil opérationnel qui doit le compléter avec des objectifs et des cibles de politique de santé au travail et un suivi/évaluation de résultats, qui ne relèvent pas de l'agrément d'une structure au regard de critères minimaux de fonctionnement et de gouvernance. Conformément au nouveau cahier des charges national, celui-ci doit simplement s'assurer qu'ayant signé un CPOM, le service s'intègre bien dans une dynamique de contribution aux priorités régionales de santé. L'agrément doit en outre veiller à l'implication des SPSTI dans la veille en santé au travail, disposition importante,

<sup>56</sup> Décret du 15 novembre 2022 posant le cahier des charges national de l'agrément.

<sup>57</sup> Dans le cadre cependant précédemment d'une politique régionale validée en CROCT et désormais d'un cahier des charges national adopté après avis du COCT (décret du 15 novembre 2022).

mais à nature plus réglementaire, qui a pu parfois figurer dans certains CPOM, faute de l'obligation juridique aujourd'hui clairement confortée par la loi du 2 août 2021.

[117] S'agissant de la certification, une attention particulière est aujourd'hui requise pour ce qui concerne la conciliation entre les outils, le cadre de référence et le document de spécification des évaluations par les certificateurs n'étant pas encore finalisés. Sa vocation est cependant claire : certifier la qualité minimale et la démarche d'amélioration progressive des prestations délivrées aux entreprises relevant de l'offre socle des SPSTI. L'objectif de ce dispositif est que l'offre socle de services soit réalisée dans sa plénitude dans les cinq ans après la première certification, qui devra être obtenue deux ans après l'entrée en vigueur du décret de septembre 2022. Il vise l'homogénéité, l'effectivité et la qualité des services rendus aux entreprises et des process qui les sous-tendent. C'est un instrument au service, entre autres, de l'agrément qui doit s'assurer de l'obtention du niveau minimal de certification.

[118] Le cahier des charges proposé par le CNPST précise à grosses mailles et en s'appuyant sur la description de l'offre socle<sup>58</sup> les principaux points de certification. Dans l'ensemble, il s'agit d'éléments et de process garantissant la qualité de la gestion du SPSTI, le bon fonctionnement des instances, la relation transparente aux adhérents, la performance des SI... autant d'éléments qui n'interfèrent pas avec l'objet des CPOM.

[119] Les risques d'interférence sont plus marqués avec deux rubriques du cahier des charges de la certification que sont les exigences particulières relatives à la réalisation des actions de prévention et les exigences particulières relatives à la prévention de la désinsertion professionnelle. Ce risque est relativement cantonné concernant la prévention, les CPOM conduisant à privilégier un risque, une population, une approche... ce qui contribue plutôt à garantir la pertinence des processus de prévention certifiés<sup>59</sup>. Un point de vigilance réside cependant dans la conciliation entre la certification de l'équité de traitement en la matière<sup>60</sup> et le ciblage des actions du CPOM (sujet qui fait l'objet du 213 ci-dessous sur les liens entre déploiement de l'offre socle et CPOM).

[120] Le risque de superposition est plus accentué concernant la PDP, sujet prioritaire faisant l'objet d'une attention soutenue tant dans le PST que dans la COG. En effet, tant le décret relatif à l'agrément, que les textes relatifs à la certification et à l'offre socle ou les dernières instructions relatives aux CPOM contiennent des dispositions relatives à la PDP. Il est par conséquent capital pour éviter une accumulation d'injonctions de spécifier plus encore sur ce point particulier le rôle attendu de chaque instrument.

[121] Pour la mission, **le CPOM, à vocation partenariale, doit être l'outil préférentiel d'amélioration et d'évaluation de la coopération entre acteurs et de la fluidification du parcours des personnes à risque de désinsertion**. Les autres outils ont vocation à garantir le respect du cadre réglementaire et de l'offre socle. Relèvent a priori de l'agrément l'exigence de mise en place d'une cellule interne pluridisciplinaire<sup>61</sup> et de la certification, la mise en place des processus et schémas d'organisation, l'exercice effectif des missions, l'information des adhérents<sup>62</sup>. Il

<sup>58</sup> Décret 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.

<sup>59</sup> Le projet de cahier des charges de la certification, élaboré par le CNPST (avril 2022) indique ainsi, au titre de l'organisation générale des actions de prévention, que la certification doit porter attention à la capacité à travailler avec des partenaires -ce qui est bien l'objet du CPOM- ou à la démarche de projet du service, ce qui est cohérent avec l'articulation évoquée supra entre PPS et CPOM.

<sup>60</sup> « Pour l'ensemble de ces actions (de prévention), le SPSTI devra traiter équitablement les entreprises adhérentes, quelle que soit leur taille, et prendre en compte les ressources internes de ces entreprises en matière de santé-sécurité au travail et de prévention des risques professionnels, dans le cadre défini par le projet de service. » *Projet de cahier des charges de la certification, CNPST avril 2022.*

<sup>61</sup> Cf. le cahier des charges national paru en novembre 2022 – décret du 15 novembre.

<sup>62</sup> Cahier des charges du référentiel de certification, CNPST avril 2022.



conviendra à cet égard de lever l'ambiguïté actuelle qui fait du CPOM, et non de l'agrément, le cadre juridique de définition de la composition de la cellule<sup>63</sup>.

**Recommandation n°7** Clarifier, dans les textes, les rôles respectifs de l'agrément et du CPOM concernant la cellule de prévention de la désinsertion professionnelle interne aux SPSTI.

### 2.1.3 Une contractualisation pleinement compatible avec le déploiement de l'offre socle certifiée

[122] Outre la question du manque de clarté du rôle des différents outils encadrant la vie des SPSTI, a émergé dans quelques entretiens, en particulier avec les partenaires sociaux du CNPST, la crainte que la contractualisation n'entrave, voire ne contredise, la montée en puissance de l'offre socle définie dans le décret du 25 avril 2022. Particulièrement attachés à ce que l'offre des SPSTI gagne en homogénéité dans la gamme et la qualité des prestations offertes aux entreprises, les représentants des employeurs accordent légitimement une attention prioritaire à la certification du déploiement harmonieux de l'offre socle. Les CPOM seraient, selon certains, susceptibles de détourner les SPSTI de cette finalité première.

[123] Inquiétudes qui ont amené le pouvoir réglementaire à préciser, dans le texte du décret relatif à l'offre socle, un III : « *Les dispositions du présent décret ne font pas obstacle à la participation des services de santé et de prévention au travail à la mise en œuvre du plan régional de santé au travail défini à l'article L. 4641-5 du code du travail, notamment dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens définis à l'article L. 4622-10 du même code.* » Précision utile, quoique potentiellement ambiguë, en laissant entendre que la mise en œuvre de l'offre socle pourrait, sinon, « faire obstacle » ...

[124] Après une lecture attentive de la teneur de l'offre socle et des attendus de la certification, la mission ne partage pas ces appréhensions. Il ne lui paraît pas exister de tensions manifestes entre le déploiement progressif (cinq ans maximum) de l'offre socle et son application à des priorités de santé au travail définies de façon concertée, au sein des instances nationales ou régionales associant partenaires sociaux et représentants des SPSTI.

[125] Les CPOM ont principalement vocation à accompagner le déploiement de certaines facettes de l'offre socle - prévention des risques professionnels et prévention de la désinsertion professionnelle - même s'ils ne sont pas sans lien avec le troisième volet principal, le suivi médical. Ils sont parfaitement en phase avec le préambule de la délibération du 1er avril 2022 du CNPST, qui rappelle que « *les services de santé au travail sont créés à l'initiative des employeurs du secteur privé pour répondre à leur obligation d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail* » et pointe :

- La double finalité de l'offre socle : répondre à la demande et aux besoins des entreprises mais aussi permettre aux acteurs de l'entreprise « *de progresser en matière de prévention primaire et de culture de prévention* », ce qui implique une démarche proactive concordant avec la logique des PRST et des CPOM,

<sup>63</sup> La loi du 2 août 2021 dispose dans son article L. 4622-8-1 que Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens fixe des exigences minimales relatives à la composition de la cellule pluridisciplinaire de prévention de la désinsertion professionnelle.

- Mais aussi, dans cette logique d'homogénéisation des prestations qui est au cœur de l'offre socle, la nécessité de veiller à accompagner les entreprises, qui n'ont pas toutes une ressource interne en prévention, en portant une attention toute particulière aux TPE-PME ; objectif qui, là-encore, est en pleine cohérence avec la finalité majeure de nombre de CPOM, qui est d'accorder une attention soutenue aux TPE, conformément à la dernière instruction DGT-CNAM, et en phase avec l'esprit de la plupart des PRST. En permettant, en outre, une mutualisation des outils et des approches, le continuum PRST-CPOM peut aussi atténuer l'impact du surcroît en charge de travail qu'induit, nécessairement, la meilleure prise en compte des besoins des TPE, compte tenu de leur poids numérique parmi les adhérents des SPSTI<sup>64</sup>.

[126] Détaillant, dans un tableau opérationnel, l'offre attendue des SPSTI dans chacune des grandes rubriques thématiques, cette délibération du CNPST intègre bien de plus, tant le renforcement des moyens et des partenariats en matière de PDP, que différentes facettes des actions de prévention primaire, qui sont au cœur des CPOM.

[127] Deux points seulement sont susceptibles d'interroger la pleine compatibilité de l'offre socle et de la contractualisation :

- La potentielle, mais peu vraisemblable, contradiction entre équité des prestations et ciblage des actions contractualisées sur certaines entreprises ou thématiques.

[128] Comme le juge administratif a eu maintes occasions de le rappeler, équité ne signifie pas égalité, ce que souligne la délibération du CNPST en mettant en lumière les besoins prioritaires des TPE. En contribuant généralement à une attention soutenue aux TPE ou aux populations/secteurs les plus à risque pour certaines problématiques de santé au travail (CMR, RPS ou TMS), les CPOM sont un levier d'équité.

[129] **La déclinaison de l'offre socle proposée par les partenaires sociaux au sein du CNPST paraît de surcroît pleinement compatible avec les priorités des CPOM**, tant par sa périodicité (une action de prévention primaire au moins une fois tous les quatre ans) que par les exemples d'actions envisagées (un accompagnement spécifique sur un risque -chimique, TMS, autre-, des actions de sensibilisation collectives à la prévention, des conseils d'aménagement ou d'amélioration des postes et lieux de travail, ou encore un accompagnement dans l'analyse des conditions et de l'organisation du travail en lien avec la prévention de l'usure et la prévention de la désinsertion professionnelle et le maintien en emploi).

[130] Il conviendra cependant que les choix financiers en cours en matière de « tunnel de cotisations » des SPSTI permettent bien un plein déploiement de l'ensemble des facettes de l'offre socle, sans induire des arbitrages défavorables entre respect des obligations de suivi médical, qui importent plus particulièrement aux partenaires sociaux, et actions en milieu de travail et de prévention primaire, qui constituent le cœur des priorités des CPOM.

- L'introduction éventuelle d'objectifs de santé publique dans les CPOM.

[131] Plus susceptibles de ne pas s'inscrire dans l'offre socle, ces objectifs de santé publique pourraient relever de la mise en garde formulée dans la délibération du CNPST : « *les actions ou objectifs introduits par les CPOM, les partenariats institutionnels, les plans régionaux sont à considérer au regard de l'offre socle que doit en priorité assurer le SPSTI. A défaut, ces actions devront faire l'objet de conventions et de financements spécifiques* ». Il est, de fait, sans doute nécessaire d'envisager des

---

<sup>64</sup> Souvent plus de 80 % des adhérents.

dispositions spécifiques en cas d'élargissement des priorités actuelles des CPOM. Ce point mérite cependant discussion, développée infra dans la partie 2.2.4.

[132] En conduisant à prioriser des thématiques de déploiement de l'offre socle de façon cohérente avec les intentions des partenaires sociaux – conforter la prévention primaire et le maintien en emploi et accorder une attention soutenue aux PME-TPE- les CPOM constituent un outil partenarial pleinement à même d'encourager son renforcement, tout en éclairant ses priorités de mise en œuvre au regard des enjeux de la santé au travail sur un territoire donné.

## 2.2 Les conditions de succès et les points de vigilance pour une troisième génération de contrats

[133] **Ni la loi d'août 2021 ni l'évolution du paysage de la santé au travail ne conduisent aujourd'hui à remettre en cause le lancement d'une troisième vague de CPOM.** Au fur et à mesure que se rôdaient les outils mis en place, notamment par la loi de 2011 (projets de service, CPOM) est toutefois apparue une nécessité d'actualisation de leurs interactions, et *a fortiori* dans le prolongement de la loi d'août 2021, qui crée la certification et met en place un cahier des charges national pour l'agrément. Cette remise à plat ne garantit pas à elle seule le succès accru de la 3e vague de CPOM. Les investigations de terrain de la mission soulignent l'importance de certains facteurs de réussite pour la nouvelle génération de contrats, comme l'attention à accorder à certains points de vigilance.

### 2.2.1 Une dimension partenariale à conforter

[134] Malgré la montée en puissance de la dynamique de projet au sein des SPSTI, et des réalisations parfois extrêmement abouties<sup>65</sup> auxquelles elle conduit, en lien avec des priorités internes, locales et régionales, il reste encore aujourd'hui des marges de progression pour l'inscription de l'action des SPSTI dans une stratégie régionale impulsée par le PRST. Et partant, pour un CPOM « aiguillon », induisant de rendre compte à un tiers et encourageant les démarches structurées et évaluées de prévention.

[135] Pour autant, **tant la maturité de certains services que l'autonomie de leur gouvernance paritaire et l'absence d'apports de moyens financiers publics militent pour une approche globalement plus participative que directive pour la conception de la contractualisation.** La forme juridique des SPSTI, associations à but non lucratif régies par la loi de 1901<sup>66</sup>, en fait des interlocuteurs indépendants, sans lien de subordination avec les pouvoirs publics, même si le fonctionnement de ces services est soumis à leur agrément par la DREETS<sup>67</sup> et si leurs missions et financements sont réglementés. On a rappelé supra comment l'ambiguïté du concept de contrat d'objectifs et de moyens avait pu prêter à confusion. La fixation d'objectifs n'est ici assortie d'aucun financement par les acteurs publics, ni de contributions, autres, systématiques des acteurs institutionnels.

<sup>65</sup> La mission a eu l'occasion de consulter plusieurs PPS de très grande qualité, ancrés dans un diagnostic territorial et faisant l'objet d'un suivi et d'une évaluation rigoureux.

<sup>66</sup> Loi du 1er juillet 1901 relative au contrat d'association

<sup>67</sup> Articles D4622-48 à 53 du code du travail. La DREETS délivre un agrément pour une ou des zones géographiques et un ou des secteurs professionnels pour une période de 5 ans.

[136] Pour les services les plus impliqués dans une logique propre de diagnostic local, de priorisation de leur action et d'affirmation de leur rôle de prévention primaire des risques professionnels ou de la désinsertion, ce n'est point d'aiguillon qu'il est nécessaire<sup>68</sup>. Mais plutôt de convergence et de coordination des actions et des leviers avec leurs co-signataires, d'évaluation partagée et de mise en visibilité des actions conduites, de parangonnage entre services... Si le contrat vient se surajouter aux exigences d'agrément, de projet de service et de certification, sans être source de synergies ou de facilitations propres à amplifier l'action des services, les plus performants des SPSTI ne s'y prêteront que de façon formelle et, in fine, peu productive pour le collectif de la santé au travail. Pour que les SPSTI s'engagent dans les CPOM autrement que de façon subie et souvent faciale, ceux-ci doivent être attractifs, et donc porteurs de coopérations pertinentes et de contreparties créatrices de valeur ajoutée de la part des acteurs institutionnels.

[137] Dans un contexte d'autonomie de gouvernance et de financement, **la contractualisation doit se bâtir sur un modèle gagnant-gagnant et affirmer résolument sa vocation partenariale**. Sauf à choisir de modifier le schéma global de fonctionnement et de gouvernance de la santé au travail, ce qui n'a pas été le choix des partenaires sociaux et du législateur à l'issue du rapport Lecocq.

[138] Deux dimensions sont susceptibles de conforter l'intérêt des CPOM pour les SPSTI signataires :

- La capitalisation collective et le parangonnage entre services (cf. 2.2.2 *infra*) ;
- La coordination ou mise en commun d'actions ou de moyens avec les acteurs publics, dans un objectif commun d'amélioration des résultats de santé au travail.

[139] La qualité de l'interaction avec les acteurs institutionnels, DREETS et CARSAT, est l'un des points d'attention les plus souvent soulignés par les SPSTI entendus par la mission. Après un premier temps d'apprentissage, **les modèles régionaux les plus dynamiques de contractualisation ont généralement intégré la nécessité, d'associer pleinement les SPSTI, à titre collectif, à la construction du cadre contractuel et, individuel, au contenu spécifique du CPOM de chaque SPSTI, mais également, « d'équilibrer les apports des trois signataires » des CPOM**.

[140] Les enjeux d'association des SPSTI à la construction du cadre de la contractualisation sont cruciaux, pour que celle-ci n'apparaisse pas purement directive ou, pire, décalée par rapport à leurs réalités territoriales et populationnelles. Ils trouvent réponse selon la mission de deux façons complémentaires : un continuum plus marqué entre groupes de travail du PRST, lieu d'élaboration collective de la stratégie régionale, et CPOM (cf. partie 2.1 *supra*) ; une implication des SPSTI dans l'élaboration des objectifs et modalités de suivi opérationnelles des priorités thématiques des CPOM (cf. *infra* partie 3). Mais au-delà de la construction du cadre, la mission estime également crucial de conserver à chaque SPSTI un temps de négociation propre des objectifs et cibles spécifiques de son CPOM particulier. L'inscription de l'ensemble des SPSTI d'une région dans un seul document contractuel ne paraît pas à même de garantir un ajustement pertinent aux réalités spécifiques du service et de son territoire d'exercice et se rapproche plutôt d'une démarche PRST.

[141] Peut-être plus délicate, mais tout aussi décisive, est la question des contreparties au contrat des signataires, CARSAT, et sans doute, plus encore, DREETS. Il s'agit de venir en appui des actions de prévention des SPSTI, principaux acteurs de terrain, auprès, notamment, des PME. L'épuisement relatif de la contractualisation entre les deux premières vagues tient partiellement, comme cela a été montré en première partie, à un contexte d'incertitude juridique et de transformations institutionnelles, comme à l'impact de la crise sanitaire. Mais il découle, aussi, du caractère décevant, au fil du temps, de la contractualisation pour les SPSTI qui avaient pu initialement fortement s'y

---

<sup>68</sup> Certains acteurs ont ainsi évoqué (retours des questionnaires nationaux) « le sentiment d'autosuffisance des SPST de taille importante peu enclins à contractualiser » comme un frein à la contractualisation.

impliquer. Déceptive, parce qu'insuffisamment suivie (d'où infra en partie 3 les propositions de la mission pour un suivi plus exigeant) mais aussi, parce que considérée comme excessivement unilatérale.

[142] **Le dynamisme d'une nouvelle vague de CPOM résidera pour partie dans la capacité des signataires DREETS et CARSAT à conceptualiser, objectiver et donner à voir leurs apports aux contrats.** Ceux-ci avaient été décrits de façon cohérente dans l'instruction fondatrice de 2012 et repris dans l'instruction de 2019 ; ils peuvent être actualisés ou enrichis de nouvelles facettes. La première des contreparties attendues est, naturellement, de respecter les termes du contrat en termes d'animation et de suivi, permettant ainsi aux SPSTI, d'être réellement accompagnés, comme de se situer et de comparer leurs pratiques ou résultats.

[143] Il appartient aux deux réseaux régionaux et à leurs pilotes nationaux d'élaborer la typologie des apports respectifs des DREETS et CARSAT aux CPOM. La mission tient, cependant, à souligner que la gamme des contreparties possibles est diverse, et que pour l'essentiel, elle ne réside pas, si ce n'est marginalement, dans des apports financiers<sup>69</sup>. **Les contributions majeures attendues des signataires publics au CPOM** sont les suivantes : apports de données de cadrage, coordination et amplification des actions, implication d'acteurs régionaux importants – ex. Branches-, mise en visibilité des actions (et résultats- réalisations) de prévention des SPSTI auprès des entreprises, mise à disposition de moyens techniques (ex. laboratoires des CARSAT), optimisation de la mobilisation des subventions en faveur de la prévention en entreprise.

[144] Quelques exemples ou réflexions peuvent être tirés des expériences régionales comme des échanges avec les acteurs :

- La mise à disposition des données de sinistralité des CARSAT comme des données pertinentes du service Statistiques des DREETS est de nature à faciliter le diagnostic territorial des SPSTI et à les aider à cibler leurs actions de prévention.
- L'action des SPSTI bute encore aujourd'hui sur l'insuffisante appropriation, par les entreprises adhérentes, de la gamme des prestations qu'ils sont susceptibles de leur apporter, au-delà du seul suivi médical. Comme indiqué *supra*, cela suscite un positionnement croissant et parfois offensif d'institutions de prévoyance, faisant des offres de services sur des objets relevant des missions des SPSTI<sup>70</sup>.
- La mise en visibilité de l'ampleur du rôle des services est un objectif des mesures de transparence de la loi du 2 août 2021. La valorisation des actions conduites dans le cadre de CPOM peut également y contribuer. L'inscription d'actions de prévention des SPSTI dans une dynamique régionale, associant, par l'intermédiaire de la DREETS, la branche concernée, peut en être une modalité, susceptible de faciliter le déploiement d'actions grâce à l'appui de la branche et à la communication qui est faite. La publicité accordée collectivement, en amont et en aval, à l'action et à ses résultats peut montrer la valeur ajoutée de leurs interventions. Au-delà, la possibilité d'une labellisation d'actions probantes de prévention au travail, sur le modèle des actions probantes de prévention en santé publique, pourrait également valoriser le rôle des SPSTI et contribuer au partage de bonnes pratiques.

<sup>69</sup> Cf. sur ce point les constats du rapport de 2020 d'évaluation des SSTI qui soulignait la relative aisance financière de nombreux SSTI.

<sup>70</sup> Par exemple appui à la rédaction du document unique d'évaluation des risques pro.

- Qu'elle soit induite par le pilotage des CPOM, ou qu'elle résulte d'initiatives territoriales, comme dans les Alpes Maritimes<sup>71</sup>, la mise en place d'action concrètes coordonnées au niveau territorial le plus proche du SPSTI est une source majeure de satisfaction pour les services. L'effort de la région Grand Est d'impliquer les acteurs territoriaux de l'inspection du travail et les contrôleurs CARSAT du territoire concerné dans l'élaboration ou le suivi du CPOM a été particulièrement apprécié des SPSTI, lorsqu'il a pu être mis en œuvre (en ex-Lorraine, notamment pour les CPOM V1). Source de meilleure compréhension, mais aussi, et surtout facteur de réduction des interférences, parfois négatives, résultant d'interventions désordonnées, la coordination de proximité est une attente particulièrement forte des SPSTI. Elle permet de potentialiser l'intervention de chacun sans confondre les rôles, ce qui est évidemment un point d'attention.
- Le partage des outils méthodologiques des programmes nationaux mis en œuvre par les CARSAT (par ex. TMS Pro ou RC pro) peut s'avérer un élément attractif, comme un potentiel repoussoir, pour les services, selon la façon dont la coopération est tissée avec eux ; déployer une stratégie coordonnée et des outils jugés aidants en préservant les marges de manœuvre des uns et des autres est très apprécié ; devoir déployer le programme CARSAT sans liberté de ciblage des entreprises, et n'être qu'un prestataire d'interventions ergonomiques, sur suggestion aléatoire des préventeurs de la Caisse, l'est souvent nettement moins. Entre sentiment d'instrumentalisation et satisfaction d'une coordination efficace, les retours territoriaux sur le déploiement de TMS Pro notamment sont très contrastés ; en lien parfois avec la taille des SPSTI, mais surtout en fonction de la posture des équipes de préventeurs de la CARSAT.
- La mobilisation des leviers financiers et en particulier des subventions TPE des CARSAT pose des questions similaires. L'évaluation récente de la mise en œuvre de la précédente COG AT/MP souligne la difficulté à trouver des modalités de distribution garantissant, tout à la fois, l'essor des subventions en faveur du renforcement de la prévention au travail dans les TPE, et la pertinence de leur utilisation. A l'inverse, les SPSTI sont souvent en difficulté pour disposer d'un incitatif financier pour convaincre une TPE de mettre en œuvre certaines actions préventives (PDP ou risques professionnels). Le CPOM pourrait être un levier d'optimisation de la subvention aux TPE, en apportant, aux CARSAT, des garanties supplémentaires de pertinence grâce à la connaissance du SPSTI, et en donnant, aux SPSTI, plus de chances de succès lorsqu'ils suggèrent à une entreprise de solliciter une aide de la CARSAT. Des solutions sont à inventer qui préservent l'autonomie de décision financière des caisses comme la capacité d'initiative et la liberté d'action des SPSTI, tout en offrant une réponse coordonnée optimisée aux entreprises.

[145] La question **d'apports de moyens financiers aux services** a pu être évoquée, dans une logique de financement à la performance des SPSTI. Différents éléments conduisent la mission à considérer cette dimension comme **non prioritaire**. L'action des SPSTI bute plus, aujourd'hui, sur des enjeux de moyens humains, et notamment médicaux, que sur des enjeux financiers. Le lancement récent d'un appel à projets innovants en région Grand Est n'a suscité que peu de candidatures. Comme la mission a souhaité le démontrer, en soulignant la pleine compatibilité des CPOM avec le déploiement de l'offre socle, ceux-ci positionnent l'action des SPSTI au cœur des priorités régionales et, partant, au cœur de la vocation même des services, financée par la cotisation. Deux configurations peuvent toutefois poser la question de financements : l'introduction d'une part significative d'objectifs de santé publique dans les CPOM (cf. 224) ou l'inscription dans une logique de performance, qui récompenserait des résultats particulièrement marquants, allant bien au-delà de l'offre socle, qui est due indépendamment de toute logique de récompense d'une performance. En

---

<sup>71</sup> Exemple d'une démarche de coopération dans les Alpes Maritimes entre l'inspection du travail, contrôleurs de la CARSAT et SPSTI en faveur de la prévention des risques professionnels dans les salons de coiffure.

tout état de cause, l'état actuel des systèmes d'information et des remontées de résultats rend, selon la mission, la mesure de la performance difficile à court terme.

**Recommandation n°8** En vue de la nouvelle génération de CPOM, instaurer un groupe de travail réunissant des DREETS et des CARSAT pour préciser, par mutualisation des pratiques, la gamme des contreparties susceptibles d'être portées aux CPOM par ces institutions.

**Recommandation n°9** En lien avec la préparation en cours de la COG AT/MP, explorer des pistes d'optimisation, grâce aux CPOM, des leviers financiers des CARSAT en faveur de la prévention.

[146] La question centrale des contreparties des autres signataires pour les SPSTI induit, par ailleurs, la nécessité de donner, au sein du CPOM, une visibilité globale sur l'ensemble des sujets de coopération entre parties : il importe de bien veiller, comme les textes y invitent, à intégrer les éventuelles conventions bilatérales CARSAT-SPSTI au CPOM<sup>72</sup>, pour consolider en un cadre unique, l'ensemble des coopérations. L'existence de conventions bilatérales hors le CPOM paraît une pratique risquée, compromettant la synergie partenariale promue par ces contrats.

**Recommandation n°10** Cadrer le champ des conventions bilatérales des parties avec les SPSTI et réaffirmer le principe de consolidation de l'ensemble de ces conventions au sein des CPOM, sous forme d'une annexe dédiée

[147] Dans la logique partenariale de contribution partagée aux priorités régionales de santé au travail et d'équilibre des apports des signataires qu'elle promeut, la mission considère que pourrait se poser la question d'une contractualisation avec des SPSTA dont certains sont, d'ores et déjà, présents dans l'élaboration des PRST. Une expérimentation avec des SPSTA volontaires pourrait être envisagée pour une implication renforcée et visible aux politiques de santé au travail.

**Recommandation n°11** Proposer, à titre d'expérimentation, à des SPSTA volontaires de s'engager dans un contrat partenarial d'objectifs et de moyens

### 2.2.2 Un modèle pragmatique conjuguant capacité de capitalisation régionale et adaptation au contexte propre de chaque SPSTI

[148] Dans une logique essentielle d'attractivité de la contractualisation, la mission pense important de veiller à ce que la logique contractuelle conserve un équilibre entre les attentes des acteurs publics (contribution aux priorités régionales) et les priorités stratégiques et opérationnelles du service, définies dans son projet de service, au regard de ses moyens et de son diagnostic local.

[149] **La tension, dans les CPOM, entre prise en compte des axes de travail des projets de service et définition de priorités et de méthodes régionales valant pour tous est au cœur des variations que la mission a pu trouver dans les modèles de contractualisation régionaux<sup>73</sup>.** D'un modèle principalement guidé par les priorités issues des projets de service (1ère génération des contrats en Hauts de France) au contrat régional unique de la région PACA en 2e génération, les régions oscillent entre la priorité à l'approche régionale et l'ajustement aux réalités plus fines et aux contraintes des services. Les régions Grand Est, et particulièrement, Ile de France, offrent un modèle intermédiaire, conciliant tronc commun régional et prise en compte des spécificités des services.

<sup>72</sup> Exemples des conventions techniques de recours aux laboratoires de physique ou chimie interrégionaux du réseau des CARSAT.

<sup>73</sup> Pour une analyse détaillée, se reporter aux annexes régionales.

[150] Au-delà d'une approche qui serait plus directive ou plus interactive, **ce qui se joue, dans ces choix de modèle, est la capacité à capitaliser sur les enseignements de la contractualisation et à évaluer son impact sur la santé au travail des salariés.** L'enjeu est la capacité à donner à voir le fruit des CPOM et à partager des résultats objectivés entre acteurs à l'issue de la période contractuelle.

[151] C'est le point sur lequel les divergences d'approches entre DREETS et CARSAT sont, sans doute, les plus sensibles, comme cela transparaît dans les retours aux questionnaires nationaux de la mission. Inscrites, elles-mêmes, dans une COG et des CPG qui orientent et évaluent leur action, les CARSAT déplorent parfois le manque d'ambition ou d'exigence de la démarche contractuelle et la difficulté à quantifier l'atteinte des objectifs des CPOM, faute de résultats évalués au travers d'indicateurs communs, régulièrement suivis et donnés à voir.

[152] Les DREETS qui agrément les services, sont souvent plus conscientes des difficultés d'organisation ou de moyens des SPSTI et dans une logique plus incrémentale, passant d'abord par l'aide à la consolidation de la démarche de projets du service, puis à la négociation de CPOM qui conjuguent orientations régionales et prise en compte de priorités inscrites dans le projet de service du SPSTI. Elles soulignent, parfois, le caractère encore relativement neuf de l'obligation de ces démarches – loi de 2011- et insistent plus sur la nécessité de générer, et entretenir, une dynamique vertueuse de coordination des acteurs au service d'orientations régionales de santé au travail. Comme a pu l'indiquer l'un des interlocuteurs de la mission, priorité est ici donnée à l'émergence de bonnes pratiques, ensuite partagées entre acteurs, et potentiellement transformées en action commune dans les CPOM de génération suivante. Le CPOM peut aussi être considéré comme un levier d'expérimentation ou de créativité, bénéfique à terme à la communauté des SPSTI.

[153] Il faut toutefois noter que le modèle que l'on pourrait qualifier de « sur-mesure » est plus exigeant en termes de moyens de pilotage, dans un contexte encore prégnant -bien qu'en voie d'atténuation-, de multiplicité des SPSTI d'un territoire ; c'est ce qui a contribué à des modèles plus mêlés en 2e génération, et ce d'autant plus que les instructions plaidaient pour un nombre plus réduit d'objectifs. La contrainte de moyens<sup>74</sup> a également pesé sur le choix, adopté en région PACA, d'un contrat unique négocié avec l'association régionale Présanse (représentée, outre la déléguée régionale, par un directeur de service et un médecin du travail) et contresigné par l'ensemble des services de la région, sans déclinaison ni négociation individuelle avec chacun des services.

[154] Par-delà les différences de culture administrative, une bonne collaboration entre acteurs a, le plus souvent, conduit à des approches de 2e génération visant à respecter les spécificités des services, tout en progressant en termes de capacité à capitaliser sur des résultats au niveau régional. Le modèle de l'Île de France, qui concilie un volet de priorités régionales (dans lequel chaque service doit s'inscrire obligatoirement pour une ou plusieurs actions) et un second volet d'actions propres au service est intéressant à cet égard. De la même façon, les CPOM V2 du Grand Est proposaient une approche quasi-uniforme sur la PDP avec un objectif explicite de capitalisation sur des résultats régionaux, et une seconde action de prévention relevant de grandes priorités régionales, mais issue du projet de service.

[155] La mission considère que **l'effort d'ajustement aux réalités concrètes** (territoire, moyens, priorités propres) **d'un SPSTI est une condition majeure d'acceptabilité et d'efficacité**<sup>75</sup> ; elle

<sup>74</sup> Et notamment l'absence de médecin inspecteur régional du travail.

<sup>75</sup> L'un des SPSTI d'Île-de-France rencontré par la mission évalue d'ailleurs précisément les ressources requises par le CPOM pour mesurer l'ampleur réaliste de son investissement dans le CPOM et le nombre d'objectifs à retenir dans la gamme de ceux proposés.



juge à cet égard indispensable d'avoir une négociation-signature d'un contrat individualisé avec chaque service- quand bien même le contrat s'inscrit dans des thèmes et méthodes régionaux.

**Recommandation n°12** Préserver le principe d'une négociation et signature individuelles du CPOM, en veillant à prendre en compte le contexte et la capacité à faire du SPSTI

[156] Mais **il est impératif de trouver un équilibre satisfaisant entre ajustement aux réalités individuelles des SPSTI, réalisme de la charge d'élaboration des CPOM pour les acteurs et capacité régionale à capitaliser et évaluer.** C'est cet équilibre que doit permettre la définition du rôle des échelons national et régionaux dans l'élaboration de la contractualisation de 3e génération.

### 2.2.3 Un équilibre entre priorités nationales, régionales et locales

[157] **L'architecture globale de pilotage et de déploiement de la 3e vague de contrats doit,** de la même façon qu'à l'échelle régionale, **concilier besoins nationaux de capitalisation et d'évaluation avec d'indispensables marges de manœuvre régionales.** Elle doit intégrer le besoin de soutien des acteurs régionaux face à la charge potentielle de la contractualisation, tout en préservant l'esprit des CPOM tel que défini par les textes : la rencontre entre des priorités régionales définies par les PRST et des priorités de service précisées par le projet de service.

[158] Dans cet esprit, il paraît à la mission que **le niveau national doit plus monter en puissance sur l'animation de la démarche de contractualisation (déploiement et suivi) qu'en cadrer trop précisément le contenu.** A l'heure actuelle, la visibilité nationale sur les CPOM (que ce soit celle de la DGT et de la DRP ou celle des partenaires sociaux) est très réduite. Le manque actuel de remontées régulières quant au déploiement est regrettable en termes de suivi, et préjudiciable à la bonne compréhension de leur rôle comme à la visibilité de l'action des SPSTI. La priorité paraît d'abord de soutenir les acteurs dans leur pilotage des CPOM, d'inciter à une coordination renforcée des acteurs sur les sujets qui le nécessitent le plus<sup>76</sup> et de structurer un suivi national du déploiement de la contractualisation plus que de piloter finement contenus et process de contractualisation. Les instructions nationales ne doivent pas contraindre excessivement le choix des actions déclinées régionalement dans les CPOM. Comme le montrent les fiches de l'instruction de 2019, il est difficile de proposer des orientations suffisamment opérationnelles et adaptées au enjeux territoriaux du niveau national.

[159] Le niveau national doit cependant offrir un cadre minimal pour mettre en avant des priorités nationales essentielles et garantir une visibilité nationale au moins basique sur les thématiques prioritaires des CPOM. Il paraît en premier lieu important de réaffirmer une priorité nationale à la prévention de la désinsertion professionnelle, pour amplifier une mobilisation déjà réelle dans les premières vagues de contractualisation. Sur cette politique, quelques priorités d'actions, objectifs et indicateurs simples devraient être définis au niveau national de façon à pouvoir constituer un panorama France entière. La mission estime que, pour la PDP, l'ambition des prochains CPOM doit être, certes, de consolider les acquis des premières vagues (mise en place d'une cellule) mais, surtout, de promouvoir des démarches fructueuses (repérage précoce des risques de désinsertion) et, plus encore, d'encourager en pleine adhésion avec la vision partenariale des CPOM, l'amélioration de la coordination des acteurs dans un parcours de PDP.

[160] Pour les actions de prévention, la mission préconise un choix assez large de thématiques susceptibles d'être retenues au niveau régional, présentes dans le PST et/ou la COG, avec, à titre

<sup>76</sup> Dans son récent rapport public (décembre 2022) sur *Les politiques publiques de prévention en santé au travail dans les entreprises*, la Cour des comptes recommande d'ailleurs de mettre l'accent dans les plans Santé au travail les actions qui exigent un effort de coordination entre acteurs de la prévention.

indicatif, des actions ou populations prioritaires et quelques indicateurs permettant un minimum de capitalisation nationale – par exemple, nombre de CPOM ayant retenu une thématique, nombre d’entreprises ayant été incluses dans telle ou telle thématique de prévention ...

[161] On pourrait ainsi tenir à jour un tableau de bord national ressemblant au tableau ci-dessous.

**Tableau 1 :** Exemple indicatif de tableau de bord national de suivi allégé de la contractualisation

Région	Nombre de SPSTI ayant retenu le thème	Nombre d’entreprises (ou de salariés) accompagnés	Nombre de SPSTI ayant mis en place une cellule PDP	Nombre de salariés accompagnés par les cellules PDP dans la région	Dont nombre de salariés inscrits dans un parcours coordonné d’accompagnement.
PDP					
TMS					
RPS					
...					

**Recommandation n°13** Au niveau national, privilégier l’animation de la démarche de contractualisation plutôt que le pilotage fin du contenu des CPOM. Réaffirmer une thématique nationale de prévention de la désinsertion professionnelle et se contenter de proposer un cadre indicatif pour les priorités de prévention primaire des risques professionnels.

[162] **Au niveau régional, la politique de contractualisation validée par le CRPST devra, sur la base des travaux du PRST, prioriser et outiller méthodologiquement certains thèmes, parmi lesquels pourra jouer la négociation avec le SPSTI.** Cette négociation devra conduire à identifier les recoupements pertinents entre priorités régionales et priorités du projet de service pour retenir, outre la PDP, au moins un à deux thèmes de prévention, selon la taille du service.

[163] Sur chacun de ces thèmes, il paraît essentiel de pouvoir **progresser en termes d’évaluation et restitution, grâce à une réflexion méthodologique partagée.** Comme au niveau national, l’insuffisance du suivi et des restitutions sur l’avancement des CPOM pèse sur leur crédibilité. Jusqu’à présent, les retours régionaux sur les CPOM de premières générations ont essentiellement consisté, lorsqu’ils ont eu lieu, en réunions régionales de présentation des actions conduites et des résultats obtenus par les services dans le cadre de leur CPOM. Certaines bonnes pratiques ont été partagées et quelques données de mise en œuvre consolidées parfois, dans des bilans régionaux éventuellement présentés au GPRO du CROCT - aujourd’hui CRPST. Ces premières étapes étaient nécessaires. La durée très brève de la 2e génération de contrats a de surcroît pesé sur la structuration de la démarche d’évaluation. Une partie des acteurs, dont certains SPSTI soucieux de pouvoir se positionner, sont cependant désireux d’une évaluation plus poussée.

[164] Pour la 3e génération, il convient d’**amplifier la capacité d’évaluation des actions menées dans le cadre des CPOM et/ou de consolidation de résultats régionaux, sans néanmoins aboutir à une standardisation des CPOM.** C’est le rôle d’une cellule de pilotage régionale associant les SPSTI (cf. partie 3) d’assortir chaque priorité régionale de contractualisation d’une « boîte à outils » (propositions d’approches méthodologiques, de guides pratiques, supports de communication communs ...) et de quelques indicateurs partagés -indicateurs de moyens à tout le moins, éventuellement indicateurs de résultats intermédiaires - pour permettre une consolidation minimale de l’impact des CPOM. Selon le niveau de maturité des acteurs, des cibles pourront être fixées sur ces indicateurs. Il importe, toutefois, comme cela a déjà été mentionné supra, que ces outils et indicateurs soient nourris autant que possible par les travaux correspondants des PRST, pour atténuer la charge collective de travail, pour garantir la cohérence du suivi du PRST et des CPOM, et

pour ne pas imposer aux SPSTI le renseignement d'indicateurs dispersés, dans un contexte où leurs systèmes d'information restent encore souvent insuffisamment performants.

[165] Ces indicateurs de base peu nombreux et encore assez basiques ne résument pas à eux seuls le suivi des actions du CPOM : d'une part, des indicateurs spécifiques pourront être ajustés aux spécificités de l'action du service, et d'autre part, les CPOM doivent promouvoir une logique exigeante d'évaluation de leurs interventions par les services. La capitalisation régionale sur la contractualisation doit conjuguer des données quantitatives d'impact et des éléments qualitatifs de pertinence d'actions spécifiques ou innovantes, susceptibles d'être ensuite déployées plus largement.

[166] **Pour la 3<sup>e</sup> génération de contrats**, et dans l'attente des systèmes d'information plus performants et interopérables promus par la loi d'août 2021 et les textes récents sur le dossier de santé au travail, **un compromis entre évaluation quantitative systématique et évaluation qualitative sur mesure paraît raisonnable**. Il va de soi que les progrès des systèmes d'information permettront d'être à l'avenir plus exigeant.

**Recommandation n°14** Au niveau régional, prioriser et outiller en méthodes et indicateurs certains thèmes définis sur la base du PRST ; mettre en place des conditions de restitution et d'évaluation des CPOM conciliant approches quantitative systématique et qualitative sur mesure

#### 2.2.4 Une montée en puissance proportionnée et ciblée du décloisonnement entre santé et santé au travail au sein des CPOM

[167] En élargissant la définition des missions des SPSTI, la loi d'août 2021 a visé un décloisonnement croissant entre santé au travail et politique globale de santé. L'article L. 4622-2 intègre désormais une nouvelle ambition, ajoutant, à la mission principale d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail, une contribution « *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* ». En soulignant combien objectifs de santé publique et priorité au maintien en emploi convergent, la désinsertion professionnelle résultant aussi bien de risques liés au travail que de problèmes de santé autres, la formulation retenue veille cependant à conserver un lien entre ces nouveaux objectifs de santé publique et la vocation centrale des SPSTI. L'item précisant cette contribution est toutefois plus précis : les SPSTI « *participent 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* ».

[168] Sans remettre en cause cette volonté du législateur d'un décloisonnement nécessaire entre santé au travail et santé publique, nombre d'interlocuteurs ont exprimé la crainte qu'une mise en œuvre trop volontariste et rapide de ces dispositions ne compromettent le cœur des missions des services, a fortiori si cette dimension de santé publique devait devenir systématique dans les CPOM. Dans le document élaboré par le CNPST et intégré au décret sur l'offre socle, les partenaires sociaux ont tenu à souligner que : « les missions générales de santé publique doivent demeurer contenues dans un périmètre défini avec précision afin de ne pas remettre en cause la réalisation des éléments constitutifs de l'offre socle et des moyens qui lui seront attribués. Le périmètre d'intervention du SPSTI est défini par le fait qu'il existe un lien avec le travail. ».

[169] La plupart des SPSTI déploient pourtant d'ores et déjà, des actions de santé publique, au décours du suivi médical individuel, ou de façon plus collective, avec des interventions d'information-sensibilisation, à l'initiative des professionnels de santé au travail, médecins et infirmières-ers notamment, ou en vertu des projets de services. Il s'agit, parfois, d'interventions de prévention-

promotion de la santé dénuées de lien particulier avec les enjeux du travail, à l'occasion notamment de temps forts – Journée sans tabac ou « Mars bleu » ou « Octobre rose » en faveur du dépistage des cancers ; mais, le plus souvent, l'action en santé publique est étroitement liée à une préoccupation particulière de santé au travail. Par exemple, la prévention des pratiques addictives pour les salariés assumant des fonctions à enjeux particuliers de vigilance ou le dépistage du cancer du sein pour les femmes travaillant de nuit<sup>77</sup>.

[170] La mission considère indispensable le décloisonnement entre santé au travail et santé publique voulu par le législateur. Pour autant, elle juge que **la meilleure intégration de ces différentes facettes des politiques de santé doit d'abord résulter d'une meilleure articulation concertée et réfléchie entre plans nationaux et régionaux**. Elle estime notamment que les liens entre PRST et programmes régionaux de santé, voire programmes régionaux de santé environnement, devraient être confortés, comme les articulations opérationnelles entre DREETS et ARS. Trop souvent cantonnés à quelques contacts au moment de l'élaboration du PRST ou de la validation des CPOM, les échanges entre ces institutions conditionnent une mobilisation pertinente de la santé publique par les services de santé au travail. **C'est la condition d'une introduction éventuelle, proportionnée et fondée sur le dialogue, de dimensions de santé publique dans les CPOM.**

[171] **Pour autant, l'introduction de priorités de santé publique ne paraît pas une priorité générale de court terme dans les CPOM de 3e génération** dont l'esprit et la mécanique opérationnelle doivent d'abord être confortés autour d'enjeux majeurs de santé au travail, et dans une durée supérieure à la durée trop brève des CPOM de 2eme génération. Elle ne doit, en tout cas pas, selon la mission, être imposée au niveau national dans la prochaine instruction, sous peine d'induire une réaction de rejet défavorable à la consolidation nécessaire des CPOM. Certaines pistes pourront être évoquées, sans en faire un item obligatoire. Charge à la négociation régionale entre acteurs, ou singulière autour d'un CPOM particulier, de décider d'aller dans ce sens dès les prochains contrats. Certains CPOM comportent d'ores et déjà des actions clairement rattachables à la santé publique.

[172] La mission note enfin que **des dimensions des politiques de santé, moins liées à la santé publique qu'à l'organisation des soins, pourraient mériter de figurer aux CPOM** : le renforcement des liens entre médecins du travail et médecins de ville est une priorité, notamment concernant la prévention de la désinsertion professionnelle, mais pas exclusivement. Ce pourrait être un enjeu des prochains contrats concernant la PDP. Favoriser les articulations autour de situations individuelles, ou de façon proactive à un niveau collectif – par exemple liens des SPSTI avec les communautés professionnelles territoriales de santé<sup>78</sup> ou avec les dispositifs d'appui à la coordination - peut être un enjeu de la contractualisation. La valorisation du décloisonnement entre DST et DMP, une fois les textes stabilisés sur ce point, pourrait également être intéressante.

[173] Autant d'éléments à approfondir qui requièrent préalablement un rapprochement à encourager entre acteurs institutionnels de la santé au travail et acteurs de la santé globale.

**Recommandation n°15** Privilégier un décloisonnement entre PRST et PRS, et DREETS et ARS, avant d'envisager de systématiser un axe Santé publique dans les CPOM.

[174] Considérant que demeure une nécessité de mise en synergie des acteurs de la santé au travail, la mission envisage une nouvelle vague de CPOM résolument partenariale, au service tant de l'affirmation de l'offre socle des SPSTI que des priorités régionales de santé, dans un continuum

<sup>77</sup> Le travail de nuit étant un facteur favorisant le cancer du sein.

<sup>78</sup> Dans le cadre de l'action Maintien en emploi-PDP du CPOM V2 commun en PACA, des prises de contacts des SPSTI avec les Communautés professionnelles Territoriales de Santé de leur territoire ont été organisées afin notamment diffuser de l'information sur les visites de pré-reprise et sur les opérateurs mobilisables pour une orientation adaptée.

conforté avec les PRST. Outre une clarification par l'instruction (et éventuellement les textes réglementaires) du positionnement des différents leviers d'animation des SPSTI, le succès de la nouvelle génération de contrats paraît reposer sur un équilibre de l'apport des parties, un compromis raisonnable entre prise en compte des réalités locales et populationnelles des SPSTI et volonté de capitalisation régionale, et un partage entre animation nationale de la contractualisation et pilotage régional de la contribution des SPSTI aux politiques régionales de santé via les CPOM.

[175] Ce schéma pragmatique mais relativement ambitieux ne peut, par ailleurs, se concevoir sans conforter les moyens d'animation et de suivi de la contractualisation.

### 3 Des conditions exigeantes de faisabilité et d'animation nationale et régionale

[176] La fragilité constatée de la montée en puissance des premières vagues de CPOM n'obère pas l'intérêt de poursuivre une politique volontariste de contractualisation, s'agissant d'un puissant levier de déploiement opérationnel dans tous les territoires et par l'ensemble des acteurs des orientations en matière de prévention et de santé au travail. Toutefois, le renforcement des CPOM ne se fera pas sans un engagement fort des pouvoirs publics tant régional que national dans le pilotage de la contractualisation, ce qui nécessite de mobiliser des moyens en conséquence.

[177] Le premier objectif fixé à la mission était de dresser un état des lieux de la contractualisation dans les régions, ce qui dénotait en soi une fragilité du pilotage. Dans les régions dans lesquelles elle s'est rendue, la mission a pu constater, par ailleurs, des difficultés d'animation des SPSTI par les DREETS et les CARSAT, ayant pour corolaire un manque de fluidité des échanges d'informations entre les signataires du CPOM, en particulier sur l'avancement des actions prévues dans celui-ci.

#### 3.1 Un net besoin de renforcement de l'animation nationale dans une approche décloisonnée

##### 3.1.1 Des DREETS en attente d'un renforcement de l'animation nationale, permettant d'explicitier la politique en matière de contractualisation et de les outiller, sans les enfermer dans un cadre national trop rigide

[178] La DGT ne dispose pas d'une vision globale de l'offre de santé au travail sur les territoires. Les données en sa possession résultent pour la plupart d'enquêtes ponctuelles réalisées auprès des DREETS. Ces enquêtes répondent le plus souvent à un besoin particulier et, de ce fait, se limitent à une ou quelques thématiques. **Cette absence de circuit de remontées régulières d'informations sur les SPST est un frein majeur au pilotage national de la santé au travail.** Ainsi, lors de la crise sanitaire, afin d'obtenir des données sur les vaccinations réalisées dans les SPSTI, la DGT a dû s'appuyer sur l'association Présanse, seule en capacité de collecter ces données dans des délais contraints.

[179] Consciente de ces difficultés et afin d'optimiser le pilotage des SPSTI, la DGT a indiqué à la mission vouloir mettre en place une organisation en mode projet et prévoir des remontées d'information systématisées des services sur leur activité en développant des outils informatiques.

Cet outil répondra à l'obligation faite par le décret du 15 novembre<sup>79</sup> aux SPSTI de transmettre par voie dématérialisée des données relatives à leur rapport d'activité, dont celles afférentes au CPOM.

[180] La diffusion d'une doctrine nationale claire et le partage d'informations sont par ailleurs très attendus par les DREETS. Ainsi, l'analyse des questionnaires qui leur ont été adressés et les entretiens menés dans quatre régions, mettent en exergue la nécessité d'un pilotage national plus serré de la contractualisation avec les SPSTI, dans le quadruple objectif :

- D'établir pour les signataires un cadre « clair, formalisé », « fixant les priorités »,
- D'apporter aux régions une aide méthodologique,
- De favoriser le partage d'expériences,
- De valoriser les actions menées dans les territoires.

[181] Plusieurs directions régionales soulignent, toutefois, que la politique en matière de santé au travail étant déclinée régionalement dans les PRST, il convient à l'identique de laisser des marges de manœuvre régionales dans le choix des thèmes de contractualisation.

[182] Par ailleurs, plusieurs DREETS soulignent l'importance d'un renforcement de l'animation du réseau par la DGT. En effet, si les chefs du pôle travail sont régulièrement réunis, le sujet des CPOM est rarement évoqué lors de ces réunions. Il en est de même pour les médecins inspecteurs régionaux qui se retrouvent dans des temps différents. Il n'existe que peu d'espaces permettant des échanges régions-ministère et inter-régions entre pôles travail et médecins inspecteurs. **Le renforcement de l'animation nationale conjointe de ces réseaux contribuerait à optimiser le pilotage national de la santé au travail et à partager une vision des enjeux de la contractualisation.**

### 3.1.2 Au sein de la CNAM, un pilotage bicéphale DRP – DISAS à clarifier

[183] Côté assurance maladie, la direction des risques professionnels (DRP) de la CNAM est l'interlocuteur naturel des directions des risques professionnels des CARSAT. Elle définit, au travers de contrats pluriannuels de gestion (CPG) signés avec chaque caisse, la participation des CARSAT à la COG AT/MP. Elle couvre ainsi l'ensemble du champ des CPOM, y compris la PDP. La direction de la solidarité et de l'action sociale (DISAS), service de la direction déléguée aux opérations de la CNAM, en charge de la prévention de la désinsertion professionnelle (PDP), anime de son côté le réseau des services sociaux des CARSAT. Si la PDP est clairement affichée comme une priorité conjointe des branches AT/MP et maladie, la CNAM en a confié le pilotage à la DISAS.

[184] Mensuellement, DRP et DISAS organisent, conjointement, une réunion des directeurs de CARSAT. Le sujet transversal de la contractualisation est abordé au cours de ces réunions. Mais ces deux directions nous ont confirmé qu'aucune réunion conjointe d'équipes opérationnelles n'était organisée. DRP et DISAS animent chacune de leur côté les agents de direction de leur réseau. Les instructions de mise en œuvre opérationnelle sont transmises de manière indépendante à chaque réseau. La DISAS ne produit pas de bilan spécifique du déploiement de la PDP en lien avec les CPOM car elle ne dispose pas de remontées d'information sur la contractualisation. De son côté, la DRP a indiqué ne pas aborder le sujet de la contractualisation lors des réunions des services des risques professionnels des caisses. Cela induit d'une part un déficit de pilotage de la contractualisation par la DRP et un niveau d'appropriation variable de la thématique PDP par les ingénieurs conseils des

---

<sup>79</sup> Décret n° 2022-1435 du 15 novembre 2022 relatif à l'agrément et aux rapports d'activité des services de prévention et de santé au travail

caisses, alors que leur service est, sauf exception, en charge de la négociation des CPOM et, d'autre part, une méconnaissance des mécanismes de contractualisation de la part des services sociaux.

[185] La mission a pu constater que si, dans certaines CARSAT, des rapprochements de la direction des risques professionnels et du service social avaient été opérés<sup>80</sup>, dans d'autres régions, les relations entre ces deux directions mériteraient d'être confortées. **Une animation conjointe par la DRP et la DISAS des acteurs opérationnels des CARSAT impliqués dans la contractualisation serait de nature à conforter l'expertise transversale des ingénieurs conseils et des assistants sociaux et à faciliter la coordination entre ces services.**

**Recommandation n°16** Renforcer, l'animation par la DGT du réseau des pôles travail des DREETS en associant l'inspection médicale et mettre en place à la CNAM, une animation conjointe DRP - DISAS des directions des risques professionnels et des services sociaux des CARSAT

### 3.1.3 Une animation concertée entre DGT et CNAM, associant pleinement leurs différentes composantes concernées, pour soutenir et outiller l'investissement des acteurs régionaux

[186] Depuis 2012, plusieurs circulaires ou instructions conjointes DGT-DRP<sup>81</sup> définissent en particulier la politique nationale en matière de contractualisation et donnent aux DREETS et CARSAT des éléments de méthode. Elles insistent sur la nécessité d'un partenariat régional robuste entre Etat et caisses permettant la définition de priorités partagées. La mission a pu constater une grande variabilité régionale dans les relations CARSAT – DREETS et les modalités de préparation des CPOM. Cette collaboration est un élément fort de cohérence de l'action des pouvoirs publics et par là même de la réussite de la contractualisation.

[187] Aussi, au-delà de la diffusion conjointe des instructions, il semble nécessaire de renforcer et de pérenniser l'animation conjointe des réseaux Etat et Assurance Maladie afin de consolider l'appropriation d'une culture commune en matière de contractualisation. La création d'une **cellule de coordination et d'animation nationale associant DGT et CNAM** (DRP et DISAS), répondrait à ces objectifs. Cette cellule, dotée d'un secrétariat, co-pilotée par l'Etat et l'Assurance maladie et incluant le médecin inspecteur national serait en charge :

- D'élaborer les textes tenant à la contractualisation, dont les instructions communes,
- De définir les thématiques nationales devant figurer dans tous les CPOM. Compte tenu de ses constats détaillés plus haut, la mission propose de conserver le thème national de la PDP sans imposer d'autres thématiques pour laisser des marges de manœuvre aux acteurs régionaux ; la cellule nationale pourra cependant, pour appuyer le niveau régional, diffuser des outils ou approches méthodologiques, sur les thématiques majeures de prévention du PST ou de la COG AT/MP, ayant fait la preuve de leur efficacité, dans une démarche de partage de bonnes pratiques inter régionales.
- D'animer conjointement les réseaux des DREETS et des CARSAT en réunissant de manière régulière :

<sup>80</sup> Direction commune ou mise en place d'un comité de pilotage

<sup>81</sup> Circulaire DGT n° 13 du 9 novembre 2012 relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine du travail et des services de santé au travail, instruction conjointe DGT-DRP du 31 juillet 2019 sur les CPOM, Instruction conjointe DGT/DRP du 23 juin 2021 sur les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) conclus avec les services de santé au travail interentreprises, instruction conjointe du 26 avril 2022 sur la mise en œuvre des cellules PDP des SPSTI

- Les chefs de pôle travail des DREETS et les directeurs de CARSAT,
- Les équipes opérationnelles des DREETS (un représentant du pôle travail et un médecin inspecteur) et des CARSAT (un représentant de la direction des risques professionnels et un représentant du service social),
- D'assurer un suivi de la mise en œuvre des instructions dans les réseaux Etat et Assurance Maladie,
- De produire un bilan national annuel de la contractualisation, ce qui nécessite :
  - D'organiser la remontée régulière d'informations tenant aux services de prévention et de santé au travail (caractéristiques, agrément, opérations de fusion, CPOM...) <sup>82</sup>,
  - De définir des tableaux de bord de mise en œuvre des CPOM (*cf. supra*) et d'en assurer le suivi et l'exploitation. Pour ce faire, la cellule de pilotage pourrait s'appuyer sur des groupes de travail thématiques (PDP, CMR, RPS ...) associant des effecteurs opérationnels issus des réseaux DREETS et CARSAT.
- D'assurer la présentation des travaux et de leurs résultats devant le CNPST.

[188] Si la DGT reste l'interlocuteur de la CNAM sur le thème de la contractualisation avec les SPSTI, c'est avec la DSS que la caisse nationale négocie les COG tant de la branche maladie que de la branche AT/MP. Les CPOM devant intégrer les orientations à la fois du PST et de la COG AT/MP, un dialogue régulier entre DGT, DSS et CNAM, pour s'assurer de la cohérence entre ces deux outils, fixer des priorités communes et suivre l'avancement des plans d'actions des CPOM, est nécessaire.

**Recommandation n°17** Créer une cellule de coordination et d'animation nationale de la contractualisation associant DGT et CNAM (DRP et DISAS) réunissant régulièrement et conjointement les réseaux des DREETS et des CARSAT. Instaurer un dialogue régulier entre DGT, DSS et CNAM portant sur les orientations en matière de contractualisation avec les SPSTI

### 3.1.4 Le CNPST du COCT doit consolider sa place dans le processus de contractualisation

[189] La loi du 6 décembre 1976<sup>83</sup> renforce le principe du dialogue social dans la définition des politiques publiques en matière de prévention des risques professionnels en créant le Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels (CSPRP) en charge d'assurer la concertation avec les partenaires sociaux. En 2008, le CSPRP est remplacé par le Conseil d'orientation des conditions de travail (COCT)<sup>84</sup>, de compétence élargie puisqu'il s'agit d'une instance d'orientation des politiques publiques plus largement au service de la promotion de la santé au travail.

[190] Le COCT, placé auprès du ministre en charge du travail, participe à l'élaboration des orientations des politiques publiques dans les domaines de la santé et de la sécurité au travail et de l'amélioration des conditions de travail. Il est par ailleurs consulté sur les projets de textes législatifs et réglementaires de son champ de compétence. Il s'agit d'une instance de dialogue et de coopération en matière de politique de santé au travail.

<sup>82</sup> Comme évoqué plus haut, cette remontée d'information est partiellement prévue par le décret n° 2022-1435 du 15 novembre 2022 relatif à l'agrément et aux rapports d'activité des services de prévention et de santé au travail.

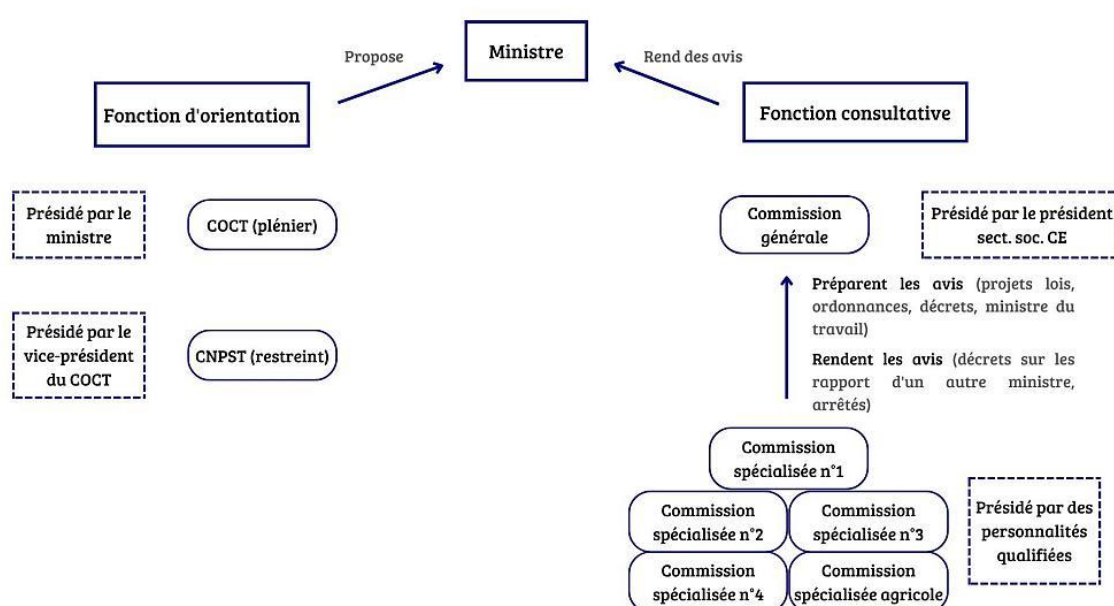
<sup>83</sup> Loi n° 76-1106 du 6 décembre 1976 relative au développement de la prévention des accidents du travail.

<sup>84</sup> Décret n° 2008-1217 du 25 novembre 2008 relatif au Conseil d'orientation sur les conditions de travail.



[191] La loi du 2 août 2021 en reprenant des dispositions de l'accord national interprofessionnel (ANI) de décembre 2020, a instauré, au sein du COCT<sup>85</sup>, le Comité National de Prévention et de Santé au Travail (CNPST), dans une volonté de donner davantage de légitimité aux représentants des organisations de salariés et patronales. Le CNPST est une instance paritaire composée de représentants de l'Etat, de la CNAM, de la CCMSA<sup>86</sup>, des organisations professionnelles d'employeurs et des organisations syndicales de salariés<sup>87</sup>. Il se substitue au groupe permanent d'orientation (GPO). Le CNPST participe à l'élaboration des politiques publiques en matière de santé au travail et à la coordination des acteurs de ce champ. Il se réunit *a minima* mensuellement. Des réunions intermédiaires, en comité restreint, peuvent être programmées afin de préparer certains travaux du comité. De par ses missions, **le CNPST est légitime à être associé à la définition des orientations nationales en matière de contractualisation avec les SPSTI et à être tenu informé de la mise en œuvre et des résultats de ces contrats.**

Schéma 1 : Fonctionnement du COCT



Source : Ministère du travail, du plein emploi et de l'insertion

[192] La mission a rencontré le président du CNPST, également vice-président du COCT, les représentants salariés et employeurs du collège des partenaires sociaux ainsi que le secrétaire général du COCT qui assure l'animation de ce comité. L'ensemble de ces interlocuteurs a déploré que le sujet des CPOM ne soit pas réellement abordé en CNPST. Certains ont tout de même évoqué une note de la DGT de 2019 dressant un bilan quantitatif de la contractualisation depuis 2011. D'autres indiquent disposer d'informations sur les CPOM, mais au titre de leur mandat à la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles (CAT MP) ou de leur participation en région aux CROCT. Les relations entre CNPST et les comités régionaux (CRPST) sont quasi inexistantes, ce que déplorent plusieurs des interlocuteurs de la mission.

<sup>85</sup> A côté du CNPST, le COCT est doté d'une commission générale et de cinq commissions spécialisées (articles R4641-1 à R4641-14) du code du travail

<sup>86</sup> Caisse Centrale de la Mutualité sociale agricole

<sup>87</sup> Sa composition et son fonctionnement ont été précisés par le décret n° 2021-1792 du 23 décembre 2021 relatif à la composition et au fonctionnement du Conseil d'orientation des conditions de travail et des comités régionaux

[193] Pour tenter de nouer le dialogue et de partager des informations au sein du COCT et avec les régions, le COCT vient de se doter d'un espace au sein de la plateforme virtuelle, RESANA<sup>88</sup>, comportant un volet national et un volet régional. Une rubrique y est consacrée au CNPST. Chaque conseil d'orientation régional des conditions de travail (CROCT) dispose de son propre espace. A ce jour, cette plateforme est essentiellement alimentée par le secrétariat du CNPST qui y dépose les documents de travail, les procès-verbaux des réunions du comité ainsi que de la documentation (propositions ou textes réglementaires, publications de travaux, de statistiques ...). Les CROCT ont encore peu investi les espaces régionaux.

[194] **Afin d'améliorer l'appropriation des tenants et aboutissants de la contractualisation par les membres du comité national, il conviendrait que ce sujet figure régulièrement à l'ordre du jour du CNPST**, afin que cette instance puisse être associée aux étapes clés du processus. Des points sur les SPST et les CPOM pourraient être systématisés et un bilan annuel présenté. Ce bilan pourrait comporter une cartographie actualisée des SPSTI et SPSTA agréés avec leurs principales caractéristiques, le nombre de CPOM signés par région, les thématiques retenues et l'avancement des actions des CPOM. Cette animation pourrait être dévolue à la cellule de coordination et de pilotage évoquée plus haut.

[195] Enfin, **plusieurs représentants soulignent l'impérieuse nécessité de disposer de données statistiques**. La DGT et la DRP devraient être en mesure de répertorier les données disponibles et de les mettre à disposition du CNPST. Les bilans des CPOM devraient également être communiqués.

### 3.2 Une dynamique essentielle DREETS-CARSAT qui doit être renforcée

[196] Les relations entre DREETS et CARSAT sont globalement limitées, reposant le plus souvent sur des relations interpersonnelles rarement formalisées, se distendant une fois la campagne de contractualisation terminée, en cas d'absence de suivi périodique du CPOM ou des thématiques par des référents de chaque institution. La fusion de plusieurs DIRECCTE en application de la loi NOTRe<sup>89</sup>, l'évolution des DIRECCTE en DREETS<sup>90</sup>, qui s'inscrit dans la continuité de la réforme de l'organisation territoriale, et enfin la survenue de la crise sanitaire ont pu aggraver ce déficit de coordination. Les fragilités de la coordination nationale évoquées au paragraphe précédent n'ont pas été en faveur d'un rapprochement de ces deux entités.

[197] La mission a pu faire le constat sur le terrain d'un manque de partage d'informations. Ainsi, plusieurs CARSAT ne disposent ni d'informations sur les agréments et les projets de service, ni d'un état des lieux des fusions des SPSTI de leur région. La comparaison, dans chaque région, des réponses aux questionnaires a pu mettre en exergue des appréciations différentes des modalités régionales de contractualisation de chaque partenaire. La différence, dans certaines régions, des périmètres géographiques entre DREETS et CARSAT est un élément de complexité supplémentaire de ce partenariat<sup>91</sup>. Cette faiblesse des relations DREETS-CARSAT a des conséquences en termes de pilotage des SPSTI et obère la capacité des pouvoirs publics à afficher une politique régionale de contractualisation claire, ce qu'ont souligné en le regrettant plusieurs directions et gouvernances de SPSTI rencontrés.

<sup>88</sup> Plateforme collaborative ouverte aux agents de l'état et de ses établissements publics

<sup>89</sup> Loi n° 2015-991 du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République

<sup>90</sup> Décret n°2020-1545 du 9 décembre 2020 relatif à l'organisation et aux missions des directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités, des directions départementales de l'emploi, du travail et des solidarités et des directions départementales de l'emploi, du travail, des solidarités et de la protection des populations

<sup>91</sup> A titre d'exemples, le Grand Est Est doté d'une DREETS et de deux CARSAT (Nord Est et Alsace Moselle) ; à la CARSAT PACA Corse répond la DREETS PACA et la DREETS Corse

### 3.2.1 Une contractualisation fructueuse requiert l'implication coordonnée et pérenne des deux acteurs régionaux et l'association de l'ensemble des parties prenantes

[198] Afin que les services publics régionaux puissent élaborer conjointement une politique régionale de contractualisation, il est nécessaire qu'ils puissent se doter d'un outil pérenne de coordination. Quelques régions se sont déjà dotées d'une structure de type COPIL mais cela reste limité. Aussi, la mission préconise la mise en place dans toutes les régions d'une **cellule de pilotage régionale de la contractualisation avec les SPST**. Il s'agirait d'une structure pérenne, dotée d'un secrétariat, **coordonnée par deux co-pilotes issus de la DREETS et de la CARSAT**. Cette cellule serait construite en miroir de l'instance nationale. Elle permettrait en premier lieu le partage d'une culture commune et garantirait un niveau d'information identique à tous ses membres. Elle se positionnerait comme l'interlocuteur unique régional de la cellule nationale, du CROCT (et de son CRPST), des branches professionnelles et des SPSTI, dans le champ de la contractualisation, en faisant le lien avec le PRST.

**Recommandation n°18** Créer une cellule régionale de pilotage de la contractualisation avec les SPST co-animée par la DREETS et la CARSAT

[199] Sur la base du diagnostic régional élaboré dans le cadre du PRST, la cellule définirait conjointement avec chaque SPSTI les actions retenues dans son CPOM. La cellule organiserait la transmission des contrats à l'ARS pour avis avant signature<sup>92</sup>. Cette transmission pourrait s'appuyer sur une présentation générale permettant d'éclairer l'ARS sur les orientations stratégiques retenues en soulignant les liens avec le PRST et éventuellement avec le PRS. La cellule assurerait le suivi des CPOM, sur la base des éléments méthodologiques arrêtés dans le contrat en entretenant un dialogue régulier avec les services signataires. Elle présenterait annuellement leur état d'avancement et leurs résultats au CRPST et transmettrait les bilans à la cellule nationale selon la forme et le calendrier définis par cette dernière.

[200] La mission propose, dans les paragraphes suivants, un **schéma d'organisation régional visant à optimiser la structuration des CPOM**, d'en améliorer le suivi et de faciliter le retour d'information tant au niveau national (Etat, Assurance Maladie et partenaires sociaux) que vers les partenaires sociaux régionaux (CRPST) et les services contractants.

[201] Dans la forme préconisée en partie 2, la troisième génération de CPOM serait structurée autour d'un thème national, la PDP, et d'au moins un ou deux thèmes relevant des priorités régionales. Aussi, au lancement d'une campagne de CPOM, la cellule établirait une liste de thèmes prioritaires régionaux, prenant en compte le PRST et la COG AT/MP. Cette liste serait validée par le CRPST. Il s'agit de thématiques générales, de type prévention du risque chimique (CMR), des troubles musculo squelettiques (TMS), des risques psycho sociaux (RPS), comme le proposait la circulaire de la DGT de 2012<sup>93</sup>, et non d'actions opérationnelles.

[202] Pour chaque thème retenu, y compris le thème national (la PDP), la cellule mettra en place un groupe thématique dont les membres seront des référents opérationnels de la DREETS, de la CARSAT et de SPSTI volontaires, à l'instar de ce qui a été mis en place avec succès dans certaines régions (Ile-de-France, Grand Est). Selon les thématiques, l'expertise de branches professionnelles particulièrement concernées pourrait être sollicitée<sup>94</sup>. Un membre du CRPST pourrait compléter le groupe. Un pilote sera désigné au sein des membres. Chaque groupe sera en charge de l'élaboration,

<sup>92</sup> Article L4622-10 du code du travail

<sup>93</sup> Circulaire DGT no 13 du 9 novembre 2012 relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine du travail et des services de santé au travail

<sup>94</sup> A titre d'exemple, BTP et transport routier sur la thématique des TMS

en complément d'éventuels indicateurs nationaux, d'indicateurs régionaux, du suivi des plans d'actions et de la production d'un bilan annuel. Dans un souci de rationalité et de facilitation du travail des SPSTI, le groupe veillera à uniformiser les indicateurs retenus avec ceux d'éventuels autres programmes déployés par les signataires des CPOM (PRST, COG AT/MP ...). Ces groupes seront missionnés par la cellule régionale qui en assurera la coordination. L'agence régionale pour l'amélioration des conditions de travail (ARACT) pourrait être associée à certains travaux, sur la base d'une convention spécifique.

[203] Les CPOM devant s'inscrire dans les orientations de la politique nationale en matière de protection et de promotion de la santé et de la sécurité au travail et de sa déclinaison régionale<sup>95</sup>, les thématiques retenues dans les CPOM devront globalement être issues du PRST. Certaines des actions des CPOM pourraient ainsi constituer une contribution des SPSTI au PRST, ou une déclinaison de celui-ci.

[204] Les groupes thématiques pourront construire des plans d'action accompagnés de boîtes à outils<sup>96</sup> qui constitueraient des déclinaisons opérationnelles du PRST<sup>97</sup> ou, tout au moins, de priorités régionales en matière de santé et de sécurité au travail. Les actions proposées par le groupe pourront être issues du PRST, des créations *ex nihilo* ou le fruit de la capitalisation d'actions menées les années précédentes par certains services de la région ou d'autres régions. Les plans d'actions proposés par les groupes de travail seront validés par la cellule de coordination avant diffusion.

[205] La diffusion de méthodes « clé en main » permettraient aux SPSTI contractant d'optimiser leurs ressources. Le déploiement dans plusieurs SPSTI d'une action suivant une même méthode, comportant les mêmes objectifs et indicateurs serait de nature à en faciliter le suivi et à permettre une agrégation régionale des résultats. Cette consolidation de données à une échelle régionale favoriserait en outre la valorisation des actions menées par les services, souhait formulé par plusieurs d'entre eux.

[206] A côté de ces méthodes régionales et dans un souci de pragmatisme et de prise en compte de leurs priorités propres, les SPSTI ayant déjà engagés des actions sur ce thème dans le cadre de leur PPS pourraient contractualiser sur leur propre plan d'action, après validation de la méthode par le groupe thématique. Certaines de ces actions remarquables pourraient constituer un terrain d'expérimentation.

[207] Afin d'éviter les redondances et les incohérences et pour conforter le continuum entre PRST et CPOM, une perméabilité entre les groupes PRST et CPOM devra être trouvée. La cellule de coordination devra s'assurer de la complémentarité des outils proposés et des actions déployées par les SPSTI. Cet emboîtement des outils est nécessaire pour renforcer la cohérence de la politique régionale en matière de santé au travail en évitant la multiplication des actions et l'éparpillement des moyens.

---

<sup>95</sup> Article L4622-10 du code du travail : « Dans le respect des missions générales prévues à l'article L. 4622-2, de l'obligation de fournir l'ensemble socle de services prévu à l'article L. 4622-9-1, des orientations de la politique nationale en matière de protection et de promotion de la santé et de la sécurité au travail et d'amélioration des conditions de travail ainsi que de son volet régional, des priorités fixées par la branche professionnelle dans les cas de service de branche, et en fonction des réalités locales, les priorités spécifiques de chaque service de prévention et de santé au travail sont précisées dans un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ... »

<sup>96</sup> Comportant méthode, indicateurs, calendrier et éventuels outils (questionnaire, plan de formation...)

<sup>97</sup> Sauf à ce que des méthodes comportant un plan d'action incluant les SPSTI aient été élaborées dans le cadre du PRST. Dans ce cas, le groupe pourrait utiliser cette méthode

### 3.2.2 Une attention soutenue doit être accordée à la capacité à faire des DREETS, dans un contexte de carence de médecins régionaux du travail.

[208] **La mise en place de structures légères nationale et régionales de coordination apparaît à la mission un préalable indispensable à la réussite de la contractualisation.** Il apparaît en effet à la mission que la DREETS est légitime à assurer le leadership de la coordination des relations avec les SPSTI. Cette légitimité est largement reconnue par les parties prenantes, services, caisses et partenaires sociaux. Aussi, le secrétariat des cellules régionales décrites plus haut devrait-il être assuré par les pôles travail des DREETS. Or, les retours du questionnaire adressé aux DREETS corroborent les préoccupations des services rencontrés en charge de la contractualisation, quant au manque de moyens et, pour certaines, de compétences (en particulier dans les domaines juridiques, statistiques et conduite de projet) ne leur permettant pas de déployer une politique de contractualisation à la hauteur des enjeux. Selon les réponses des DREETS au questionnaire de la mission, en moyenne 0,4 ETP répartis sur 2 à 4 personnes sont dédiés à la gestion des CPOM, ces retours ne préjugent pas des moyens alloués par ailleurs à la gestion des relations avec les SPSTI (agrément, participation au PRST...). La mission estime que ces moyens, trop limités, sont en partie responsables d'une gestion parfois en mode dégradé des CPOM. L'attribution de moyens supplémentaires est un préalable indispensable à la conduite d'une politique de contractualisation ambitieuse pilotée régionalement par les services de l'Etat. La mission estime nécessaire de doubler les moyens consacrés à la gestion de cette activité, soit en moyenne 0.8 à 1 ETP, en les concentrant sur un nombre restreint de personnes, dont le secrétariat de la cellule, un pilote de la cellule ayant des compétences en conduite de projet, et un médecin inspecteur. Le pilote devra, en outre, pouvoir disposer des ressources statistiques et juridiques existant dans les DREETS (mobilisation en particulier des Services Études Statistiques Évaluation –SESE-...).

[209] Par ailleurs, plusieurs DREETS ont décrit des situations de déficit préoccupant en médecins inspecteurs du travail (MIT), allant jusqu'à une absence complète (région PACA<sup>98</sup>) pendant une longue période. Comme la mission a pu le constater sur le terrain, ce déficit en MIT complexifie, d'une manière générale, les relations avec les SPSTI et, plus précisément, l'élaboration et le suivi des CPOM. En effet, la mission a pu constater que l'instauration d'un dialogue entre MIT et médecins du travail facilitait la participation de ces derniers à l'élaboration des actions et leur adhésion à leur déploiement. Selon la DREETS, les effectifs de médecins (et *de facto* des médecins du travail) devraient stagner jusqu'en 2030<sup>99</sup>, ce qui ne permet pas d'envisager une amélioration de la situation du simple fait de l'augmentation du nombre de diplômés.

[210] Des pratiques de mutualisation<sup>100</sup> permettent aux régions déficitaires de bénéficier d'un peu de temps médical. Si la mission ne peut qu'encourager ces bonnes pratiques, il ne peut s'agir d'un mode de fonctionnement pérenne, l'intervention des médecins inspecteurs en mission d'intérim se limitant fréquemment, faute de temps, à l'analyse ponctuelle des dossiers d'agrément des SPST. En l'absence de renforcement de moyen terme des médecins inspecteurs régionaux, des solutions neuves doivent éventuellement être imaginées. La réglementation actuelle ne permet pas à une DREETS d'embaucher des infirmiers en santé au travail (IST). Une réflexion pourrait être engagée sur une possible modification réglementaire permettant de renforcer les services d'inspection médicale régionale du travail en les dotant d'IST, sur des fonctions nécessitant une expertise dans le domaine médical et sur un mode de délégation de tâches (analyse des données d'activité médicale

<sup>98</sup> Cinq postes de MIST vacants depuis 3 ans à la DREETS, le MIRT de Nouvelle Aquitaine étant actuellement chargé d'un intérim.

<sup>99</sup> *Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? Constat et projections démographiques.* Les dossiers de la DREETS, N°76, mars 2021

<sup>100</sup> Des médecins inspecteurs de régions mieux dotées et le médecin inspecteur national assurent des intérim dans les régions les plus déficitaires

des SPSTI, appui à la cellule de pilotage...), comme cela a été fait dans les SPST. Par ailleurs, il conviendrait d'allouer à ces services médicaux des moyens supplémentaires permettant de dégager du temps médical, en les assistant sur des champs tels que la conduite de projet, expertise nécessaire pour porter et assurer le suivi de la contractualisation.

**Recommandation n°19** Renforcer les moyens dédiés à la gestion de la contractualisation par les pôles travail des DREETS et engager une réflexion sur la possibilité de conforter les services d'inspection médicale par des infirmiers en santé au travail

### 3.2.3 La nécessité de préserver des marges de manœuvre régionales aux CARSAT pour leur permettre de pleinement jouer le jeu de la contractualisation avec les SPSTI

[211] Depuis 1996, les conventions d'objectifs et de gestion (COG) formalisent la délégation de gestion du service public aux organismes gestionnaires de la sécurité sociale. Les COG fixent nationalement, pour chaque branche, les objectifs à atteindre et les moyens à mettre en œuvre dans le but de moderniser et d'améliorer la performance du système de protection sociale. Elles sont déclinées sous forme d'orientations opérationnelles dans des contrats pluriannuels de gestion (CPG) entre la caisse nationale et les caisses locales. Le CPG précise les actions à mettre en œuvre et les résultats attendus. Dans le domaine des risques professionnels, la COG AT/MP a été signée le cinq septembre 2018 pour quatre ans et déclinée opérationnellement dans un CPG signé par chaque CARSAT. Une prochaine est en préparation. Le CPG fixe le programme de travail des CARSAT, dans le champ des risques professionnels et de la PDP. Les CPG ont permis de mettre en tension le réseau sur les priorités nationales et de consolider nationalement les résultats des organismes.

[212] Plusieurs CARSAT ont cependant indiqué à la mission que le programme de travail prévu au CPG ne laissait que peu de place au déploiement d'actions régionales partenariales, ce qui constituait un frein à leur engagement dans les CPOM mais aussi dans le PRST. De leur côté, certains SPSTI ont regretté de se voir imposer dans le contrat, non seulement certaines thématiques (par exemple TMS), mais également le ciblage des entreprises prévu dans le CPG de la CARSAT.

[213] La DRP pourrait envisager, dans les prochains CPG, de laisser à son réseau la possibilité de déployer davantage de programmes régionaux ou d'élargir le ciblage de certains programmes nationaux, dans un cadre à définir<sup>101</sup>. Cela sous-entend de limiter le programme de travail national afin de libérer des ressources *ad hoc* dans les CARSAT et d'ainsi, leur laisser davantage de marge de manœuvre dans la négociation contractuelle.

### 3.2.4 Des instances paritaires régionales qui doivent être en capacité de prendre toute leur place

[214] A l'instar du comité national, et pour des motifs identiques, les CRPST ne prennent pas pleinement la place dévolue par le code du travail (cf. encadré suivant). Il ressort des entretiens menés par la mission que les orientations arrêtées pour une campagne de CPOM ne font pas systématiquement l'objet d'une discussion en instance régionale (GPRO puis CRPST). La validation réglementaire des CPOM est souvent formelle, ne donnant pas toujours lieu à débat. Un calendrier de suivi de l'avancement des signatures n'est pas toujours établi. En miroir de ses propositions concernant le CNPST, **la mission recommande de systématiser, à chaque nouvelle campagne de CPOM, une séance de travail du comité permettant de valider les orientations retenues.** En amont de la signature des CPOM, chaque SPSTI pourrait être invité à présenter son bilan et son

<sup>101</sup> Ces programmes régionaux pourraient avoir l'obligation de s'inscrire dans les orientations régionales en matière de santé au travail (PRST) et de figurer dans les CPOM

nouveau projet au CRPST. Cette participation serait de nature à favoriser les échanges et à valoriser les travaux des services, comme cela a pu être constaté parfois en région. Il conviendrait de systématiser un point d'ordre du jour sur le suivi de l'avancement de la contractualisation, selon une fréquence à définir. L'animation de ces points pourrait être confiée aux co-pilotes d'une future cellule de pilotage régionale.

**L'article R4641-21 du code du travail** prévoit que :

Le comité régional de prévention et de santé au travail exerce une fonction d'orientation dans les domaines de la santé et de la sécurité au travail et de l'amélioration des conditions de travail dans le ressort de la région. En complément des missions prévues à l'article L. 4641-5, il :

1° Rend un avis sur toute question de nature stratégique dans le domaine de la santé au travail, des conditions de travail et des risques professionnels dont il se saisit ;

2° Participe à l'élaboration du diagnostic territorial portant sur la santé au travail, les conditions de travail et la prévention des risques professionnels ;

3° Favorise la coordination des orientations et des positions prises adoptées dans les principales instances paritaires régionales dans le champ de la santé au travail, en cohérence avec les orientations du comité national de prévention et de santé au travail mentionné à l'article L. 4641-2-1 ;

4° Adresse au comité national de prévention et de santé au travail un bilan annuel de son activité.

Il rend un avis, qu'il remet au comité régional d'orientation des conditions de travail :

a) Sur le contenu des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des services de santé au travail prévus à l'article L. 4622-10 ;

b) Sur la politique régionale d'agrément prévue à l'article D. 4622-53.

Dans le cadre de son domaine de compétence, le comité régional de prévention et de santé au travail peut, de sa propre initiative, soumettre des propositions et des avis et diligenter des analyses ou des études.

[215] Si l'ensemble des personnes rencontrées estiment que CNPST et CRPST doivent être parties prenantes de la politique de contractualisation, plusieurs membres de ces comités évoquent la nécessité préalable de lever des freins les empêchant de prendre toute leur place dans le dispositif.

[216] Ainsi, la nécessaire formation des mandants, tout particulièrement sur le sujet du cadre et des enjeux de la signature de CPOM, a été évoquée par de nombreux représentants des organisations patronales et syndicales rencontrées, et vise tant les instances régionales et nationales (COCT, CNPST, CROCT, CRPST) que les instances de gouvernance des SPSTI, y compris les membres des commissions de contrôle. Ces constats ont été corroborés par plusieurs témoignages de mandants ayant indiqué ne pas être familiers du sujet de la contractualisation, voire en ignorer les tenants et aboutissants.

[217] **Il semble nécessaire de mettre en place a minima une formation de tout nouveau membre des instances de prévention et santé au travail** quelles qu'elles soient, tant en ce qui concerne le périmètre de la santé et de la prévention au travail que les enjeux de la contractualisation. Cette formation pourrait être complétée d'une information du CNPST et des CRPST au fil de l'eau de toute évolution réglementaire dans leur champ. La formation des membres des CRPST pourraient être déployées en région par les DREETS. Des modules de formation virtuels, de conception nationale, pourraient également être mis à disposition des membres du CNPST et des CRPST via la plateforme RESANA.

[218] A côté de ces difficultés d'appropriation de la thématique, les représentants salariés ont, dans leur grande majorité, pointé un manque de moyens. Dans les quatre régions visitées par la mission, les vice-présidents représentants des salariés et du patronat ont relayé leurs difficultés à trouver des mandants acculturés au domaine de la santé et de la sécurité au travail, ce qui amoindrit la capacité du comité à remplir son rôle. Une indemnisation limitée des mandants et l'absence d'obligation pour l'employeur de les libérer seraient, selon eux, à l'origine d'une part de difficultés de désignations de mandants et d'absences réitérées de certains et, d'autre part, d'une surreprésentation des permanents des organisations syndicales et des retraités et, *a contrario*, d'une sous-représentation de petites structures. Les partenaires sociaux pourraient engager une réflexion sur les possibilités de mobiliser le fonds pour le financement du dialogue social<sup>102</sup> afin d'améliorer l'implication de leurs mandants dans ces différentes instances.

**Recommandation n°20** Afin que le CNPST et les CRPST puissent jouer pleinement leur rôle d'orientation et de suivi de la contractualisation : veiller à les associer à l'élaboration des orientations de la prochaine génération de contrats puis inscrire régulièrement le sujet des CPOM à l'ordre du jour de ces instances, et y présenter, a minima, un bilan annuel ; garantir enfin une information minimale de tout nouveau membre du CNPST et des CRPST, concernant le fonctionnement et l'animation des SPSTI et toute évolution réglementaire dans ce domaine.

### 3.3 Une contractualisation à ajuster aux capacités des SPSTI

[219] L'élargissement du périmètre d'intervention des SPSTI implique une évolution importante de l'organisation des services et des modalités de travail des personnels, en tout premier lieu des médecins du travail. La mission a pu constater que les évolutions d'organisation et le degré d'appropriation par les personnels étaient variables d'un service à l'autre. Certaines compétences, de type gestion de projet, font encore défaut dans certains services. La maturité des équipes pluridisciplinaires est variable, les difficultés de recrutement de médecins du travail complexifiant encore leur mise en place. Ce déficit en temps médical et le retard pris à l'opérationnalité des équipes pluridisciplinaires sont un frein au déploiement des nouvelles missions, les médecins se consacrant encore souvent en priorité aux visites individuelles prévues réglementairement. Les entretiens menés par la mission montrent que l'insuffisance de prise en compte de ces éléments participe à la non atteinte des objectifs du CPOM.

[220] Aussi, **avant toute contractualisation, est-il primordial d'évaluer la capacité à faire du SPSTI afin de dimensionner les ambitions du CPOM en conséquence.** Cette capacité s'entend en termes de ressources, de compétences mais aussi de maturité des équipes. Il est indispensable que les moyens nécessaires à la mise en œuvre et à l'évaluation des actions soient à l'avenir estimés avant le déploiement des actions, dans une démarche de conduite de projet<sup>103</sup>. Les signataires pourraient, de plus, se donner la possibilité d'adapter consensuellement certains objectifs, s'il s'avérait, après signature, que les conditions de réussite sus-visées n'étaient pas remplies.

[221] **Le nombre d'actions retenues dans chaque CPOM devrait tenir compte de la capacité du service.** Pour les services les moins robustes, la mission recommande que, tout du moins dans un premier temps, le CPOM s'articule autour de la PDP et d'un thème choisi par le SPSTI parmi les

<sup>102</sup> Créé par la loi n° 2014-288 du 5 mars 2014 relative à la formation professionnelle, à l'emploi et à la démocratie sociale, ce fonds a pour mission de contribuer au financement des organisations syndicales de salariés et des organisations professionnelles d'employeurs pour leurs activités concourant au développement et à l'exercice de missions d'intérêt général. Ce fonds a versé 88,8 millions d'euros aux organisations syndicales des salariés et 44,8 millions d'euros aux organisations patronales en 2021 (<http://www.agfpn.fr/pdfs/Rapport%20AGFPN%202021%20-%20001.10.2022%20-%20Vf%20maq.pdf>)

<sup>103</sup> Ce qui est d'ores et déjà réalisé par plusieurs SPSTI rencontrés par la mission



priorités définies régionalement. Cette réduction du nombre de thématiques était prévue par l'instruction conjointe DGT-DRP du 31 juillet 2019 et rappelée par celle du 23 juin 2021 : « ... Il était demandé de recentrer les CPOM sur deux actions principales<sup>104</sup>, qui conservent toute leur actualité... ». Ce niveau minimal de contractualisation ne doit pas obérer la capacité de services plus matures et dotés de moyens suffisants d'élargir leur CPOM à davantage d'actions.

[222] L'analyse des projets de service pluriannuels (PPS) des SPSTI rencontrés montre des degrés divers de qualité, témoin de la variabilité de la maturité des services. La construction d'un PPS de qualité apparaît à la mission comme un préalable indispensable à toute contractualisation. Dans certaines régions (Grand Est, ex-région Picardie, PACA), les services de l'Etat ont accompagné et outillé les services jugés peu matures dans la construction de leur PPS avant d'envisager une contractualisation, comme évoqué supra. Les méthodes « clés en main » évoquées plus haut et proposées par les groupes thématiques pourront compenser le déficit en compétences méthodologiques ou en moyens de certains services et leur permettre de déployer des plans d'actions opérationnels au service des entreprises adhérentes et de leurs salariés. Ces précautions pourraient faciliter les signatures des CPOM, améliorer le taux de réalisation des actions et permettre d'en mesurer les résultats

### 3.4 Une modernisation désormais incontournable des systèmes d'information pour une pleine animation de la politique de santé au travail

#### 3.4.1 Un système d'information en cours de construction permettant des échanges entre SPSTI et services publics, et entre niveau régional et national

[223] Les SPSTI produisent annuellement un rapport d'activité, dont le contenu a été précisé très récemment par voie de décret<sup>105</sup>. Comme mentionné supra, ce décret prévoit la transmission par voie dématérialisée des données relatives à leur activité et à leur gestion financière et notamment :

1. Les ressources et les outils utilisés, notamment une adresse électronique à jour pour faciliter la transmission des données ;
2. La réalisation des actions figurant dans le cadre du projet pluriannuel de service et notamment, pour les services de prévention et de santé interentreprises, la réalisation de l'offre socle de services ;
3. Pour les services de prévention et de santé au travail interentreprises, les données relatives à la gestion financière du service permettant notamment de calculer le coût moyen national de l'offre socle ;
4. Toute autre information relative à la contribution des services de prévention et de santé au travail à la mise en œuvre de la politique de santé au travail.

[224] Si le suivi du PPS est explicitement mentionné dans ce décret, il n'en est pas de même pour le CPOM. La DGT estime que les informations relatives aux CPOM font partie intégrante de l'item 4. La mission recommande toutefois et afin d'améliorer la visibilité des CPOM et de leurs actions, qu'ils soient explicitement cités comme un élément obligatoire du rapport d'activité.

[225] Comme précisé *supra*, la DGT mène actuellement des travaux visant au développement d'outils permettant des échanges d'informations fluidifiés entre SPSTI et DREETS d'une part, et DREETS et DGT d'autre part. Ainsi, afin de collecter et de traiter les données prévues dans le décret sus visé, la

<sup>104</sup> Dont la PDP

<sup>105</sup> Décret n° 2022-1435 du 15 novembre 2022 relatif à l'agrément et aux rapports d'activité des services de prévention et de santé au travail

DGT envisage à court terme l'organisation d'une enquête annuelle dématérialisée auprès de l'ensemble des SPSTI. L'outil, en cours d'élaboration par la DGT avec l'appui de la direction du numérique (DNUM) des ministères sociaux, devrait permettre aux DREETS d'exploiter les données de leur région. Il pourrait être enrichi, sous réserve des résultats d'une étude de faisabilité en cours, par un module permettant aux régions qui le souhaitent de compléter l'enquête nationale par des indicateurs jugés nécessaires à l'échelle régionale.

[226] Compte tenu des carences en compétences statistiques et méthodologiques de certains acteurs régionaux, **il est indispensable que cet outil soit effectivement doté de fonctionnalités permettant aux DREETS d'enrichir l'enquête d'indicateurs définis régionalement et d'effectuer en routine le traitement des données régionales remontées par les SPSTI**, en particulier des indicateurs figurant dans les CPOM. L'opérationnalité de cet outil dès 2023, en garantissant aux SPSTI le suivi et l'évaluation de leurs actions et partant leur mise en visibilité, permettrait aux DREETS et aux caisses d'embarquer les SPSTI dans la signature de la nouvelle génération des CPOM et favoriserait le pilotage par l'instance publique de ces contrats. Dans ce format, cet outil pourra constituer l'outil de remontée des indicateurs des CPOM permettant d'en apprécier la mise en œuvre et l'impact. Doter les services de l'Etat d'un outil d'évaluation efficient constitue par ailleurs un préalable indispensable à toute réflexion sur l'introduction dans ces contrats d'objectifs de performance.

**Recommandation n°21** Sous réserve de la possibilité ouverte aux DREETS d'y adjoindre des données régionales, faire de l'enquête annuelle dématérialisée menée par la DGT auprès des SPSTI l'outil de remontée des indicateurs des CPOM

### 3.4.2 Des SPSTI dotés de système d'information de performance inégale

[227] Le rapport de l'IGAS de 2020 recommandait (recommandation 18) « la mise en place d'une norme de fonctionnalités et d'interopérabilité commune à l'ensemble des systèmes d'information des SPSTI permettant d'une part l'échange de données individuelles entre SPSTI avec l'accord des salariés, et d'autre part le suivi de l'activité, de la gestion et d'indicateurs épidémiologiques ». Dans la suite de cette recommandation, la loi d'août 2021<sup>106</sup> prévoit que les systèmes d'information et les outils numériques utilisés par les professionnels de santé des SPSTI doivent répondre aux exigences de référentiels d'interopérabilité et de sécurité<sup>107</sup>. Cette loi prévoit également que cette conformité fasse l'objet d'un point de la procédure de certification à venir.

[228] Les nombreux entretiens menés ont mis en évidence des réalités très variables en termes d'équipement en système d'information des services. Si, sauf exception, les SPSTI en sont dotés, les fonctionnalités et les performances des outils diffèrent. De fait, à ce jour, parmi les onze outils destinés aux SPSTI, seuls deux logiciels (PADOA et TRUSTTEAM) sont certifiés<sup>108</sup> et respectent le guide d'implémentation de l'identité INS<sup>109</sup>. **Cette carence en systèmes d'information performants peut constituer un frein supplémentaire au pilotage.**

<sup>106</sup> Article L.4624-8-2 du code du travail,

<sup>107</sup> Ces référentiels sont élaborés par le groupement d'intérêt public (GIP) chargé du développement des systèmes d'information de santé partagés Les missions de ce GIP sont définies à l'article L1111-24 du code de la santé publique

<sup>108</sup> Cette autorisation est délivrée par le centre national de dépôt et d'agrément (CNDA), service de l'assurance maladie qui certifie les logiciels des éditeurs partenaires permettant des échanges de données.

<sup>109</sup> Ce guide atteste de la fiabilité du partage d'information et de la possibilité d'un suivi des salariés des entreprises adhérentes à un SPSTI tout au long de leur vie professionnelle. Cf. Agence du numérique en santé : [https://esante.gouv.fr/espace\\_documentation/identite-nationale-de-sante/2-guide-dimplmentation](https://esante.gouv.fr/espace_documentation/identite-nationale-de-sante/2-guide-dimplmentation), page consultée le 30 novembre 2022.

[229] Le thème de la performance des systèmes d'information a été retenu comme prioritaire par le PST4 (objectif 10 du PST : structurer et partager les données en santé au travail grâce aux outils numériques). Des travaux vont être lancés dès 2023 afin de préciser les caractéristiques du référentiel de certification des systèmes d'information destinés aux SPSTI, comme le recommandait le rapport de l'IGAS de 2020.

[230] Les évolutions réglementaires récentes, intégrées dans la certification, devraient permettre une convergence des éditeurs vers des solutions plus performantes et interopérables. La mission ne peut que se féliciter de ces évolutions, l'utilisation par l'ensemble des SPSTI de logiciels performants permettrait d'assurer l'homogénéité et la qualité des indicateurs de suivi des CPOM qui seront renseignés par les SPSTI dans l'outil national visé supra.

[231] Les CPOM restent un puissant levier d'inscription de l'action de l'ensemble des SPSTI dans la politique publique en matière de santé au travail. Cependant, pour répondre à cet objectif, les pouvoirs publics doivent être en capacité d'assurer le pilotage de la contractualisation. Cela passe par un renforcement des moyens qu'ils consacrent à cette animation et par une amélioration de la coordination entre les différents acteurs publics, tant au niveau national que régional. L'adaptation de chaque contrat aux capacités à faire du service est un élément déterminant dans l'atteinte des objectifs fixés. Enfin, une meilleure appropriation des tenants et aboutissants de la contractualisation par les partenaires sociaux leur permettraient de prendre toute leur place dans ce champ.

## 4 Conclusion

[232] Modalité plus récente de l'action publique, moins directive et réglementaire que les modes d'action antérieurs de l'Etat, la contractualisation fait le pari du dialogue et des démarches gagnant-gagnant. Pour la conserver dans son essence, qui est de répondre aux attentes de chacun des signataires et de les faire converger sur des objectifs partagés, elle requiert cependant un investissement tant dans la négociation, que dans l'octroi de contreparties (qui, dans le cadre des CPOM, ne sont pas financières), que du suivi et de l'évaluation enfin. Cela signifie, comme la mission l'a souligné dans sa troisième partie, qu'un minimum de moyens humains soient mobilisés pour lui donner corps et sens. Et que les acteurs de terrain soient tout à la fois plus accompagnés dans la conduite de cette politique (boîte à outils méthodologiques issu notamment du partage de bonnes pratiques, systèmes d'information, animation décloisonnée) et dotés de marges de manœuvre régionales, pour pouvoir s'ajuster opportunément dans la négociation. La contractualisation doit, en effet, se distinguer d'approches plus impératives, l'agrément et la certification. La mission souligne, à cet égard, l'intérêt d'envisager une instruction consolidant, comme cela avait été fait en 2012, la vision d'ensemble de l'intégralité des textes issus de la loi d'août 2021.

[233] Faute de réunir les conditions nécessaires, les pouvoirs publics seraient contraints à deux solutions également insatisfaisantes : une contractualisation nationalement plus normée et standardisée, que la mission considère comme un scénario sub-optimal ; un abandon des CPOM, actant la difficulté des acteurs à assumer l'investissement requis pour une démarche contractuelle.

[234] Définir au niveau national des priorités, des objectifs-indicateurs et des fiches action s'imposant aux acteurs régionaux est une voie économe en moyens. Dans la mesure où un minimum de choix demeure aux acteurs régionaux, ceux-ci peuvent y trouver avantage. Les capacités de capitalisation nationale en bénéficieraient également. La mission estime, néanmoins, que ce pilotage renforcé et très descendant des SPSTI n'est pas cohérent avec la préservation de leur autonomie de gouvernance et de financement, ni avec les choix de préservation de la diversité des acteurs opérés face aux propositions plus radicales du rapport Lecocq. Autant ce pilotage national lui apparaît

légitime sur une (voire deux) priorités dont la PDP, autant la complète standardisation des contrats plaquée sur des territoires et des acteurs extrêmement différents présente un risque d'artificialisation de la logique contractuelle et de rejet de ce qui pourrait être perçu comme subordination ou instrumentalisation. L'introduction de financements publics incitatifs pourrait être considérée comme une condition de faisabilité, mais la mission estime que ce n'est pas sans risque d'effets pervers dans un contexte d'offre socle financée par la cotisation des employeurs et de moyens satisfaisants des SPSTI, comme l'a montré le rapport d'évaluation de 2020.

[235] Acter les difficultés de mise en œuvre des institutions régionales et alléger leur charge en supprimant l'un des leviers d'animation des SPSTI est une autre voie. S'il fallait aller dans ce sens, il semble à la mission que des synergies croissantes seraient à trouver à l'avenir entre agrément et certification. Renoncer à tout regard public sur la structuration et l'organisation des SPSTI, au profit de la seule certification, présente cependant des risques connus dans d'autres secteurs.

[236] Abandonner la contractualisation, conduirait à se priver d'un levier d'implication des SPSTI dans les priorités nationales et régionales de prévention au travail, sans disposer à ce stade d'instruments alternatifs crédibles.

[237] Le rapport de l'IGAS d'évaluation des SSTI envisageait une expérimentation de fusion de l'agrément et du CPOM. L'idée était que le premier comporte, outre des exigences de respect du cadre réglementaire de gouvernance et de fonctionnement, un examen de la contribution du SPSTI à la mise en œuvre de la politique de santé au travail (simplement attestée aujourd'hui par la signature du CPOM). Cela signifierait que des objectifs précis de participation aux politiques de santé au travail soient inscrits dans l'agrément, et assortis de cibles. La dimension de pilotage serait confortée, pour autant qu'existe une capacité de contrôle du respect des engagements ; mais la logique partenariale de renforcement de la coordination des acteurs serait significativement amoindrie, et un acteur majeur du CPOM, la CARSAT, sorti du jeu. Avec un risque de regain de relations parallélisées, au travers de conventions bilatérales. La mission craint qu'une telle approche n'induisse un risque de dilution de la logique propre de chaque outil, ou d'appauvrissement des objectifs de contribution à la politique de santé au travail en glissant vers des objectifs quasi-réglementaires (ex. composition de la cellule PDP, dont la mission estime que ce n'est plus un objectif de contractualisation pour l'avenir). On peut par ailleurs s'interroger sur la réelle possibilité de retirer un agrément pour non atteinte d'objectifs de santé au travail alors il est déjà difficile, aujourd'hui, de le retirer pour non-respect des exigences réglementaires.

[238] Une autre piste, à horizon temporel plus lointain, pourrait résider dans l'introduction croissante d'objectifs de contribution à la politique régionale de santé au travail dans les versions successives des référentiels de la certification. Mais, outre que leur évaluation serait complexe, l'effectivité d'une telle approche attendrait plusieurs années, ce qui n'est pas souhaitable. La mission, comme récemment la Cour des Comptes, estime que la certification de l'offre socle ne permet pas seule, à court terme au moins, d'inscrire l'action des SPSTI dans des priorités de prévention partagées, et que la contractualisation demeure nécessaire pour ce faire.

[239] **La mission privilégie donc la poursuite d'une approche raisonnablement ambitieuse de contractualisation, reposant sur un renforcement, au moins minimal, des moyens dédiés en particulier en DREETS, sur une contractualisation fortement priorisée, sur une durée suffisante (4 à 5 ans au moins, en lien avec la durée des projets de service et des PRST) et sur une animation renforcée et décloisonnée.** Mieux outillés et animés, les acteurs régionaux seraient plus efficaces. Une meilleure articulation entre travaux du PRST et élaboration des CPOM serait également source de gains d'énergie, comme une coordination renforcée entre réseau des DREETS et réseau des CARSAT.

[240] Le bénéfice et la nécessité de la coopération des acteurs au service de la prévention des risques professionnels et de la désinsertion professionnelle lui paraissent légitimer un tel investissement, sauf à opter pour des modes de coordination plus systémiques, option plus radicale non retenue jusqu'à présent.

Anne BURSTIN

Dr Julien EMMANUELLI

Dr Claude GADY-CHERRIER



# LETTRE DE MISSION



MINISTÈRE DU TRAVAIL,  
DE L'EMPLOI ET DE  
L'INSERTION

SECRETARIAT D'ÉTAT  
CHARGE DES RETRAITES ET  
DE LA SANTÉ AU TRAVAIL

*Les Directeurs de Cabinet*

23 MARS 2022

N/Réf. D-22-007332

## NOTE

à

**Madame la Cheffe de l'Inspection générale des Affaires sociales**

**Objet : bilan des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) des services de prévention et de santé au travail.**

Aux termes des articles L. 4622-10 et D. 4622-44 et suivants du code du travail, les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), conclus pour une durée maximale de cinq ans entre les services de prévention et de santé au travail inter-entreprises (SPSTI), les directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS) et les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT), définissent les actions « visant à :

1. *Mettre en œuvre les priorités d'actions du projet de service pluriannuel du SPSTI prévu à l'article L. 4612-14 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 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. »*

.../...

Dix ans après l'adoption des textes les rendant obligatoires (loi n°2011-867 du 20 juillet 2011), un cinquième des SPSTI n'en auraient pas encore conclu. Pour les CPOM existants, une enquête de la branche « accidents du travail-maladies professionnelles », montre une forte hétérogénéité de contenu. Enfin, l'utilisation des CPOM comme instrument de tutelle apparaît variable et souvent modeste, l'IGAS, dans un précédent rapport, indiquant que les acteurs concernés se sont emparés de cet outil «de manière très diverse », notamment selon les régions concernées.

Prenant acte de ces difficultés, la DGT et la DRP de la Cnam ont adressé le 31 juillet 2019 une instruction aux Direccte et Carsat, leur demandant de faire un état des lieux des actions des CPOM échus ou arrivant à échéance en vue de les proroger jusqu'au 30 juin 2021, ou de les renouveler s'ils étaient échus, tout en les recentrant sur deux actions prioritaires parmi lesquelles le maintien dans l'emploi et la prévention de la désinsertion professionnelle d'une part et, d'autre part, la prévention d'un ou deux risques professionnels prioritaires<sup>1</sup>. La crise sanitaire semble avoir entravé le mouvement de conclusion de CPOM correspondant à ces orientations.

Dans le contexte d'examen parlementaire de la loi du 2 août 2021 renforçant la prévention en santé au travail, d'élaboration du Plan Santé au Travail 2021-2025 et d'arrivée à échéance de la COG, une nouvelle instruction conjointe DGT/ CNAM a été publiée le 23 juin 2021. Celle-ci prévoit la possibilité pour les CPOM non échus d'être prolongés jusqu'à la fin de l'année 2022, sous réserve de ne pas dépasser la limite de durée maximale de 5 ans prévue par les textes en vigueur (article D. 4622-47 du code du travail). Pour les CPOM échus ou en l'absence de CPOM, l'instruction demande aux parties prenantes d'initier la négociation de nouveaux contrats sur la base des modalités prévues par l'instruction du 31 juillet 2019.

Elle rappelle enfin que l'ensemble des régions devront être dotées d'une nouvelle génération de CPOM au plus tard au 1<sup>er</sup> janvier 2023. Cette troisième et nouvelle génération de CPOM est appelée à jouer un rôle majeur dans un paysage institutionnel transformé par la loi du 2 août 2021. Aux côtés des autres outils de pilotage des SPST que sont l'agrément délivré par les Dreetts et le futur dispositif de certification, les CPOM devront participer pleinement à l'objectif d'amélioration de l'offre de service et de la qualité des prestations rendues par les SPSTI. Les nouveaux CPOM devront également préciser la composition des cellules de prévention de la désinsertion professionnelle, comme prévu par la loi du 2 août 2021. Enfin, il est attendu de ces futurs CPOM qu'ils s'inscrivent dans les orientations du quatrième plan santé au travail (2021-2025) et des plans régionaux de santé au travail (PRST), notamment en constituant un cadre privilégié pour relayer les messages de prévention des acteurs nationaux de la santé au travail (voir action 9.1 du PST4).

Dans ce contexte, nous vous demandons de diligenter une enquête qui visera d'abord à établir un bilan quantitatif et qualitatif des CPOM conclus, dont le nombre serait de l'ordre de deux cents. Vous établirez en particulier si ces contrats satisfont bien aux objectifs qui leur sont assignés par le code du travail. Vous ferez ressortir l'articulation de ces documents avec les projets de services pluriannuels des SPSTI et par ailleurs avec les plans régionaux de santé au travail. Vous examinerez également si les thématiques d'intervention prioritaire correspondent à celles des programmes régionaux de santé au travail (PRST) et de la branche AT-MP ou reflètent d'autres thématiques plus sectorielles ou géographiques.

.../...

---

<sup>1</sup> Parmi les suivants : TMS, risques chimiques, chutes de hauteur et de plain-pied, RPS, risque routier professionnel.



En second lieu, vous établirez un diagnostic de l'utilisation des CPOM en tant qu'outil efficace d'animation. Vous vous attacherez notamment à apprécier si les Dreetts et les Carsat:

- Cherchent à mobiliser effectivement les SPSTI autour de thèmes de prévention et leur proposent de s'inscrire dans une démarche de programme, dont la réalisation serait reflétée par des indicateurs de moyens ou de résultats ?
- Disposent de moyens et de calendrier de suivi ?
- Ont établi des méthodes d'animation associant les Comités régionaux d'orientation des conditions de travail ?
- Disposent de modalités d'objectivation de la performance par le suivi de l'atteinte de résultats ?

Vos propositions porteront en particulier sur :

- L'articulation et les moyens d'éviter des effets d'accumulation ou recoupements entre CPOM, projets de services, agrément et certification des SPSTI, qui deviendra prochainement obligatoire,
- La cohérence entre CPOM et documents de programmation régionaux et nationaux en santé au travail, permettant une bonne déclinaison opérationnelle des objectifs du PST 4 et de la loi du 2 août 2021 et de ses textes d'application,
- L'exercice de contractualisation avec les SPSTI et les relations entre ceux-ci, les DREETS et les CARSAT,
- Le dimensionnement des ressources nécessaires à la bonne animation des CPOM, notamment dans les DREETS,
- Les thématiques de santé au travail devant figurer dans les CPOM et les articulations dans les collaborations entre l'assurance maladie et les SPSTI,
- L'opportunité de mettre en place un volet performance en contrepartie d'incitations financières et de financer des actions de prévention particulières.

Compte tenu de l'objectif d'engager la campagne de négociation des CPOM sur la deuxième partie de l'année 2022, le rapport devra être remis avant la fin juin 2022.

  
**Stéphanie SCHAER**

  
**Régis PELISSIER**



## LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Enquête IGAS auprès des DREETS et des CARSAT

Annexe 2 : Focus sur la démarche de contractualisation en région Ile-de-France

Annexe 3 : Focus sur la démarche de contractualisation en région Grand-Est

Annexe 4 : Focus sur la démarche de contractualisation en région Hauts-de-France

Annexe 5 : Focus sur la démarche de contractualisation en région PACA



# LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES

## Acteurs nationaux

### **CABINET DU MINISTRE DU TRAVAIL, DU PLEIN EMPLOI ET DE L'INSERTION**

Bénédicte LEGRAND-JUNG, directrice adjointe de cabinet

Charles MAHY, conseiller, chef de pôle travail et retraites

### **ADMINISTRATIONS CENTRALES / INSTITUTIONS PUBLIQUES**

#### **DIRECTION GENERALE DU TRAVAIL**

Amel HAFID, sous-directrice des conditions de travail, de la santé et de la sécurité au travail

Dr Corinne PIRON, chef de l'inspection médicale du travail

Vincent JIMENEZ, adjoint à la cheffe du bureau de la politique et des acteurs de la prévention (CT1)

Élise VIGIE, chargée de mission sur les CPOM et les données des services santé au travail, bureau de la politique et des acteurs de la prévention (CT1)

#### **DIRECTION DE LA SECURITE SOCIALE**

Gabrielle DEBUYER, chef de bureau 2C ATMP, 2eme SD

Isabel GARCIA, chargée de mission prévention des risques pro et pénibilité, bureau 2C, 2eme SD

#### **CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE (CNAM)**

##### Direction des risques professionnels (DRP)

Anne THIEBEAULD, directrice

Julie BASTARD, responsable du département de la prévention des risques professionnels

##### Direction de l'Intervention Sociale et de l'Accès aux Soins (DISAS)

Fanny RICHARD, directrice

Marie-Ange BITEAU, directrice adjointe

##### Commission des accidents du travail et des maladies professionnelles (CAT-MP)

Sylvie DUMILLY, présidente

Viviane UGEN, 1<sup>ère</sup> vice-présidente

Serge JOURNOUD, 2eme vice-président

#### **COUR DES COMPTES**

Yvan AULIN, conseiller maitre 5<sup>ème</sup> chambre

Pascal THEVENEAU, conseiller 6eme chambre

#### **COMITE NATIONAL SANTE PREVENTION AU TRAVAIL (CNPST)**

Dominique GIORGI, vice-président du COCT, président du CNPST

Philippe GARABIOL, secrétaire général du COCT et du CNPST

**REPRESENTANTS DES ORGANISATIONS PATRONALES AU CNPST**

**MEDEF**

Nathalie BUET, membre titulaire, directrice adjointe de la direction protection sociale et santé au travail du MEDEF

Carole PANOZZO, membre titulaire FFB en charge des questions de santé et prévention

Franck GAMBELLI : membre suppléant, directeur santé environnement IUMM,

**CGPME**

Dr Pierre THILLAUD : membre titulaire, médecin du travail, directeur de SPSTI

Philippe CHOIGNARD : membre suppléant, direction des affaires sociales de CGPME,

**U2P**

Cécile BAUDONNAT, membre titulaire

Jean-Baptiste MOUSTIE, membre suppléant, conseiller technique sur question santé sécurité de l'U2P

**REPRESENTANTS DES ORGANISATIONS SALARIALES AU CNPST**

**CGT**

Jérôme VIVENZA : membre titulaire, membre direction confédérale CGT en charge de la santé, titulaire CNPST

Aurèlie ASCARIDE : membre suppléante

Jérôme PERROT : membre suppléant

**CFE CGC**

Dr Stéphane LE BOISSELLIER : membre titulaire, médecin du travail de SPSTI

Dr Anne Michèle CHARTIER : membre suppléante, médecin du travail de SPSTI, présidente CGC santé au travail et déléguée nationale santé travail de confédération

**CFTC**

Pierre-Yves MONTELEON : membre titulaire, responsable santé sécurité au travail à la CFTC et en SPSTI

Frédérique PARROT : membre suppléante, préventeur – ingénieur hygiéniste du travail

**CFDT**

Catherine PINCHAUT : membre titulaire, secrétaire nationale en charge des questions de travail et de santé au travail suppléante CNPST

Accompagnée de Charles PARMENTIER : secrétaire confédéral CFDT

**CGT-FO**

Dr Régis BADEL : membre titulaire, médecin du travail, syndicat FO M Travail interentreprises

Dr Sarah TRINH : membre suppléante médecin du travail,

**AUTRES ACTEURS NATIONAUX**

Charlotte LECOCQ, députée

**PRESANSE NATIONALE**

Maurice PLAISANT, président

Martial BRUN, directeur général

Sandra VASSY, secrétaire générale

Dr Corinne LETHEUX, médecin du travail

**PERSONNES RESSOURCES**

Corinne CHERUBINI, IGAS  
Marine JEANTET, ancienne DRP CNAM  
Hervé LANOUZIERE, IGAS, directeur de l'institut national du travail  
Thierry PAUX, IGAS  
Laurent VILBOEUF, IGAS

**Acteurs régionaux**

Dr Catherine DALM, MIST, DREETS Nouvelle-Aquitaine

**COLLEGE DES DGARS**

Dr Jean-Yves GRALL, président du collège des DGARS, DG ARS AURA  
Accompagné du Dr Anne-Marie DURAND, directrice de la santé publique, ARS AURA

**REGION HAUTS DE FRANCE**

**DREETS HDF**

Cécile DELEMOTTE, adjointe responsable pole travail, santé sécurité au travail  
Dr Brigitte SZOBCZAK, médecin inspecteur régional du travail

**CARSAT HDF**

Christophe MADIKA, directeur général  
Christelle AUVERT, responsable du service social  
Laurent HUGEL ingénieur conseil régional

**SPSTI**

**SMIBTP Beauvais**

Angélique VERZELE, directrice  
Dr Sébastien AMASSE, médecin du travail  
Dr Gérard ARASZKIEWIRZ médecin du travail, médecin coordonnateur  
Dr Maria GOMEZ, médecin du travail, participation à mise en œuvre du CPOM  
Mathieu LEFEBVRE, prévention des risques pro, métrologie  
Joanna PROUIN, assistante de service en santé travail

**AST Arras**

Philippe DUFLO, directeur général,  
Olivier HARDOUIN, directeur général délégué,  
Dr Jean-Pierre BOUCHEZ, médecin du Travail, secrétaire de la CMT  
Émilie KALMUCKI, responsable qualité et auditeur interne  
Gaëlle PENTIAUX, responsable du pôle pluridisciplinaire  
Dr Stéphanie PINTE, médecin du travail, référent médical  
Olivia SKOURY-RENARD, responsable service adhérent, communication externe

**PST Lille**

Jean Michel DUPUIS, président du Conseil d'Administration, vice-président de Présanse Hauts de France  
Damien VANDORPE, directeur  
Jean MACHER pdt commission de contrôle  
Marie DEGORRE, assistante de direction  
Nathalie DELATTRE, responsable du service prévention  
Marie France MASCLET, chargée de projet  
Dr Alain MONIEZ médecin coordonnateur prévention PDP

### SIM'UP

Patrick VANDAME, président du Conseil d'Administration  
Hervé MOREL, directeur  
Thomas BLANQUIN, responsable équipe pluridisciplinaire  
Angelina CALLIGARO, ergonome du travail, prévention TMS et RPS  
Dr Françoise FLAMENT, médecin du travail référent maintien dans l'emploi de la région  
Dr Amandine PARIS, médecin du travail  
Myriam THIERRY, référente maintien dans l'emploi  
Dr Ainanche YONIS, médecin du travail  
Clémence ARTAUD, étudiante en Master 2 droit de la santé

### **CRPST**

Dr Jean-Pierre BOUCHER, vice-président représentant les organisations syndicales de salariés  
Jérôme LEFEVRE, vice-président, représentant les organisations patronales, président du Conseil d'Administration de la CARSAT  
Alain CUISSE, membre, représentant les organisations patronales, président du Conseil d'Administration de l'AST

### **REGION GRAND EST**

#### **DREETS ALSACE MOSELLE**

Thomas KAPP, responsable du pôle Travail  
Dr Martine LEONARD, médecin inspecteur du travail

#### **CARSAT NORD EST**

Emmanuel GOUAULT directeur  
François GOBILLARD, ingénieur conseil régional  
Christine KOLCZYNSKI, ingénieur conseil  
Philippe RODRIGUEZ, chargé de mission PDP au sein du service social  
Géraldine ROTHHAHN, sous directrice santé et relation entreprises  
Valérie GLEIZE, stagiaire

#### **CARSAT ALSACE-MOSELLE**

Marianne WELFERT directrice service relation entreprises et interventions sociales  
Cécile OILLIC-TISSIER, ingénieur conseil service prévention  
Stéphane SCHMITT, manager projet et réseau service social régional, référent régional PDP

### **SPSTI**

#### **ASTME**

Philippe LACOUR, directeur  
Christian BEAUGRAND, IDEST  
Myriam CAPRA, technicienne prévention IPRP  
Dr Karine CHATELAIN, médecin du travail

#### **ALSMT**

Denis RENAUD, directeur général  
Herve KOZEL, directeur adjoint  
Dr DUMAS, médecin du travail, médecin coordinateur  
Dr Corinne MARTINET, médecin du travail, responsable de la PDP  
Gérard SEITE, ingénieur toxicologue



AST 08

Lorenzo DEL GIGLIO, président CA  
Béatrice DELIZEE, vice-présidente du conseil d'administration  
Albert AUCHTER, trésorier  
Sylvain RICHET, directeur  
Olivier ROBERT, président de la commission de contrôle  
Philippe MASINGARBE, secrétaire commission de contrôle

Abigaëlle COGNAUT, toxicologue, pilote de l'action Fluides de coupe du CPOM  
Dr Julie SALLES-GURSKI, médecin du travail, pilote de l'action PDP du CPOM  
Fabien TIBIDAZ, ergonome  
Magali TREZEUX, IDEST, cellule PDP.

APST 68

Francis REBERT, président du conseil d'administration  
Aline BETRA, directrice générale  
Farid HAMZA, président de la commission de contrôle, formateur  
Dr Henri KIRSTETTER, médecin coordinateur  
Dr Véronique CHAIGNEAU, médecin du travail  
Sylvain FONTY, technicien prévention  
Delphine MOELLINGER, IPRP  
Caroline VIESS-DAVID, ingénieur prévention, toxicologue

AST 67

Armand REBOH, directeur  
Jacques de JUVIGNY, directeur administratif et financier

**CRPST**

Didier GERARD, vice-président représentant les organisations patronales  
Jean-Luc RUE, vice-président représentant les organisations syndicales de salariés

REGION ILE DE FRANCE

**DRIEETS**

Catherine PERNETTE, directrice régionale adjointe (DRA), responsable du pôle politiques du travail  
Sylvère DERNAULT, adjoint à la responsable du pôle politiques du travail et responsable du service de santé et de sécurité au travail  
Thérèse ROSSI, adjointe responsable du service de santé et de sécurité au travail, en charge du suivi des SPSTI et des CPOM

**CRAMIF**

David CLAIR, directeur  
Benjamin BERTON, directeur adjoint en charge de l'Action sanitaire et social et de l'autonomie  
François Blanchard, ingénieur conseil régional  
Gervais CREZE, responsable régional du Service Social et coordonnateur régional PDP  
Francis LEMIRE Ingénieur conseil régional adjoint en charge des partenariats internes et externes  
Marie-Line LUZIEUX, responsable de projet PDP au Service Social Régional

## **SPSTI**

### CMSM

Jean Claude BARTHE, président du conseil d'administration  
Carlos GONCALVES, directeur  
Noémie POULAIN, responsable pole prévention

### ACMS

Gérard HUOT, président du conseil d'administration  
Nicolas LE BELLEC, directeur général, président de la CMT  
Abderrafik ZAÏGOUCHE, président de la commission de contrôle.  
Dr Fabrice LOCHER, directeur de la santé au travail  
Dr Soline BELLIER, médecin du travail, adjointe du Dr LOCHER, en charge de la pluridisciplinarité  
Dr Régine CODRON, chef de projet, comité de pilotage du CPOM  
Dr Marie Laure KULICHENSKI, médecin du travail et animateur de l'équipe pluridisciplinaire PDP

### CIAMT

Philippe GOJ, président du conseil d'administration et de la commission médico technique  
Dr Vinh NGO, directeur général, médecin du travail  
François DUFOUR, directeur pole technique prévention  
Céline VERNERT, coordinatrice de projet, ergonomiste

## **CRPST**

Abderrafik ZAÏGOUCHE, vice-président, représentant les organisations syndicales de salariés

## **ASSOCIATIONS**

Thibaut FLEURY, Administrateur de la fédération  
Stéphane MARTIN, président de la fédération régionale des SIST IDF

## **REGION PACA**

## **DREETS**

Jean-Philippe BERLEMONT, directeur  
Jean-François DALVAI, chef de pôle Travail  
Brice BRUNIER, Responsable Cellule Pluridisciplinaire d'Appui Santé au Travail en charge pilotage PRST.  
Anne GRIACHE chargée de mission SPSTI, IT

## **CARSAT**

Vincent VERLHAC, directeur général  
Béatrice GUERINI, directrice des risques pro et accompagnement social  
Bertrand CAUBRIERE, ingénieur conseil en charge des partenariats – participe au COCT CPR  
Didier DOZAS, ingénieur conseil régional adjoint / responsable labo chimie  
Émilie SULTANA : assistante sociale, adjointe du service social régional

## **SPSTI**

### AIST 84

Yann LE CAM, directeur général  
Pierre MARQUESTAUT, président du CA  
Céline TRIAT, directrice adjointe, responsable PDP  
Tedjina-Teddy LOUAFIA, présidente de la commission de contrôle  
Dr Marie Pierre BARRIERE, présidente de la commission médicotechnique  
Dr Nathalie GUEN, médecin du travail  
Aline VAUDRAN, ergonomiste

GIMS13

Gérard AUBANEL, président du conseil d'administration  
Gérard MONGEREAU, président délégué du conseil d'administration  
Pierre ALLARY, secrétaire conseil d'administration  
Véronique HENRY, présidente de la commission de contrôle  
Umberto MIRANDA, directeur général  
Guillaume AUBANEL, secrétaire général missions transverse  
Dr Anne LANDI, présidente de la commission médico technique, MT, directrice médico technique, coordination d'équipe pluridisciplinaire  
Gauthier BELLAGAMBA, ingénieur prévention, épidémiologiste  
Valérie DAVARD, responsable du secrétariat  
Rayna IMBERNON, ergonome  
Lénaïc LABAT, assistante sociale  
Mireille REGARD, responsable qualité

AISMT 13

Hervé de VEYRAC, président du conseil d'administration  
Isabelle HOCHART, directrice AISMT 13  
Radia OUDANE, présidente commission contrôle  
Alexia ARDOIN, IDEST  
Laure ATLAN, IDEST  
Michel BLANCHET, technicien de métrologie  
Jean-Pierre BRUN, ingénieur ergonome  
Émilie CALLIZO, IDEST  
Dr Madeleine CHAMOUILLI, médecin du travail  
Dr Danielle CHARRIER, médecin du travail  
Amandine COUDERT, assistante cellule PDP  
Carole DUVAL, responsable coordination IPRP  
Marion ELMASSIAN, ATST  
Philomène GIGLIO, AST, cellule ME  
Dr Édith GRIFFATON, médecin du travail  
Sandra LEBRET responsable RH  
Dr Laurence MARTINEZ, médecin du travail, référent PDP pour PPS et CPOM  
Agnès RAMONDEC, ergonome  
Valentine STANKOVIC, ATST  
Cindy ZANOTELLI, ATST

AMETRA 06

Catherine BARAVALLE, présidente du conseil d'administration  
Éric DELLACASA, directeur général  
Romeo BATTOIA, président de la commission de contrôle  
Dr Jean PASSERON, directeur EPST  
Nicolas BERTRAND, IGS, responsable projet disciplinaire  
Julien COCHARD, IPRP, secrétaire CMT  
Dr Germaine FERRANDO, médecin coordinatrice  
Olivia PICHE, assistante sociale

**IUMM Alpes Méditerranée**

Serge BORNAREL, délégué général  
Virginie DELLAMONICA, secrétaire générale

**PRESANSE PACA**

Sandrine MAGNAN, déléguée régionale de PRESANSE, directrice de AIST 04

**CRPST**

Jean-Jacques BLANC, vice-président représentant les organisations syndicales de salariés  
Fabrice GREFFET, vice-président représentant les organisations patronales



## SIGLES UTILISÉS

AGEFIPH :	Association nationale de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées
AMT :	Action en milieu de travail
ANI :	Accord national interprofessionnel
ARACT :	Association régionale pour l'amélioration des conditions de travail
ARS :	Agences régionales de santé
ASST :	Assistant de service de santé au travail
AT-MP :	Accidents du travail - Maladies professionnelles
BTP :	Bâtiment et travaux publics
CA :	Conseil d'administration
CARSAT :	Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
CAT-MP :	Commission des accidents du travail et des maladies professionnelles
CCMSA :	Caisse Centrale de la Mutualité sociale agricole
CHSCT :	Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CMT :	Commission médicotechnique
CNAM :	Caisse nationale d'assurance maladie
COCT :	Conseil d'orientation des conditions de travail
COG :	Convention d'objectifs et de gestion
CPOM :	Contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens
CRAMIF :	Caisse régionale d'assurance maladie d'Île-de-France
CROCT :	Conseils régionaux d'orientation des conditions de travail
CMR :	Chimique-mutagène-reprotoxique
CNPST :	Comité national de prévention et de santé au travail
CPG :	Contrats pluriannuels de gestion
CRPST :	Comité régional de prévention et de santé au travail
DIRECCT :	Direction régionale des Entreprises, de la Concurrence, de la Consommation, du Travail et de l'Emploi
DISAS :	Direction de la solidarité et de l'action sociale de la CNAM
DGS :	Direction générale de la santé
DGT :	Direction générale du travail
DREETS :	Directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités

DMP :	Dossier Médical Partagé
DNUM :	Direction du numérique
DDETS :	Directions départementales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités
DREAL :	Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement
DREES :	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRP :	Direction des risques professionnels de la CNAM
DUERP :	Document unique d'évaluation des risques professionnels
EHPAD :	Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPST :	Équipe pluridisciplinaire en santé au travail
ETP :	Équivalent temps plein
GIE :	Groupement d'intérêt économique
GPO :	Groupe permanent d'orientation des conditions de travail
GPRO :	Groupe permanent régional d'orientation des conditions de travail
IDEST :	Infirmiers de santé au travail
IGAS :	Inspection générale des affaires sociales
INRS :	Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles
IPRP :	Intervenants en prévention des risques professionnels
IT :	Inspection du travail
MIRT :	Médecin inspecteur régional du travail
MIT :	Médecin inspecteur du travail
MP :	Maladie professionnelle
OPCO :	Opérateur de compétences
OPPBTP :	Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics
PDP :	Prévention de la désinsertion professionnelle
PME :	Petites et moyennes entreprises
PRÉSANSE :	Prévention et Santé au Travail
PRS :	Plan régional de santé
PRSE :	Programme régional Santé Environnement
PRST :	Plan régional de santé au travail
PPS :	Projet pluriannuel de service
PST :	Plan santé au travail
RPS :	Risques psychosociaux
RRP :	Risque Routier Professionnel

RUC :	Responsable d'unité de contrôle
SNS :	Stratégie nationale de santé
SPST :	Services de prévention et santé au travail
SPSTA :	Services de prévention et santé au travail autonome
SPSTI :	Services de prévention et santé au travail interentreprises
SST :	Service de santé au travail
SSTA :	Service de santé au travail autonome
SSTI :	Service de santé au travail interentreprises
TMS :	Troubles musculo-squelettiques
TPE :	Très petites entreprises