

L'innovation en santé au travail

NOVEMBRE 2025

2025-047R

• **RAPPORT : TOME 1**

Corinne
Cherubini

Frédéric
Laloue

Dr Philippe
Magne

Membres de l'Inspection générale
des affaires sociales

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



Suivez-nous sur LinkedIn

RAPPORT

SYNTHÈSE

[1] Par lettre du 21 mai 2025, la ministre chargée du Travail et de l'Emploi a confié à l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) une mission relative aux innovations organisationnelles et techniques dans le champ de la santé au travail (SPST). La lettre vise particulièrement les services chargés de la prévention et de la santé au travail, que ces derniers relèvent d'un statut associatif (SPST interentreprises, ou SPSTI, au nombre de 176 en 2023), soient intégrés dans les entreprises de plus de 500 salariés qui en font le choix (SPST autonomes ou SPSTA, au nombre de 414 en 2023) ou du régime agricole (services de santé au travail agricoles, ou SSTA, intégrés dans les caisses locales de la Mutualité sociale agricole – MSA –, au nombre de 35 en 2023). Les investigations se sont déroulées entre fin mai et octobre 2025.

[2] D'après l'Insee, « *l'innovation désigne l'introduction sur le marché d'un produit ou d'un procédé nouveau ou significativement amélioré par rapport à ceux précédemment élaborés* » : innover, c'est introduire des nouveautés qui permettent d'améliorer le niveau du service : sa qualité, son efficacité ou son efficience. Pour autant, toute nouveauté n'est pas synonyme de progrès ou ne fait pas l'objet d'une évaluation. La mission a donc choisi de s'intéresser à la mesure de la performance dans les services chargés de la santé au travail, et à la capacité de ces services à adopter de nouvelles pratiques améliorant effectivement la qualité de leurs prestations.

[3] Les services chargés de la santé au travail sont engagés dans une dynamique de réforme et de modernisation. Au cours des 15 dernières années, ils ont fait face à un rythme soutenu de réformes, voulues par les pouvoirs publics et, parfois, les partenaires sociaux, dans l'objectif de faire face à la pénurie de médecins du travail et d'améliorer la qualité du service rendu. La mise en œuvre de la loi du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail apparaît déterminante dans le processus d'innovation : elle constitue en elle-même une source de changements organisationnels et techniques. En particulier, la loi a considérablement accéléré une numérisation des services, qui apparaît comme un puissant levier de modernisation. La réforme a engendré une plus grande attention aux problématiques de santé publique et permis une homogénéisation du service rendu par le biais d'une offre de services socle et d'une obligation de certification. En outre, des réformes plus anciennes continuent de diffuser leurs effets par la mise en place des équipes pluridisciplinaires et de nouvelles filières de recrutement des médecins du travail. Cependant, le rythme des délégations de tâches au profit des infirmiers de santé au travail n'est pas suffisant, faute d'incitation claire. Ainsi, le niveau de délégations de visites, en ce qui concerne les seules visites déléguables¹, est très supérieur dans les SPSTI (48 %) et les SSTA (56,5 %) que dans les SPSTA (25,8 %). Par ailleurs, les travaux effectués par le pôle data de l'Igas sur la base des données de la Direction générale du travail (DGT) montrent que les niveaux de délégation sont corrélés à la disponibilité effective de la ressource médicale : c'est d'abord la nécessité qui pousse les services à déléguer. Des marges de manœuvre importantes existent dans les trois réseaux, mais elles apparaissent particulièrement évidentes dans les services autonomes.

¹ Sont actuellement déléguables toutes les visites à l'exception celles donnant lieu à un avis d'aptitude et celles liées au bilan des expositions professionnelles.

[4] Si la dynamique générale apparaît clairement positive, le niveau de performance du système français de santé au travail est difficile à établir avec certitude. Les comparaisons internationales ne permettent que des analyses qualitatives : plus qu'ailleurs en Europe, les services chargés de la santé au travail sont en France médicalisés, structurés et inscrits dans des logiques de conformité législative et réglementaire. Les traitements effectués par le pôle data de l'Igas sur les dernières données en date de l'Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail (EU-Osha – enquête ESENER de 2024) ne montrent pas d'évolution significative de ces caractéristiques au cours de la période récente. Au niveau national, il n'existe pas de consensus autour de la manière d'apprécier la performance de la médecine du travail au-delà de leur conformité réglementaire. Les informations issues des enquêtes de satisfaction disponibles révèlent des appréciations correctes et relativement constantes : deux-tiers à trois-quarts des entreprises adhérentes s'estiment satisfaites de leurs SPSTI.

[5] La lettre de mission demandait à l'Igas d'étudier plus spécifiquement les facteurs favorables et les freins à l'innovation dans le système de santé au travail. Les travaux des économistes et l'expérience acquise dans le domaine de la santé publique permettent d'en identifier certaines conditions, qui sont diversement réunies s'agissant de la médecine du travail.

[6] Si la stratégie du secteur est clairement posée par le plan santé au travail, la mise en œuvre opérationnelle souffre de la faiblesse de la gouvernance nationale. Il n'existe pas, à ce jour, d'instance disposant à la fois de la légitimité politique et technique permettant de valider et de diffuser les innovations auprès des services en s'appuyant sur les ressources scientifiques. Aujourd'hui, seul le secteur agricole s'est réellement constitué en réseau.

[7] La régulation des services de médecine du travail apparaît en outre excessivement lourde, cumulant l'agrément par l'Etat, les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (Cpom) pour les SPSTI et désormais la certification pour les SPSTI et les SSTA. La pratique actuelle de l'agrément constitue de fait un obstacle à l'arrivée de nouveaux opérateurs en santé travail. Sur la majeure partie du territoire national, les entreprises n'ont pas le choix de leur SPSTI.

[8] L'utilisation de l'outil numérique est aujourd'hui le facteur essentiel de diffusion des innovations au sein des services chargés de la santé au travail. L'offre des éditeurs de logiciels est dynamique, et permet à de nombreux SPSTI de proposer de nouvelles prestations représentant une réelle plus-value pour les employeurs et les salariés. L'interopérabilité des systèmes d'information apparaît plus que jamais comme un enjeu majeur pour l'avenir, et son développement connaît de fortes incertitudes. En outre, si les progrès générés touchent l'ensemble des services, d'importantes inégalités demeurent.

[9] La mission s'est appuyée sur les données issues des enquêtes annuelles de la DGT pour élaborer un premier indice synthétique de performance et d'innovation des SPST. Il s'agit d'un score calculé à partir des résultats obtenus par les services au titre des trois missions de leur offre socle (prévention collective, visites individuelles et prévention de la désinsertion professionnelle), de la maturité de leurs systèmes d'information et de leur participation aux politiques publiques de santé. L'outil est une première proposition, qui présente des limites et doit être interprété avec prudence. Cependant, les résultats qu'il met en évidence, soulignant l'importance du choix du logiciel et de la taille des services dans les scores obtenus, apparaissent concordants avec les constats de terrain réalisés par la mission dans les SPST visités.

[10] L'écoute client, enfin, qui est un déterminant essentiel de l'innovation, n'en est qu'à ses débuts. Si des progrès sont enregistrés dans le cadre de la mise en place de la certification des SPSTI et des SSTA, ces procédures demeurent très hétérogènes, peu approfondies et peu tournées vers les salariés.

[11] Ces constats ont conduit la mission à formuler une vingtaine de recommandations, destinées à lever les freins à l'innovation :

- La première recommandation consiste à écouter les partenaires sociaux et le secteur, unanimes à réclamer une pause dans les réformes d'envergure, afin de donner toute leur place aux évolutions issues de la loi de 2021, qui n'ont pas encore pleinement produit leurs effets. La plupart des SPSTI sont certifiés en niveau 1, c'est-à-dire qu'ils ont simplement engagé le processus de conformité à la norme induite par la loi. Plusieurs années seront nécessaires pour poursuivre cette trajectoire de progrès. Pour autant, des évolutions plus limitées que les réformes passées seraient utiles à la dynamisation de l'innovation en santé au travail. Elles pourront être en partie reprises dans le cadre des travaux de préparation du prochain plan santé au travail (PST 5) ;
- En deuxième lieu, il conviendrait de faire de l'innovation un objectif du système de santé au travail, en l'identifiant comme un axe du PST 5. Par ailleurs, une circulaire devrait préciser que la notion d'équité mentionnée par le référentiel de certification ne fait pas obstacle à la réalisation d'expérimentations ;
- En troisième lieu, certains principes et institutions caractérisant actuellement la gouvernance de la santé au travail pourraient être revisités dans un sens plus favorable à l'innovation. Il conviendrait de disposer d'une structure nationale légitime et dotée des moyens nécessaires à la mise en réseau de l'ensemble des SPST. Cette structure pourrait porter plusieurs sujets opérationnels majeurs et urgents : la coordination des systèmes d'information, la mise à disposition d'une expertise mutualisée, mais également la collecte, la validation sur la base de preuves et la diffusion des innovations. Une telle instance nationale pourrait être le support de la création d'un fonds d'aide destiné à dynamiser les initiatives des services et de la réalisation d'enquêtes permettant d'évaluer les besoins des bénéficiaires de la santé au travail (employeurs et salariés). Elle serait financée par une mutualisation des moyens des SPST, à la manière de ce que font d'ores et déjà certaines associations régionales regroupant les SPSTI. En outre, les services de l'Etat devraient plus explicitement favoriser la création de nouveaux SPSTI, lorsque leurs porteurs entendent respecter la réglementation et apporter des services supplémentaires aux entreprises et aux salariés. S'agissant des SPSTA, une meilleure participation au processus d'innovation pourrait être recherchée en favorisant la création d'une instance assurant leur représentation. Une révision du seuil permettant d'instituer un SPSTA de 500 à 1 000 salariés permettrait de se rapprocher des standards en termes de délégations de tâches et d'accès aux expertises en matière de prévention des risques professionnels ;
- En quatrième lieu, les outils de régulation des SPST devraient permettre à l'Etat de jouer un rôle plus axé sur la recherche de performance et d'innovation. La mission recommande de revenir sur le caractère systématique des Cpom, au profit d'approches partenariales plus souples et diversifiées. En outre, la politique d'agrément pourrait être mieux outillée : les services territoriaux de l'Etat devraient être systématiquement destinataires des rapports de certification des services de médecine du travail. La DGT pourrait mettre à leur

disposition des outils d'appréciation de la performance des services, en s'appuyant sur un outil de *scoring* reprenant les données des enquêtes annuelles, dont la fiabilisation devrait être poursuivie. Enfin, la création de nouveaux SPSTI devrait être explicitement prévue par les textes relatifs à l'agrément ;

- En cinquième lieu, s'agissant de la pénurie de ressources médicales, la mission recommande la mise en place d'un premier niveau de régulation à l'échelle nationale, en inscrivant le nombre de salariés par médecin du travail dans une fourchette. Ces valeurs, définies par la DGT, permettraient d'orienter une politique d'agrément devant assurer l'accès à un médecin du travail sur l'ensemble du territoire. Il est en outre possible de conforter le processus de délégation de tâches aux infirmiers de santé au travail, en facilitant dans un premier temps l'adoption de protocoles collectifs, puis en intégrant parmi les compétences propres des personnels paramédicaux les visites d'information et de prévention et les visites de suivi périodique, dont le processus de délégations est loin encore d'être totalement abouti. Les coopérations avec l'assurance maladie pourraient être renforcées en coordonnant les visites de mi-carrière, assurées par les SPST, et les bilans de santé mis en œuvre par les caisses de sécurité sociale ;
- En sixième lieu, le caractère nodal de la modernisation numérique implique que l'interopérabilité et la valorisation des dossiers médicaux en santé au travail soient traitées comme des sujets prioritaires. Les données de santé au travail sont de plus en plus structurées et s'avéreront précieuses, à l'avenir, pour définir les contours d'une politique de prévention adaptée aux besoins. L'Agence du numérique en santé (ANS) devrait consacrer des moyens suffisants à l'accompagnement de la DGT dans sa maîtrise d'ouvrage dans le cadre de sa future convention d'objectifs et de performance. La création d'une instance nationale de coordination des SPST devrait en outre permettre de dynamiser ce projet et d'y associer chaque type de services ;
- Enfin, l'écoute des bénéficiaires devrait être facilitée en retouchant les spécifications de la certification, de manière à prévoir le recours systématique à des enquêtes de satisfaction auprès de l'ensemble des adhérents de chaque SPSTI, et en réalisant, au niveau national, des études régulières sur les besoins des salariés.

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
1	Ne pas engager de nouvelle réforme de la santé au travail avant d'avoir pleinement déployé les contenus et procédé à une évaluation complète des changements majeurs issus des lois du 8 août 2016 et du 2 août 2021.	1	DGT	-
Faire de l'innovation un objectif du système de santé au travail				
3	Préciser la notion d'équité dans les Spec 2217 et 2218, et préciser par circulaire que la notion ne fait pas obstacle à ce que des démarches expérimentales puissent être menées avec certaines entreprises adhérentes aux services de prévention et de santé au travail.	2	DGT / partenaires sociaux	2027
12	Intégrer explicitement l'objectif d'innovation dans le futur plan santé au travail n°5.	1	DGT	2026
14	Créer un fonds destiné au financement de l'innovation dans les services de prévention et de santé au travail, alimenté par les cotisations de ces services.	2	DGT	2027
Réétudier les principes de la gouvernance nationale de la santé au travail dans un sens plus favorable à l'innovation				
7	Etudier les scénarios de constitution d'une instance nationale d'animation des services de prévention et de santé au travail, dotée de la légitimité politique et des capacités techniques nécessaires, en missionnant le cas échéant une mission Igas.	1	DGT	2027
13	Encourager l'arrivée de nouveaux services de santé au travail interentreprises sur le territoire afin d'offrir aux entreprises une possibilité de choix effectif, et éviter les fusions ayant pour effet de réduire le niveau de concurrence entre les SPSTI.	1	DGT	2026
15	Susciter la création d'une instance représentative des services de prévention et de santé au travail autonomes.	2	DGT	2027
16	Réhausser le seuil prévoyant la possibilité d'instituer un service de prévention et de santé au travail autonome de 500 à 1 000 salariés.	1	DGT	2027
Réorienter les outils de régulation par l'Etat dans un sens plus propice à l'innovation				
2	Insérer dans le Code du travail des dispositions relatives à l'agrément de nouveaux services de prévention et de santé au travail interentreprises, afin de répondre aux difficultés actuellement rencontrées par les services de l'Etat pour traiter ce type de demandes.	2	DGT	2027

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
5	Supprimer le caractère systématique des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens en veillant par le biais du projet pluriannuel de service et de la demande d'agrément à l'existence de contributions effectives des SPSTI aux travaux du plan régional de santé au travail et aux priorités partagées avec l'assurance maladie, dont la prévention des risques professionnels.	2	DGT / CNAM	2026
9	Mettre en place un programme d'amélioration de la qualité des données collectées à l'occasion des enquêtes annuelles de la DGT, associant les éditeurs de logiciels des services de prévention et de santé au travail.	1	DGT	2026
10	Mettre en place et suivre un indice synthétique de performance et d'innovation des services de prévention et de santé au travail.	2	DGT	2027
11	Faire en sorte que les Dreets soient systématiquement destinataires des rapports de certification des services chargés de la santé au travail pour améliorer les moyens d'information des services de l'Etat entre chaque processus d'agrément.	2	DGT	2027
Innover pour répondre à la problématique du temps médical				
4	Promouvoir des partenariats entre SPST et caisses primaires d'assurance maladie permettant de développer la coordination entre les visites de mi-carrière des services chargés de la santé au travail et le dispositif « Mon bilan prévention » de l'assurance maladie.	2	DGT/CNAM	2027
6	Encourager les protocoles collectifs de délégation de tâches entre médecins du travail et infirmiers de santé au travail.	2	DGT	2027
8	Définir au niveau national, à l'attention des Dreets dans leur fonction d'agrément, une fourchette de couverture de la population salariée par équivalent temps plein (ETP) de médecin du travail, avec un minimum et un maximum, afin d'introduire une régulation nationale de la ressource médicale des SPST au titre de la « couverture adéquate » visée par la politique d'agrément.	1	DGT	2027
17	Favoriser les possibilités de double exercice entre la médecine du travail et les autres spécialités médicales en s'appuyant sur la position du Conseil national de l'Ordre des médecins en la matière.	1	DGT / DGOS	2026
18	Mettre en place une compétence propre pour les infirmiers de santé au travail en matière de visites d'information et de prévention et de visites périodiques, en modifiant la partie réglementaire du Code de la santé publique.	1	DGT / DGOS	2026

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
Conforter la modernisation numérique des services chargés de la santé au travail				
19	Mener à bien l'élaboration des référentiels d'interopérabilité et de sécurité pour que les dossiers médicaux en santé au travail (DMST) permettant le transfert de leurs contenus, afin d'assurer le suivi du salarié tout au long de sa vie professionnelle, ainsi que pour permettre le versement et le requêtage des données par les médecins autorisés entre le DMST et le dossier médical partagé.	1	DGT	2026
20	Appuyer la maîtrise d'ouvrage de la Direction générale du travail par un soutien de l'Agence du numérique en santé assorti de moyens dédiés dans son contrat d'objectifs et de performance.	1	DNS	2026
Renforcer l'écoute des bénéficiaires des services chargés de la santé au travail				
21	Préciser les spécifications 2217 et 2218 relatives au recueil de la satisfaction et à la gestion des réclamations des adhérents, en visant explicitement la nécessité de procéder à des enquêtes annuelles.	1	DGT / partenaires sociaux	2026
22	Intégrer les salariés dans la mesure de la satisfaction et des besoins, par le biais d'enquêtes annuelles menées au niveau national auprès d'un échantillon représentatif de salariés.	1	DGT / partenaires sociaux	2026

SOMMAIRE

SYNTHESE.....	2
RECOMMANDATIONS DE LA MISSION	6
RAPPORT	11
INTRODUCTION	11
1 LES SERVICES DE PREVENTION ET DE SANTE AU TRAVAIL (SPST) INNOVENT EN S'ADAPTANT A DES REFORMES PROFONDES A UN RYTHME SOUTENU	14
1.1 LES REFORMES MENEES AU COURS DES 15 DERNIERES ANNEES, ONT ETE ESSENTIELLEMENT MOTIVEES PAR LA RECHERCHE DE TEMPS MEDICAL ET D'UNE AMELIORATION DE LA QUALITE DE SERVICE	14
1.1.1 <i>La raréfaction actuelle de la démographie médicale touche toutes les disciplines, dont la médecine du travail.....</i>	14
1.1.2 <i>Les réformes législatives successives élargissent les profils des professionnels et mettent en place des nouvelles organisations pour pallier la rareté médicale.....</i>	17
1.2 LES SPST S'ADAPTENT NOTAMMENT SOUS L'EFFET DE LA LOI DE 2021, MAIS LE RYTHME DES CHANGEMENTS SE REVELE DISPARATE SELON LES SERVICES.....	20
1.2.1 <i>Si la pluridisciplinarité s'est installée, les niveaux des délégations de tâches aux infirmiers sont très hétérogènes, et particulièrement peu élevés dans les SPST autonomes.....</i>	20
1.2.2 <i>Au fur et à mesure des réformes, certains métiers ont profondément évolué tandis que d'autres émergent.....</i>	23
1.3 LA LOI DE 2021 CONFORTE LES MISSIONS DE PREVENTION ET ORIENTE L'ACTION VERS LA SANTE PUBLIQUE TOUT EN METTANT L'ACCENT SUR LA TRANSPARENCE DES PRESTATIONS DELIVREES PAR LES SERVICES	25
1.3.1 <i>A partir de 2021, le volet de prévention prend une nouvelle dimension</i>	25
1.3.2 <i>La réforme de 2021 ouvre une nouvelle voie en introduisant la prévention de santé publique dans les compétences des SPST.....</i>	27
1.3.3 <i>Les prestations de base délivrées par les SPST reposent sur des axes communs obligatoires, connus et certifiés</i>	29
1.4 LES COMPARAISONS INTERNATIONALES NE PERMETTENT PAS DE SITUER LA PERFORMANCE DU SYSTEME FRANÇAIS DE SANTE AU TRAVAIL, MAIS EN REVELENT LES SPECIFICITES : MEDICAL, STRUCTURE ET PROCEDURAL.....	30
1.4.1 <i>Les études internationales sont peu nombreuses, et ne permettent pas de conclure valablement sur le niveau de performance et d'innovation du système français de santé au travail</i>	30
1.4.2 <i>Les études internationales mettent en évidence certains traits qualitatifs : la santé au travail en France est structurée, médicalisée et procédurale</i>	32
1.4.3 <i>L'enquête ESENER 2024 de l'Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail (EU-Osha) confirme le haut niveau de médicalisation et la faible appropriation des questions de santé au travail dans les entreprises.....</i>	33
1.5 L'APPRECIATION DU NIVEAU DE PERFORMANCE DES SPST APPARAÎT PEU OUTILLÉE AU-DELA D'ENQUÊTES DE SATISFACTION DONT LES RESULTATS SONT CORRECTS ET CONSTANTS.....	34
1.5.1 <i>L'analyse de la performance et de l'innovation des SPST n'est à ce jour ni consensuelle, ni réellement outillée</i>	34
1.5.2 <i>Les études disponibles mettent en évidence des résultats corrects et assez constants, ainsi que le besoin d'observer une pause dans les réformes touchant les SPST.....</i>	35
2 POUR AUTANT, LE CADRE ACTUEL DU SYSTEME DE SANTE AU TRAVAIL PRESENTE DES FREINS A L'INNOVATION.....	37
2.1 L'INNOVATION RESULTE D'UNE SERIE DE FACTEURS, DONT CERTAINS DEPENDENT DE L'ACTION PUBLIQUE	37
2.1.1 <i>Le rôle de la puissance publique consiste à créer un cadre favorable à l'innovation.....</i>	37
2.1.2 <i>Les conditions et outils potentiels de l'action publique en faveur de l'innovation sont très divers</i>	38
2.2 LE PILOTAGE NATIONAL DE LA SANTE AU TRAVAIL REPOSE SUR UN CADRE STRATEGIQUE CLAIR MAIS SA PORTEE OPERATIONNELLE DEMEURE LIMITEE	39

2.2.1	<i>Le système de santé au travail dispose d'un cadre stratégique clair mais non contraignant : le plan santé au travail</i>	39
2.2.2	<i>Il n'existe pas d'instance légitime et fiable de validation et de diffusion des innovations</i>	40
2.3	LES NOMBREUX OUTILS DE REGULATION QUI VISENT DORENAVANT A UNE HOMOGENEISATION DE L'ACTION DES SPST S'INSCRIVENT DANS UN MARCHE FERME	41
2.3.1	<i>L'articulation des différents outils de régulation externe est empirique</i>	41
2.3.2	<i>Les outils de régulation font émerger une homogénéisation progressive visant à assurer des conditions d'exercice et une qualité de service partagées</i>	44
2.3.3	<i>Le système de l'agrément ne garantit pas à l'entreprise la possibilité de choisir son SPST interentreprises</i>	45
2.3.4	<i>La réglementation actuelle n'est pas adaptée pour créer un nouveau SPST interentreprises</i>	47
2.4	LES OUTILS NUMERIQUES CONSTITUENT UN LEVIER D'INNOVATION DANS LES SPST	48
2.4.1	<i>La loi de 2021 a prévu une interopérabilité des systèmes d'information indispensable qui n'est pas réalisée à ce jour</i>	48
2.4.2	<i>Des innovations numériques sont proposées par les éditeurs pour améliorer des fonctionnalités offertes par les SPST</i>	49
2.4.3	<i>La téléconsultation sécurisée apporte un outil utile qui ne couvre pas l'entièreté du champ des visites</i>	52
2.5	LE NIVEAU D'INNOVATION ET DE PERFORMANCE DES SPST PEUT ETRE APPROCHE PAR L'UTILISATION DES DONNEES ISSUES DES ENQUETES DE LA DIRECTION GENERALE DU TRAVAIL (DGT)	53
2.5.1	<i>Le positionnement des SPST au regard de l'innovation se révèle hétérogène</i>	53
2.5.2	<i>La mission a construit un premier indice synthétique de performance et d'innovation sur la base des résultats des enquêtes annuelles de la DGT</i>	54
2.5.3	<i>Le suivi de la performance et de l'innovation proposé s'appuie sur l'ensemble des missions des SPST</i>	55
2.5.4	<i>Cet outil met en évidence les progrès réalisés par les SPST de toutes catégories et tailles entre 2022 et 2023</i>	56
2.5.5	<i>Le choix du logiciel de gestion est un facteur de distinction de la performance et de l'innovation pour les SPST interentreprises</i>	57
2.6	LA PRISE EN COMPTE DES BESOINS DES BENEFICIAIRES N'EN EST QU'A SES DEBUTS	58
2.6.1	<i>Jusqu'à présent, la prise en compte des besoins des usagers était peu structurée</i>	59
2.6.2	<i>Dans le cadre de la certification, des progrès sont enregistrés mais ils sont encore insuffisants</i>	60
3	LE CADRE PUBLIC DE FONCTIONNEMENT DES SERVICES DE PREVENTION ET DE SANTE AU TRAVAIL DEVRAIT AUJOURD'HUI SE DESSERRER POUR PERMETTRE D'AVANTAGE D'INNOVATIONS	61
3.1	STABILISER, PRECISER, SIMPLIFIER LE CADRE JURIDIQUE ACTUEL	62
3.1.1	<i>Stabiliser le droit</i>	62
3.1.2	<i>Lever les ambiguïtés</i>	62
3.1.3	<i>Simplifier</i>	64
3.2	CREER LES CONDITIONS D'UNE REGULATION FAVORABLE AUX INNOVATIONS	66
3.2.1	<i>Renforcer la régulation des SPST au niveau national</i>	66
3.2.2	<i>Tourner la politique d'agrément régionale vers la recherche d'efficacité et de qualité de service</i>	69
3.3	ENCOURAGER L'INNOVATION AU SEIN DES SPST	70
3.3.1	<i>Mettre en place une politique générale favorable à l'innovation en santé au travail</i>	70
3.3.2	<i>Inciter les SPST autonomes à s'engager dans le processus d'innovation</i>	74
3.3.3	<i>Développer les facultés d'exercice médical et infirmier de santé travail</i>	75
3.4	ACCELERER LA TRANSFORMATION NUMERIQUE	76
3.5	ÉCOUTER LES BENEFICIAIRES DES SPST	78
	LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	80
	SIGLES UTILISES	91
	LETTRE DE MISSION	96

RAPPORT

Introduction

[12] Par lettre du 21 mai 2025, la ministre chargée du Travail et de l'Emploi a confié à l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) une mission relative aux innovations organisationnelles et techniques dans le champ de la santé au travail. La lettre vise particulièrement les services chargés de la prévention et de la santé au travail, que ces derniers relèvent d'un statut associatif (SPST interentreprises, ou SPSTI, au nombre de 176 en 2023), soient intégrés dans les entreprises de plus de 500 salariés qui en font le choix (SPST autonomes ou SPSTA, au nombre de 414 en 2023) ou du régime agricole (services de santé au travail agricoles, ou SSTA, intégrés dans les caisses locales de la Mutualité sociale agricole – MSA –, au nombre de 35 en 2023).

[13] La mission a été confiée à Corinne Cherubini, à Frédéric Laloue et au docteur Philippe Magne.

[14] La lettre de mission identifie les sujets suivants, se rapportant tous aux conditions de l'innovation organisationnelle et technique dans les services chargés de la santé au travail :

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

[15] Sur le plan de sa méthode, **la mission a reposé sur des entretiens effectués au niveau national avec les parties prenantes de la santé au travail** (pouvoirs publics, partenaires sociaux, experts), des représentants de la santé publique, des représentants d'organisations internationales spécialisées (Organisation internationale du travail – OIT –, Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail – EU-Osha –), des organismes certificateurs et des éditeurs de logiciels pour les SPST. En outre, **la mission a rencontré des représentants** (présidents et membres de conseils d'administration, directeurs, équipes pluridisciplinaires) **de services chargés de la santé au travail de tous statuts en région parisienne, en Centre-Val de Loire, dans les Hauts-de-France, en Nouvelle-Aquitaine et, par visioconférence, à La Réunion :**

- Des SPSTI : l'APST 18 et SanT BTP (Centre Val de Loire), l'AIMST (Hauts de France), l'AH1 33 (Nouvelle-Aquitaine), Intermetra (La Réunion), Horizon santé travail et le CIAMT (Ile-de-France) ; en outre, la mission a rencontré les directions de SPSTI de rayonnement national (SPSTN, Thalie santé) et de structures nouvellement créées et agréées par l'Etat (Sano santé et Prévenir) ;

- Des SPSTA : les services d’Air France, d’Axa, de Danone, de L’Oréal, du Printemps, de la RATP, de l’établissement de Gien (Loiret) de l’entreprise pharmaceutique Pierre Fabre ;
- Des SSTA : MSA de Gironde et MSA de Berry-Touraine.

[16] D’après l’Insee, « **l’innovation désigne l’introduction sur le marché d’un produit ou d’un procédé nouveau ou significativement amélioré par rapport à ceux précédemment élaborés** par l’unité légale. » Une telle définition implique donc **de traiter, dans le présent rapport, à la fois le sujet de l’innovation et celui de la mesure de la performance** dans le champ de la santé au travail : innover, c’est introduire des nouveautés qui permettent d’améliorer le niveau du service. Or, la mesure de ce dernier pose aujourd’hui largement question.

[17] Le rapport retiendra une approche large de l’innovation, intégrant à la fois les innovations technologiques et les innovations organisationnelles, porteuses d’amélioration de la qualité de service et de réponses à la lancinante question de la diminution des effectifs de médecins du travail.

[18] *A contrario*, il convient de noter dès à présent que **la notion d’innovation ne peut être assimilée de manière univoque à l’idée de progrès**. Les innovations ont pour objectif d’améliorer la productivité et la qualité des biens et services produits. Mais, outre qu’elles peuvent échouer à accomplir ces objectifs, elles comportent fréquemment des effets non désirés (impacts environnementaux, sociaux, sanitaires, etc. d’innovations technologiques). Il est donc fondamental d’analyser, dans le présent rapport, à la fois les facteurs et manifestations des innovations, la performance des organisations et les liens qui peuvent être tissés entre les deux notions.

[19] L’une des questions posées par la lettre de mission concerne l’adaptation des services chargés de la santé au travail aux innovations qui ont innervé le monde de la santé publique, essentiellement par le biais de la diffusion des technologies de l’information.

[20] Le rapport se décompose en trois parties :

- Une analyse portant sur l’adaptation du système de santé au travail, et singulièrement des services chargés de la santé au travail, aux innovations organisationnelles suscitées par les récentes réformes ayant touché la médecine du travail (1) ;
- Une analyse des facteurs et des freins à l’innovation dans le système de santé au travail (2) ;
- Partant de ces constats, une série de propositions visant à dynamiser l’innovation dans le champ de la santé au travail (3).

[21] Le rapport est complété par une annexe méthodologique (annexe 1), et par neuf annexes thématiques détaillant les analyses et permettant au lecteur de prendre connaissance des données et constats qui les fondent :

- Les évolutions du cadre juridique des services chargés de la santé au travail et sa mise en œuvre (annexe 2) ;
- La notion d’innovation et le rôle de la puissance publique dans l’innovation (annexe 3) ;
- La démographie médicale en santé au travail (annexe 4) ;
- La santé publique dans les politiques de santé au travail (annexe 5) ;

- Les outils de régulation des services chargés de la santé au travail (annexe 6) ;
- La prise en compte du point de vue des bénéficiaires par les services chargés de la santé au travail (annexe 7) ;
- La performance globale des services chargés de la santé au travail (annexe 8) ;
- Exploitation des données des enquêtes annuelles de la Direction générale du travail (annexe 9) ;
- Exploitation des données de l'enquête ESENER 2024 de l'Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail (annexe 10).

Bref portrait des services chargés de la santé au travail

En 2023, 625 services sont chargés de la santé au travail² : 414 SPSTA (66,2 %), 176 SPSTI (28,2 %) et 35 SSTA (5,6 %). Les dépenses des entreprises en faveur de la prévention, qui associent les contributions aux services de médecine du travail et leur prise en charge directe, sont estimées par la Drees à 2,2 Mds€³.

Ces services emploient, en équivalent temps plein, 4 617 médecins du travail, 5 117 infirmiers de santé au travail, 2 786 intervenants en prévention des risques professionnels, 6 534 assistants de service de santé au travail. En outre, au sein du secteur agricole, 262 conseillers en prévention interviennent sur les questions de prévention des risques professionnels. Les délégations de visites aux infirmiers de santé au travail (ou infirmiers diplômés d'Etat en santé au travail - IDEST) progressent, mais la trajectoire sur les deux années d'enquête connues de la DGT apparaît modeste, et le niveau globalement faible au regard du potentiel de délégation : pour ce qui concerne les seules visites déléguables : 48 % en SPSTI (43,2 % en 2022) et 25,8 % en SPSTA (21,8 % en 2022). Les SSTA affichent un taux de 56,5 % en 2023.

Les services chargés de la santé au travail suivent 20,4 millions de travailleurs (dont un million d'intérimaires) : 6,9 % sont suivis par les SPSTA, 88,3 % par les SPSTI et 4,8 % par les SSTA. Au cours de l'année 2023, 8,9 millions de salariés ont bénéficié d'un suivi individuel réalisé par le médecin du travail dans 54 % des cas et par les IDEST dans 46 % des cas.

Les salariés sont suivis très majoritairement au titre d'une visite d'information et de prévention (VIP) dont la fréquence peut être adaptée en raison de leurs conditions de travail (salarié travaillant de nuit, ...) ou de leur situation personnelle (travailleurs en situation de handicap, ...). 6 % des salariés sont concernés par des suivis adaptés. Les salariés exposés à des risques particuliers (amiante, plomb, ...) bénéficient d'un suivi individuel renforcé. Ils représentent 23 % de l'ensemble des visites.

Les SPSTI ont réalisé 900 000 actions de prévention en 2023, et mis en place 150 cellules de prévention de la désinsertion professionnelle (PDP).

Le schéma le plus fréquent est celui d'un SPSTI à compétence interprofessionnelle (89 %) ; à quoi s'ajoute parfois une spécialisation sectorielle. Les SPSTA sont le plus souvent compétents à l'échelle d'une entreprise ou d'un groupe, plus rarement d'un ou plusieurs établissements ou d'une unité économique et sociale (UES).

² Enquête annuelle dématérialisée des services de prévention et de santé au travail, réalisée par la direction générale du travail (DGT), en application des articles D. 4622-57 du code du travail et article D. 717-39-8 du code rural et de la pêche maritime.

Parmi ces services, 69,3 % des SPSTA, 97,1 % des SPSTI et 100 % des SSTA ont répondu à l'enquête.

³ Ce montant est issu de la présentation du financement de la dépense courante de santé au sens international (fiches 22 et 23) des dépenses de santé en 2024 (édition 2025), panorama de la Drees.

La taille moyenne des SPSTI augmente avec le processus de fusions et la disparition de certains SPSTA. La moyenne des SPSTI se situe à 100 000 salariés suivis (91 000 en 2022), la moyenne de salariés suivis par SPSTA est de 4 900. Le nombre moyen de médecins par SPSTI est de 21 (17,3 ETP), en hausse en 2023 (20 médecins et 16,4 ETP en 2022), sans doute du fait de la concentration des SPSTI. Les écarts sont importants puisque 33 % des SPSTI comptent moins de 10 médecins, tandis que 8 % en comptent plus de 50. Le nombre moyen de médecins par SPSTA est de 4 et 58 % des SPSTA ne comptent qu'un seul médecin. On compte 5,6 médecins du travail en moyenne en SSTA.

1 Les services de prévention et de santé au travail (SPST) innovent en s'adaptant à des réformes profondes à un rythme soutenu

[22] Au cours des 15 dernières années, les services chargés de la santé au travail (SPSTI, SPSTA et SSTA) ont fait face à un rythme soutenu de réformes, dans l'objectif de faire face à la pénurie de médecins du travail et d'améliorer la qualité du service rendu. En particulier, ils ont engagé une modernisation très significative à la suite de la loi du 2 août 2021, transposant l'accord national interprofessionnel (ANI) du 9 décembre 2020. Cette loi a pour la première fois intégré des objectifs de santé publique au sein des missions des SPST.

[23] Si la performance relative du système français ne peut réellement être évaluée à l'aune des comparaisons internationales, ces dernières en révèlent certains traits particuliers : la santé au travail est en France plus médicalisée, plus normative et plus structurée qu'ailleurs en Europe. Au niveau national, il n'existe pas de consensus autour de la manière d'apprécier la performance des SPST. Les informations issues des enquêtes de satisfaction révèlent des appréciations correctes et relativement constantes de la part des entreprises adhérentes aux SPSTI.

1.1 Les réformes menées au cours des 15 dernières années, ont été essentiellement motivées par la recherche de temps médical et d'une amélioration de la qualité de service

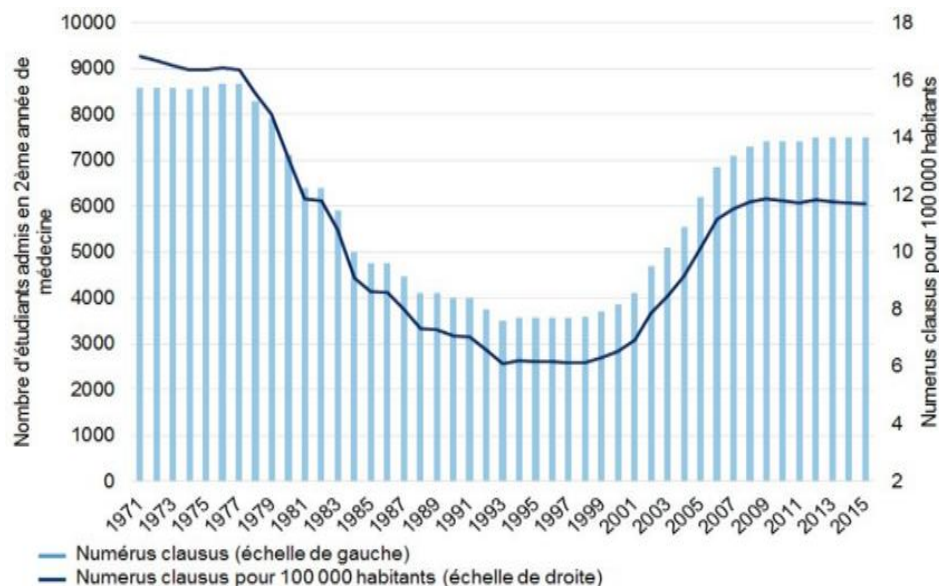
1.1.1 La raréfaction actuelle de la démographie médicale touche toutes les disciplines, dont la médecine du travail

1.1.1.1 La démographie médicale générale commence tout juste à sortir de l'ornière

[24] À partir de la fin des années 70, les politiques successives ont visé à diminuer le nombre de médecins en activité en réduisant le nombre de places ouvertes au concours de fin de première année des études médicales.

[25] Devant le constat de l'existence de déserts médicaux et d'un nombre croissant de patients sans médecin traitant, dans les années 2000 le *numerus clausus* connaît une augmentation modérée et en 2020 le *numerus clausus* fait place au *numerus apertus*.⁴

Graphique 1 : Évolution du *numerus clausus* en médecine entre 1971 et 2015



Source : Direction générale du Trésor, lettre Trésor-Eco n° 247, in : Sénat, Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi, adoptée par l'Assemblée nationale, visant à améliorer l'accès aux soins par la territorialisation et la formation, M. Khalifé Khalifé, juin 2025

[26] **Le nombre total de médecins diplômés** inscrits à l'Ordre (toutes disciplines confondues et modes d'activité) **augmente depuis 2010, majoritairement portée par les médecins retraités ayant conservé une activité et les médecins en « activité intermittente »**⁵.

[27] Le nombre de médecins en « activité régulière » entre 2010 et 2025 n'augmente que de 0,6 % en quinze ans et leur nombre a connu une baisse continue entre 2010 et 2023. Ces données et les projections de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) 2024 – 2050⁶ indiquent que la démographie médicale globale est étale à son niveau bas

⁴ Le nombre de places en fin de première année commune aux études de santé pour l'accès au cursus de médecine n'est plus fixé par le ministère chargé de la santé, mais déterminé chaque année par les agences régionales de santé (ARS) et les doyens des facultés de médecine dans chaque région, en fonction des besoins régionaux estimés. Encore ce nombre de place reste-t-il limité, soit par les capacités d'accueil en formations théoriques des Unités de formation et de recherche (UFR) médicales ou en santé, soit par les capacités d'accueil en stages cliniques des étudiants hospitaliers.

⁵ Les médecins retraités ayant conservé une activité sont passés de 5 012 en 2010 à 22 882 en 2025 (augmentation de 458%) et les médecins en « activité intermittente » (parmi lesquels une part importante de jeunes médecins qui restent plusieurs années sur des statuts de remplaçants ou d'intérimaires sans s'installer directement au sortir du troisième cycle et de la thèse) qui sont passés de 10 006 en 2010 à 17 134 en 2025, soit une progression de 71%. Source : Cnom, Atlas 2025 de la démographie médicale.

⁶ Ces projections sont basées sur les hypothèses de projection de 8 700 étudiants admis en deuxième année d'études médicales et d'un flux de diplômés à l'étranger par an de 1 200 médecins montrent une augmentation constante à partir de 2024.

depuis les années 2010, et commence à se corriger à partir de 2023, avec une augmentation qui devrait être plus sensible à partir de 2030.

[28] **Toutefois, ces données considèrent des effectifs globaux sans prendre en compte la quotité d'activité des médecins** (tous les médecins n'exercent pas une activité à temps plein). De plus, la population française s'accroît et vieillit, avec l'augmentation de la durée de vie, ce qui accroît la prévalence des maladies chroniques et les besoins en soins, mais aussi en prévention.

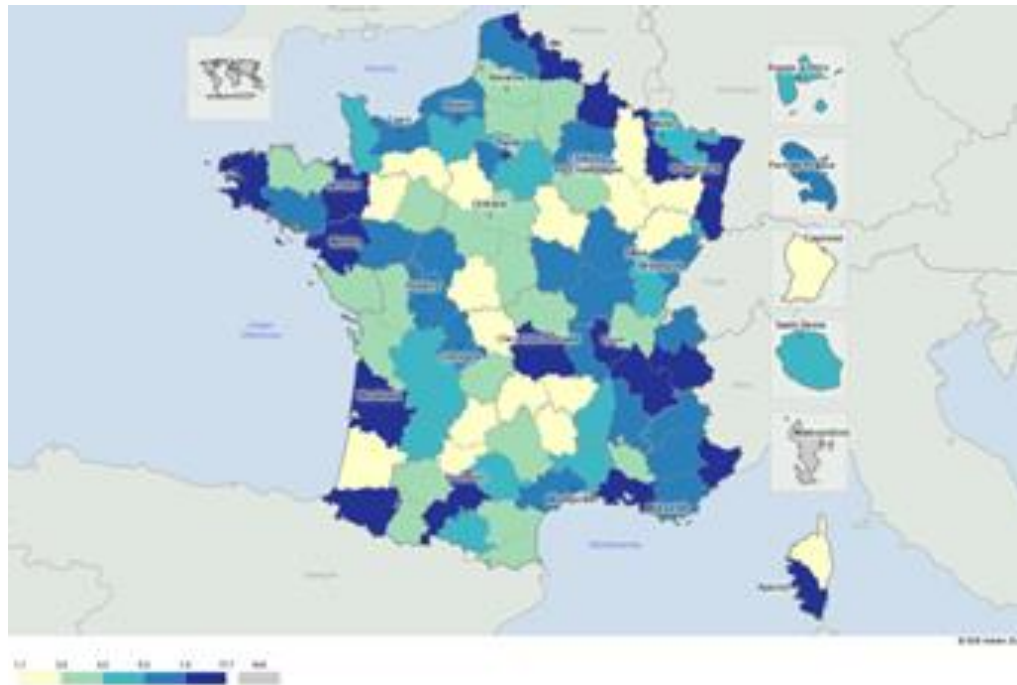
[29] Entre 2010 et 2025, la densité médicale pour 100 000 habitants, toutes activités confondues, augmente de 5,65 % alors que celle des médecins à activité régulière a diminué de 5,26 %, avec les mêmes réserves que ci-dessus sur les quotités de travail.

1.1.1.2 La médecine du travail n'échappe pas à la tendance générale, avec une difficulté supplémentaire concernant son attractivité

[30] Selon la Drees, **la démographie médicale en médecins du travail est au plus bas, la diminution devant probablement se prolonger jusqu'en 2030, avec une projection à 3 565 médecins du travail en poste** (- 17 % par rapport à 2024)⁷, certains territoires étant d'ores et déjà fortement affectés par la pénurie de ressource médicale.

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

Carte 1 : Densité de médecins du travail pour 100 000 habitants, par département



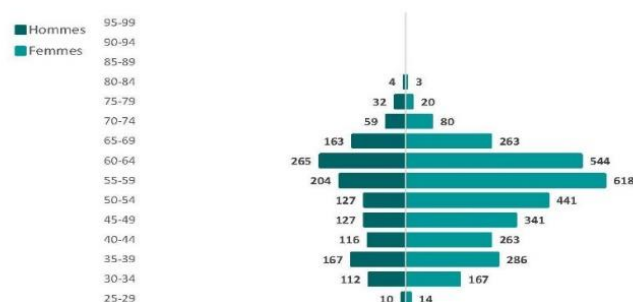
Source : Cnom, Atlas 2025 de la démographie médicale, tome 2

⁷ ASIP-Santé RPPS, traitements Drees - données au 1er janvier 2022, cité dans le Bilan des conditions de travail 2023, Edition 2024.

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

Graphique 2 : Pyramide des âges des médecins du travail, France, 2025

Figure 27 - Pyramide des âges – Médecine du travail



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

[33] Les inégalités sont fortes entre les différents types de services chargés de la santé au travail (Cf. *infra*).

1.1.2 Les réformes législatives successives élargissent les profils des professionnels et mettent en place des nouvelles organisations pour pallier la rareté médicale

1.1.2.1 Le profil des professionnels de santé se diversifie au fil des réformes

[34] Des mesures législatives ont été successivement mises en place pour essayer de compenser la décroissance démographique des médecins du travail.

[35] Sous sa responsabilité et sur la base de protocoles écrits, le médecin du travail a la possibilité de déléguer certaines visites à des internes en médecine du travail à partir de 2011, des collaborateurs médecins⁸ et des infirmiers diplômés d'Etat de santé au travail (IDEST)⁹.

⁸ Le collaborateur médecin est un médecin non spécialiste en médecine du travail et engagé dans une formation en vue de l'obtention de la qualification en médecine du travail auprès de l'ordre des médecins. Sa formation dure quatre ans, mais il peut dès la première année travailler au sein des SPST sous la supervision d'un médecin qualifié en médecine du travail.

⁹ Depuis la loi du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail, les IDEST justifiés d'une formation théorique de 240 heures et d'un stage de pratique professionnelle en santé au travail de 105 heures.

[36] La loi de 2021, introduit une voie supplémentaire, les « médecins praticiens correspondants ». Ce dispositif, en cours de construction ne s'appliquera¹⁰ que dans des zones caractérisées par un nombre ou une disponibilité insuffisante de médecins du travail¹¹.

1.1.2.2 Au fur et à mesure des nombreuses réformes législatives, le suivi individuel des salariés a été constamment modifié et a changé de sens

[37] Au cours des deux dernières décennies, on compte sept modifications législatives¹² dont deux sont entièrement dédiées à la santé au travail :

- La loi n°2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail ;
- La loi n°2021-2018 du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail.

[38] **Toutefois, c'est la loi du 8 août 2016 qui modifie en profondeur le système de suivi individuel des salariés qui reposait alors sur une délivrance systématique d'un avis d'aptitude** (ou d'inaptitude) au poste de travail et ce pour l'ensemble des salariés.

[39] Dorénavant, seuls les salariés bénéficiant d'un suivi individuel renforcé (SIR), ou affectés sur un poste de travail à risque identifié comme tel par l'employeur, se voient délivrer un avis d'aptitude lors de leur embauche et des visites périodiques. Pour les autres salariés, l'objet de la visite n'est plus l'aptitude. Ces salariés bénéficient d'une visite d'information et de prévention (VIP) lors de leur embauche, puis périodiquement. En outre, pour tous les salariés, la loi espace le rythme des rendez-vous obligatoires.

[40] **Les médecins du travail conservent seuls la compétence pour délivrer un avis d'inaptitude** avec aménagement du poste de travail ou dispense de reclassement, dans les cas d'incompatibilité entre la santé du salarié et ses conditions de travail.

[41] Au fil des réformes s'ajoutent des visites liées à la situation personnelle des salariés pour renforcer la prévention ou répondre à des besoins ponctuels des salariés dans le but de préserver leur insertion professionnelle ou d'assurer une meilleure traçabilité de leurs expositions professionnelles. Ces visites sont actuellement au nombre de six :

- Pré-reprise en cas d'arrêt de travail de plus de 30 jours ;

¹⁰ Deux arrêtés pour que le dispositif soit effectif sont en cours de consultation.

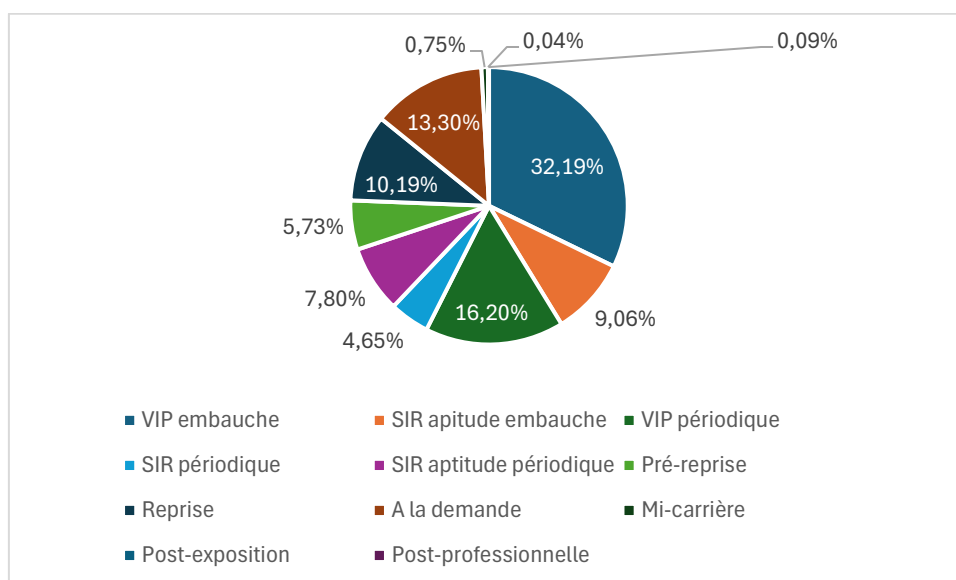
¹¹ Le directeur général de l'agence régionale de santé territorialement compétent se fonde sur un diagnostic territorial en matière de santé au travail pour déterminer par arrêté, pour une durée maximum de cinq ans, révisable en tant que de besoin et en concertation avec les représentants régionaux du conseil de l'Ordre des médecins, la ou les zones et en lien avec le Dreets.

¹² Loi n°2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, loi n°2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites, loi n°2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail loi n°2015-994 du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi dite loi Rebsamen, loi n°2016-1088 du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels, loi n°2018-217 du 28 mars 2018 ratifiant diverses ordonnances prises sur le fondement de la loi n°2017-1341 du 15 septembre 2017 d'habilitation à prendre par ordonnances les mesures pour le renforcement du dialogue social et loi n°2021-2018 du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail

- Reprise après un congé maternité, une absence pour maladie professionnelle, une absence d'au moins 30 jours pour cause d'accident du travail, une absence d'au moins 60 jours pour cause de maladie ou d'accident non professionnel ;
- À la demande du salarié, de l'employeur ou du médecin du travail ;
- Mi-carrière pour tout travailleur l'année de ses 45 ans ou à une échéance fixée par accord de branche ;
- Post-exposition (en cours de carrière) lorsque l'exposition a des risques particuliers pour la santé cesse ;
- Post-professionnelle (fin de carrière) lors du départ en retraite en cas de suivi individuel renforcé ou d'exposition à des risques professionnels avant la mise en place de la SIR en 2017.

[42] En 2023, environ 70% des 9 millions de visites au total correspondent à des visites d'embauche et des visites périodiques¹³.

Graphique 3 : Répartition des différents types de visites en 2023



Source : -Direction générale du travail, traitement mission

[43] **Les VIP centrées sur la prévention et les visites personnalisées visant à prévenir la désinsertion professionnelle sont nettement majoritaires.** La visite de prévention a donc suppléé la visite reconnaissant l'aptitude, l'examen systématique de l'aptitude ne représentant plus qu'une visite sur six.

[44] Au total, en 2023, pour l'ensemble des visites, un avis d'inaptitude a été émis dans 1,6 % des visites hors le secteur agricole.

¹³ L'annexe n°2 présente la part des visites liées à la situation personnelle par type de service.

1.1.2.3 L'effacement de la notion d'aptitude systématique s'inscrit dans un contexte de développement de l'équipe pluridisciplinaire

[45] La notion d'équipe pluridisciplinaire, coordonnée par le médecin du travail, est introduite par la loi 2002¹⁴ qui prévoit la possibilité de faire appel à des intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP). **Cette évolution ouvre la voie au recrutement de nouvelles compétences professionnelles auprès du médecin du travail, en recourant à une large palette de métiers attachés au champ de la santé et à la prévention des risques professionnels.**

[46] Cette pluridisciplinarité peinant à se mettre en place, la loi de 2011 en facilite le déploiement¹⁵.

[47] Depuis la loi de 2021, un nouveau cap est franchi avec la possibilité pour le médecin du travail de confier l'animation de l'équipe pluridisciplinaire à l'un de ses membres, ce qui pourrait décentrer le prisme médical des services de santé au travail, qui distingue la situation de la France de celle de nombreux autres pays européens (Cf. *infra*).

1.2 Les SPST s'adaptent notamment sous l'effet de la loi de 2021, mais le rythme des changements se révèle disparate selon les services

[48] Les SPST sont engagés dans un processus de réforme qui a largement été accéléré par la loi du 2 août 2021. Comme le soulignait le rapport parlementaire de février 2025¹⁶, il est encore trop tôt pour réaliser un bilan des implications de cette réforme, mais la mise en mouvement du secteur est avérée.

1.2.1 Si la pluridisciplinarité s'est installée, les niveaux des délégations de tâches aux infirmiers sont très hétérogènes, et particulièrement peu élevés dans les SPST autonomes

1.2.1.1 La pluridisciplinarité, qui s'est développée sous des formes variées, enrichit les compétences médicales

[49] **La pluridisciplinarité, spécificité des services de prévention et de santé au travail interentreprises et des services de santé au travail en agriculture, est aujourd'hui en place.** Au sein des SPSTI, en 2023, l'enquête annuelle de la DGT dénombre 0,8 ETP d'IDEST pour un médecin du travail et 0,6 ETP d'IPRP. Au sein des SSTA, le ratio est d'un IDEST pour un médecin du travail. Par ailleurs, au sein des MSA, pour un médecin du travail, on compte 1,2 conseiller en prévention des risques professionnels.

¹⁴ Loi n°2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale

¹⁵ Initialement, les recrutements ont porté sur des spécialistes en hygiène et sécurité, des ergonomes ou des toxicologues. Puis, des psychologues, des assistants sociaux voire des kinésithérapeutes, des diététiciens ont été embauchés ou interviennent en tant que prestataires.

¹⁶ Assemblée nationale, rapport d'information sur la mise en application de la loi n° 2021-1018 du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail, présenté par Mme Nathalie COLIN-OESTERLÉ et M. Sébastien DELOGU, députés, 19 février 2025

[50] Cette composition de l'équipe permet d'élargir le regard médical pour appréhender les différentes composantes de santé et de sécurité liées à l'activité des salariés et aux process de production.

[51] **Au sein des SPSTI, le format de l'équipe est modulaire en fonction des choix stratégiques de la gouvernance et des caractéristiques des entreprises adhérentes.** D'après les constats réalisés par la mission, coexistent fréquemment au sein des SPSTI :

- Une équipe de proximité composée du médecin du travail qui pilote l'équipe, d'un infirmier à temps complet ou partagé avec une autre équipe et d'un assistant en santé au travail éventuellement à temps partagé ;
- Une équipe élargie, en cohérence avec la sectorisation du service, avec des préventeurs (ergonome, technicien et ingénieur hygiène-sécurité-environnement, etc.) et des professionnels partagés pour l'ensemble du service ou de multiples équipes pluridisciplinaires (toxicologue, psychologue, etc.).

[52] **Au quotidien, outre les échanges au fil de l'eau, le fonctionnement des équipes est hétérogène.** Il repose soit sur des temps organisés, soit sur des regroupements épisodiques non programmés, soit sur la pratique concurrente de ces deux modalités.

[53] Plus on s'éloigne du cœur de l'équipe pluridisciplinaire composée du médecin du travail, de l'infirmier de santé au travail et d'un assistant, plus les professionnels qui interviennent sont susceptibles d'être des prestataires externes au SPSTI.

[54] **Au sein des SSTA, la composition est plus homogène, mais les expertises sont moins diversifiées.** L'équipe repose sur les médecins du travail et les infirmiers de santé au travail qui coopèrent avec le service de prévention des risques professionnels, dans lequel opèrent les conseillers en prévention des risques professionnels.

1.2.1.2 La délégation de tâches des médecins du travail aux infirmiers de santé au travail est croissante mais inégale selon les types de services

[55] **Le mouvement de délégation a été croissant mais il est très inégal selon les types de services et peu élevé dans les SPSTA**¹⁷. En 2023, au sein des SPSTI, les infirmiers ont réalisé 48 % des visites individuelles déléguables¹⁸ contre 43,2 % en 2022. Le mouvement est bien moins élevé quoiqu'en augmentation au sein des SPSTA (25,8 % en 2023 après 21,7 % en 2022)¹⁹. Les SSTA vont encore plus loin avec un taux de réalisation des visites déléguables de 56,5 % en 2023.

[56] **Toutes ces catégories de services disposent de marges de progression dans les délégations.** Les visites d'information et de prévention et les visites de suivi périodique sont loin d'être systématiquement déléguées, alors qu'elles ne posent pas de difficultés techniques, et que la création en 2016 de ces nouveaux types de visites était clairement destinée à permettre ces délégations. La situation des SPSTA est singulière : plus de 40 % des VIP initiales et plus de 60 %

¹⁷ Ces éléments sont détaillés en annexe 8.

¹⁸ Parmi l'ensemble des visites effectuées en 2023, 83 % des visites sont juridiquement déléguables.

¹⁹ La base de répondants est toutefois fragile en raison du nombre de réponses complètes qui progresse (65 % en 2022 et 69,3 % en 2023) mais reste partiel d'autant que les répondants de 2022 n'ont pas systématiquement participé à l'enquête de 2023.

des visites périodiques y sont assurées par les médecins du travail. Un quart des SPSTA ne pratiquent quasiment aucune délégation (7,1 % de visites déléguées en 2023 contre 23,5 % en moyenne pour l'ensemble des SPSTA). La taille moyenne des entreprises de ce premier quartile était de 2 214 salariés, contre une taille moyenne de 4 895 salariés pour l'ensemble des entreprises dotées de SPSTA.

[57] **L'existence d'une ressource médicale abondante correspond à de moindres délégations de visites.** Les travaux du pôle data de l'Igas montrent qu'un taux élevé de délégations de tâches, au sein des SPST, est associé à des niveaux plus limités d'effectifs médicaux (Cf. annexe 8). C'est donc la nécessité qui pousse les services chargés de la santé au travail à opérer des délégations, et ces dernières interviennent d'autant plus fréquemment lorsque les services n'ont pas le choix, ou un choix d'organisation interne moins étendu.

[58] **Les délégations sont pilotables et pilotées par les services de santé au travail.** Dans les territoires soumis à de fortes pénuries en médecins du travail, les directeurs des services peuvent conserver un potentiel de visite déléguable pour faire face à d'éventuels départs des médecins du travail. La direction d'un SPSTI a expliqué avoir à ses yeux suffisamment développé les délégations au regard de ses ressources médicales, et conserver la possibilité d'aller plus loin, à l'avenir, si ses ressources devaient être réduites. Dans cette hypothèse, le service indique pouvoir promouvoir à la fois les délégations de visites de pré-reprise et les téléconsultations, afin de se dégager des marges de manœuvre.

[59] **Au-delà même des catégories des tailles et choix stratégiques des services, le nouvel espace de collaboration des professionnels de santé que constitue la délégation demeure largement « médecin du travail dépendant »** malgré les travaux de concertation des collectifs de travail. La décision de déléguer et son ampleur sont à la main du médecin du travail, qui engage sa responsabilité à travers cette pratique, même si plusieurs services de santé au travail ont mis en place des procédures plus collectives (Cf. *infra*).

[60] Enfin, **les infirmiers de santé au travail expriment parfois des réserves sur les compétences requises pour assurer toutes les visites déléguables.** Ces interrogations partagées avec les médecins du travail se traduisent dans les niveaux de délégation qui varient considérablement en fonction du type de visite, de l'ancienneté de ce mode d'exercice et de l'expérience de l'IDEST.

Tableau 1 : Taux de délégation pour les seules visites déléguables, par type de visite et de service

Nature des visites	SPSTI		SPSTA		SSTA
	2022	2023	2022	2023	2023
EMBAUCHE					
VIP initiale	67,2 %	72,6 %	50,5 %	59,2 %	86,4 %
PERIODIQUE					
VIP périodique	60,8 %	66,3 %	31,9 %	38,7 %	82,4 %
SIR intermédiaire	81,6 %	86,0 %	59,0 %	53,3 %	97,0 %
AUTRES					
Pré-reprise	0,5 %	1,0 %	0,3 %	0,9 %	0,2 %
Reprise	0,9 %	0,3 %	0,3 %	1,5 %	3,0 %
A la demande	2,0 %	4,0 %	9,6 %	6,0 %	1,8 %

Mi-carrière	25,0 %	38,5 %	4,9 %	18,6 %	80,1 %
Total pour les visites déléguables	43,2 %	48,0 %	21,7 %	25,8 %	56,5 %

Source : Délégation générale du travail, traitement mission

[61] Les visites qui correspondent à des périodicités précisément définies par le Code du travail se caractérisent par des niveaux élevés de délégation. **En revanche, ce sont les visites de pré-reprise, de reprise et les visites à la demande, qui mettent plus fortement en tension le lien santé et activité professionnelle. Ces visites ne sont déléguables que depuis 2021. Elles ne sont aujourd'hui quasiment pas déléguées, sauf les visites de reprise après un congé maternité.** S'agissant des visites de pré reprise et de reprise hors maternité, ce faible niveau de délégation s'explique largement par le fait que ces visites s'accompagnent régulièrement de décisions d'aménagement de poste, qui relèvent de la compétence exclusive du médecin du travail.

[62] Plusieurs SPST rencontrés par la mission étudient, au sein des commissions médico-techniques, la possibilité d'étendre les délégations de visites. Ils avancent souvent par expérimentation pour identifier précisément les conditions requises. Ces expérimentations permettent d'apprécier les accompagnements utiles et de nourrir les travaux de la commission médico-technique.

[63] Globalement, les délégations sont exercées avec une grande autonomie par les infirmiers qui réorientent peu les salariés vers les médecins du travail. En effet, on dénombre 1,75 % à 3 % de réorientations en fonction des types de visites et de services pour des situations qui, dans la quasi-totalité des cas, posent la question de l'aménagement du poste de travail du salarié voire de son inaptitude.

1.2.2 Au fur et à mesure des réformes, certains métiers ont profondément évolué tandis que d'autres émergent

1.2.2.1 Avec les réformes successives, les fonctions de direction et des professionnels de santé se sont régulièrement transformées

[64] Au sein des SPSTI, la fonction de directeur²⁰ reconnue par la loi de 2011 est confortée par la loi de 2021. La reconnaissance de cette fonction accompagne **le passage d'un service de santé au travail essentiellement porté par l'exercice individuel du suivi médical à un collectif de travail piloté et managé dans un objectif de prévention collective.**

[65] Le directeur est dorénavant le responsable exclusif du bilan d'activité du service²¹ et fortement investi dans la mise en place de la certification. Dans ce cadre il formalise, en lien avec

²⁰ Au sein des SPSTA, les services sont rattachés à la fonction ressources humaines et, en cas de pluralité de médecins du travail, un médecin coordonnateur anime le travail des médecins, des infirmiers et des autres professionnels. Au sein des SSTA, le service est dirigé par un médecin du travail chef qui dirige trois grandes entités : les médecins du travail et les infirmiers en santé au travail, l'assistance administrative des professionnels de santé, les conseillers en préventions et leur assistance administrative.

²¹ Jusqu'à la loi de 2021, les médecins du travail élaboraient un rapport d'activité personnel transmis à la Dreets.

les médecins du travail et les représentants des différents métiers du service, le processus de travail.

[66] Au fil des réformes, les professionnels de santé au travail ont dû faire preuve d'agilité et ont vu leur champ d'intervention s'élargir :

- Les attributions du médecin du travail se sont diversifiées et ont conduit à faire évoluer son positionnement en coordonnateur de l'équipe pluridisciplinaire, tant en matière de visite médicale que sous l'angle de la prévention des risques professionnels. Aujourd'hui, il partage le suivi individuel des salariés avec l'IDEST et se retrouve en charge des situations les plus complexes. Parallèlement, il oriente le travail de l'équipe au quotidien en combinant les axes du projet pluriannuel de service, les conseils et les études nécessaires au suivi individuel des salariés et le respect, mis en lumière avec la certification²², de la réglementation liée à la fiche d'entreprise²³ ;
- Les missions des infirmiers de santé au travail continuent à s'étoffer. Sous l'autorité du médecin du travail, ils sont partie prenante du suivi des salariés. Mais, dans les faits, leur rôle va au-delà. Dans les SPSTI, ils participent aux actions de prévention et, dans plusieurs services, leur planning est organisé pour qu'ils puissent, chaque semaine, intervenir dans les entreprises et participer aux actions d'information à la manière de la règle du "tiers temps"²⁴ qui prévaut en droit pour les seuls médecins du travail. Ils peuvent également formuler auprès du médecin du travail des préconisations d'aménagements de poste de travail ;
- Le rôle des IPRP ne cesse de s'étendre. La mission a pu observer que leur action est de plus en plus intégrée à celle des autres membres de l'équipe pluridisciplinaire, et se diversifie à travers des actions de prévention de plus en plus variées (Cf. les encadrés *infra*).

1.2.2.2 Sous l'effet de la loi de 2021, des nouveaux métiers ont été créés dans les services de prévention et de santé au travail interentreprises (SPSTI)

[67] La loi de 2021 est indirectement à l'origine de la création de nouveaux métiers qui font écho aux exigences de notoriété des services et au développement des processus qualité :

- **La fonction de communication pour mieux faire connaître l'ensemble des missions des services** particulièrement à destination des TPE²⁵ et dépasser l'équation : SPSTI = visite individuelle des salariés. Cette évolution est un véritable enjeu tant à l'égard des chefs d'entreprise que des salariés et de leurs représentants ;

²² Selon la Spec 2217 et 2218 : le SPSTI et le SSTA doivent mettre en œuvre en tant que de besoin, le rattrapage de la réalisation et/ou de l'actualisation des fiches d'entreprise afin de satisfaire aux dispositions réglementaires.

²³ Pour chaque entreprise ou établissement, le médecin du travail ou, dans les services de prévention et de santé au travail interentreprises, l'équipe pluridisciplinaire établit et met à jour une fiche d'entreprise ou d'établissement sur laquelle figurent, notamment, les risques professionnels et les effectifs de salariés qui y sont exposés. (C. trav., art. R. 4624-46).

²⁴ L'article R. 4624-4 du Code du travail prévoit que les médecins du travail consacrent au moins un tiers de leur temps (150 demi-journées de travail effectif annuel pour un médecin à temps plein) pour coordonner l'équipe pluridisciplinaire et réaliser des actions en milieu de travail.

²⁵ Au sein des SPSTI, les TPE représentent les trois quarts des adhérents.

- **La fonction qualité pour préparer et faire vivre la certification du service.** En effet, au-delà de la formalisation des procédures, ce travail porte de nombreux questionnements (pourquoi on le fait ? comment on le fait ? est-ce que cela s'inscrit dans les orientations du service ? etc.). Pour assurer une meilleure cohérence, cette réflexion met également en jeu l'évolution des gestes professionnels.

[68] En outre la certification implique une évaluation régulière et la mise en œuvre d'actions de correction (Cf. *infra*).

1.3 La loi de 2021 conforte les missions de prévention et oriente l'action vers la santé publique tout en mettant l'accent sur la transparence des prestations délivrées par les services

1.3.1 A partir de 2021, le volet de prévention prend une nouvelle dimension

[69] La dernière réforme met l'accent sur la prévention en renforçant l'évaluation des risques professionnels et en prévenant la désinsertion professionnelle. Le champ de l'évaluation des risques professionnels est élargi et les appuis des employeurs sont accrus.

[70] Le document unique d'évaluation des risques professionnels (Duerp) doit évaluer les risques pour la santé et la sécurité et dorénavant intégrer les aspects liés à l'organisation du travail. Pour y parvenir et accroître le nombre de Duerp puis l'élaboration de plans d'actions, les services interentreprises chargés de la santé au travail sont mobilisés. **Les SPSTI doivent conseiller l'employeur pour la réalisation du document unique et doivent être destinataires du Duerp ainsi que de ses mises à jour.**

[71] Pour développer cette nouvelle mission, les services ont pris plusieurs initiatives en déployant notamment de nouveaux outils (Cf. l'encadré *infra*). Les conseils pour l'élaboration du Duerp représentent néanmoins une faible part des actions en milieu de travail (5 %), tandis que les fiches d'entreprises, qui sont directement réalisées par les SPSTI, représentent, 23 % de ce total.

Une innovation organisationnelle : la généralisation d'un module de réalisation du document unique d'évaluation des risques professionnels

L'un des SPSTI visités par la mission a pris l'initiative de proposer le module de réalisation du Duerp de son éditeur par défaut à l'ensemble de ses entreprises adhérentes. Concrètement, l'interface entre le SPSTI et les entreprises impose un cheminement dans l'application qui implique pour l'adhérent d'évaluer ses risques professionnels.

Le module n'est pas obligatoire : les entreprises adhérentes peuvent demander à s'en extraire, mais cela implique une démarche volontaire de leur part, que peu font en pratique. Le module est intégré dans l'offre socle, et ne fait donc pas l'objet d'une tarification spécifique par le SPSTI. Le surcoût, compris dans la cotisation, peut être évalué entre 20 et 30 € par adhérent pour le SPSTI.

L'impact de ce choix stratégique est majeur : le taux de couverture par les Duerp est très élevé, avec près de 96 % des entreprises couvertes dans le périmètre d'intervention du SPSTI. Il s'agit d'une innovation dont l'efficacité est spectaculaire : alors que l'évaluation des risques professionnels est encore trop peu diffusée en France, positionnant le pays parmi les moins performants d'Europe, cette innovation organisationnelle permet d'atteindre des taux inégalés. La qualité des évaluations, et surtout la mise en œuvre des plans d'action associés, devront être évalués, mais l'initiative de ce SPSTI est d'ores et déjà un levier de progrès important. Ce dernier envisage aujourd'hui de déployer les fiches d'entreprise avec la même logique systématique.

[72] Par ailleurs, **la loi de 2021 a introduit l'obligation de mettre en place une cellule de prévention de la désinsertion professionnelle (PDP) au sein des SPSTI**. La PDP désigne l'ensemble des politiques destinées à repérer le plus en amont possible les risques de désinsertion et à mettre en place des dispositifs permettant de les éviter et ainsi de maintenir en emploi le travailleur, ou de favoriser son retour en emploi.

[73] Nombre de SPSTI ont mis en place des cellules PDP pour répondre aux attentes des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens. C'est la loi de 2021 qui a prévu la systématisation de ces cellules. En 2023, 88 % des SPSTI (contre 75 % en 2022) étaient dotés d'une cellule et satisfaisaient ainsi à un des trois piliers de l'offre socle²⁶. 5 % des services avaient mutualisés cette cellule.

[74] Le fonctionnement et les résultats de cette cellule chargée de détecter et d'accompagner certaines situations individuelles et d'agir auprès des employeurs ont récemment été analysés par l'Igas²⁷ qui a mis en lumière des choix d'organisation divers. La mission consacrée à la PDP relève que la répartition des rôles entre partenaires demeure peu lisible, même si elle constate de bonnes collaborations entre les SPSTI et les services sociaux de l'assurance maladie. Cette complexité rend le système peu évaluable compte-tenu de l'outillage historiquement insuffisant des échanges de données entre partenaires. Enfin, l'objectif de détection précoce des personnes en risque de désinsertion professionnelle ne doit pas faire passer au second plan l'impératif de progresser sur le suivi des résultats de la PDP. Il est relevé que ni les SPSTI ni l'assurance maladie ne sont suffisamment investis dans le suivi ex post des salariés qu'ils ont accompagnés dans le cadre de la PDP.

²⁶ L'offre socle est composée de trois axes : le suivi individuel de l'état de santé des salariés, la prévention des risques professionnels et la prévention de la désinsertion professionnelle.

²⁷ Igas, *Prévention de la désinsertion professionnelle : détecter le risque, coordonner les acteurs*, juillet 2025

1.3.2 La réforme de 2021 ouvre une nouvelle voie en introduisant la prévention de santé publique dans les compétences des SPST

[75] Les plans de santé au travail intègrent de manière croissante les enjeux de santé publique, sous l'effet de la prise en compte de l'exposome²⁸, du concept « One health »²⁹ puis lors de la crise sanitaire liée au Covid-19.

[76] Mais c'est la loi de 2021 qui confie explicitement cette mission aux services de prévention et de santé au travail : l'article L. 4622-2 du Code du travail dispose que ces derniers « *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* ».

1.3.2.1 Plusieurs thèmes du projet de stratégie nationale de santé peuvent être liés à la santé au travail

[77] **La stratégie nationale de santé (SNS) 2023 - 2033³⁰ définit des priorités** visant notamment la lutte contre le tabac, la prévention et la lutte contre les conduites addictives, le dépistage des cancers, le développement de l'activité physique et sportive, l'amélioration du sommeil de qualité, la prévention des maladies transmissibles par la vaccination, etc.

[78] La Direction générale de la santé (DGS), dans son projet stratégique³¹ intègre la nécessité de développer des interfaces avec le monde du travail.

Projet stratégique de la DGS 2024- 2026 – objectif 2.6 : renforcer l'action auprès des employeurs

En lien avec la Direction générale du travail, il s'agit de « *favoriser à la fois la santé au travail et la santé dans le milieu de travail* » notamment en :

- renforçant la coopération entre médecin du travail et médecin traitant ;
- en promouvant la mise en place d'actions collectives de prévention et de promotion de la santé, afin de décloisonner les approches de santé publique, santé au travail et santé-environnement ;
- ciblant le repérage du risque cardio-vasculaire et de la souffrance psychique ;
- et en identifiant les synergies entre les plans de santé au travail et la santé des femmes.

²⁸ L'exposome, concept introduit en 2005, est défini comme l'ensemble des expositions, notamment à des agents chimiques, biologiques, physiques et des influences socio-économiques, subies par un individu ou une population durant la vie entière (rapport de l'Académie nationale de médecine 24-02. « L'exposome, une contribution majeure pour la prévention », Robert Barouki (Rapporteur), Yves Lévi, au nom du groupe de travail et de la Commission 6 ; 28 mars 2024).

²⁹ L'initiative « One Health » (« une seule santé ») née au début des années 2000, amène à considérer la santé de façon holistique dans une approche intégrée et systémique concernant les humains, les animaux non humains, les végétaux OMS, page Principaux repères / Une seule santé, MAJ 23 octobre 2023).

³⁰ Non publiée à ce jour

³¹ « La santé publique en action, projet stratégique 2024-2026 », Direction générale de la santé, juin 2024

1.3.2.2 Le choix et la nature des thèmes de prévention de santé publique sont différemment mis en œuvre selon les SPST

[79] **La mission de santé publique est diversement entendue et mise en œuvre par les équipes médicales au sein des SPST.** Pour les médecins du travail rencontrés par la mission, deux interprétations coexistent :

- Soit la mise en œuvre de la prévention primaire axée sur les pathologies et traumatismes directement provoqués par le travail, et les préventions secondaire et tertiaire des conséquences de ces pathologies sur l'exercice du travail ;
- Soit une prise en charge intégrant plus largement la prévention primaire et secondaire avec le dépistage des facteurs de risque de maladies, en arguant que la survenue de ces maladies peut être de plus à l'origine d'accidents de travail (accident vasculaire cérébral survenant à l'occasion du pilotage d'une machine, par exemple), ou d'arrêts maladie susceptibles de diminuer la capacité de production de l'entreprise, parfois à long terme, en nécessitant ensuite le cas échéant un aménagement du poste de travail.

[80] En pratique, selon les convictions et expériences des médecins du travail, des choix de la gouvernance relatifs aux investissements en matériels et de la disponibilité des locaux, les dépistages, qui ressortissent à la fois de la santé au travail et de la santé publique peuvent se faire diversement. Il peut s'agir de méthodes simples, à l'occasion des consultations (mesure de la pression artérielle, tests urinaires, mesure du poids, ...), ou nettement plus poussées : certains SPST investissent dans des appareils modernes (balances avec impédancemétrie pour déterminer les parts de masse grasse, musculaire, osseuse, par exemple), là où d'autres médecins mesurent le périmètre abdominal avec un mètre de couturière.

Au sein des SPST visités, de nombreuses innovations technologiques

Cabines insonorisées d'audiométrie, automates d'exploration complète de la vision (de près, de loin, en ambiance sombre, colorimétrie et de champ visuel)³², spiromètres (mesures de capacités respiratoires et de débits) : ces mesures sont réalisées par des appareils connectés et les résultats sont envoyés au médecin ou à l'infirmier et intégrés au dossier médical en santé travail.

Certains SPST, notamment ceux qui s'adjoignent des vacations de spécialistes³³, peuvent aller jusqu'à réaliser un électrocardiogramme (ECG) d'effort, là où d'autres ne pratiquent plus un ECG de repos³⁴.

³² Là encore, certains SPST se limitent à la seule Échelle Monoyer : Il s'agit de planches, les lettres de chaque ligne ont la même taille et la taille croît lorsque l'on descend.

³³ Parmi les principales disciplines qui peuvent venir assurer des vacations, la mission a noté l'addictologie, la cardiologie, la gynécologie, l'ophtalmologie, l'oto-rhino-laryngologie, la pneumologie, que l'on rencontre plus facilement dans les SPSTI et les SPSTA de taille importante.

³⁴ Réaliser un ECG à un âge moyen pourrait avoir un intérêt pour identifier des personnes ayant un risque de pathologie cardio-vasculaire majeure augmenté : Yagi R, Mori Y, Goto S, Iwami T, Inoue K. *Routine Electrocardiogram Screening and Cardiovascular Disease Events in Adults*. JAMA Intern Med. 2024 ; 184(9) :1035–1044. doi:10.1001/jamainternmed.2024.2270

Deux SPST visités participent à l'expérimentation d'un projet inclus dans leur offre socle, et réalisent des mesures des ambiances de travail en détection : des capteurs sont installés dans les entreprises pour analyser les taux de COV³⁵, PM, CO₂, bruit, lumière, température et humidité. Lorsque la détection est positive, il est ensuite procédé à une action en milieu de travail, en fonction des mesures, ou à des mesures de métrologie plus ciblées. L'objectif est d'arriver à un développement plus large ; l'utilisation de capteurs automatisés de premier niveau permettant de pallier en partie une ressource insuffisante en métrologie.

[81] Les vaccinations (outre les vaccinations spécifiques leptospirose ou antirabique) peuvent être réalisées sur place (grippe et covid saisonniers, DTCP³⁶, rattrapage ROR³⁷), ou bien « confiées » par conseil, au médecin traitant ou aux officines de pharmacie, selon le réseau local.

[82] Dans les bassins de vie où de nombreux salariés n'ont pas de médecin traitant, les services s'articulent épisodiquement avec les ressources des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) pour résoudre cette difficulté, ou se tournent vers des consultations hospitalières. Plus rarement, d'autres, démunis sur ces ressources, « dépannent » le salarié en initiant un diagnostic plus complet voire un traitement initial.

1.3.3 Les prestations de base délivrées par les SPST reposent sur des axes communs obligatoires, connus et certifiés

[83] Pour donner de la visibilité à l'action des SPSTI et des SSTA, **la loi de 2021 prévoit l'obligation de délivrer un panier de prestations : l'offre socle**, composée de trois éléments : le suivi individuel de l'état de santé des salariés, la prévention des risques professionnels et la prévention de la désinsertion professionnelle.

[84] Pour en assurer l'effectivité, la loi de 2021 y ajoute une obligation de :

- Transparence avec la publication de l'offre socle ;
- Certification du déploiement de l'offre socle par un organisme indépendant accrédité en s'appuyant sur un référentiel afin d'assurer une harmonisation des contenus.

[85] Les SPSTI et les SSTA doivent mettre en place des procédures permettant d'attester de l'engagement (niveau 1 de certification), de la mise en œuvre opérationnelle (niveau 2) et du pilotage effectif (niveau 3) de leur activité dans ces trois champs d'intervention. Ils doivent en outre fournir l'assurance qu'ils y consacrent effectivement les moyens humains, informatiques et organisationnels nécessaires.

[86] À côté de ces prestations définies et certifiées, les SPSTI doivent déployer une offre destinée aux travailleurs indépendants, qui est encore peu utilisée (1 000 indépendants y ont souscrit en 2023, contre 800 en 2022)³⁸.

³⁵ COV : composés organiques volatils ; PM : particules en suspension (PM en anglais, *Particulate matter*) dans l'air (ou aérosols). Les PM10 regroupent les particules de diamètre inférieur à 10 µm, les PM2,5 celles inférieures à 2,5 µm.

³⁶ Vaccin diphtérique, tétanique, coquelucheux et poliomyélitique

³⁷ Vaccin rougeole oreillons rubéole

³⁸ En 2022, les indépendants, qui ne sont pas pluriactifs, sont au nombre de 2,8 millions (Emploi et revenus des indépendants - Insee Références édition 2025)

[87] Les SPSTI peuvent également proposer une offre complémentaire, en cours de développement, et faisant l'objet d'une tarification supplémentaire (30 % des services en 2023 contre 18 % en 2022).

[88] Le montant de la cotisation annuelle attachée à l'offre socle est fixé par une délibération du conseil d'administration (CA). Toutefois, pour conforter le fil conducteur de l'homogénéisation, posé par la loi de 2021, le montant de cette cotisation est encadré par :

- La publication d'un arrêté ministériel annuel³⁹ fixant le coût moyen national de l'offre socle de services ;
- Et l'obligation de fixer une cotisation annuelle oscillant entre 80 % et 120 % de ce coût moyen national ("tunnel" de cotisation).

[89] En plus de la cotisation de base fixant ce "tunnel de cotisation", les services pratiquent des tarifs complémentaires qui se différencient d'un service à l'autre : droit d'entrée pour chaque nouveau salarié suivi ou/et toute nouvelle adhésion d'une entreprise, paiement forfaitaire supplémentaire en cas d'absence du salarié lors de la visite individuelle (« taxe lapin »), cotisation majorée pour les travailleurs de l'amiante, etc.

1.4 Les comparaisons internationales ne permettent pas de situer la performance du système français de santé au travail, mais en révèlent les spécificités : médical, structuré et procédural

1.4.1 Les études internationales sont peu nombreuses, et ne permettent pas de conclure valablement sur le niveau de performance et d'innovation du système français de santé au travail

[90] **Les données générales sur la performance du système de santé au travail montrent des résultats en demi-teinte⁴⁰.** Les données de sinistralité mettent en évidence des résultats globalement décevants, et parfois inquiétants. Si les accidents du travail reculent régulièrement, la mortalité au travail est trop élevée, malgré la diminution des pathologies liées à l'amiante⁴¹. D'après Eurostat, le nombre de décès par accident du travail pour 100 000 salariés était de 3,49 en France en 2022, contre 0,74 en Allemagne, 0,76 en Suède, 2,03 en Espagne et en Italie. La

³⁹ Arrêté du 26 septembre 2024 relatif au coût moyen national de l'ensemble socle de services des services de prévention et de santé au travail interentreprises. Le coût moyen national de l'ensemble socle de service des services de prévention et de santé au travail interentreprises est fixé pour l'année 2025 à 115,50 euros par salarié. Ce coût est calculé selon une règle fixée par le code du travail : charges d'exploitation de l'ensemble socle de services/ nombre de travailleurs suivis pour lesquels une cotisation a été facturée au cours de l'année précédente.

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

⁴⁰ L'ensemble des développements relatifs aux comparaisons internationales sont détaillés en annexes 8 et 9.

⁴¹ Les données de ce paragraphe sont issues des rapports annuels de l'assurance maladie / risques professionnels. Le dernier rapport en date porte sur l'exercice 2023, et a été publié en décembre 2024 :

https://www.assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/rapport_annuel_2023_de_lassurance_maladie_-_risques_professionnels_d%C3%A9cembre_2024.pdf

moyenne européenne se situait à 1,66⁴². Si ces écarts résultent en partie de modes de décomptes différents, la France ne progresse pas en la matière. Par ailleurs, l'intensité et la pénibilité du travail sont importantes pour une partie significative de la population⁴³.

[91] **L'Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail (EU-Osha), dont le siège se situe à Bilbao, réalise tous les 5 ans une enquête dénommée ESENER⁴⁴, portant sur le management de la santé et de la sécurité au travail au sein des entreprises d'une trentaine de pays européens⁴⁵.** Sur la base de questionnaires adressés à la personne qui, au sein l'entreprise, « connaît le mieux » les problématiques de santé au travail (manager, représentant des salariés, etc.), l'enquête offre un panorama précieux de la prise en charge de ces questions, et des potentialités de comparaison dans l'espace et dans le temps. L'Agence établit un indicateur composite de management de la santé et de la sécurité au travail, cumulant les résultats obtenus par pays sur quatre items : l'évaluation des risques professionnels, l'implication des entreprises dans le management de ces questions, le management des risques psychosociaux et la participation des travailleurs. **En 2019, la France est assez médiocrement située au regard de cet indicateur de synthèse, au 23^{ème} rang sur 33 pays classés.** Les premières places sont occupées par les pays du Nord de l'Europe (Norvège, Suède, Finlande, Danemark) et par les pays libéraux (Royaume-Uni, qui se classe premier, Irlande). L'Italie est 9^{ème}, l'Allemagne 10^{ème}, la Belgique 11^{ème} et l'Espagne 18^{ème}.

[92] **Ces données permettent de disposer d'indices sur la performance de notre système de santé au travail, sans que ceux-ci ne se révèlent suffisants pour fonder une opinion spécifique sur les services de prévention et de santé au travail** eu égard à la multiplicité des facteurs de risques et de la diversité des acteurs intervenant sur ce champ. La comparabilité des taux de sinistralité, y compris de la mortalité au travail, n'est pas parfaite. Elle n'autorise pas à situer l'ensemble du système de santé au travail français, et dépend en partie des mécanismes nationaux retenus pour la reconnaissance des accidents et maladies professionnels⁴⁶. Plus encore, la place des SPST dans cet ensemble est trop complexe à isoler, tant les déterminants de santé au travail sont nombreux (répartition des activités productives, relations sociales au sein des entreprises, etc.).

[93] **L'examen du respect du droit international ne permet pas davantage de positionner le système français de santé au travail.** La législation nationale est largement déterminée par les textes européens, à commencer par la directive du 12 juin 1989 et par les directives associées. La convention n°161 de l'OIT de 1985 sur les services de santé au travail n'a pas été ratifiée par la France, mais il y a un consensus pour dire que le pays respecte ses stipulations.

⁴² https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/sdg_08_60/default/bar?lang=fr

⁴³ Les données publiées par la Fondation européenne de Dublin (Eurofound) mettent en évidence le positionnement relativement peu flatteur de la France en la matière : pour une présentation synthétique, Dominique Méda, Maëlezig Bigi et Agnès Parent-Thirion, *Dix graphiques pour comprendre l'ampleur de la crise du travail en France*, IRISSE, avril 2025.

⁴⁴ Enquête européenne des entreprises sur les risques nouveaux et émergents.

⁴⁵ L'étude 2019 a impliqué 45 420 entreprises dans 32 pays européens.

⁴⁶ Eurogip, *Estimations actualisées du phénomène de sous-déclaration des accidents du travail en Europe*, décembre 2023.

1.4.2 Les études internationales mettent en évidence certains traits qualitatifs : la santé au travail en France est structurée, médicalisée et procédurale

[94] **Une étude internationale de 2017 montre que la médecine du travail est confrontée à des problématiques proches dans les différents pays.** Réalisée pour la Société internationale de médecine du travail⁴⁷, sous l'impulsion conjointe des sociétés américaine et britannique, cette étude quantifie les enjeux perçus par les praticiens en médecine du travail de 21 pays répondants, dont la France. Si les défis sont souvent décrits comme similaires (progression des maladies chroniques liées au vieillissement de la population au travail et des maladies psychiques), le mode d'organisation des services de médecine du travail, le niveau de couverture des salariés, leur inclusion dans le système national de santé ou encore leur financement varient fortement selon les pays. Une partie seulement des entreprises fournissent des services de promotion de la santé à leurs salariés.

[95] **Une étude britannique de 2021 montre que la France compte parmi les pays où la couverture des salariés par les SPST est la mieux assurée.** Réalisé à la demande du gouvernement du Royaume-Uni⁴⁸, le document compare les services chargés de la santé au travail dans 12 pays⁴⁹. Il repose sur une revue de littérature, et s'intéresse spécifiquement au contexte légal et politique, à l'organisation, au financement, aux professions impliquées dans les services et à la responsabilité des employeurs. **Le rapport relève une grande hétérogénéité des services nationaux de santé au travail dans le contenu, la capacité et la couverture offerte aux travailleurs.** Le taux de couverture, c'est-à-dire la proportion de travailleurs ayant accès aux services de santé au travail, varie fortement : environ 30-40 % dans certains pays où la fourniture de ces services n'est pas obligatoire, jusqu'à plus de 90 % dans ceux où la législation exige une certaine forme de médecine du travail. **La France se distingue par le niveau de couverture le plus élevé de l'échantillon**, avec le Japon, les Pays-Bas, la Finlande et l'Italie. En particulier, le fait que les salariés des plus petites entreprises aient accès à un service de médecine du travail est une exception que le rapport valorise comme un exemple à suivre pour le gouvernement britannique, même si des lacunes demeurent, pour les non-salariés notamment.

[96] **En France, une thèse de doctorat d'État de médecine montrait en 2018 que l'approche nationale privilégie le recours à des médecins et une régulation complète associant pouvoirs publics et partenaires sociaux.** Présenté par Jennifer Kerbrat en 2018⁵⁰, ce travail reposait sur l'exploitation de 25 questionnaires complétés par des professionnels de santé au travail dans 13 pays⁵¹. Il mettait en évidence la prééminence des médecins spécialisés et salariés dans les services français chargés de la santé au travail. Il insistait sur la particularité d'un modèle de régulation

⁴⁷ Loeppke R, Heron R, Bazas T, Beaumont D, Spanjaard H, Konicki DL, et al., *Global Trends in Occupational Medicine: Results of the International Occupational Medicine Society Collaborative Survey*, Journal of Occupational and Environmental Medicine, 2017.

⁴⁸ Juliet Hassard, Aditya Jain, Stavroula Leka, *International comparison of occupational health systems and provisions. A comparative case study review of 12 countries in order to gain a greater understanding of the occupational health landscape internationally*, Department of Work and Pensions, UK, juillet 2021.

⁴⁹ Australie, Canada, Danemark, États-Unis, Finlande, France, Allemagne, Italie, Pays-Bas, Singapour, Suède, Suisse.

⁵⁰ Thèse de Jennifer Kerbrat, *Le système de santé au travail dans certains pays de l'Union Européenne, au Royaume-Uni et en Suisse*, doctorat d'Etat de médecine, Université de Paris Descartes, avril 2018

⁵¹ Le caractère resserré de l'échantillon implique d'interpréter les résultats avec prudence.

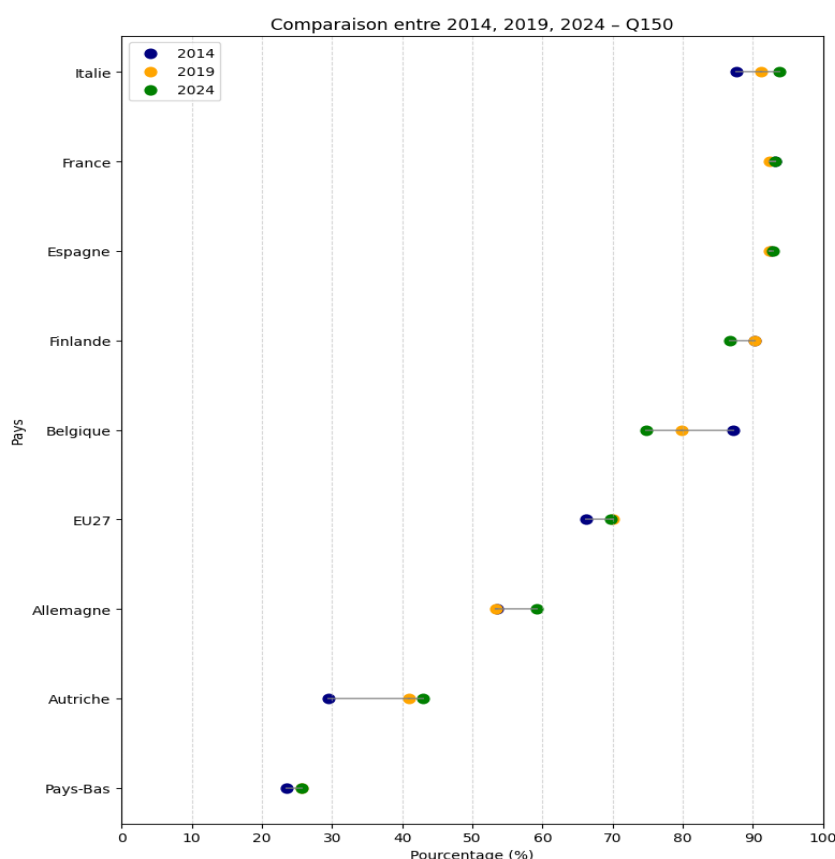
associant pouvoirs publics et partenaires sociaux, alors que les autres pays étudiés privilégient l'une ou l'autre des deux sources de régulation.

1.4.3 L'enquête ESENER 2024 de l'Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail (EU-Osha) confirme le haut niveau de médicalisation et la faible appropriation des questions de santé au travail dans les entreprises

[97] L'enquête européenne sur les risques nouveaux et émergents de EU-Osha (ESENER) a été menée à quatre reprises en 2009, 2014, 2019 et 2024. Les derniers résultats publiés par l'Agence, à ce jour, sont issus de l'enquête 2019. Les résultats de l'enquête 2024 commenceront à être publiés en 2025-2026. **L'Agence a proposé de transmettre les données brutes de son enquête 2024 à l'Igas, dont le pôle data a été mobilisé pour effectuer des traitements** exposés infra et détaillés en annexe 10.

[98] **La France se range parmi les pays européens où le niveau de médicalisation des services de santé au travail est le plus élevé.** Les résultats sont proches de ceux de l'Espagne et de l'Italie, et très éloignés des Pays-Bas, de l'Autriche et de l'Allemagne, qui privilégient un modèle de santé au travail beaucoup moins médicalisé.

Graphique 4 : Evolution par pays des réponses « Oui » à la question « Votre établissement organise-t-il des examens médicaux réguliers pour surveiller la santé des employés » (2014-2024)



Source : Enquêtes ESNER 2014-2019-2024 – traitement pôle data de l'Igas

[99] **Les entreprises qui se mobilisent en matière de santé et de sécurité au travail sont proportionnellement moins nombreuses en France.** Elles sont moins impliquées que leurs homologues européennes dans l'évaluation des risques professionnels. La proportion des organisations qui conduisent de telles évaluations place la France au 24^{ème} rang sur 27 pays européens classés, avec un taux de 56 %, qui ne progresse pas entre 2014 et 2019. La moyenne européenne se situe à 75 % en 2019 (74 % en 2014).

[100] **Les obligations administratives constituent la principale raison invoquée par les entreprises de s'engager dans une démarche d'évaluation des risques,** confirmant la dimension perçue comme essentiellement réglementaire de la santé et de la sécurité au travail⁵². **La France se singularise par la faiblesse des motivations liées à la performance de l'organisation :** le souci d'accroître la productivité, mais également le souci de maintenir la réputation de l'entreprise, apparaissent secondaires et sont moins invoquées par les entreprises dans les autres pays européens. **Dans le même ordre d'idées, l'enquête ESENER montre que la France se situe au dernier rang européen s'agissant de la formation des managers et chefs d'équipes en matière de santé et de sécurité au travail,** avec une faible progression entre 2014 et 2024 (passage de 47 % à 50 % de managers formés)⁵³. Les entreprises françaises se saisissent bien moins que leurs homologues européennes de ces questions dans les pratiques managériales, traduisant des difficultés identifiées par ailleurs par l'Igas⁵⁴.

1.5 L'appréciation du niveau de performance des SPST apparaît peu outillée au-delà d'enquêtes de satisfaction dont les résultats sont corrects et constants

[101] Conformément à la demande de la ministre, la mission a tenté d'objectiver le niveau acquis par les SPST en termes de performance et d'innovation. Peu d'éléments permettent de le faire à ce stade, hormis des enquêtes de satisfaction qui se développent sans constituer pour le moment une pratique systématique.

1.5.1 L'analyse de la performance et de l'innovation des SPST n'est à ce jour ni consensuelle, ni réellement outillée

[102] **Le respect du cadre réglementaire est la dimension première de la performance attendue des services chargés de la santé au travail.** La mission a demandé à ses interlocuteurs nationaux et territoriaux la meilleure manière d'apprécier, selon eux, la performance des services chargés de la santé au travail. La réponse la plus souvent apportée a privilégié le respect de la réglementation, ce qui traduit probablement à la fois le caractère réglementaire de l'approche française, par comparaison avec celle de nos voisins (Cf. *supra*), le caractère étoffé de ce cadre juridique et

⁵² Cette faible appétence spontanée pour la prise en charge de l'évaluation des risques souligne l'intérêt de démarches fortement incitatives en la matière, comme celle qu'un SPSTI visité par la mission a pu adopter (Cf. l'encadré *supra*).

⁵³ Le nombre de réponses sur cette thématique est cependant peu élevé au niveau européen, ce qui implique d'utiliser ce résultat avec prudence – Cf. annexe 10.

⁵⁴ Cf. Igas, *Pratiques managériales dans les entreprises et politiques sociales en France : les enseignements d'une comparaison internationale (Allemagne, Irlande, Italie, Suède), et des apports de la recherche*, juin 2024.

l'absence d'indicateurs partagés d'appréciation de la performance allant au-delà du respect des textes. Parmi l'ensemble des services de médecine du travail, c'est au sein du réseau de la MSA que l'appréciation de la performance est la plus structurée, s'appuyant sur les indicateurs prévus par la convention d'objectifs et de gestion (Cog) du régime⁵⁵.

[103] **Mais de fait, les textes établissent les missions des SPST, mais non le niveau de la performance attendue.** Définies par l'article L. 4522-2 du Code du travail, ces missions⁵⁶ ne sont pas hiérarchisées entre elles, ni assorties d'objectifs mesurables. Si les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, puis surtout le processus de certification, ont permis de préciser certaines attentes, les métriques nécessaires à l'évaluation de la performance ne sont pas indiquées au-delà de la mise en place de procédures⁵⁷.

1.5.2 Les études disponibles mettent en évidence des résultats corrects et assez constants, ainsi que le besoin d'observer une pause dans les réformes touchant les SPST

[104] **Les seuls éléments de quantification disponibles résultent des études de satisfaction effectuées pour l'essentiel auprès des entreprises.** Elles révèlent des résultats corrects et relativement stables dans l'espace et dans le temps, avec **des taux de satisfaction oscillant entre deux-tiers et trois-quarts** :

- Le rapport Igas de février 2020 avait donné lieu à un questionnaire auprès des entreprises adhérentes des 12 services interentreprises étudiés : 71 % des entreprises répondantes se déclaraient satisfaites ou très satisfaites de leur service ;
- La thèse publiée en 2021 par Alizée Petitmangin⁵⁸ révèle des résultats quasiment identiques. Sur 188 entreprises interrogées par ses soins, 66 % ont une image positive ou plutôt positive de leur service de santé au travail ;
- L'un des SPSTI a produit les données détaillées de son enquête annuelle auprès des adhérents, qui révèle un résultat global de satisfaction qui n'a pas évolué entre 2021 à 2024 (67 % de « plutôt satisfait » et « très satisfait ») ;
- Présanse⁵⁹ a signalé à la mission l'enquête régionale menée par Présanse Pays de la Loire auprès des salariés et des employeurs⁶⁰ : menée entre septembre et novembre 2024 auprès

⁵⁵ Mais le périmètre d'application est beaucoup plus large que la seule activité des SSTA : la relation client entreprise concerne aussi le recouvrement des cotisations sociales assurées par la MSA.

⁵⁶ Conduire les actions de santé au travail, apporter leur aide à l'entreprise pour l'évaluation des risques professionnels, conseiller les employeurs, les travailleurs et leurs représentants en matière de risques professionnels et de santé au travail, les accompagner en cas de changements organisationnels dans l'entreprise, assurer la surveillance de l'état de santé des travailleurs, participer à des actions de promotion de la santé sur le lieu de travail.

⁵⁷ Les exceptions sont rares : par exemple, la certification 2217 prévoit que les SPSTI doivent établir la fiche d'entreprise dans l'année qui suit l'adhésion et la mettre à jour au moins tous les 4 ans ou dans des délais plus brefs sur demande particulière de l'entreprise.

⁵⁸ Alizée Petitmangin, La rénovation des rapports entre les entreprises et les services de santé au travail, Thèse de doctorat en droit, Université de Lille, décembre 2021

⁵⁹ Présanse est un organisme représentatif des services de prévention et de santé au travail interentreprises.

⁶⁰ <https://presanse-paysdelaloire.fr/enquete-de-satisfaction-regionale-des-retours-positifs-et-des-perspectives-daction/>

de 7 300 entreprises et 13 000 salariés, elle avait pour objectif de mieux comprendre les déterminants de la satisfaction et les attentes des clients des SPSTI. L'enquête met en lumière un taux de satisfaction globale significatif des entreprises, avec près de 76 % d'opinion positives. L'un des points intéressants de l'étude concerne l'impact de l'ancienneté des adhésions sur les opinions émises par les adhérents : les entreprises nouvellement adhérentes expriment une opinion nettement plus favorable que celles qui sont adhérentes de longue date. Les salariés retenus pour l'enquête sont ceux qui ont bénéficié d'une visite dans les deux dernières années. Les résultats de satisfaction sont plus élevés que pour les adhérents, avec une note moyenne de 7,92/10, mais des écarts importants sont relevés, selon le SPSTI et selon les secteurs d'activité de ces travailleurs (ceux de la construction et des transports étant les moins satisfaits).

[105] La mission a rencontré des représentants d'entreprises et de salariés, et les a interrogés sur leur niveau de satisfaction et leurs besoins vis-à-vis des SPST : l'ensemble des organisations syndicales et patronales représentatives au niveau interprofessionnel, des membres des conseils d'administration des services visités, ainsi qu'un nombre réduit d'entreprises adhérentes et de salariés volontaires lors des déplacements de la mission :

- **Les organisations d'employeurs et de salariés font valoir des attentes fortes vis-à-vis des SPSTI, et notamment en ce qui concerne les services destinés aux PME-TPE**, à commencer par l'aide à l'établissement du document unique d'évaluation des risques professionnels et la réalisation des fiches d'entreprise ;
- Les employeurs et salariés rencontrés par la mission lors de la visite de services de santé au travail ont généralement exprimé leur satisfaction, que ces derniers appartiennent ou non aux conseils d'administration ;
- **Les représentants des entreprises et des salariés observent de manière consensuelle que la loi de 2021 a constitué un défi majeur** pour les services chargés de la santé au travail, dont la mise en œuvre est loin d'être achevée. En conséquence, **ils sont quasi-unanimes à indiquer ne pas souhaiter de nouvelle réforme d'ampleur** touchant ces organismes.

[106] **Les motifs récurrents d'insatisfaction concernent les retards dans les visites, d'une part, et le sentiment de ne pas bénéficier de services suffisants de la part des SPSTI au regard des cotisations versées, d'autre part.** Ces éléments reviennent à la fois dans les études disponibles et dans les avis directement recueillis par la mission. Est en outre relevé **un réel manque de communication** notamment concernant les explications données par le médecin du travail à l'appui de ses décisions, l'absence de communication régulière et concrète sur les nouvelles réglementations ou encore le contact trop peu fréquent avec le médecin du travail et avec son équipe pluridisciplinaire. L'enquête menée par Présanse Pays de la Loire met en avant la question de la bonne appréhension des missions des SPSTI par les entreprises : le « *niveau de satisfaction semble étroitement lié à un facteur clé : la clarté et la compréhension qu'ont les adhérents de l'offre de services proposée et du mode de fonctionnement de leur SPSTI* ».

2 Pour autant, le cadre actuel du système de santé au travail présente des freins à l'innovation

[107] Les travaux des économistes et l'expérience acquise dans le domaine de la santé publique montrent qu'il existe des conditions plus ou moins favorables à l'innovation. Au vu de ces éléments, le champ de la santé au travail rencontre certains freins. Si la stratégie du secteur est clairement posée par le plan santé au travail, la mise en œuvre opérationnelle souffre de la faiblesse de la gouvernance nationale. La régulation des SPST apparaît lourde et constitue de fait un obstacle à l'arrivée de nouveaux opérateurs en santé travail. La numérisation des services est aujourd'hui le vecteur essentiel de diffusion des innovations au sein des SPST. Toutefois, si les progrès générés touchent l'ensemble des services, il demeure de fortes inégalités : le niveau de performance et d'innovation dépend en partie du choix du logiciel et de la taille des SPST. L'écoute client, enfin, qui est un déterminant essentiel de l'innovation, n'en est qu'à ses débuts.

2.1 L'innovation résulte d'une série de facteurs, dont certains dépendent de l'action publique

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

[108] **La mission retient pour ses travaux la définition que l'Insee donne à l'innovation :** « l'introduction sur le marché d'un produit ou d'un procédé nouveau ou significativement amélioré par rapport à ceux précédemment élaborés » : innover, c'est introduire des nouveautés qui permettent d'améliorer le niveau du service : sa qualité, son efficacité ou son efficience.

[109] Toute nouveauté n'est pas synonyme de progrès, comme le montrent des travaux théoriques et empiriques relatifs à des modifications de services ou de process qui n'ont pas rencontré le succès.

[110] **Le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (Hcaam) avait consacré, en 2016, un rapport sur l'innovation en santé⁶¹.** Ce travail a pour partie inspiré des réformes intervenues depuis lors dans le monde de la santé publique, en particulier en soutien du numérique (stratégie numérique en santé de 2018, transformation de l'ASIP-santé en Agence du numérique en santé en 2019). **Le document fait référence à l'importance des « systèmes nationaux d'innovation » (SNI),** c'est-à-dire à l'existence de contextes institutionnels plus ou moins favorables à l'innovation⁶².

[111] **D'un point de vue théorique, l'intervention publique se justifie, sur un marché, parce que les gains sociaux attendus du processus d'innovation dépassent les gains économiques pour les entreprises.** L'intervention de l'État permet de dépasser les intérêts économiques particuliers afin de permettre les « externalités » positives que l'innovation génère au bénéfice de tous : « le

⁶¹ Avis du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, *Innovations et système de santé*, 13 juillet 2016.

⁶² L'OCDE définit le SNI comme « un système interactif d'entreprises privées et publiques (grandes ou petites), d'universités et d'organismes gouvernementaux en interaction axés sur la production scientifique et technologique sur un territoire national ». Elle précise que les interactions peuvent être techniques, commerciales, juridiques, sociales ou financières.

rendement privé de la recherche peut être inférieur à son rendement social »⁶³. A cet objectif s'ajoute également celui de mutualiser le risque de l'innovation (qui peut représenter un investissement à perte), et celui de permettre la production de biens « non économiques », parmi lesquels figure la santé⁶⁴.

[112] Les motifs possibles d'une intervention publique dans les processus d'innovation en santé sont recensés par le rapport du Hcaam : parmi ces derniers, **la recherche de l'équité, le respect de l'éthique et de la sécurité des données sont des motifs légitimes d'une intervention publique** valables aussi bien en santé publique qu'en santé au travail.

2.1.2 Les conditions et outils potentiels de l'action publique en faveur de l'innovation sont très divers

[113] Le Hcaam identifie une série de leviers possibles pour l'intervention de la puissance publique en faveur de l'innovation :

- **Développer une approche stratégique claire s'agissant de l'innovation**, ce qui implique un portage politique fort et durable, et donc un investissement de la gouvernance et une formalisation pluriannuelle à travers l'expression d'objectifs stratégiques et l'adoption d'une feuille de route partagée entre les principales parties prenantes ;
- **Anticiper et éclairer les choix**, le défi étant de mettre en relation et de coordonner des organes de veille technologique généralement dispersés et cloisonnés ; cette fonction de veille doit être étroitement liée à la fonction d'évaluation des innovations ;
- **Créer un cadre financier et juridique favorable aux initiatives innovantes**. Le plus souvent, il est fait recours à des expérimentations. Il est également possible de s'appuyer sur d'autres mécanismes (préfigurations pour des réformes dont il est prévu la généralisation, création de fonds d'amorçage, mise en place de dispositifs d'accompagnement des porteurs de projets, dépassement de l'expérimentation par le développement de prototypes et leur diffusion sur le territoire national une fois la preuve de l'efficacité apportée) ;
- **Évaluer les innovations sur la base de preuves**, en s'efforçant de dépasser les évaluations produites par produit au profit d'approches plus larges car c'est souvent la combinaison des innovations qui est efficace ;
- **Développer une approche intégrant les territoires** dont les réalités sont diverses (profil des usagers, conditions socio-économiques générales, prise en compte de la réalité des coopérations entre professionnels de santé) ;
- Mettre en place **une tarification propice à l'innovation**, et en particulier assurer aux acteurs la possibilité d'investir et d'avoir un retour sur cet investissement. Il peut s'agir de créer des tarifs favorables à l'investissement, de créer de la concurrence sur la qualité des prestations, d'allouer de manière sélective des ressources centralisées par un fonds dédié⁶⁵.

⁶³ Les éléments de théorie économique sont largement repris de l'ouvrage de Dominique Guellec, *Economie de l'innovation*, La Découverte, 3^{ème} édition 2017.

⁶⁴ Ce qui n'exclut pas que de telles innovations puissent avoir des impacts économiques, mais ils n'en constituent pas la motivation première.

⁶⁵ Hcaam, *Régulation de l'investissement en santé : enseignements de la recherche économique théorique et empirique*, document de travail, novembre 2023.

[114] S'agissant des facteurs structurels, **les travaux des économistes ne permettent pas de conclure de manière certaine sur les effets sur l'innovation de la taille des entités et de la structure monopolistique ou concurrentielle des marchés**⁶⁶.

- **Il n'existe pas de lien simple entre le nombre de salariés, ou le chiffre d'affaires, et la capacité à innover.** Si les plus grandes firmes ont davantage de capacités financières pour mener des recherches et peuvent bénéficier d'économies d'échelle, elles sont également plus bureaucratiques. La littérature économétrique ne permet pas de trancher cette controverse⁶⁷ : si le monopole permet de disposer des financements nécessaires pour innover, et d'éviter que les bénéfices d'une innovation soient captés par d'autres, la concurrence permet au contraire de maintenir une pression sur les acteurs de marchés, qui les incite à innover pour ne pas être distancés ;
- **En revanche, la « contestabilité des marchés », c'est-à-dire la possibilité pour de nouveaux acteurs de rentrer en concurrence avec le ou les acteurs déjà présents, constitue un facteur d'innovation.** Elle conduit le monopole lui-même à rechercher davantage l'innovation pour conserver sa position. En outre, l'existence d'acteurs nouveaux se prête à des innovations radicales, souvent portées par de nouvelles cultures d'entreprise et des déplacements de technologies.

2.2 Le pilotage national de la santé au travail repose sur un cadre stratégique clair mais sa portée opérationnelle demeure limitée

2.2.1 Le système de santé au travail dispose d'un cadre stratégique clair mais non contraignant : le plan santé au travail

[115] **Le plan santé au travail (PST) traduit la stratégie pluriannuelle partagée du système d'acteurs de la santé au travail.** Discuté dans le cadre du conseil d'orientation des conditions de travail (Coct), organe tripartite rassemblant les pouvoirs publics, les organisations d'employeurs et les syndicats de salariés représentatifs au niveau interprofessionnel, ce document est adopté par le ministre du travail. Il offre la possibilité d'énoncer les priorités partagées en matière d'innovation pour le secteur, comme le suggère le rapport du Hcaam pour la santé publique.

[116] **Toutefois, le texte du quatrième plan santé au travail (PST 4), adopté pour la période 2021-2025, ne comporte pas de section propre à l'innovation, ni de passages dédiés à cette question dans les analyses thématiques.** Par ailleurs, ce plan n'est pas doté d'une annexe financière prévoyant des moyens propres. Il doit inspirer les planifications stratégiques et financières des acteurs de la santé au travail : SPST, branche accidents du travail et maladie professionnelle (ATMP) de la sécurité sociale, inspection du travail, Agence pour l'amélioration des conditions de travail (Anact), etc⁶⁸.

⁶⁶ Les éléments de théorie économique de la présente annexe sont largement repris de l'ouvrage de Dominique Guellec, *Economie de l'innovation*, La Découverte, 3^{ème} édition 2017.

⁶⁷ Dominique Guellec, op.cit.

⁶⁸ À noter dans ce système d'acteurs que la convention d'objectifs et de gestion (Cog) de la caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) passée pour la période 2023-2028 comporte un objectif clairement énoncé de promotion de l'innovation : elle prévoit d'encourager et de capitaliser les initiatives des caisses locales en

2.2.2 Il n'existe pas d'instance légitime et fiable de validation et de diffusion des innovations

[117] Le rapport du Hcaam relie l'existence d'un plan stratégique à celle d'une instance de gouvernance légitime et outillée, permettant de valider sur la base de preuves et de diffuser les innovations. **Une telle instance n'existe pas dans le champ de la santé au travail.**

[118] **Certaines agences compétentes dans le champ de la santé et des risques professionnels peuvent intervenir pour examiner et, sous certaines conditions, offrir une forme de validation**, à des innovations dans le champ de la santé au travail. C'est le cas de Santé publique France, dont le registre des interventions en prévention et promotion de la santé⁶⁹ pourrait permettre une validation certaines initiatives, et dans une moindre mesure de l'INRS, qui peut examiner, dans le cadre de ses travaux, la pertinence de procédés et d'outils de prévention des risques professionnels, même si l'institution se refuse à conférer toute labellisation à des dispositifs techniques dans un domaine où l'appropriation effective par les acteurs de l'entreprise est essentielle.

[119] **Au-delà de ces aspects scientifiques, aucune instance ne permet de valider et de diffuser des innovations dans le réseau des services de prévention et de santé au travail avec l'autorité nécessaire. :**

- Le Coct, et son instance exécutive, le Comité national de prévention et de santé au travail (CNPST), dispose de la légitimité politique nécessaire mais n'a pas de moyens opérationnels propres ;
- Présanse, fédération patronale représentative des SPSTI qui entend jouer un rôle de tête de réseau technique, est l'institution qui se rapproche le plus de cet objectif. Mais, outre qu'elle ne représente que les services interentreprises et non les services autonomes, sa légitimité politique est contestée par un nombre significatif d'organisations représentatives de salariés et d'employeurs, et ses moyens techniques (une dizaine de salariés) demeurent limités ;
- Au niveau des SPSTA (1,4 million de salariés suivis), seule l'Acomede (association française des médecins responsables coordonnateurs de services de prévention et de santé au travail d'entreprise)⁷⁰ s'est constituée en réseau. Mais, limitée aux médecins coordonnateurs des SPSTA des plus grandes entreprises, sans moyens propres (ni salarié, ni site internet), cette structure ne peut véritablement aller au-delà de très utiles mais ponctuels échanges de pratiques entre professionnels de santé au travail, malgré l'engagement de ses membres ;

matière de prévention des risques professionnels, et de définir des indicateurs pour trois secteurs en particulier (BTP, intérim et médico-social). Ces engagements devraient faire l'objet d'actions à la fin de la période couverte par la Cog, à compter de 2027.

⁶⁹ https://reperprev.santepubliquefrance.fr/exl-php/resultat/spf_espace_thematiques

⁷⁰ Créée en 1981 à Vincennes, cette association a pour objet social de « contribuer à l'application et à l'amélioration de la législation relative à la prévention et à la santé au travail au sein des entreprises; partager avec les pouvoirs publics la vision et les pratiques de la santé au travail dans les grandes entreprises; partager au sein de l'association les bonnes pratiques concernant la santé au travail y compris à l'international; promouvoir et diffuser les connaissances acquises et les résultats des études effectuées dans le cadre de la santé au travail des entreprises concernées. »

- C'est finalement la MSA qui se rapproche le plus d'une structure susceptible de cumuler capacité technique et légitimité politique. Elle compte une caisse nationale pouvant définir et piloter les SSTA positionnés au sein de chaque caisse locale. Mais ce réseau ne représente qu'une modeste partie des services chargés de la santé au travail en France, avec moins d'un million de salariés suivis. En outre, la fonction de tête de réseau apparaît souple et faiblement contraignante pour les caisses locales en matière de santé au travail.

Une innovation technologique : un dispositif expérimental de dépistage du cancer

Les dirigeants de l'un des SPSTI visités comme les représentants de la Dreets l'ayant agréé ont insisté auprès de la mission sur l'insuffisante prise en charge, à leurs yeux, du risque chimique, dont la prévalence est probablement sous-estimée aujourd'hui. Le SPSTI estime qu'environ 70 % de ses adhérents sont soumis à ce risque, alors que seuls 38 % le déclarent et 17 % déclarent au moins un salarié en suivi individuel renforcé du fait de leur exposition à des agents cancérigènes, mutagènes ou reprotoxiques (SIR CMR)⁷¹.

Le souhait du SPSTI est de généraliser l'évaluation facilitée du risque chimique par un outillage renouvelé, alors que les ressources en toxicologie ne permettront pas de couvrir tous les besoins.

Un dispositif de dépistage du cancer a été mis au point par une *startup*, avec laquelle le SPSTI a conclu un partenariat. Il s'agit de détecter les cas de cancers les plus courants avec des biomarqueurs sanguins. À ce stade, l'expérimentation est orientée vers les garages, pour des salariés remplissant des critères d'âge et les personnes exposées au chrome, dans une logique de substitution à des examens complémentaires plus coûteux.

Le SPSTI estime que cette expérimentation pourra dans l'avenir être intégrée dans son socle de services. Le projet pose néanmoins question à la Dreets, qui observe qu'elle n'a pas été validée dans son principe par une autorité scientifique, et présente des enjeux à la fois éthiques et d'efficacité du point de vue de la santé publique.

Certains SPST utilisent également un outil de spectroscopie lumineuse qui utilise l'IA pour aider à détecter certains cancers de la peau (mélanome, carcinome épidermoïde et carcinome basocellulaire).

2.3 Les nombreux outils de régulation qui visent dorénavant à une homogénéisation de l'action des SPST s'inscrivent dans un marché fermé

2.3.1 L'articulation des différents outils de régulation externe est empirique

2.3.1.1 Les différents outils de régulation sont nombreux et influencent différemment les services chargés de la santé au travail

[120] Outre la régulation interne qui repose essentiellement sur une gouvernance paritaire (SPSTI et SSTA) ou un dialogue social au sein du comité social et économique pour les SPSTA, plusieurs autres outils ont été mis en place progressivement.

⁷¹ A titre de comparaison, l'enquête SUMER 2017 de la DARES estimait la proportion de salariés du secteur privé exposés à des agents chimiques à 32,1%. DARES, *Les expositions aux risques professionnels dans la fonction publique et le secteur privé en 2017*, Enquête SUMER 2017, Synthèse Stat n°31, décembre 2019.

[121] **L'agrément, délivré par les Directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités au nom de l'Etat, et périodiquement renouvelé, est le dispositif central du système de régulation.** Il vaut autorisation d'exercer et repose principalement sur l'appréciation de la régularité juridique des organisations, du fonctionnement et des moyens permettant d'assurer les différentes missions.

[122] S'y ajoutent d'autres instruments dans l'optique d'inscrire l'action des services dans leur territoire, de les faire contribuer aux politiques publiques de santé au travail et d'assurer l'efficacité de leurs missions :

- **Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, contractualisation partenariale entre le SPSTI, la Dreets et la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat)** permet de s'assurer que l'action du SPSTI définie par le projet pluriannuel de service est cohérente avec les des priorités régionales de santé au travail⁷² et offre, en outre, un espace d'échanges de bonnes pratiques ;
- **La certification** permet d'attester de l'effectivité des procédures relatives à la délivrance des services rendus dans le cadre de l'offre socle de service des SPSTI et des SSTA ainsi que des moyens y afférents (Cf. *supra*).

[123] **Cette régulation externe est modulée en fonction du type de service.**

Tableau 2 : Différents types de régulation par typologie de services chargés de la santé au travail

	Service de prévention et de santé au travail autonome	Service de prévention et de santé au travail interentreprise	Service de santé au travail en agriculture
Agrément préalable délivré par la direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités ⁷³	X	X	X
Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu entre le service de santé au travail, la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail et la direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités ⁷⁴	-	X	-
Certification ⁷⁵ délivrée par un organisme certificateur choisi par le service de prévention et de santé au travail	-	X	X

Source : *Mission*

[124] Les services de prévention et de santé au travail interentreprises, qui couvrent 88,3 % de l'ensemble des salariés suivis par un service chargé de la santé au travail, sont concernés par l'ensemble des outils de régulation. À l'extrémité du spectre se trouvent les services de prévention

⁷² Ces priorités sont définies par le plan régional de santé au travail et la déclinaison régionale de la convention d'objectifs et de gestion de l'assurance maladie – branche AT-MP (Cog AT-MP).

⁷³ C. trav., art. R. 4622-48

⁷⁴ C. trav., art. L. 4622-10

⁷⁵ C. trav., art. L. 4622-9-3

et de santé au travail autonomes qui assurent le suivi de 7,1 % des salariés et sont soumis exclusivement à l'obligation d'agrément.

[125] Avec la loi de 2021, les SSTA entrent, dans un laps de temps court, dans un nouveau système de régulation sous l'égide de la caisse centre de la Mutualité sociale agricole qui coordonne leur action⁷⁶. En effet, désormais, ils relèvent de l'agrément par les Dreets et comme les services interentreprises, ils sont engagés par le processus de certification.

[126] Au sein des SPSTI, c'est le projet pluriannuel de service⁷⁷, fruit d'une concertation interne, qui fait la jonction entre le contrôle interne du service et les outils de régulation externe⁷⁸.

2.3.1.2 Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, qui a une vocation partenariale, n'a pas trouvé sa place dans le système de régulation

[127] Le Cpom est un outil qui prévoit l'articulation des actions de l'Etat, de l'assurance maladie et des SPSTI. Il doit ainsi permettre d'accroître les contributions des SPSTI au bénéfice des actions régionales de santé au travail. Pour la Dreets, sa signature est prise en compte dans la décision d'agrément. Pour la Carsat, ces conventions doivent permettre de s'assurer de la bonne articulation de l'action des SPSTI avec ses propres actions de prévention des risques professionnels.

[128] Mais en pratique, depuis la fin des Cpom de la première génération, la dynamique s'essouffle. **En 2023, un peu moins d'un quart des SPSTI était engagé par un Cpom en cours de validité**⁷⁹. Pour les Cpom de la première génération, trois SPSTI sur quatre s'étaient engagés⁸⁰.

[129] **Or, malgré cette absence de contractualisation un travail partenarial est souvent en place.** Des SPSTI n'ayant pas conclu de Cpom sont investis dans les travaux du plan régional de santé (PRST). En outre, les SPSTI passent t des conventionnements bilatéraux avec les Carsat, qu'ils aient ou non conclu un Cpom.

[130] La Direction générale du travail et l'assurance maladie ont récemment donné une nouvelle impulsion au dispositif en adoptant une instruction commune en juillet 2024⁸¹ mais il n'existe pas de bilan à ce stade de cette initiative récente. Par ailleurs, les SPSTI ont concentré leurs efforts sur la procédure de certification qui de fait les engage fortement sur plusieurs années.

⁷⁶ C. rur., art. L. 717-3-1

⁷⁷ Le projet pluriannuel de service définit la stratégie de déploiement de l'offre de service en tenant compte des caractéristiques des entreprises adhérentes ainsi que des orientations du Cpom. Il est un élément pris en compte dans la demande d'agrément et pour la certification.

⁷⁸ Pour les SSTA, l'articulation avec les outils de pilotage nationaux est portée par la déclinaison :

- au sein de chaque MSA du plan santé, sécurité au travail en agriculture 2021-2025 ;
- de la convention d'objectifs et de gestion MSA 2021-2025 à travers les contrats pluriannuels de gestion conclus entre la caisse centrale des MSA et chaque entité locale.

⁷⁹ Selon l'enquête annuelle DGT, 24 % des SPSTI sont engagés par un Cpom.

⁸⁰ 77 % des services ont signé un Cpom de la 1ère génération selon des travaux de l'Igas de 2022 (bilan et perspectives des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec les services de prévention et de santé au travail, janvier 2023).

⁸¹ Instruction n° DG/CT/Cnam/DRP/2024/132 du 12 juillet 2024 relative aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens conclus avec les services de prévention et de santé au travail interentreprises

[131] En l'absence d'un socle d'indicateurs uniformisés permettant d'assurer un suivi via un système d'information métier, l'évaluation des Cpom reste complexe. Cette complexité persiste aujourd'hui : certains Cpom de la troisième génération comptent de très nombreux indicateurs⁸².

[132] La mission Igas qui avait dressé un bilan des Cpom en 2023 avait proposé la reconduction de cet outil de régulation en la conditionnant à la réalisation d'un certain nombre de mesures : simplification, système d'information performant, moyens humains dédiés dans les Dreets⁸³. La présente mission Igas constate que ces conditions ne sont pas vérifiées.

2.3.2 Les outils de régulation font émerger une homogénéisation progressive visant à assurer des conditions d'exercice et une qualité de service partagées

[133] L'homogénéisation des outils et des services initiés par la loi de 2021 a également des incidences sur l'outil historique de régulation : l'agrément.

[134] Dorénavant, l'agrément qui reposait sur une politique régionale construite principalement en concertation avec le comité régional d'orientation de conditions de travail, doit intégrer les règles définies par un cahier des charges national⁸⁴. Avec ce cahier des charges, il s'agit de garantir l'effectivité des dispositions juridiques en vigueur quel que soit le lieu d'implantation du service et ainsi s'assurer que l'offre socle de services sera déployée sur la base de moyens et d'organisations conformes au Code du travail.

[135] Ce nouveau processus qui sera prochainement complété par une instruction de la Direction générale du travail devrait renforcer l'harmonisation des décisions d'agrément. Néanmoins, en l'absence de repères nationaux, **les Dreets devront continuer à faire vivre la politique d'agrément en tenant compte d'une équation intégrant de multiples paramètres** : la maturité du service, le respect des principes de gouvernance, la composition et le fonctionnement de l'équipe pluridisciplinaire et de la cellule de PDP, la disponibilité de la ressource médicale, et le cadre juridique.

[136] La certification, encore en cours pour les SPSTI⁸⁵ et pour les SSTA⁸⁶, est également construite pour s'assurer de la qualité des prestations de l'offre socle.

[137] **À ce stade, la certification clarifie les modes opératoires des services.** Elle permet également aux nouveaux salariés des SPSTI et des SSTA d'appréhender plus rapidement les procédures de travail au sein du service. Mais, compte-tenu du déploiement en cours, la mission

⁸² Au cours de ces travaux, la mission a pu observer que des Cpom comptent plus de 200 valeurs annuelles de suivi.

⁸³ Igas, *Bilan et perspectives des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec les services de prévention et de santé au travail*, janvier 2023

⁸⁴ Le cahier a été repris dans le décret n°2022-1435 du 15 novembre 2022 relatif à l'agrément et aux rapports d'activités des services de prévention et de santé au travail et par le décret n°2022-1752 du 28 décembre 2022 relatif à l'agrément et aux rapports d'activité des services de santé au travail en agriculture.

⁸⁵ Au 31 août 2025, 56 % des SPSTI sont certifiés (dont 82,5 % pour le niveau 1 qui vise essentiellement à vérifier l'engagement des procédures). Le niveau 2 permet d'apprécier la maîtrise des procédures et le niveau 3 (objectif fixé à terme à l'ensemble des services) concerne la conformité des procédures.

⁸⁶ En fin août 2025, 97,1 % des SSTA sont certifiés niveau 1.

n'est pas en mesure d'apprécier si les objectifs fixés par le législateur et les partenaires sociaux, qui ont contribué fortement à cette évolution⁸⁷, sont atteints.

[138] La mission observe que le processus de certification crée une dynamique collective. Néanmoins la certification de niveau 1⁸⁸ ne bouscule pas forcément les pratiques individuelles. Au sein d'un même service, la manière de compléter le dossier médical en santé, le niveau de délégation de tâches des médecins du travail aux infirmiers de santé au travail ayant des expériences professionnelles identiques, voire la nature des examens réalisés par le médecin du travail ou par l'assistant en santé et sécurité au travail, restent hétérogènes.

2.3.3 Le système de l'agrément ne garantit pas à l'entreprise la possibilité de choisir son SPST interentreprises

[139] **Depuis 30 ans le nombre de services de prévention et santé au travail diminue régulièrement d'année en année⁸⁹.** De 1995 à 2023, cette réduction est quasi-identique entre les SPSTA et les SPSTI : division par 2,44 pour les services autonomes, actuellement au nombre de 414 contre 1 013 en début de période et division par 2,39 pour les services interentreprises au nombre de 175 contre 422.

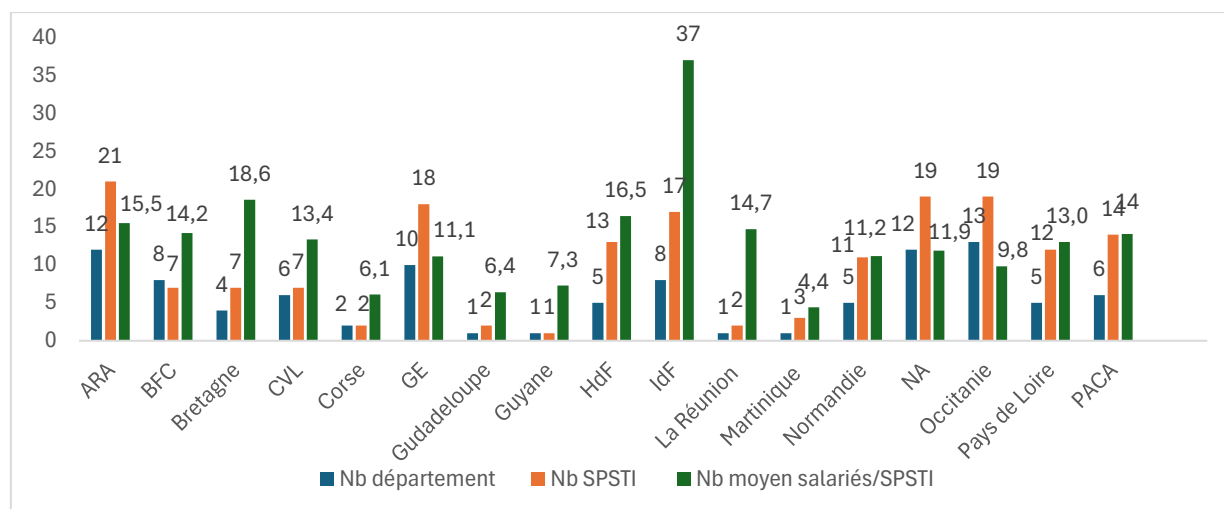
[140] **Pour les SPSTI, cette concentration n'aboutit pas à une répartition équilibrée sur l'ensemble du territoire.** Le nombre de SPSTI au sein des régions diffère logiquement au vu de la diversité de taille de ces dernières. Par ailleurs le nombre moyen de salariés par SPSTI met en évidence trois situations : l'Île de France (370 000 salariés en moyenne), l'Outre-mer (à l'exception de la Réunion) et la Corse (60 000 salariés en moyenne) et les autres régions françaises (137 000 salariés en moyenne).

⁸⁷ Les partenaires sociaux sont se sont engagés tout au long de la dernière réforme : signature de l'accord national interprofessionnel du 9 décembre 2020 relatif à la prévention renforcée et à une offre renouvelée en matière de santé au travail et conditions de travail qui s'est traduite par la loi du 2 août 2021, définition du référentiel et des principes d'un cahier des charges de certification puis construction de ce cahier, élaboration d'un cahier des charges national de l'agrément, participation aux groupes de travail élaborant le référentiel des SPSTI et des SSTA pour la certification.

⁸⁸ Fin août 2025, sur 98 SPSTI certifiés, 82,6 % le sont pour le niveau 1.

⁸⁹ Cf. les Bilans des conditions de travail de la DGT notamment 2022 et rapport 2023 sur l'activité des services de prévention et santé au travail

Graphique 5 : Par région : nombre de SPSTI et nombre de salariés (en dizaine de milliers) par SPSTI en 2023



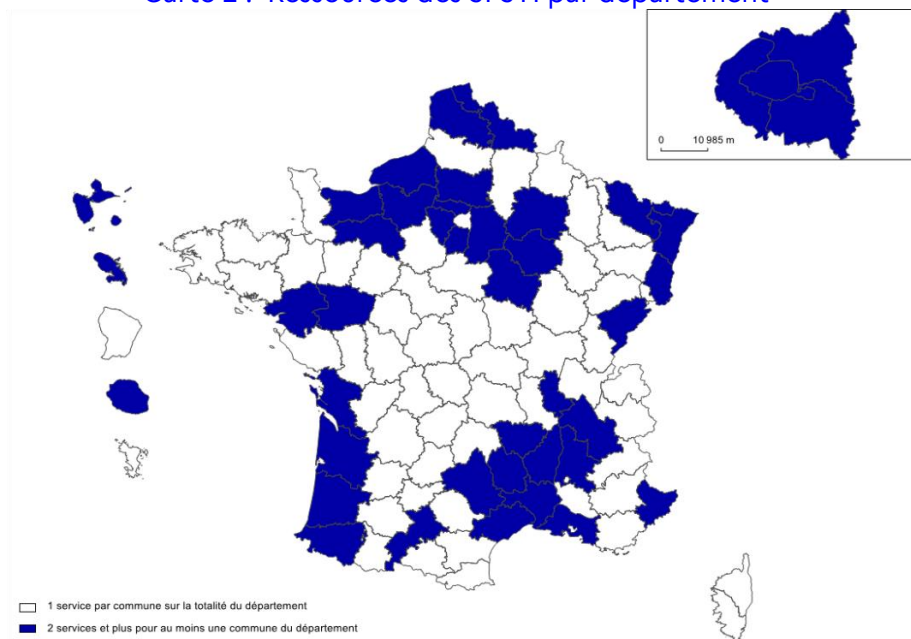
Source : Rapport 2023 DGT et rapport emploi, chômage, revenus du travail, édition 22 août 2024, Insee, traitement mission

[141] Le mouvement de concentration des SPSTI lié initialement à un éparpillement des services ne répond plus systématiquement à cette situation ou à l'objectif de 70 000 à 75 000 salariés minimum prévu par les partenaires sociaux en 2020⁹⁰.

[142] **En outre, pour plus de la moitié des départements, les entreprises n'ont pas le choix de leur SPSTI, qui opère donc de fait sur un marché captif.** La carte ci-dessous montre les départements pour lesquels il n'existe d'offre concurrente dans aucune commune. Cette situation correspond à une large partie du territoire, et à la situation de plus de 90 % des communes françaises.

⁹⁰ Dans l'accord national interprofessionnel du 9 décembre 2020, les partenaires sociaux ont estimé que la taille critique minimale assurant « une qualité opérationnelle des SPSTI » s'élève à 70 000/75 000 salariés.

Carte 2 : Ressources des SPSTI par département⁹¹



Source : Fichier 2024 Présanse, traitement mission

2.3.4 La réglementation actuelle n'est pas adaptée pour créer un nouveau SPST interentreprises

[143] La création d'un nouveau SPSTI implique de répondre à des formalités administratives⁹² quasi-impossibles à mettre en œuvre en respectant la lettre du Code du travail, le dossier de demande d'un agrément initial étant identique à celui d'une demande de renouvellement (Cf. annexe 6). **La demande d'agrément, telle qu'elle est prévue par les textes, s'applique à un service en activité**, les éléments relatifs à l'adhésion des entreprises et à l'activité des professionnels du service ne peuvent pas exister au moment de l'introduction de la requête, ce qui ne permet pas de répondre aux exigences juridiques constitutives d'une demande d'agrément.

[144] Dans ce contexte, compte-tenu de la difficulté de réunir les pièces attendues, les autres éléments sont décisifs particulièrement la position des partenaires sociaux composant la gouvernance des SPSTI. Il leur revient alors de décider de participer ou non à la création d'un service qui interviendra sur une zone où opère déjà un ou plusieurs autres services dont ils peuvent participer à la gouvernance.

⁹¹ Pour un département, une seule commune est couverte par deux SPSTI. Ce département est donc identifié par la couleur bleue.

⁹² C. trav., art. D. 4622-50 et arrêté du 3 septembre 2025 relatif à la composition des dossiers de demande d'agrément ou de renouvellement d'agrément des services de prévention et de santé au travail et des dossiers

2.4 Les outils numériques constituent un levier d'innovation dans les SPST

2.4.1 La loi de 2021 a prévu une interopérabilité des systèmes d'information indispensable qui n'est pas réalisée à ce jour

[145] **La loi de 2021 a prévu une interopérabilité des systèmes d'information (SI)** qui permettrait :

- Une communication facilitée des informations entre professionnels de santé au travail et avec les cliniciens traitants⁹³ et l'assurance maladie, qui elle-même rendrait possible :
 - Le versement des informations du salarié d'un dossier médical en santé travail (DMST) vers le DMST d'un autre éditeur, lorsque le salarié change d'employeur, ou que l'employeur change de SPST ; C'est aussi une nécessité pour les SPST à vocation nationale ou de branche (SPSTN, Thalie santé), pour lesquels les salariés sont dispersés sur tout le territoire et peuvent nécessiter une articulation fine entre le service national chargé de leur suivi et des services territoriaux, qui peuvent être chargés par le premier d'assurer les visites ne pouvant pas être effectuées à distance ;
 - La mise en œuvre d'un volet DMST dans le dossier médical partagé (DMP), pour permettre une prise en charge en santé globale ;
 - La possibilité inverse de verser des éléments du DMP dans le DMST du salarié, avec son accord ;
 - La transmission des arrêts de travail par l'assurance maladie au SPST concerné, avec l'accord du salarié.
- L'alimentation du Système national de données de santé (SNDS) en vue d'élargir le champ des données accessibles à la recherche et au pilotage de la prévention, en versant les données cliniques et d'exposition des DMST dans le SNDS, dans le respect de l'anonymat, du secret statistique et du secret des affaires (par exemple pour des postes de travail mettant en œuvre des processus tenus secrets).

[146] **Les échanges d'information entre médecin du travail, médecin traitant et médecin conseil sont une condition aux progrès de la prévention de la désinsertion professionnelle**, comme le rappelle la Cour des Comptes en 2022 et l'Igas dans son rapport récent consacré à la PDP⁹⁴.

[147] **L'une des conditions de cette interopérabilité est l'utilisation de l'identité nationale de santé (INS) au sein des DMST.** La DGT a indiqué à la mission avoir demandé aux Dreets de veiller scrupuleusement à l'intégration de l'INS par les SPST lors des renouvellements d'agréments.

[148] Or l'utilisation de l'INS dans les DMST est encore minoritaire : 84 % des SPSTI déclarent ne pas l'utiliser dans l'enquête DGT de 2023. Un des éditeurs revendique cependant plus de 200 000 nouvelles INS enregistrées chaque mois par les SPSTI utilisateurs, avec une progression constante.

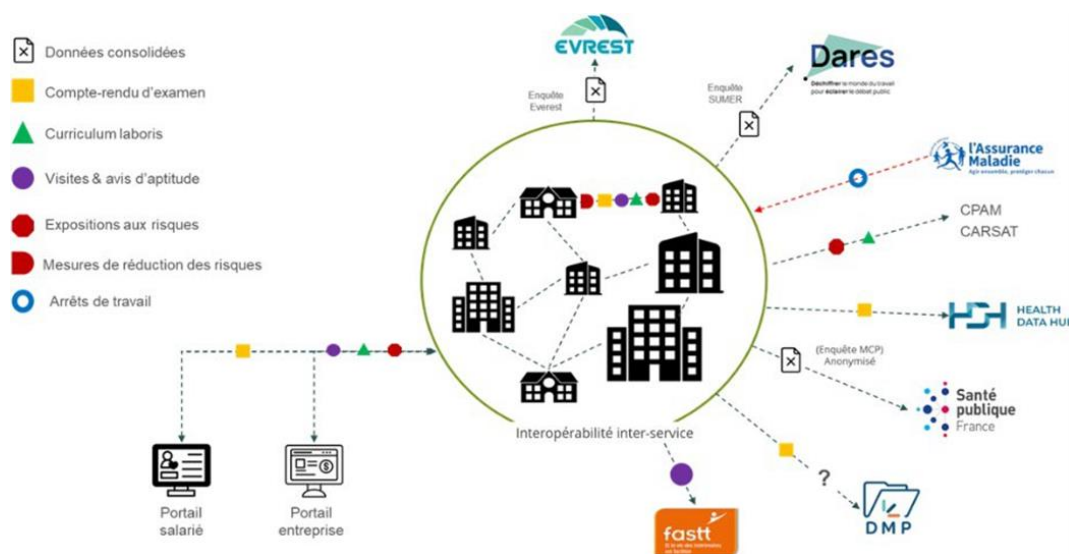
⁹³ Dans chaque cas avec l'accord du salarié, et en prenant en considération la possibilité d'un droit au secret et à l'oubli, prévu par l'article 17 du Règlement (UE) 2016/679 du Parlement Européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données), RGPD.

⁹⁴ Cour des comptes, *Les politiques publiques de prévention en santé au travail*, 2022 ; Igas, *Prévention de la désinsertion professionnelle : détecter le risque, coordonner les acteurs*, juillet 2025

[149] **La Direction générale du travail vient de mettre en place un groupe de travail** réunissant des représentants de SPSTI et SPSTA, des représentants de Présanse et d'Acomede ainsi que d'éditeurs et la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam), pour définir un référentiel commun, avec un appui méthodologique par l'Agence du numérique en santé (ANS), en s'inspirant de la méthode et de la gouvernance employées pour l'élaboration du cadre d'interopérabilité des systèmes d'information de santé (CI-SIS).

[150] Le calendrier de la DGT prévoit que tous les éditeurs soient compatibles et que les premiers échanges entre les DMST s'opèrent en juin 2026, que les premiers éléments puissent être déposés dans le DMP en septembre de la même année, et que les échanges soient fluides entre SPST en juin 2027.

Graphique 6 : Environnement cible numérique en santé travail



Source : Direction générale du travail

[151] **Le calendrier est ambitieux et nécessitera que la DGT soit appuyée** autant que de besoin par la Délégation au numérique en santé (DNS) et l'ANS, en lien avec la Cnam. Aujourd'hui, l'appui technique au projet est assuré par l'ANS à hauteur de quelques heures par mois.

2.4.2 Des innovations numériques sont proposées par les éditeurs pour améliorer des fonctionnalités offertes par les SPST

[152] **La certification est un levier important pour le développement des systèmes d'information.** Le premier niveau de certification selon la norme Afnor Spec 2217 pour les SPSTI et Spec 2218 pour les SSTA impose des obligations sur le sujet de l'interopérabilité des systèmes d'information : le service doit s'assurer que les moyens informatiques facilitent l'échange de données avec les entreprises adhérentes et les autres services, ainsi qu'avec les systèmes d'information existant en santé publique. Pour ces derniers, il s'agit de la conformité avec les référentiels de la politique générale de sécurité des systèmes d'Information de santé (PGSSI-S) et du CI-SIS, mais aussi la conformité aux futurs référentiels concernant les échanges de données du DMP) du DMST et de l'espace numérique en santé.

[153] **Or, les fondements de ce sujet ne relèvent pas des SPST, ni même des éditeurs de logiciels, mais des directions d'administrations centrales et agences de l'Etat** associées au développement du numérique en santé (Dinum, Dnum des ministères sociaux, DNS, ANS, HDH, Cnam, Drees⁹⁵, ...).

[154] On constate **une avancée notable dans l'informatisation des SPST depuis la loi de 2021, via les éditeurs de logiciels**, qui ont proposé, à défaut de complète interopérabilité, des solutions informatiques pour gérer les DMST et apporter d'autres fonctionnalités, soit vers les adhérents, soit vers les salariés (téléconsultation, supports vidéo de prévention, etc.), soit plus simplement pour aider certains SPST à passer du dossier médical papier au dossier informatisé. La couverture par un même éditeur d'un grand nombre de salariés, apporte une certaine part d'interopérabilité et d'accès à des données de masse, même si les transferts de données relèvent évidemment de la décision de chacun des SPST concernés. Il restait en 2023 encore 16 % de DMST non informatisés (2,8 millions de salariés suivis en SPSTI)⁹⁶.

[155] **Un enjeu fondamental pour les éditeurs est d'assurer la sécurité de ces données sensibles.** Les éditeurs ont montré leur souci d'assurer un haut niveau de sécurité aux données des SPST, conformément aux normes actuelles et parfois dans l'attente de nouveaux référentiels comme la norme NIS-2⁹⁷. Les architectures reposent soit sur le stockage des données au sein du SPST ayant obtenu la qualification d'hébergeur de données de santé (HDS), soit via une architecture « cloud » hébergée par l'éditeur, autorisé par la CNIL comme entrepôt de données de santé (EDS), en faisant appel aux solutions dites SaaS⁹⁸. De plus ces architectures « cloud » facilitent les mises à jour logicielles pour l'ensemble des SPST abonnés à un éditeur. Dans les deux cas, les SPST restent propriétaires de leurs données.

[156] **Dans ce cadre, les éditeurs proposent l'accès à une messagerie de santé permettant des échanges sécurisés** entre médecin du travail, médecin traitant et médecin conseil de l'assurance maladie. La connexion nécessite une carte de professionnel de santé (CPS), pour laquelle des besoins de paramétrages vis-à-vis du Répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé (RPPS) sont parfois nécessaires.

[157] **L'innovation repose sur la structuration du DMST et l'utilisation de thésaurus partagés.** La structuration d'un dossier médical permet d'enregistrer toutes les observations réalisées lors d'une consultation clinique, en notant les particularités voire anomalies décelées, par l'interrogatoire ou l'examen physique, mais aussi l'absence de celles-ci. Une structuration typique inclut les données d'identification du salarié, dont l'identité nationale de santé (INS)⁹⁹, le motif de

⁹⁵ Dinum : direction interministérielle du numérique ; DNUM direction du numérique des ministères sociaux ; DNS Délégation au numérique en santé ; ANS : Agence du numérique en santé ; HDH : Health data hub qui héberge le SNDS ; Cnam : Caisse nationale d'assurance maladie ; Drees : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

⁹⁶ Enquête annuelle DGT

⁹⁷ La directive NIS-2 (en français : sécurité des réseaux et des systèmes d'information) vise à renforcer le niveau de cybersécurité des tissus économique et administratif des pays membres de l'UE. Les utilisateurs sont dans l'attente de la transposition de cette directive et de la déclinaison qui sera réalisée par l'Agence nationale de la sécurité des systèmes d'information (Anssi).

⁹⁸ « Software as a Service » ou en français : « logiciel en tant que service » est une solution logicielle applicative hébergée dans le cloud et exploitée en dehors de l'organisation ou de l'entreprise par un tiers, aussi appelé fournisseur de service.

⁹⁹ L'utilisation de l'Identité Nationale de Santé (INS) pour référencer les données de santé est obligatoire depuis le 1er janvier 2021. Elle est constituée du matricule INS (correspond au NIR (Numéro d'Identification

consultation, les antécédents personnels et familiaux, et habitudes personnelles (dont les consommations), les résultats de l'examen clinique, organisé par organes, fonctions ou systèmes, les résultats d'examens complémentaires cliniques et paracliniques.

[158] Les DMST des différents éditeurs que la mission a pu rencontrer présentent tous à peu près une même structuration.

[159] **Concernant l'appétence pour les études épidémiologiques et la recherche croisant données cliniques et d'exposition, la mission a pu noter des approches divergentes selon les SPST et les praticiens** : de l'existence d'un pôle innovation-recherche associant les différents membres des équipes pluridisciplinaires avec le support méthodologique d'épidémiologiste, biostatisticien ou data scientifique, en lien éventuel avec des équipes de centres hospitalo-universitaires (CHU) et/ou de l'INSERM, à des service où les médecins ne participent à aucune enquête épidémiologique générale (SUMER, EVREST ou MCP), au motif que cela consomme du temps de travail et qu'ils n'en obtiennent aucun retour exploitable pour leur pratique.

[160] **L'intelligence artificielle apporte des facilités qui doivent encore être évaluées dans leurs indications.** Selon les éditeurs, l'intégration de l'intelligence artificielle (IA), est soit ciblée sur certaines fonctionnalités, soit à l'étude.

[161] Les éditeurs rencontrés par la mission ont indiqué s'appuyer sur un modèle de langage de grande taille (« *large language model* – LLM)¹⁰⁰ proposant essentiellement deux usages :

- L'enregistrement sonore du dialogue lors de la consultation, l'extraction des différents paramètres (signes cliniques, exposition, etc., exprimés par le salarié ou indiqués par le professionnel de santé (valeur de la pression artérielle mesurée, etc.) et l'affectation automatique des données dans les différentes rubriques du DMST ;
- L'élaboration d'une synthèse de la consultation à partir des données renseignées dans chaque rubrique du DMST.

[162] **Des services numériques sont utilement proposés aux adhérents et aux salariés par les SPSTI.** Des éditeurs proposent des portails adhérents et des portails salariés qui permettent une interactivité dans plusieurs domaines :

- L'aide à la rédaction des fiches d'entreprise (FE), et à l'élaboration du Duerp pour les entreprises adhérentes. Il n'existe toutefois pas de référentiel structuré unique pour les Duerp, notamment compte tenu de la diversité des activités. Par exemple, l'INRS propose 46 outils en ligne adaptés aux différentes activités des TPE PME pour entreprendre la

au Répertoire des personnes physiques) ou au NIA (Numéro Identifiant Attente) de l'individu) et des cinq traits INS : nom de naissance, prénom(s) de naissance, date de naissance, sexe, lieu de naissance (code Insee). Source Agence du numérique en santé. Toutefois son implémentation dans les dossiers n'est qu'en cours de réalisation et l'enquête annuelle 2023 de la DGT sur l'activité des SPST indiquait que 84 % des SPSTI déclaraient ne pas l'utiliser.

¹⁰⁰ Il s'agit de réseaux de neurones (informatiques) profonds entraînés sur de grandes quantités de texte non étiqueté utilisant l'apprentissage auto-supervisé ou l'apprentissage semi-supervisé, apparus vers 2018 et utilisés pour la mise en œuvre d'agents conversationnels. Ils sont entraînés à prédire une suite probable pour une entrée donnée. Les modèles de langage possédant un grand nombre de paramètres s'avèrent capables de capturer une grande partie de la syntaxe et de la sémantique du langage humain. Cela permet de retraduire une connaissance générale sur le monde conséquente, avec « mémorisation » d'une grande quantité de faits lors de l'entraînement.

démarche de Duerp (par exemple, pour la boucherie – charcuterie, les cabinets dentaires, etc.), ainsi qu'un outil générique destiné aux petites entreprises (OIRA¹⁰¹) ;

- Une fonction de gestion interactive d'agenda intégrée au planning (gestion des rendez-vous, planning et absences des salariés tracées et priorisées, outils avancés de réduction des pertes de rendez-vous par rappels email et SMS automatisés), de contact du SPST de manière 100 % numérique (questions, réclamations, suivi des tickets, etc.), de présentation de l'ensemble des actions menées par le SPST, d'inscription des salariés à des actions collectives, d'échange de documents avec le SPST de manière sécurisée et tracée, dans le respect du RGPD et des exigences du secret médical, de génération de documents administratifs pour les employeurs (déclaration annuelle d'effectif enrichie d'un volet prévention, factures, échéances, attestations, etc.). Les éditeurs proposent en outre des fonctionnalités de pilotage pour les SPST ;
- Certains logiciels offrent de plus la possibilité, via un portail salarié, de retrouver ses rendez-vous passés et à venir, de contacter son SPST, d'échanger des documents avec son médecin du travail de manière sécurisée, de retrouver des recommandations de prévention (sur différents supports, texte ou vidéo, *serious games*, suivi avec *e-learning*). Ceux-ci peuvent même être disponibles pour les salariés sur leur smartphone, ce qui apparaît être une approche intéressante. Certains supports de prévention sont disponibles également pour les adhérents, en vue de diffuser la « culture » de prévention auprès des managers ;
- Enfin, les éditeurs mettent en œuvre ou préparent l'automatisation de la participation aux enquêtes (EVREST, DGT, MCP, RNV3P) et facilitent des travaux de recherche et innovation, notamment épidémiologiques ou en prévention des risques professionnels.

[163] **L'organisation de clubs utilisateurs par les éditeurs, parfois déclinés par métiers, permet de faire évoluer les systèmes en fonction des besoins** des utilisateurs, d'assurer un retour d'expérience sur les utilisations, et d'acculturer les utilisateurs à ces applications et innovations numériques.

2.4.3 La téléconsultation sécurisée apporte un outil utile qui ne couvre pas l'entièreté du champ des visites

[164] La loi de 2021 a introduit la possibilité que les professionnels de santé des SPST puissent « recourir à des pratiques médicales ou de soins à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication pour le suivi individuel du travailleur, compte tenu de son état de santé physique et mentale. », avec l'accord du salarié.

[165] **En pratique, des SPSTI de compétence nationale**, comme le SPSTN, dédié aux salariés des particuliers employeurs à compétence nationale, ou Thalie Santé, pour les intermittents du spectacle, **font de la téléconsultation l'outil privilégié de consultation de première ligne** entre le salarié et le professionnel de santé au travail. Lorsque le besoin est identifié, ou à la demande du salarié, celui-ci peut consulter en présentiel dans un SPSTI territorial ayant préalablement passé une convention avec le SPSTI national.

¹⁰¹ Online interactive risk management.

[166] **Pour le reste, l'enquête annuelle de la DGT indique un usage résiduel de la téléconsultation, qui représente 2,4 % des consultations totales**, et se situe entre 1 % et 20 % selon les SPSTI. Lors de la pandémie de Covid-19, les utilisations de la téléconsultation sont montées à 40 % : il s'agissait alors d'un moyen « dégradé » de consultation mais néanmoins utile dans le cadre des confinements.

[167] Les applications actuelles consistent en une visioconférence sécurisée, avec un lien dans l'environnement du DMST coté SPST, entre le salarié et le professionnel de santé. La mission a toutefois constaté que certains services utilisaient des applicatifs non sécurisés de visioconférence.

[168] **Les indications se concentrent donc sur les visites ne nécessitant pas la réalisation d'un examen physique du salarié, ni de mesurer des paramètres paracliniques** (pression artérielle, fréquence cardiaque, etc.). Toutefois, avec le développement des applications portées par des smartphones permettant d'approcher un certain nombre de ces paramètres paracliniques, les indications pourraient évoluer avec la validation scientifique de ces applications, et le développement des API permettant de faire le lien entre ces applications et la téléconsultation.

[169] **En tout état de cause, les professionnels de santé au travail consultés par la mission se montrent globalement réservés vis-à-vis de la téléconsultation**, estimant que les conditions du « colloque singulier » nécessaires à une bonne communication verbale et non-verbale entre le salarié et son professionnel de santé, ainsi que l'absence de possibilité de mesures paracliniques les plus simples, en font une pratique qu'il convient de réserver à des situations bien précises : éloignement géographique, évaluation des risques psycho-sociaux, etc. tout en conservant la possibilité de procéder à une visite présentielle.

2.5 Le niveau d'innovation et de performance des SPST peut être approché par l'utilisation des données issues des enquêtes de la Direction générale du travail (DGT)

2.5.1 Le positionnement des SPST au regard de l'innovation se révèle hétérogène

[170] La mission a rencontré plusieurs services de santé au travail, relevant de l'ensemble des statuts possibles : sept SPSTI interprofessionnels ou sectoriels, sept SPSTA et deux SSTA. Parmi eux, **certaines services portaient une grande attention aux questions d'innovation** : ils se sont par exemple dotés de directions internes spécifiquement chargées de ces questions, menant à la fois un travail de veille et de promotion des pratiques innovantes, fréquemment reliées à l'implantation de technologies et leur utilisation par les équipes pluridisciplinaires.

[171] **D'autres se sont montrés neutres ou réservés à l'idée d'intégrer des modifications de pratiques pouvant être parfois apparentées à des modes**. Ce positionnement attentiste pouvait également traduire le souci de veiller au respect strict du cadre législatif et réglementaire, poussant à ne pas s'écarter des modes de fonctionnement existants.

2.5.2 La mission a construit un premier indice synthétique de performance et d'innovation sur la base des résultats des enquêtes annuelles de la DGT

[172] Plusieurs sources de données pourraient alimenter des indicateurs de performance des services de santé au travail :

- Les données d'activité pourraient être relevées au moyen des logiciels métier. A ce stade, et à défaut d'interopérabilité des systèmes d'information des SPSTI, ce levier n'est pas opérationnel, même s'il est probable qu'il serait techniquement aisé pour un fournisseur de logiciel donné de comparer les résultats de plusieurs services dont il serait également prestataire, à condition que les textes l'y autorisent ;
- S'agissant des SSTA, la Caisse centrale de MSA dispose de données centralisées à même de situer la performance des services du réseau qu'elle anime ;
- Présanse réalise depuis plusieurs années des enquêtes permettant de disposer de données provenant des SPSTI adhérents à cette organisation patronale. Elle n'a pas communiqué les résultats détaillés de ces enquêtes à la mission, mais a pu apporter des éclairages ponctuels à sa demande¹⁰² ;
- Les données relatives à la certification pourraient être compilées pour donner un aperçu de la performance des SPSTI. La DGT s'est rapprochée des organismes certificateurs en vue d'obtenir des données compilées relatives aux audits menés au titre de la première échéance de l'obligation pesant sur les SPSTI qui devait intervenir au 1^{er} mai 2025. A ce stade, ces données ne sont pas disponibles ;
- Seules les enquêtes annuelles obligatoires réalisées par la DGT auprès des SPSTI, des SPSTA et des SSTA permettent de disposer d'un matériau utile et disponible à ce jour.

[173] La mission a construit, avec l'aide du pôle data de l'Igas, un modèle à partir des données portant sur les SPSTI et les SPSTA issues des enquêtes annuelles de la DGT. Celles-ci sont renseignées au sein d'un outil informatique dédié, chaque année, par les services chargés de la santé au travail. **Ces données présentent l'avantage d'être obligatoires et communes à l'ensemble des services. Toutefois, elles rencontrent aussi des limites :**

- Le niveau de réponse est encore hétérogène, avec un niveau de participation de 97 % pour les SPSTI en 2023, contre 69 % pour les SPSTA ;
- Les données relatives aux SSTA, transmises par la Caisse centrale de MSA, sont moins complètes, et ne permettent pas à ce stade d'intégrer ces services dans l'indicateur synthétique proposé par la mission ;
- La qualité des données est perfectible, même si la DGT a produit une documentation convaincante d'aide au remplissage, et anime un collectif utilisateur. Certaines données collectées présentant des incohérences et valeurs aberrantes ;

¹⁰² Notamment sur les périmètres géographiques d'intervention des SPSTI et sur les procédures de recueil de la satisfaction des bénéficiaires des SPSTI.

- La manière de remplir ces données n'est pas automatisée mais dépend d'actions effectuées par les services eux-mêmes, pouvant se traduire par des différences notables, notamment s'agissant du décompte des actions en milieu de travail (AMT).

[174] **Par ailleurs, les mesures ainsi collectées portent sur des indicateurs d'activité et sur des indicateurs de performance administrative**, dont certaines traduisent la mise en œuvre des innovations organisationnelles induites par les réformes récentes de la santé au travail (délégations de tâches aux infirmiers, numérisation, etc.), **et non sur les conséquences sur la santé des travailleurs. Ainsi, les données ne comportent aucun indicateur d'impact** (aménagement effectifs des postes de travail, volume des arrêts maladie, consommation de médicaments, etc.).

[175] Pour autant, l'outil est intéressant. **Les résultats apparaissent cohérents avec les observations réalisées par la mission lors des investigations effectuées au sein des SPSTI visités dans quatre régions.** Par ailleurs, la mesure des impacts est toujours très complexe à mettre en place, et fait généralement défaut, y compris en santé publique.

[176] **L'effet d'apprentissage lié à l'intégration progressive de cet outil dans les services chargés de la santé au travail devrait permettre d'améliorer progressivement la qualité de ces données à l'avenir.** La DGT devrait maintenir et amplifier ses efforts pour les fiabiliser, notamment au moyen de travaux avec les éditeurs permettant de progresser dans l'automatisation de leur renseignement, et par la création de contrôles bloquants permettant de supprimer les valeurs aberrantes.

2.5.3 Le suivi de la performance et de l'innovation proposé s'appuie sur l'ensemble des missions des SPST

[177] **La mission propose d'associer un score à certaines des données collectées par le biais des enquêtes annuelles de la DGT.** Ces données sont regroupées et pondérées pour définir un score de performance et d'innovation.

[178] Le *scoring* est composé de la manière suivante :

- Un tiers de la note est lié aux actions en milieu de travail (AMT) ;
- Un tiers de la note est lié au suivi individuel de santé des salariés (visites) ;
- Le dernier tiers de la note se compose des résultats liés à la prévention de la désinsertion professionnelle, de la performance des systèmes d'information (SI) et de la participation aux politiques publiques de santé (PPPS).

[179] Plusieurs séries de données viennent composer chacun de ces items, dans les conditions exposées en annexe 10.

[180] **Ces choix résultent d'un réseau de contraintes et d'options qui peuvent évidemment faire l'objet de discussions.** En termes de contraintes, ils s'appuient sur les items faisant l'objet des enquêtes annuelles de la DGT, et valorisent à ce titre les seuls aspects concernés par ces remontées statistiques. En ce qui concerne les choix opérés dans le cadre de ce rapport, il a été retenu de surpondérer les deux « principales » missions des SPST (visites individuelles et actions en milieu de travail) au regard des effectifs qui sont consacrés à ces deux activités. S'il ne fait pas de doute que l'essentiel du temps de travail des équipes des SPST se consacrent à ces missions, il

n'existe généralement pas de comptabilité des temps susceptible de le démontrer. Seul un SPSTI visité s'est prêté à l'exercice d'évaluation des temps dédiés à chaque mission, qui montre la prééminence de activités de visite individuelle et d'AMT¹⁰³. Pour autant, le temps consacré à une activité ne saurait être assimilé *a priori* à son importance et à son impact sanitaire et social. Ainsi, la prévention de la désinsertion professionnelle (PDP) est apparue comme une priorité politique au cours des dernières années¹⁰⁴.

[181] **L'outil proposé par la mission Igas n'est qu'une première approche, et méritera d'être réexaminé dans un cadre concerté entre les pouvoirs publics et les partenaires sociaux.** Il se veut l'initiation d'une approche tournée vers les résultats des SPST, permettant de dépasser les analyses de conformité retenues dans les actuels outils de régulation, qu'il s'agisse de l'agrément, de la certification ou des Cpom (Cf. partie 3).

2.5.4 Cet outil met en évidence les progrès réalisés par les SPST de toutes catégories et tailles entre 2022 et 2023

[182] **Les scores augmentent significativement quelle que soit la catégorie des services (SPSTI ou SPSTA) entre 2022 et 2023.** Les SPSTI de toutes tailles voient leur performance progresser. Les SPSTI couvrant moins de 50 000 salariés ont un score d'environ 7,5 points inférieur à celui des SPSTI de plus de 100 000 salariés (56,4 contre 64).

[183] **La progression des plus petits SPSTI est cependant plus rapide** que celle des grands et la performance des SPSTI, sur la base des données de ces deux années, tend donc à se rapprocher.

Tableau 3 : Score des SPSTI en 2022 et 2023, par taille

Tranche de taille en nb salariés couverts	Nb de SPSTI en 2023	Score 2022	Score 2023	Evolution
< 50 000	59	49,15	56,51	15,0 %
50 000 à 100 000	60	54,24	60,57	11,7 %
> 100 000	52	58,02	63,97	10,3 %
Moyenne des SPSTI	171	53,21	60,2	13,1 %
Médiane des SPSTI	171	53,83	60,88	13,1 %

Source : Direction générale du travail, traitement pôle data de l'Igas

¹⁰³ Questionnée à ce sujet, la direction du service a accepté de transmettre à la mission un relevé des heures effectuées par les salariés du service au cours de l'année 2024. Celui-ci met en évidence la répartition suivante :

- 40,4 % d'heures de temps clinique
- 14,9 % d'heures de temps d'actions en milieu de travail
- 24,9 % de temps connexes
- 19,8 % de temps non clinique indéterminé

¹⁰⁴ Elle n'est suivie dans le score proposé par la mission que pour les SPSTI. Pour les SPSTA, les données apparaissent trop hétérogènes et difficiles à comparer.

[184] **Les SPSTA de moins de 1 000 salariés se caractérisent par des performances relativement inférieures aux autres SPSTA, et leur niveau de performance s’améliore moins rapidement entre 2022 et 2023.** Le niveau de performance des SPSTA apparaît lié à leur taille. Les SPSTA de moins de 1 000 salariés ont un score de performance de 12 points inférieur à celui des SPSTA d’entreprises de plus de 5 000 salariés (45,6 contre 57,6).

[185] **Surtout, en dynamique, les plus petits SPSTA ne progressent pas aussi rapidement que les autres.** Ceux de moins de 1 000 salariés voient leur performance progresser de 2,7% entre 2022 et 2023, tandis que les SPSTA pris dans leur ensemble enregistrent une progression moyenne de 7,7%. Ce sont les plus grands SPSTA, couvrant plus de 5 000 salariés, qui connaissent la progression la plus soutenue (+14,3% entre 2022 et 2023).

Tableau 4 : Score des SPSTA en 2022 et 2023, par taille

Tranche de taille en nb salariés couverts	Nb de SPSTA en 2023	Score 2022	Score 2023	Evolution
Moins de 1 000	66	44,39	45,59	2,7%
De 1 000 à 2 000	80	45,67	49,68	8,8%
De 2 000 à 5 000	89	46,42	49,31	6,2%
> 5 000	50	50,37	57,57	14,3%
Moyenne des SPSTA	285	46,29	49,87	7,7%
Médiane des SPSTA	285	46,7	50,00	7,1%

Source : Direction générale du travail, traitement pôle data de l'Igas

[186] Au-delà de l’outil représenté par le score, certaines données montrent que les SPSTA de petite taille peinent davantage à se saisir de certaines innovations pourtant induites par des textes relativement anciens. C’est le cas notamment du niveau des délégations de tâches. Ainsi, ces niveaux apparaissent particulièrement hétérogènes pour les SPSTA (Cf. *supra* et annexe 8).

2.5.5 Le choix du logiciel de gestion est un facteur de distinction de la performance et de l’innovation pour les SPST interentreprises

[187] Si l’on considère le logiciel utilisé, il apparaît que rares sont désormais les SPST qui n’en utilisent pas (11 SPSTI et 2 SPSTA dans ce cas dans l’enquête de 2023).

[188] **Le choix du logiciel de gestion est associé à des écarts de score élevés tant pour les SPSTI (18 points environ entre les logiciels B et E) que pour les SPSTA (13 points environ entre les logiciels A et D)¹⁰⁵.** Les évolutions sont également contrastées, les SPST ayant opté pour certains logiciels connaissant des progressions importantes (logiciels B, C et D pour les SPSTI, logiciel A pour les SPSTA). Un unique éditeur enregistre un recul dans la performance de ses SPSTA entre 2022 et 2023 (logiciel D).

¹⁰⁵ La mission a fait le choix d’anonymiser les noms des fournisseurs de logiciels, afin de ne pas porter atteinte aux conditions de concurrence entre ces entreprises.

Tableau 5 : Score des SPSTI en fonction du logiciel utilisé

Logiciel SPSTI	Score 2022	Score 2023	Evolution
A	65,27	69,71	6,8%
B	61,65	71,47	15,9%
C	51,71	60,07	16,2%
D	51,33	55,85	16,2%
E	47,79	53,86	8,8%
Autres logiciels	56,35	61,99	10,0%
Sans logiciel	N. A	52,06	N. A

Source : Direction générale du travail, traitement pôle data de l'Igas

Tableau 6 : Score des SPSTA en fonction du logiciel utilisé

Logiciel SPSTA	Score 2022	Score 2023	Evolution
A	51,75	58,78	13,6%
B	50,58	54,8	8,3%
C	46,03	48,51	5,4%
D	49,23	45,57	-7,4%
E	46,09	49,42	7,2%
Autres logiciels	44,42	51,31	15,5%
Sans logiciel	43,4	48,37	11,5%

Source : Direction générale du travail, traitement pôle data de l'Igas

[189] Enfin, **les résultats associés au choix du logiciel apparaissent plus contrastés pour les SPSTI**, pour lesquels les éditeurs A et B disposent d'une avance très importante par rapport aux autres prestataires¹⁰⁶. L'impact de ces logiciels sur la performance et la capacité d'innovation des SPSTI a été corroboré par la plupart des entretiens réalisés sur ce sujet par la mission.

2.6 La prise en compte des besoins des bénéficiaires n'en est qu'à ses débuts

[190] La mission s'est efforcée de vérifier le niveau de prise en compte des besoins des bénéficiaires (dénommée également ci-après « écoute client ») par le système de santé au travail. Il s'agit en effet d'une condition essentielle de l'innovation.

¹⁰⁶ Le nombre d'observations apparaît néanmoins insuffisant pour établir une corrélation statistique.

2.6.1 Jusqu'à présent, la prise en compte des besoins des usagers était peu structurée

[191] Le rapport d'évaluation des services de santé au travail interentreprises, publié par l'Igas en février 2020¹⁰⁷ observait qu'il n'y existait à l'époque aucune obligation de recueil des expressions de satisfaction ou d'insatisfaction, ou de recueil des réclamations des usagers. Pour autant le rapport soulignait que les services interentreprises ne se désintéressaient pas de la satisfaction de leurs adhérents et des salariés, leur direction mettant souvent un point d'honneur à rappeler les entreprises ayant exprimé une réclamation, ou en ayant recours à des cabinets de consultants pour mener des enquêtes de satisfaction ponctuelles.

[192] Les entretiens effectués par la présente mission, ainsi que les constats opérés lors des visites de SPST, conduisent à estimer qu'il n'existe pas, à ce stade, de véritable culture de l'écoute client au sein de ces services. **Le respect de la réglementation apparaît comme prioritaire**, au point que les besoins des usagers sont parfois considérés comme étant intégralement retranscrits dans le droit. Les dispositifs d'écoute client qui existent aujourd'hui demeurent parcellaires et ponctuels, malgré une structuration naissante sous l'effet de la certification. Cette faiblesse résulte probablement en partie de l'existence d'une représentation institutionnelle des employeurs et des salariés dans la gouvernance des services chargés de la médecine du travail. Cette incarnation n'épuise cependant pas le sujet. Interrogés par la mission, beaucoup d'administrateurs n'intègrent pas véritablement les remontées de terrain dans leur pratique habituelle et dans leurs délibérations¹⁰⁸. Ce manque est ressenti largement au sein de l'écosystème de la santé au travail.

La prise en compte des besoins des entreprises, dont les TPE-PME, et des salariés est au cœur des propositions récentes portées par les acteurs désireux de créer de nouveaux SPSTI et par les éditeurs de solutions informatiques

Le service de prévention et de santé au travail national dédié aux salariés de particuliers employeurs (SPSTN) a été créé dans la foulée de la loi du 2 août 2021, qui prévoit que les particuliers employeurs doivent adhérer à un service de santé au travail via la convention collective nationale de branche et un accord paritaire, adopté le 4 mai 2022. Le SPSTN est financé par une cotisation recouvrée par les URSSAF auprès des particuliers employeurs. Il s'agit d'un service localisé à Paris dont la compétence est nationale. Lancé le 2 janvier 2025, il comptait au moment de la visite de la mission 63 collaborateurs et visait l'emploi de 300 collaborateurs en vitesse de croisière. Son ambition initiale est d'assurer les visites individuelles pour les salariés des particuliers employeurs, par des téléconsultations assurées par les médecins et IDEST salariés du SPSTN, complétées par des visites physiques assurées lorsque nécessaire par des professionnels de santé au travail employés par les SPSTI territoriaux, avec lesquels le service national contractualise.

¹⁰⁷ Igas, *Evaluation des services de santé au travail interentreprises (SSTI)*, février 2020. Le rapport a procédé à l'analyse individualisée de 12 services implantés dans quatre régions, en s'appuyant sur un questionnaire adressé aux adhérents de ces services ainsi qu'aux représentants du personnel au sein de ces entreprises.

¹⁰⁸ La mission Igas de 2020 relevait également que la gouvernance paritaire des services interentreprises peinait à s'impliquer dans un réel contrôle des associations. Elle constatait que pour une large majorité des décisions dans les services visités, « l'unanimité est la règle, et le recours au vote est le plus souvent formel et procédural ».

Thalie santé est un autre SPSTI de compétence nationale, destiné à assurer le suivi de 300 000 à 350 000 intermittents, pigistes et mannequins, dont les 9 000 enfants, employés par 32 000 structures. Le service suit aussi 85 000 salariés permanents dans 4 000 entreprises de la publicité, du spectacle, de la presse et de la communication. Le service a vocation à s'adapter à un public réparti sur tout le territoire et majoritairement non permanent. Comme le SPSTN, il s'appuie sur des partenariats avec les SPSTI territoriaux, et assume une grande partie des visites par téléconsultations (25%). Le service conduit le projet d'un nouveau portail, e-Thalie, permettant de disposer d'une information plus complète sur les salariés et visant à apporter des messages de prévention adaptés aux différentes classes de métiers.

L'une des questions restant en suspens concerne aujourd'hui la prise en charge des salariés de l'intérim. Prism'emploi, organisation patronale représentative de cette branche, estime nécessaire d'apporter des réponses spécifiques aux besoins de ces entreprises, dont les salariés sont par définition placés dans des entreprises utilisatrices réparties sur l'ensemble du territoire national. Des réflexions sont en cours au sujet de la possibilité de créer un organisme spécialisé dans la prévention des risques professionnels dans le secteur médico-social, dans l'objectif d'adapter la prise en charge aux contraintes et particularités de ces métiers, en s'appuyant notamment sur les téléconsultations.

Par ailleurs, deux projets de nouveaux SPSTI, en région parisienne, ont été portés par la volonté de fournir de nouveaux services aux bénéficiaires. Lancé en juillet 2024, le projet Sano santé a pour objectif de s'appuyer sur les possibilités ouvertes par la réglementation en matière de délégations de tâches, et de mieux relier les activités de santé au travail avec la santé publique. Le projet a fait l'objet de discussions approfondies avec les pouvoirs publics, et les dirigeants de Sano ont finalement obtenu un agrément provisoire d'un an, à compter du 1er janvier 2026.

De son côté, la mutuelle Alan, créée en 2016, a souhaité proposer son propre SPSTI, Prévenir, qui après plusieurs mois de procédure a fini par obtenir son agrément temporaire le 2 octobre 2025. Sa proposition est centrée autour de services numériques aux salariés, devant permettre de renforcer le contenu opérationnel de la prévention.

Les éditeurs de logiciels destinés aux SPSTI, dont l'offre s'est considérablement modernisée depuis la mise en place de la certification, se disent également très soucieux des interfaces avec les entreprises adhérentes et, dans une moindre mesure, avec les salariés.

2.6.2 Dans le cadre de la certification, des progrès sont enregistrés mais ils sont encore insuffisants

[193] **Depuis la mise en place de la certification, une prise en considération des besoins et de la satisfaction des bénéficiaires est initiée.** La spécification 2217 applicable aux SPSTI, comme la spécification 2218 applicable aux SSTA, prévoient à la fois la mise en place de dispositifs internes d'évaluation du service rendu aux bénéficiaires et d'une procédure de traitement des réclamations.

[194] Présanse a fourni à la mission un échantillon d'extraits de procédures visant à mesurer la satisfaction des adhérents, émanant de différents SPSTI. La mission a de son côté pu examiner les procédures mises en place dans deux des SPSTI qu'elle a visités. Par ailleurs, Présanse a transmis à la mission cinq exemples de procédures de gestion des réclamations produites par différents SPSTI. L'étude de l'ensemble de ces documents permet de constater :

- **Une large prééminence des consultations d'adhérents**, généralement lorsque ces derniers ont bénéficié d'une prestation spécifique, le plus souvent une action en milieu de travail ;

- Une prééminence des procédures **qui se bornent à recueillir la satisfaction des parties prenantes, et non leurs attentes** alors que ces dernières permettraient davantage d'apporter des améliorations du service par l'innovation ;
- **Une faible association des salariés à ces procédures** ; ces derniers étant consultés uniquement à l'occasion des visites individuelles.

[195] **Si ces éléments sont évidemment utiles pour améliorer la qualité de service, ils s'avèrent insuffisants pour permettre d'alimenter effectivement l'innovation dans les SPST**, qui implique non seulement de mesurer la satisfaction des adhérents, mais plus largement d'écouter les besoins et suggestions de ces derniers et de leurs salariés.

3 Le cadre public de fonctionnement des services de prévention et de santé au travail devrait aujourd'hui se desserrer pour permettre davantage d'innovations

[196] La mission a pris le parti de traiter les conditions de l'innovation en santé travail sur la base des constats propres à ce champ (structuration autour de trois types de services – SPSTI, SPSTA, SSTA – dans le champ privé, outils de régulation nombreux, pénurie et mauvaise répartition géographique des médecins du travail, etc.), des comparaisons pouvant être faites avec l'expérience menée depuis les années 2010 dans le champ de la santé publique et sur la base des enseignements issus de l'économie de l'innovation.

[197] Plusieurs des dimensions du système français de santé au travail méritent une attention particulière dans cette analyse :

- La gouvernance dispersée, du fait des administrations et des opérateurs relevant de plusieurs ministères et de l'absence de tête de réseau pour les SPST ;
- La structure de marché, puisque le nombre d'opérateurs de la santé au travail est finalement relativement limité, et conduit le plus souvent les SPSTI à se trouver en position de monopole sur leur territoire ;
- Le mode de financement, qui n'est pas majoritairement public comme dans le cas de la santé publique, mais repose exclusivement sur des cotisations patronales ;
- Le mode d'intégration des innovations propre au management des risques professionnels, qui implique de mobiliser des collectifs de travail et de s'appuyer le dialogue social¹⁰⁹.

[198] Ces éléments conduisent la mission à formuler des recommandations autour de plusieurs axes :

- D'abord, la nécessité d'offrir un cadre juridique se prêtant davantage aux innovations des acteurs de la santé au travail, en stabilisant le droit applicable, en le précisant et en apportant certaines clarifications juridiques ;
- En deuxième lieu, la nécessité d'aménager les outils et la pratique de la régulation des SPST, dans un sens plus propice à l'innovation ;

¹⁰⁹ Ainsi l'INRS émet-elle des réserves à l'idée de valider *a priori* des solutions techniques en matière gestion des risques professionnels : le « solutionnisme » technique se heurterait à la réalité des usages.

- En troisième lieu, en adoptant des mesures de gestion publique encourageant l'innovation dans les SPST ;
- En quatrième lieu, en accélérant la transformation numérique du secteur ;
- Enfin, en développant les dispositifs d'écoute des besoins des bénéficiaires.

[199] L'ensemble de ces orientations a pour objectif de favoriser les innovations susceptibles de renforcer la qualité, l'efficacité et l'efficience des services chargés de la santé au travail, et ainsi de contribuer à limiter la pénibilité, l'absentéisme et les risques de désinsertion professionnelle.

3.1 Stabiliser, préciser, simplifier le cadre juridique actuel

3.1.1 Stabiliser le droit

[200] La quasi-totalité des représentants des parties prenantes de la santé au travail, qu'il s'agisse des pouvoirs publics, des partenaires sociaux, des dirigeants de SPST ou d'experts, ont souligné la nécessité de ne pas imposer une nouvelle réforme d'ampleur aux services de médecine du travail. Il est rare de réunir une telle unanimité.

[201] **Par ailleurs, la réforme de 2021 est encore récente, et continue à diffuser ses effets.** La plupart des SPSTI sont certifiés sur leur offre socle en niveau 1, c'est-à-dire qu'ils se sont engagés la mise en œuvre des moyens humains, organisationnels et fonctionnels que le SPSTI a déployés pour répondre aux exigences imposées par la spécification 2217. Ils devront dans les années qui viennent réussir les niveaux 2 et 3, correspondant respectivement au déploiement effectif de ces moyens et à la mise en œuvre opérationnelle de l'offre socle dans le cadre d'un pilotage permettant une amélioration continue des processus.

[202] S'il demeure possible de rechercher des progrès, y compris par le biais de modification de textes législatifs et réglementaires, la mission estime qu'il serait contre-productif d'engager un nouveau chantier comparable aux réformes de 2016 et 2021. En conséquence, une « pause qualité » serait bienvenue au cours des prochaines années, permettant de pleinement déployer la réforme de 2016 (en particulier la prise en charge du suivi individuel par les IDEST), d'engranger les bénéfices de la loi de 2021 (notamment la certification et le renforcement de la prévention) et de les évaluer.

[203] Ce temps pourra être mis à profit pour permettre le déploiement d'innovations utiles à la qualité et à l'efficience des services.

Recommandation n°1 Ne pas engager de nouvelle réforme de la santé au travail avant d'avoir pleinement déployé les contenus et procédé à une évaluation complète des changements majeurs issus des lois du 8 août 2016 et du 2 août 2021

3.1.2 Lever les ambiguïtés

[204] L'insertion de nouveaux acteurs est un impensé de la régulation actuelle des SPSTI. Si la théorie économique ne permet pas d'apporter de conclusion définitive de l'effet de la structure des marchés (monopole ou concurrence) sur l'innovation, la « contestabilité » des marchés, elle, est reconnue comme un facteur favorable. Or, **rien dans le droit en vigueur, ni dans le projet d'instruction en cours relatif à l'agrément, ne porte sur la création d'un nouveau SPSTI.** Les projets

récents (SPSTN, Sano santé, Prévenir) ont dû faire l'objet de traitements *ad hoc*, et nécessiter un appui par la DGT permettant aux services déconcentrés de l'Etat de déroger à la lettre des textes actuels. Il subsiste en outre de grandes incertitudes qui pèsent sur l'application des régimes transitoires, malgré le statut d'agrément conditionnel de deux ans.

[205] Le droit de l'agrément des SPST devrait évoluer pour permettre une clarification des conditions de création de nouveaux SPSTI. Une telle réforme, limitée dans son objet, impliquerait l'adoption d'un acte réglementaire.

Recommandation n°2 Insérer dans le Code du travail des dispositions relatives à l'agrément de nouveaux services de prévention et de santé au travail interentreprises, afin de répondre aux difficultés actuellement rencontrées par les services de l'Etat pour traiter ce type de demandes

[206] Par ailleurs, la mission a pris connaissance, au cours de ses investigations, d'interrogations portées par des **dirigeants de SPSTI redoutant qu'une interprétation trop stricte de l'objectif d'équité dans l'accès au socle de leurs services puisse hypothéquer leur certification**. Certains ont même indiqué avoir renoncé à des démarches expérimentales existant dans le passé, pour tenir compte des exigences prêtées à la loi de 2021.

[207] Les représentants des organismes certificateurs ont indiqué qu'en l'état actuel du droit, rien ne s'opposait à la conduite de ces démarches expérimentales, pouvant impliquer de délivrer un niveau de service différent aux adhérents intégrés dans cette expérimentation, sous réserve d'en assurer une traçabilité. En outre, les partenaires sociaux, à l'origine du dispositif de certification, ont indiqué, lorsque la mission les a interrogés sur le sujet, qu'ils n'entendaient pas limiter ces possibilités, et qu'une telle interprétation des textes dépassait leur volonté de négociateurs.

[208] Une clarification du droit devrait néanmoins être apportée sur ce point afin d'assurer les acteurs opérationnels que sont les SPSTI qu'ils peuvent effectivement conduire des démarches expérimentales ne bénéficiant qu'à une partie de leurs adhérents, en harmonisant les notions contenues dans les textes (qui font référence, selon les cas, à la recherche d'égalité ou d'équité), et en précisant leur sens par voie d'instruction.

Recommandation n°3 Préciser la notion d'équité dans les spécifications 2217 et 2218, et préciser par circulaire que la notion ne fait pas obstacle à ce que des démarches expérimentales puissent être menées avec certaines entreprises adhérentes aux services de prévention et de santé au travail

[209] Comme précédemment constaté, **les SPSTI, les SPSTA et les SSTA s'investissent de façon très variable dans la conduite d'actions de dépistage et de promotion de la santé** en faveur des salariés, des employeurs, ainsi que des travailleurs indépendants.

[210] Dans l'esprit de la loi de 2021 fixant les mission des SPST, ceux-ci « *contribuent 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 et contribuent à la réalisation d'objectifs de santé publique afin de préserver, au cours de la vie professionnelle, un état de santé du travailleur compatible avec son maintien en emploi* ». Il est possible de développer un plus large panel d'actions de prévention en santé publique et de dépistages, en particulier par l'action des IDEST en lien avec les autres membres des équipes pluridisciplinaires, notamment dans les champs d'intervention prévus par la stratégie nationale de la santé.

[211] L'un des obstacles aux avancées dans ce domaine tient au financement exclusif de la santé au travail par les entreprises, alors que la santé publique relève des compétences de l'Etat, et donc d'un financement non affecté par la généralité des ressources de ce dernier.

[212] Or, **il existe de nombreuses zones de recoupement entre santé publique et santé au travail**. La survenue de maladies peut être à l'origine d'accidents de travail ou d'arrêts maladie susceptibles de diminuer la capacité de production de l'entreprise, parfois à long terme, ou de nécessiter ensuite le cas échéant un aménagement du poste de travail.

[213] Cette double logique préside aujourd'hui par exemple aux politiques de PDP, portées à la fois par les branches maladie et risques professionnels au sein de la Sécurité sociale.

[214] Il serait possible d'aller plus loin dans le rapprochement entre santé publique et santé au travail, en adoptant une politique partagée entre les SPST et l'assurance maladie s'agissant des visites de mi-carrière pour les premières¹¹⁰, et du dispositif « Mon bilan prévention » de la seconde¹¹¹. Une impulsion pourrait être donnée en ce sens dans le plan santé au travail n°5, permettant de développer des partenariats entre les SPST et les Caisses primaires d'assurance maladie, générateurs de gains d'efficacité en termes de couverture et de gains d'efficience par le partage des coûts associés. La prochaine convention d'objectifs et de gestion (COG) de l'assurance maladie pourrait également y faire référence. Ces démarches pourraient être en outre propices à la mise en place d'autres collaborations innovantes pour l'avenir, susceptibles de mieux assurer à la fois les objectifs de santé publique et de santé au travail.

Recommandation n°4 Promouvoir des partenariats entre SPST et caisses primaires d'assurance maladie permettant de développer la coordination entre les visites de mi-carrière des services chargés de la santé au travail et le dispositif « Mon bilan prévention » de l'assurance maladie

3.1.3 Simplifier

[215] Après la dynamique des contrats pluriannuels l'objectifs et de moyens de la première génération, qui a permis de couvrir les trois quarts des SPSTI, le niveau actuel de contractualisation est faible. Cette fragilité ne fait pas obstacle aux contributions des services dans le cadre du plan régional de santé au travail (PRST) ou aux travaux régionaux, y compris dans des régions qui ne comptent aucun Cpom.

[216] Les précédents travaux de l'Igas en 2023¹¹² mettaient en lumière la nécessité de conforter la démarche des Cpom et identifiaient des axes de travail pour y parvenir. Or ces conditions font actuellement défaut : l'absence d'outils d'évaluation partagés, de systèmes d'information et de

¹¹⁰ La visite médicale de mi-carrière doit avoir lieu dans l'année civile où le salarié atteint 45 ans. Elle vise à établir un état des lieux de l'adaptation du poste de travail avec l'état de santé du salarié en tenant compte des risques auxquels il est exposé, à évaluer les risques de désinsertion professionnelle et à le sensibiliser aux enjeux du vieillissement au travail et à la prévention des risques professionnels.

¹¹¹ « Mon bilan prévention » est un dispositif permettant aux assurés âgés de 45 à 50 ans de solliciter un rendez-vous pris en charge à 100 % permettant un échange avec un professionnel de santé sur les habitudes et l'environnement de vie. Créé par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2023, ce bilan concerne également trois autres tranches d'âge : les 18-25 ans, les 60-65 ans et les 70-75 ans.

¹¹² Igas, *Bilan et perspectives des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec les services de prévention et de santé au travail*, janvier 2023

moyens humains adaptés hypothèquent la création d'une nouvelle dynamique autour des Cpom. Le volume d'indicateurs ne permet pas un suivi approprié. Enfin, les contributions réelles de l'ensemble des signataires n'apparaissent pas, dans un contexte de tension sur les ressources humaines de l'ensemble des parties prenantes.

[217] Par ailleurs, les travaux de certification, qui engagent les SPSTI sur plusieurs années, ne favorisent pas l'impulsion attendue et la formalisation d'engagements partagés dans le cadre du Cpom.

[218] Dans ce contexte, cet outil pourrait continuer à vivre dans les régions où il a trouvé sa place, sans en faire un dispositif dont l'adoption serait systématique. Cette évolution implique d'ajuster l'article L. 4622-10 du Code du travail et d'en tirer les conséquences sur le lien entre le projet pluriannuel de service et le Cpom (article L. 4622-14).

[219] En toutes hypothèses, la coordination de l'action des SPSTI avec les travaux régionaux et plus particulièrement le PRST et les priorités partagées avec l'assurance maladie, dont la PDP, ont toute leur place dans le projet pluriannuel de service qui doit intégrer ces dimensions. Le projet de service est joint à la demande de renouvellement d'agrément, et fait l'objet d'un examen par les services de l'Etat, qui devront y veiller à cette occasion.

Recommandation n°5 Supprimer le caractère systématique des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens en veillant, par le biais du projet pluriannuel de service et de la demande d'agrément, à l'existence de contributions effectives aux travaux du plan régional de santé au travail et aux priorités partagées avec l'assurance maladie, dont la prévention des risques professionnels

[220] La mission a constaté que **plusieurs services de santé au travail avaient engagé une démarche de convergence des protocoles de délégation de tâches** des médecins du travail vers les infirmiers. Ces démarches ont généralement été progressives et concertées, en associant pas à pas la commission médico-technique du SPSTI, et en procédant par étapes : d'abord, par l'adoption d'un socle partagé de principes intégré dans l'ensemble des protocoles, avant de viser la mise en place d'un protocole commun. Ces mouvements se sont évidemment adaptés aux conditions de formation des infirmiers de santé au travail.

[221] **Ces mécanismes sont porteurs de simplifications très utiles pour les professionnels de santé au travail**, notamment lorsqu'un médecin doit fonctionner avec plusieurs infirmiers délégataires, ou, à l'inverse, lorsqu'un infirmier doit intervenir par délégation de plusieurs médecins du travail. En termes d'organisation du service, l'existence d'un protocole unique permet d'assurer les remplacements de manière plus fluide et plus rapide.

[222] Pour ces raisons, la mission recommande à la DGT et aux directions de services de santé au travail, quel qu'en soit le statut, d'encourager les protocoles collectifs de délégation de tâches entre médecins du travail et IDEST. Les leviers pourraient en être les directives transcrites dans les instructions destinées aux Dreets, ainsi que l'animation des réseaux des chefs de pôle travail et des médecins inspecteurs du travail.

Recommandation n°6 Encourager les protocoles collectifs de délégation de tâches entre médecins du travail et infirmiers de santé au travail

3.2 Créer les conditions d'une régulation favorable aux innovations

3.2.1 Renforcer la régulation des SPST au niveau national

3.2.1.1 Créer une instance nationale de pilotage des services chargés de la santé au travail

[223] La question de la gouvernance nationale de la santé au travail, et en particulier des SPST, a fait l'objet de rapports et de projets qui, au cours des dix dernières années, ont soulevé des débats qui ont fortement divisé cet écosystème. C'est dans ce contexte que plusieurs rapports (rapport Lecocq de 2018¹¹³, rapport du Sénat en 2019¹¹⁴, rapport de l'Igas en 2020¹¹⁵) ont entendu apporter des réponses, parfois radicales, à la problématique de la dispersion du système d'acteurs.

[224] **La loi de 2 août 2021 a partiellement répondu à ces défis de gouvernance**, en définissant, sur la base des stipulations de l'accord national interprofessionnel (ANI) du 9 décembre 2020, le principe de la certification des SPSTI et des SSTA. Ce changement majeur est à l'origine d'un mouvement inédit de modernisation de SPSTI.

[225] **Cependant, plusieurs fonctions demeurent manquantes pour permettre une réelle animation nationale, susceptible de favoriser l'innovation :**

- La capacité à collecter, valider scientifiquement sur la base de preuves et diffuser des innovations propices à la santé au travail et à la prévention des risques professionnels, à la manière du centre de preuve mis en place au sein de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) dans son domaine¹¹⁶ ;
- La capacité à animer un réseau avec toute la légitimité et la technicité nécessaire pour susciter des innovations et veiller à leur application effective ;
- La capacité à structurer des systèmes d'information dont les progrès sont rapides et offrent des opportunités inédites pour la santé des travailleurs ;
- La capacité à mener une écoute active des bénéficiaires, employeurs comme salariés, afin d'apporter des améliorations utiles aux services effectivement délivrés.

[226] Présanse assure aujourd'hui partiellement ces actions pour les seuls SPSTI, tout en étant une fédération patronale de branche. Plusieurs scénarios pourraient être étudiés pour permettre d'assurer les deux fonctions de fédération patronale et de tête de réseau dans des cadres séparés, susceptibles de permettre une animation de l'ensemble des SPST. Certaines associations

¹¹³ Charlotte Lecocq, Bruno Dupuis et Henri Forest, *Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée*, rapport fait à la demande du Premier ministre, août 2018.

¹¹⁴ Sénat, Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur la santé au travail, par M. Stéphane Artano et Mme Pascale Gruny, sénateurs, octobre 2019.

¹¹⁵ Igas, *Évaluation des services de santé au travail interentreprises (SSTI)*, rapport, février 2020.

¹¹⁶ Même si l'existence d'un réseau structuré ne permet pas de garantir une réelle animation des initiatives locales sur des bases objectives, comme le montrent les deux rapports de la Cour des comptes consacrés à la Mutualité sociale agricole (Cour des comptes, *La Mutualité sociale agricole*, rapport thématique, mai 2020) ou la branche ATMP du régime général (Cour des comptes, *Les politiques publiques de prévention en santé au travail dans les entreprises*, rapport thématique, décembre 2022).

régionales de Présanse assurent d'ores et déjà des actions mutualisées pour leurs SPSTI adhérents (cf. l'encadré *infra*).

La coopération territoriale au sein de Présanse Centre-Val de Loire

La quasi-totalité des services de prévention et de santé au travail interentreprises (professionnels et interprofessionnels) coopèrent, au sein de Présanse Centre-Val de Loire, sur plusieurs types de projets concernant notamment l'harmonisation des pratiques professionnelles et l'amélioration de la qualité des données.

Cette collaboration permet, à titre d'illustration, d'engager des projets tels que la construction d'un guide repère et d'utilisation des modèles régionaux pour les actions en milieu de travail. Il s'agit de faire émerger une stratégie partagée pour tendre vers l'utilisation de modèles communs permettant de définir des règles de comptabilisation homogènes.

Pour y parvenir un groupe de travail a retracé les actions en milieu de travail des SPSTI participants, en s'appuyant sur les pratiques et l'utilisation dans les logiciels métiers.

Ce travail a abouti à l'élaboration de 35 modèles constituant un socle commun de documentation sur des sujets tels que la fiche d'entreprise, l'évaluation des risques professionnels, l'identification et de prévention des risques psychosociaux (RPS), les agents chimiques et biologiques, la visite d'entreprise, la promotion de la santé en lien avec le travail et la prévention de la désinsertion professionnelle.

Cette coopération favorise également l'enrichissement du travail de veille sanitaire au regard de l'activité économique de la région, grâce à l'expertise d'un épidémiologiste en santé au travail et d'un statisticien. Ces emplois d'experts mutualisés sont financés par les SPSTI.

Dans ce cadre, a été développé l'outil ACACIA (Analyse Collective des besoins – diAgnostiC terrItorIaAl). Cet outil, conçu pour la mise en place d'actions de prévention adaptées à des besoins spécifiques, s'appuie sur les données d'exposition issues des SI métier. Il permet également de mieux appréhender les poly-expositions professionnelles et d'enrichir la cartographie des risques au sein de la région, afin de renforcer les diagnostics territoriaux et d'adapter les politiques de prévention des risques professionnels.

[227] Par ailleurs, nombre d'interlocuteurs de la mission ont souligné le défaut de concertation avec les SPST préalablement à l'adoption de récentes réformes réglementaires. Les consultations du Coct, qui n'intègrent ni la représentation des SPSTI, ni les éditeurs, n'ont pas permis d'éviter l'adoption de textes qui ont généré, de l'avis de tous, des difficultés opérationnelles majeures et évitables par une meilleure concertation préalable¹¹⁷.

[228] L'objet de la présente mission n'est pas de paramétrer un dispositif national cible, qui impliquerait des consultations approfondies avec l'ensemble des parties prenantes. Cependant, **ce chantier mérite d'être remis à l'ordre du jour dans l'avenir, et exploré spécifiquement, avec l'objectif de disposer, en cible, d'une instance nationale ayant à la fois de la légitimité politique et les moyens humains et financiers nécessaires à une réelle animation du réseau des SPST**. La réouverture de ce dossier est urgente notamment au vu des évolutions des systèmes d'information des SPSTI. Un tel chantier pourrait faire l'objet d'une mission spécifique, le cas

¹¹⁷ A de multiples reprises, les interlocuteurs de la mission ont signalé les effets opérationnels très handicapants de l'arrêté du 3 mars 2025 prévoyant la nécessité d'une contre-signature sur les documents de fin de visite par les salariés, illustrant l'intérêt d'organiser des concertations ou, à tout le moins, des informations préalables aux changements de réglementation en direction des SPST et de leurs éditeurs de logiciels.

échéant confiée à l'Igas, permettant d'explorer les conditions politiques et techniques de mise en place d'une telle instance nationale.

Recommandation n°7 Etudier les scénarios de constitution d'une instance nationale d'animation des services de prévention et de santé au travail, dotée de la légitimité politique et des capacités techniques nécessaires, en missionnant le cas échéant une mission de l'Igas

3.2.1.2 Outiller la régulation de la ressource médicale par la DGT et les Dreetts

[229] Le nombre des médecins du travail en activité n'a cessé de diminuer au cours des 15 dernières années, et les projections de la Drees montrent que le phénomène ne devrait connaître un début d'amélioration qu'après 2030.

[230] Or, **il n'existe pas à proprement parler d'outil de régulation de la ressource médicale au niveau national, et les inégalités entre services et entre régions sont importantes**. A ce jour, la régulation de la ressource médicale est limitée et relève exclusivement des Dreetts, qui s'attachent à s'assurer de la meilleure répartition possible des médecins du travail sur le territoire en utilisant le levier de l'agrément.

[231] **La mission estime que la situation de pénurie est désormais telle que des premiers outils de régulation nationale devraient désormais être créés**, afin de permettre à l'ensemble du territoire national de bénéficier de ressources médicales comparables, susceptibles de leur permettre d'innover. Le mécanisme de l'agrément pourrait permettre d'engager une telle démarche.

[232] **Il subsiste d'importantes marges de manœuvre en ce qui concerne les délégations de tâches aux infirmiers de santé au travail**. Comme les missions de l'Igas menées en 2017¹¹⁸ et 2020¹¹⁹, la présente mission constate que les possibilités de délégation ne sont pas suffisamment exploitées par les services chargés de la santé au travail, et que la mise en œuvre de ces possibilités permettrait de remédier en partie à la situation de pénurie de temps médical. Or, comme l'ont montré les travaux du pôle data, **c'est aujourd'hui la raréfaction de la ressource médicale qui conduit les SPST à déléguer**. Lorsque cette contrainte est moins forte, le temps médical demeure largement consommé par des visites déléguables.

[233] Actuellement, l'agrément donne lieu, quoique de manière non systématique, à la vérification de ratios maxima de salariés par médecins du travail. Il conduit la Dreetts à conditionner l'agrément à un nombre maximal de salariés par médecins du travail. La mission propose que la DGT ajoute à ce paramètre un ratio minimal de salariés par médecins du travail, et définisse ainsi une fourchette nationale à l'attention des autorités d'agrément que sont les Dreetts.

[234] En pratique, il s'agirait de déterminer à la fois un nombre maximal et un nombre minimal de salariés par ETP de médecin du travail, pour assurer à la fois une couverture médicale suffisante dans chaque SPST (comme c'est le cas aujourd'hui) et d'éviter de diverter des ressources médicales par leur concentration dans des services qui pourraient avoir davantage recours aux délégations de tâches vers les IDEST. Cette fourchette, définie par instruction, pourrait donc conduire une Dreetts à refuser l'agrément d'un service, SPSTI, SPSTA ou SSTA, dont le nombre d'ETP en médecins du travail par salarié est significativement supérieur à la moyenne, ou à conditionner

¹¹⁸ Igas et IGAENR, Attractivité et formation des professions de santé au travail, août 2017

¹¹⁹ Igas, Evaluation des services de santé au travail interentreprises (SSTI), février 2020

cet agrément à l'engagement d'une évolution des ratios. Ainsi, cette première forme de régulation nationale de la ressource médicale permettrait de rééquilibrer cette dernière en fonction des besoins.

[235] Ces valeurs minimale et maximale devraient être déterminées par la DGT au niveau national et révisées régulièrement, à la manière du « tunnel de cotisations » mis au point pour harmoniser les recettes des SPSTI depuis la loi de 2021. Elles devraient être mises en œuvre progressivement, et intégrer des mesures provisoires permettant une adaptation étalée dans le temps des services concernés par des écarts excessifs. Son application devrait relever de la souplesse d'usage qui est actuellement celle des Dreets lors de la vérification de la borne haute, à savoir celle d'un nombre maximal de salariés par médecin du travail. Ces applications devraient donner lieu à la délivrance d'agréments conditionnés à des engagements de la part des SPST, en tenant compte de la démographie médicale et des conditions de fonctionnement du SPST. Il ne s'agirait donc pas d'une mesure-couperet susceptible de déboucher sur des licenciements de médecins du travail, mais d'un premier levier d'incitation aux délégations de tâches, qui peinent aujourd'hui à se développer sans mesure incitative. Ce « tunnel de médicalisation » pourrait ainsi contribuer à une meilleure répartition des médecins du travail sur le territoire national, et à l'intérieur de chacune des régions.

Recommandation n°8 Définir au niveau national, à l'attention des Dreets dans leur fonction d'agrément, une fourchette de couverture de la population salariée par équivalent temps plein (ETP) de médecin du travail, avec un minimum et un maximum, afin d'introduire une régulation nationale de la ressource médicale au titre de la « couverture adéquate » visée par la politique d'agrément

3.2.2 Tourner la politique d'agrément régionale vers la recherche d'efficacité et de qualité de service

[236] **La régulation des services chargés de la santé au travail s'est essentiellement appuyée jusqu'à présent, sur le seul respect de dispositions juridiques et procédurales.** Il serait utile au développement des innovations **d'adopter, à l'avenir, une approche davantage tournée vers la mesure de la performance et de l'innovation.**

[237] **La mission a proposé un outil de scoring des SPST, fondé sur l'utilisation données de l'enquête annuelle effectuée par la DGT.** Il permet d'ores et déjà de disposer d'informations utiles à la définition des politiques publiques.

[238] L'outil se veut l'initiation d'une approche tournée vers des indicateurs d'organisation et de fonctionnement des SPST, permettant de dépasser les analyses de conformité retenues dans les actuels outils de régulation, qu'il s'agisse de l'agrément, de la certification ou des Cpom.

[239] Cet indice synthétique, qui traduit à la fois la performance et le niveau d'appropriation des innovations par les SPST, devrait être discuté dans son principe et ses modalités avec l'ensemble des parties prenantes de la santé au travail, et en particulier les partenaires sociaux. Il bénéficiera de la fiabilisation progressive des résultats de l'enquête menée annuellement par DGT, dont le troisième exercice est en cours au moment de la rédaction de ce rapport.

[240] **Les limites actuelles des remontées effectuées dans le cadre de l'enquête de la DGT** doivent inciter à observer une certaine prudence de lecture des résultats de l'indicateur synthétique proposé par la mission, en particulier lorsqu'il s'agit d'évaluer la performance individuelle de tel

ou tel service. La politique volontaire de la DGT en la matière (documentation, remontées des besoins des utilisateurs, etc.), ainsi que l'effet d'apprentissage lié à l'intégration de cet outil dans les services chargés de la santé au travail, devraient permettre d'améliorer progressivement la qualité de ces données à l'avenir.

[241] **La DGT devrait maintenir et amplifier ses efforts pour les fiabiliser**, notamment au moyen de travaux avec les éditeurs permettant de développer l'automatisation de leur renseignement, et par la création de contrôles bloquants susceptibles de supprimer les valeurs aberrantes.

Recommandation n°9 Mettre en place un programme d'amélioration de la qualité des données collectées à l'occasion des enquêtes annuelles de la DGT, associant les éditeurs de logiciels des services de prévention et de santé au travail

[242] **Le dispositif de scoring pourrait utilement outiller la politique de prévention et d'agrément de la DGT et des Dreets.** S'il doit être pris avec prudence et croisé avec d'autres informations qualitatives, dont disposent d'ores et déjà les Dreets et notamment les médecins inspecteurs du travail, il pourrait appuyer la réflexion en contribuant à objectiver la performance des SPST que les directions régionales sont conduites à agréer, en disposant de points de comparaison par exemple dans le niveau des délégations de tâches et le rythme de la modernisation informatique.

[243] **L'outil pourrait surtout être utilisé pour le pilotage de la santé au travail au niveau national et régional**, afin de mesurer les progrès réalisés dans l'appropriation de la réforme de 2021 par les SPST, et identifier les types de services en difficulté et nécessitant un appui ou une vigilance particulière.

Recommandation n°10 Mettre en place et suivre un indice synthétique de performance et d'innovation des services de prévention et de santé au travail

[244] Enfin, **les connexions existantes entre l'agrément et la certification demeurent insuffisantes.** Si l'agrément doit en théorie tenir compte de la certification, les organismes certificateurs n'adressent pas leurs rapports détaillés aux Dreets. Or, les informations dont disposent les autorités de l'État seraient évidemment améliorées par des circuits systématiques d'information.

[245] Il conviendrait de prévoir, par un texte réglementaire, l'obligation de transmission de ces rapports par les certificateurs aux Dreets, sans délais après la décision de certification. Les services de l'État pourraient ainsi améliorer leurs leviers de contrôle au fil de l'eau, entre chaque échéance d'agrément, et indépendamment des sollicitations des services chargés de la santé du travail.

Recommandation n°11 Faire en sorte que les Dreets soient systématiquement destinataires des rapports de certification des services chargés de la santé au travail pour améliorer les moyens d'information des services de l'État entre chaque processus d'agrément

3.3 Encourager l'innovation au sein des SPST

3.3.1 Mettre en place une politique générale favorable à l'innovation en santé au travail

[246] L'innovation pourrait devenir un objectif propre du plan d'ensemble que constitue le PST pour les acteurs du secteur. **Le PST4 ne fait aujourd'hui pas explicitement référence à un objectif**

d'innovation. La préparation en cours du cinquième plan santé au travail (PST 5) devrait intégrer explicitement cet objectif.

Recommandation n°12 Intégrer explicitement l'objectif d'innovation dans le futur plan santé au travail n°5

[247] La situation concurrentielle des SPSTI interprofessionnels diffère sur le territoire. Comme l'ont confirmé les données communiquées par Présanse à la mission, **dans près de 90% des communes, les entreprises n'ont pas le choix de leur SPSTI.** L'impact de la situation de concurrence sur le niveau de l'innovation n'est pas tranché par les travaux des économistes. Mais la « contestabilité » des marchés demeure une donnée indispensable à l'innovation. Or, le droit ne prévoit pas véritablement l'arrivée de nouveaux SPSTI, et mériterait d'évoluer de ce point de vue.

[248] **Les projets de création de nouveaux SPSTI se sont heurtés à des obstacles significatifs, sans que ces derniers aient finalement empêché l'installation de ces services lorsque leurs dirigeants entendaient respecter la réglementation.** Ces projets, traduisant des options et des propositions diverses, ont après de longues péripéties été agréés (, Sano santé, Prévenir).

[249] **Les arguments qui alimentent les réticences des services de l'État et les partenaires sociaux pour l'intégration de nouveaux acteurs parmi les SPSTI sont de plusieurs ordres :**

- Le risque de divertir des ressources médicales rares par une multiplication des offres de santé au travail dans des zones où elles ne sont pas indispensables. A ce risque correspond fréquemment la nécessité, pour plusieurs décideurs rencontrés par la mission, que le SPSTI dont la création est projetée « apporte une plus-value », sans que ce dernier concept soit explicitement défini ;
- Le risque de voir émerger des acteurs nouveaux qui ne respecteraient pas les règles communes, et proposeraient une offre d'autant plus séduisante qu'elle s'affranchirait de la réglementation et des coûts qu'elle induit. Derrière cette idée, se retrouve le fait de ne pas respecter le principe de composition paritaire du conseil d'administration du SPSTI ou celui de ne pas permettre la réalisation de visites médicales ou d'actions de prévention collective dans des conditions de qualité suffisantes ;
- Le risque d'une mauvaise utilisation des données de santé au travail par des acteurs liés à des assureurs santé ;
- Le risque de fragiliser, par la concurrence supplémentaire représentée par les nouveaux acteurs, la position de SPSTI existants.

[250] **Les risques ainsi évoqués ne peuvent pas être écartés *a priori*. Cependant, il est possible de mettre en place des mécanismes permettant de les réduire voire de les supprimer :**

- Les risques de concentration de la ressource médicale dans certaines zones devraient être traités plus largement qu'au niveau de chacune des autorisations individuelles de fonctionnement, et appeler une régulation nationale (Cf. recommandation n°8). En outre, indépendamment des tensions sur la ressource médicale, la diversité de missions des SPSTI, la pluralité des compétences des membres de l'équipe pluridisciplinaire et les potentialités des SI métiers sont autant de vecteurs qui permettent de répondre à l'hétérogénéité des attentes des entreprises avec des formats variés ;
- Les risques tenant au non-respect des règles communes sont limités par l'existence du mécanisme de l'agrément, dont c'est la finalité ;

- Les risques liés à l'utilisation de données médicales pour des finalités extérieures aux missions des SPST relèvent d'un traitement par la réglementation sur les données, d'une part, et par les contrôles de cette dernière, d'autre part. *A priori*, les agréments doivent *a minima* permettre de s'assurer des intentions des créateurs des SPSTI, et de connaître des garanties apportées sur ce plan ;
- Enfin, le risque de déstabilisation de SPSTI est un argument qui peut être retourné. En soi, l'objectif des pouvoirs publics est d'atteindre le meilleur niveau de service possible pour les employeurs et les salariés, quelles que soient les structures qui assurent ces missions.

[251] **La mécanique actuelle de l'agrément n'apparaît cependant pas satisfaisante au regard de ce dernier objectif d'efficacité.** Les motivations des décisions d'agrément adoptées par les Dreetts se révèlent extrêmement diverses, et autorisent les services de l'État à moduler leurs décisions pour des raisons d'opportunité. Par ailleurs, les organisations professionnelles et syndicales disposent d'un pouvoir de quasi-veto sur la création d'un nouveau SPSTI : elles peuvent refuser de désigner des administrateurs, rendant à terme impossible la conformité à la réglementation de la gouvernance de la structure projetée. Or, les représentants des organisations professionnelles peuvent être impliqués, par ailleurs, dans la gouvernance de SPSTI peu désireux de voir arriver un concurrent sur leur territoire d'exercice.

[252] Alors que la possibilité d'intégrer de nouveaux acteurs sur le marché est une condition de l'innovation, **il importe de donner un signe clair d'ouverture à la constitution de nouveaux SPSTI**, pour peu que ces derniers respectent la réglementation applicable et apportent un service utile. Une telle politique suppose également de renoncer aux politiques de fusion des SPSTI lorsque ces dernières ont pour effet de réduire la concurrence, et donc les possibilités de choix offertes aux entreprises pour leur SPSTI.

[253] Comme le montrent les travaux des économistes, **la situation de monopoles non « contestables » pénalise la recherche d'innovations.** Dans les territoires où il n'existe qu'un unique SPSTI, les entreprises expriment leur sentiment d'impuissance lorsqu'elles estiment que la qualité des services offerts n'est pas suffisante.

[254] En outre, **il existe un intérêt à développer une offre mieux adaptée aux enjeux liés à l'exercice de certains métiers.** Le SPSTI territoriaux spécialisés dans le secteur du bâtiment et des travaux publics (BTP) ou des centrales nucléaires, comme les SSTA, montrent qu'une technicité spécifique peut exister dans l'exercice de la médecine du travail, et soulignent la légitimité d'un débat entre modèle généraliste et modèle spécialisé dans l'exercice de la santé au travail. La mission a pu constater que certains métiers avaient pu justifier la définition d'une offre spécifique de branche et d'un SPSTI national dédié : Thalie santé, pour les métiers de l'intermittence, ou plus récemment du SPSTN pour les salariés des particuliers employeurs. Des réflexions sont en cours pour le secteur de l'intérim et les établissements et services médico-sociaux.

[255] Il revient à la DGT de donner des orientations claires dans le sens d'une recherche d'une diversification de l'offre proposée par les SPSTI, afin d'éviter les situations de monopole, par voie d'instruction et dans le cadre de son animation du réseau des Dreetts.

Recommandation n°13 Encourager l'arrivée de nouveaux services de santé au travail interentreprises sur le territoire afin d'offrir aux entreprises une possibilité de choix effectif, et éviter les fusions ayant pour effet de réduire le niveau de concurrence entre les SPSTI

[256] **Aujourd'hui, les ressources financières des SPSTI sont liées à des cotisations obligatoires des employeurs, dont le montant par salarié doit respecter un « tunnel »,** déterminé à partir des moyennes constatées au niveau national.

[257] **Ce dispositif n'est pas a priori favorable à l'innovation,** puisqu'il ne permet pas une forte singularisation d'acteurs désireux d'inventer des solutions nouvelles par le financement d'investissements. Or, tant les travaux du Hcaam que les travaux d'économistes montrent que l'un des vecteurs d'activation de l'innovation repose sur des modes de financement dédiés.

[258] **Par ailleurs, il n'existe pas en santé au travail de cadre de financement des expérimentations** comparable à celui de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018¹²⁰ ou un fonds d'innovation mobilisable par les SPST.

[259] **Plusieurs types de dispositifs pourraient être imaginés à ce titre :**

- Un dispositif de validation et de diffusion des innovations techniques et opérationnelles menées à cadre juridique et financier inchangé : un tel dispositif pourrait prendre place dans l'instance nationale d'animation des SPST (Cf. recommandation n°7 *supra*). Appuyée sur une formation scientifique chargée de valider les projets sur la base de preuves, elle pourrait permettre d'orienter des financements vers des innovations prometteuses à la manière d'un fonds d'amorçage ;
- Un dispositif plus structurant de dérogation aux règles de fonctionnement, de financement, d'organisation ou encore de répartition des compétences entre professionnels de santé au travail pourrait être constitué en s'inspirant de la gouvernance de l'article 51, en installant une gouvernance chargée de sélectionner les expérimentations, de les valider, de les évaluer puis de diffuser celles dont la généralisation est utile. Un tel dispositif associerait nécessairement les SPST, les partenaires sociaux et les pouvoirs publics. Dans le cas du dispositif de l'article 51 porté par le ministère de la Santé, les expérimentations sélectionnées sont peu nombreuses et peuvent aller jusqu'à provoquer des modifications de la réglementation en cas de preuve de concept.

[260] **En tout état de cause, la mise en place d'un fonds destiné à inciter à l'innovation devrait relever des mécanismes financiers internes au secteur.** Le financement de ce fonds devrait relever d'une mutualisation entre SPST, à l'instar des démarches volontaires effectuées par les SPSTI adhérents aux associations régionales de Présanse en Centre Val de Loire et en Pays de la Loire, qui ont permis de financer des ressources d'expertise mutualisées pour la première et une enquête de satisfaction approfondie pour la seconde.

[261] Un tel levier pourrait faciliter la mise en place d'expérimentations particulièrement utiles. Par exemple, la formation des managers en matière de santé et de sécurité au travail est peu développée en France, alors que c'est d'après l'Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail un puissant facteur d'appropriation des questions de prévention. À ce jour, les SPST n'ont pas ce rôle dans le cadre du socle de compétences. Certains d'entre eux pourraient utilement en prendre l'initiative. De même, le développement de messages de prévention à l'attention des salariés pourrait s'appuyer sur les outils numériques.

¹²⁰ Le dispositif permet d'expérimenter de nouvelles organisations en santé, sur la base de financements dérogatoires de l'assurance maladie. Les expérimentations retenues sont évaluées et diffusées par les services de l'État.

[262] Par ailleurs, il serait utile que soit étudiée la possibilité pour l'article 51 d'intervenir dans le financement de projets liés à la santé au travail, qui sont à ce stade exclus de son périmètre d'intervention. Une telle évolution serait susceptible de renforcer les co-financements de projets d'intérêt commun entre santé publique et santé au travail, qui aujourd'hui peinent à trouver des relais.

Recommandation n°14 Créer un fonds destiné au financement de l'innovation dans les services de prévention et de santé au travail, alimenté par les cotisations de ces services

3.3.2 Inciter les SPST autonomes à s'engager dans le processus d'innovation

[263] **La structuration de la gouvernance collective des SPSTA demeure particulièrement faible.** L'Acomede (Cf. *supra*) n'exerce pas le rôle qu'exerce Présanse pour les SPSTI. Par ailleurs, le cadre juridique des SPSTA, qui sont intégrés à la structure même des entreprises, est plus léger que celui des SPSTI (absence d'obligation de disposer d'une équipe pluridisciplinaire, absence de certification et de Cpom).

[264] Il existe un besoin de mieux intégrer les SPSTA aux débats nationaux sur le système de santé au travail, en favorisant la mise en place d'une instance de représentation spécifique. La DGT pourrait susciter une telle initiative en s'appuyant sur le réseau constitué par Acomede, afin de l'étendre non seulement aux médecins coordinateurs mais aux SPSTA eux-mêmes, quelle qu'en soit la taille.

Recommandation n°15 Susciter la création d'une instance représentative des services de prévention et de santé au travail autonomes

[265] Le nombre moyen de médecins du travail, le niveau des délégations effectivement réalisées ou celui du *scoring* réalisé par la mission montrent que **les plus petits SPSTA rencontrent des difficultés pour assurer les missions qui leur sont confiées**. Par ailleurs, ils ne progressent pas dans les délégations de tâches, alors que la pénurie de ressources médicales invite les pouvoirs publics à envisager des leviers de régulation plus contraignants en la matière, et alors même que la proportion de médecins du travail n'apparaît pas comme une variable explicative de différentiels de performance entre SPST (Cf. annexe 8).

[266] L'une des implications de ces constats pourrait être de réinterroger le seuil de taille d'entreprise ouvrant la possibilité de constituer un SPSTA. **Ces services reposent essentiellement sur une ressource médicale qui manque à l'ensemble du système de santé au travail.** Ils peinent en outre à fournir les prestations de prévention que peuvent proposer des SPSTI ou des SPSTA de plus grande taille.

[267] La mission propose ainsi de revaloriser le seuil de l'article D. 4622-5 du Code du travail¹²¹, qui prévoit que les SPSTA peuvent être constitués à partir de 500 salariés, progressivement à un seuil supérieur. Celui-ci pourrait être fixé, dans un premier temps, à 1 000 salariés. Des mesures provisoires devraient évidemment être prévues, afin de permettre aux entreprises concernées de disposer du temps nécessaire à leur adaptation.

¹²¹« Un service de prévention et de santé au travail de groupe, d'entreprise ou d'établissement peut être institué lorsque l'effectif de salariés suivis atteint ou dépasse 500 salariés. Le service de prévention et de santé au travail de groupe est institué par accord entre tout ou partie des entreprises du groupe. »

Recommandation n°16 Réhausser le seuil prévoyant la possibilité d’instituer un service de prévention et de santé au travail autonome de 500 à 1 000 salariés

3.3.3 Développer les facultés d’exercice médical et infirmier de santé travail

3.3.3.1 Décloisonner les exercices médicaux le cas échéant dans un cadre expérimental

[268] Afin d’offrir une ouverture de l’exercice de la médecine en santé travail, dans le contexte de démographie médicale à son plus bas niveau et qui ne devrait connaître une amélioration que dans les années 2030-2040, il apparaît judicieux d’étudier l’ensemble des leviers disponibles pour **permettre un exercice de la médecine du travail préservant la qualité de cette dernière.**

[269] En 2017, l’Igas et l’Inspection générale de l’administration de l’éducation nationale et de la recherche (IGAENR) proposaient un certain nombre d’orientations pour favoriser l’accès aux professions de la santé au travail¹²². En 2022, le Conseil national de l’Ordre des médecins, proposait des solutions afin d’apporter plus de souplesse pour élargir l’offre de soins, répondre aux besoins des patients et accroître l’attractivité de la profession de médecin. Il s’agissait notamment de rétablir la validation des acquis de l’expérience ordinaire (VAE), afin d’accorder un droit d’exercice complémentaire dans une discipline, de débloquer le verrou de l’exercice exclusif d’une spécialité, le modèle existant ne répondant plus aux enjeux actuels et à venir afin de pouvoir exercer plusieurs spécialités, en fonction des compétences acquises, et enfin de libérer la prescription des médecins, un médecin pouvant être autorisé à prescrire quelle que soit sa spécialité.

[270] **Dans un courrier adressé à la mission le 24 juillet 2025, le Cnom indiquait que, selon son interprétation du droit, la spécialité de médecine du travail ne serait pas totalement exclusive, et permettrait l’exercice conjoint d’une autre spécialité pour un médecin qualifié en médecine du travail mais non inscrit au titre de cette spécialité.** Ainsi, par exemple, un médecin généraliste qui serait qualifié en médecine du travail en tant que collaborateur médecins, mais demeurerait inscrit au titre de la médecine générale, pourrait par exemple exercer la médecine générale une partie de la semaine et être salarié d’un SPSTI une autre partie de la semaine.

[271] **Cette importante question juridique pourrait avoir des implications significatives pour le fonctionnement de la médecine du travail comme pour l’exercice médical en général,** et la mission estime qu’il revient aux directions d’administration centrale concernées (DGT et Direction générale de l’offre de soins -DGOS- en premier lieu) d’étudier son contenu et ses impacts potentiels. Alors que la DGOS cherche à renforcer l’attractivité de la médecine à travers l’étude des possibilités de cumul de spécialités proches, un tel levier juridique pourrait permettre de tester ce type de mécanisme.

Recommandation n°17 Favoriser les possibilités de double exercice entre la médecine du travail et les autres spécialités médicales en s’appuyant sur la position du Conseil national de l’Ordre des médecins en la matière

¹²² Igas et IGAENR, L’attractivité des professions de santé au travail, août 2017

3.3.3.2 Continuer à développer la palette d'exercice des infirmiers de santé au travail

[272] Les infirmiers ont obtenu une reconnaissance législative de leurs compétences propres et de leur champ d'exercice par la récente loi n° 2025-581 du 27 juin 2025 sur la profession d'infirmier.

[273] **La compétence des infirmiers de santé au travail repose, s'agissant de la réalisation du suivi individuel des salariés, à titre exclusif sur des délégations de tâches décidées par les médecins du travail.**

[274] Cette pratique résulte logiquement de leur rôle de coordination des équipes pluridisciplinaires. Elle est aussi la conséquence historique des conditions de création de la médecine du travail en France, et traduit la place prééminente de médecins du travail qui singularise les pays au regard des pratiques de nombre de nos voisins.

[275] Or, **le processus de délégation peut en lui-même contribuer à freiner le volume des actes pris en charge par les infirmiers de santé au travail.** Certains médecins du travail se disent réticents à déléguer davantage, parce que l'ensemble des actes des IDEST relève de leur responsabilité, et sont ainsi susceptible de motiver leur mise en cause personnelle en cas de contentieux. De telles restrictions ont des impacts sur les volumes d'actes effectivement confiés aux infirmiers, et pèsent sur un temps médical d'autant plus précieux que cette ressource se raréfie.

[276] Dans le champ de la santé publique, en ville ou à l'hôpital, les infirmiers disposent de compétences propres, relevant de leur seule responsabilité personnelle. Il serait utile d'engager une évolution similaire s'agissant de la santé au travail.

[277] Une compétence élargie des IDEST, pourraient être reconnues dans un premier temps en matière de visites d'information et de prévention et de visites périodiques. La délégation de ces visites ne pose pas de difficultés techniques aujourd'hui, et le taux de réorientation vers le médecin du travail est faible, traduisant une bonne appropriation de ces procédures par les équipes pluridisciplinaires.

[278] Une telle évolution pourrait être portée par une modification du décret de compétences des infirmiers repris aux articles R.4311-1 et suivants du Code de la santé publique.

[279] La mesure devrait faire l'objet d'une concertation préalable permettant d'étudier ses conditions et ses impacts, avec les ministères du Travail et de la Santé, ainsi que la représentation de l'ensemble des professionnels concernés, médecins et infirmiers de santé au travail.

Recommandation n°18 Étudier la possibilité de mettre en place une compétence propre pour les infirmiers de santé au travail, en matière de visites d'information et de prévention et de visites périodiques, en modifiant la partie réglementaire du Code de la santé publique

3.4 Accélérer la transformation numérique

[280] **Le partage d'information est clairement une source de progrès et se prête à de considérables avancées liées à la technologie.** Plusieurs exemples rencontrés par la mission le montrent : l'intégration du numérique a permis un bond de performance significatif dans plusieurs SPSTI.

[281] Les constatations de la mission lors de ses déplacements de terrain, mais également les travaux du pôle data de l'Igas, réalisés à partir des enquêtes annuelles de la DGT, montrent que **la performance des SPSTI et des SPSTA dépend du choix de leur outil numérique.**

[282] **Les acteurs rencontrés au niveau national (État, partenaires sociaux, experts) relient spontanément le sujet de l'intégration de nouveaux acteurs parmi les SPSTI avec celui de la protection et de l'usage des données : les deux aspects apparaissent intimement liés.** Les acteurs désireux de créer de nouveaux SPSTI mettent en avant leurs innovations : utilisation de l'intelligence artificielle (IA), par exemple, pour développer les liens au sein des équipes pluridisciplinaires, générer des fiches d'entreprise à partir de la transcription d'un entretien, sécuriser les délégations aux infirmiers par le suivi des protocoles individuels, proposer de nouveaux services numériques directs aux salariés pour prévenir le stress ou le mal de dos ou encore répondre à leurs questions de santé individuelle.

[283] De fait, **le paysage qui se forme actuellement évolue extrêmement vite et implique que les pouvoirs publics définissent rapidement les cibles et méthodes qu'ils entendent promouvoir.** Les données en santé au travail constitueront un enjeu essentiel dans un avenir proche : le paysage des éditeurs se modifie rapidement, et une masse de données est d'ores et déjà techniquement disponible pour permettre la réalisation d'études portant sur des millions de salariés. De tels gisements d'information apparaissent potentiellement précieux pour la prévention, mais nécessitent la définition d'un cadre juridique sécurisé. Ces utilisations innovantes de données (échanges entre DMST et DMP, versement des DMST dans le SNDS) passent par l'élaboration et la publication de référentiels informatiques, sous l'impulsion de la DNUM, de la DNS et de la Cnam.

[284] Tenant compte des retards de conception des référentiels nécessaires, la mission propose une mise en œuvre par paliers :

1° Définir les référentiels d'interopérabilité entre DMST

[285] La Direction générale du travail vient de mettre en place un groupe de travail réunissant des représentants de SPSTI, de SPSTA, de Présanse et d'Acomede pour définir un référentiel commun, avec un appui méthodologique (quoique très limité en temps de travail) de l'ANS. Cet objectif devrait être atteint selon la DGT au 1^{er} trimestre 2026, puis il reviendra à l'ANS, en lien avec la DGT et la DNS, d'élaborer les spécifications fonctionnelles et spécifications d'échanges (canaux et protocoles), ainsi que l'accompagnement des éditeurs avec un espace de tests. Le référentiel sera ensuite publié pour le rendre opposable, ce qui apparaît à la mission un horizon temporel déjà lointain.

[286] Ces référentiels doivent être évidemment conformes au RGPD, mais aussi et surtout devront l'être au nouveau règlement relatif à l'espace européen des données de santé (EHDS), qui a été publié officiellement au Journal officiel de l'Union européenne le 5 mars 2025, et entré en vigueur le 26 mars 2025, marquant le début de la phase de transition menant à son application.

[287] Le calendrier annoncé par la Commission européenne fait état de plusieurs étapes aboutissant en mars 2031, « *pour une utilisation primaire, l'échange du deuxième groupe de catégories prioritaires de données de santé (images médicales, résultats de laboratoire et rapports de sortie d'hôpital) devrait être opérationnel dans tous les États membres de l'UE. Les règles relatives*

à l'utilisation secondaire commenceront également à s'appliquer aux autres catégories de données (données génomiques, par exemple)¹²³».

[288] Sans attendre cette date, qui aura nécessité probablement de réaliser des API ("*application programming interface*" ou « interface de programmation d'application »), il est donc nécessaire d'avancer.

2° **Définir les référentiels d'interopérabilité entre DMST et volet santé travail du DMP**, pour permettre un meilleur suivi du patient-salarié entre médecine de soins et santé au travail.

3° **Permettre une « utilisation secondaire » des données en santé travail**, par le versement des DMST dans le **système national de données de santé (SNDS)**, permettant alors d'entreprendre de plus vastes études épidémiologiques en croisant des données de santé et d'expositions.

[289] Il convient en outre sans attendre de travailler sur les aspects juridiques, par saisine de la CNIL, pour l'application de l'article 19 de la loi de 2021 qui prévoit de permettre, sous certaines conditions, la transmission de données entre l'assurance maladie et le SPST du salarié.

Recommandation n°19 Mener à bien l'élaboration des référentiels d'interopérabilité et de sécurité pour que les dossiers médicaux en santé au travail (DMST) permettant le transfert de leurs contenus, afin d'assurer le suivi du salarié tout au long de sa vie professionnelle, ainsi que pour permettre le versement et le requêtage des données par les médecins autorisés entre le DMST et le dossier médical partagé

[290] **La conduite de ce projet est une dimension majeure de l'innovation** dans le champ de la santé au travail à l'avenir. **Elle implique selon la mission de disposer des capacités opérationnelles pour conduire un tel chantier.** En premier lieu, il importe que la DGT puisse disposer des ressources suffisantes pour le mener. L'Agence du numérique en santé (ANS) dispose à la fois de l'expérience et des compétences nécessaires à la conduite de ces missions. Elle devra, dans le cadre de la discussion de son futur contrat d'objectif et de performance, prévoir un appui significatif à la DGT dans le pilotage de ce chantier essentiel.

Recommandation n°20 Appuyer la maîtrise d'ouvrage de la Direction générale du travail par un soutien de l'Agence du numérique en santé assorti de moyens dédiés dans son contrat d'objectifs et de performance

[291] La diffusion des innovations numériques, mais également l'enjeu de l'utilisation des données de santé au travail à l'avenir, implique que les SPST se dotent d'une capacité de coordination technique qui leur fait défaut actuellement, et conduisent la mission à insister sur la nécessité de rouvrir le chantier de leur gouvernance nationale (Cf. recommandation n°7).

3.5 Écouter les bénéficiaires des SPST

[292] **Les enquêtes de satisfaction auprès des adhérents des SPSTI ont tendance à se développer, sous l'effet de la certification.** Les enquêtes les plus intéressantes dans une logique d'innovation portent à la fois sur la satisfaction et sur l'explicitation des attentes des bénéficiaires des SPSTI,

¹²³ Source : https://health.ec.europa.eu/ehealth-digital-health-and-care/european-health-data-space-regulation-ehds_fr

comme c'est le cas de certaines pratiques recensées par la mission. Elles sont d'autant plus précieuses que les SPSTI les conduisent sur une base régulière.

[293] Les SPSTI devraient s'efforcer de progresser dans cet objectif. Les spécifications 2217 et 2218 pourraient être rendues plus précises, pour ne pas limiter le recueil de la satisfaction au simple retour, le plus souvent à chaud, des employeurs ayant bénéficié d'une action en milieu de travail.

Recommandation n°21 Préciser les spécifications 2217 et 2218 relatives au recueil de la satisfaction et à la gestion des réclamations des adhérents, en visant explicitement la nécessité de procéder à des enquêtes annuelles

[294] **Par ailleurs, il est indispensable de progresser dans la connaissance des besoins des salariés en matière de santé au travail.** Un dispositif de recueil de leur parole au moment des visites individuelles est utile, mais ne saurait suffire à disposer des éléments nécessaires. Plusieurs projets (Cf. *supra*) visent en effet à dépasser la logique des visites individuelles au profit de services attentionnés, sous la forme d'une offre numérique aux salariés, ou de formations visant les managers, pour lesquelles la France est aujourd'hui mal positionnée.

[295] Pour autant, la réalisation d'enquêtes auprès de l'ensemble des salariés ou d'un échantillon représentatif risquerait de se heurter à des difficultés opérationnelles et financières au niveau de chacun des SPSTI. C'est pourquoi le lancement d'enquêtes annuelles, au niveau national, serait probablement préférable. Un tel dispositif pourrait s'imaginer dans le cadre d'une gouvernance renouvelée des SPST au niveau national (Cf. recommandation n°7), et à défaut dans le cadre de Présanse pour les seuls SPSTI.

Recommandation n°22 Intégrer les salariés dans la mesure de la satisfaction et des besoins, par le biais d'enquêtes annuelles menées au niveau national auprès d'un échantillon représentatif de salariés

LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES

Cabinets ministériels

- Cabinet de la ministre chargée du travail et de l'emploi

M. Jean Galvé, conseiller chargé du droit du travail

Directions d'administration centrale

- Direction générale du travail (DGT)

M. Pierre Romain, directeur général

Mme Christelle Akkaoui, sous directrice des conditions de travail, de la santé et de la sécurité

Mme Amandine Hubert, adjointe du chef de bureau des acteurs de la prévention en entreprise

Mme Anouk Lavaure, directrice générale adjointe

Dr Corinne Piron, cheffe de l'inspection médicale du travail

Mme Nathalie Vaysse, cheffe de service

M. Fabrice Masson, chargé de mission, bureau des acteurs de la prévention en entreprise

M. Quentin Boucher, chef du bureau des acteurs de la prévention en entreprise

Mme Elise Vigier, chargée de mission, bureau des acteurs de la prévention en entreprise

Mme Céline Bar, chargée de mission, bureau des acteurs de la prévention en entreprise

Mme Gabrielle Dubois, chargée de mission, bureau des acteurs de la prévention en entreprise

- Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (Dares)

Elisabeth Algava, cheffe du département conditions de travail et santé

Fabien Guggemos, sous-directeur salaires, travail et relations professionnelles

- Direction générale de l'offre de soins (DGOS)

M. Romain Bégué, sous-directeur des ressources humaines du système de santé

Nicolas Demas, chef de projet attractivité des métiers de la santé

Marc Reynier, adjoint au sous-directeur des ressources humaines du système de santé

- Direction générale de la santé (DGS)

Pr Didier Lepelletier, directeur général

Mme Muriel Cohen, adjointe du chef de bureau de l'environnement intérieur, des milieux du travail et des accidents de la vie courante

Mme Adeline Croyère, sous-directrice prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation

Mme Cécile Lemaître, adjointe à la sous-directrice prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation

- Délégation au numérique en santé (DNS)

Mme Claire Vigier, pôle plateformes et usages numériques

- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees)

M. Claude Gissot, directeur de projet AMDAC ((administrateur ministériel des données, des algorithmes et des codes sources)

- Rapporteuse générale de l'article 51

Mme Cécile Lambert, rapporteure générale

Organisations internationales

- Organisation internationale du travail (OIT)

M. Cyril Cosme, directeur du Bureau de l'OIT en France

M. Frédéric Laisné-Auer Labour Inspection and OSH Specialist - International Labour Organization

M. Joaquim Pintado Nunes, Branch chief Labour administration, Labour Inspection and Occupational Safety and Health

- Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail (EU-OSHA)

M. Xabier Irastorza

Agences nationales et caisses nationales de sécurité sociale

- Caisse nationale d'assurance maladie

Mme Anne Thibeault, directrice des risques professionnels

M. Thierry Ballanec, responsable adjoint du département prévention des risques professionnels

M. Mikael Guineheuf, ingénieur conseil

Mme Marion Munch, directrice de cabinet

- Caisse centrale de la mutualité sociale agricole

Mme Magalie Rasclé, directrice déléguée aux politiques sociales

Dr Dominique Semeraro, directrice santé sécurité au travail

M. Eric Hugues, département synthèse, service management des risques professionnels ATMP

Mme Magalie Cayon, responsable prévention des risques professionnels

M. Laurent Estève, adjoint du responsable du département de la prévention des risques professionnels

Mme Evelyne Hugues Emili, responsable des services "analyses des risques professionnels ATMP" et " pôle publication et valorisation" à la direction des statistiques et de la science des données

Mme Isabelle Lagaert, cheffe de projet maîtrise d'ouvrage stratégique

Mme Hanane Mouftadi, attachée de direction, direction santé sécurité au travail

- Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES)

M. Mathieu Schullès, directeur général délégué

M. Henri Bastos, Adjoint directeur évaluation des risques et directeur scientifique santé au travail

- Santé publique France

Dr. Pierre Arwidson, adjoint au directeur Prévention Promotion de la Santé

Dr Mélina Le Barbier adjointe au directeur Santé Environnement Travail

- Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS)

Mme Séverine Brunet, directrice des applications

M. Jean Michel Jorland, chargé de mission

Dr Bernard Siano, médecin du travail chargé de la stratégie

- Eurogip

M. Raphaël Haeflinger, directeur

Mme Virginie Pluot, chargée d'études documentaires

- CNG, Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière

Mme Séverine Masson, cheffe du Département de gestion des praticiens hospitaliers

Mme Florence Guiraud, adjointe au chef du Département d'autorisation d'exercice, concours, coaching

Organisations syndicales représentatives au niveau interprofessionnel

- CFDT

Mme Isabelle Mercier, secrétaire nationale sur les sujets travail et fonction publique

M. Laurent Picoto, secrétaire confédéral, responsable santé au travail

- CGT

Mme Mireille Stivala, secrétaire confédérale chargée des questions de santé au travail

M. Sébastien Freis, intervenant en prévention des risques professionnels, administrateur Cramif et INRS

M. Jérôme Vivenza, membre du CNPST, du Coct, administrateur Anact

- FO

Mme Estelle Saminadane

- CFE-CGC

Dr Anne-Michèle Chartier, déléguée nationale santé travail, présidente du syndicat des services de santé au travail

Mme Lucie Oneto, juriste

Dr Christian Expert, médecin du travail et juriste, pôle santé social GC

- CFTC

M. Pierre-Yves Montéléon, représentant au Coct

Organisations d'employeurs représentatives au niveau interprofessionnel

- MEDEF

Mme Nathalie Buet, directrice de la protection sociale

M. Jean-Baptiste Moustié, responsable santé au travail

- CPME

Dr Pierre Thillaud, médecin du travail, ancien directeur de service de santé au travail

M. Philippe Chognard, représentant au Coct

- U2P

Dr Michel Chassang, en charge de la négociation et tous les sujets santé au travail

Mme Pia Nouaux, conseillère technique chargée des questions sociales

Branches professionnelles

- Présanse, organisation représentative des SPSTI

M. Maurice Plaisant, président

M. Martial Brun, directeur

M. Arnaud Bonduelle, secrétaire général

M. Michel Bruand, directeur de STCS Santé travail Cholet Saumur

- Prism'emploi, organisation représentative de l'intérim

Mme Isabelle Eynaud-Chevalier, déléguée générale

M. Xavier Thomas, directeur des affaires sociales et de la protection sociale

Mme Dominique Delcourt, directrice des affaires juridiques

Organisations représentant les professionnels de santé au travail

- Acomede

Dr Sébastien Leroy, président, Renault group

Dr Carole Donnay, vice-présidente, Danone

Dr Hugues Leloix, vice-président, Stellantis

Dr Geneviève Thiaucourt, vice-présidente, Saint-Gobain

- GIT (groupement des infirmiers en santé au travail)

Mme Tiphanie Goetz, présidente, APST 67

Mme Cécile Puiroux, AHI 33

- Syndicat national des professionnels de la santé au travail (SNPST)

Dr Jean-Michel Sterdyniak, secrétaire général

Mme Véronique Bâcle, secrétaire générale adjointe

- ANIMT (association nationale des internes en médecine du travail)

M. Nicolas Guyot, docteur junior, président

M. Charles Broudin, docteur junior, vice-président

Autorités médicales

- Cnom (conseil nationale de l'ordre des médecins)

Dr René-Pierre Labarrière, président de la section exercice professionnel

Dr Nassoy-Stehlin, conseillère nationale, médecin du travail

Mme Alix Lefevre, juriste

Mme Camille Le Bris, juriste

- CNP MT (conseil national professionnel de médecine du travail)

Dr Christophe Collomb, président

Pr Pascal Andujar, vice-président, président du collège des enseignants en médecine du travail et membre du conseil national des universités (CNU)

Pr Jean-François Gehanno, professeur des universités, praticien hospitalier

Pr Sophie Quinton-Fantoni, professeure des universités, praticien hospitalier

- Ordre des infirmiers

Mme Samira Ahayan, secrétaire générale

Mme Fatiha Atouf, directrice adjoint

M. Jérôme Follier, trésorier

Mme Soumaya Majeri, responsable du service juridique

DREETS et DRIEETS

- Centre Val de Loire

Dr Bernard Arnaudo, médecin inspecteur régional du travail

- Hauts de France

Mme Céline Delemotte, cheffe du service santé et sécurité au travail

Dr Jean-François Verquin, médecin inspecteur du travail

- Nouvelle Aquitaine

M. Jean-Guillaume Bretenoux, directeur régional
M.Yves Deroche, responsable de la mission santé au travail et agriculture
DrFlorence Fernet, médecin inspecteur du travail

- Ile de France

Mme Nadège Billebeau, adjointe au chef de service santé, sécurité au travail
Dr Pascal Duprat, médecin inspecteur régional du travail
Dr Omar Ichou, médecin inspecteur régional du travail
M. Jean-Noël Ponzevera, chef du service santé, sécurité au travail

- Chefs de pôle Travail de DREETS

M. Richard Abadie, chef de pôle Provence Alpes Côte d'Azur
Mme Hélène Avignon, cheffe de pôle Bretagne
Mme Viviane Belhumeur, cheffe de pôle Martinique
M. Nicolas Bessot, chef de pôle Normandie
M. Jean-François Dalval, chef de pôle Ile de France
Mme Cécile Delemotte, adjointe chef de pôle Hauts de France
M. Fabien Grandjean, adjoint chef de pôle Nouvelle Aquitaine
M. Régis Grimal, chef de pôle Auvergne Rhône-Alpes
M. Thierry Grossin-Motti, chef de pôle Centre Val de Loire
M. Olivier Leclerc, chef de pôle Grand-Est
M. Alain Ollivier, chef de pôle Pays de La Loire
Mme Sandrine Paraz, chef de pôle Bourgogne Franche-Comté
M. David Touzel, chef de pôle Guadeloupe

Services de prévention et santé au travail interentreprises

- AHI 33

Dr Nathalie Aunoble, médecin coordonnateur
M. Benoît Bellis, président
Dr Chloé Birrer, médecin du travail
M. Roméo Canestro, ingénieur en prévention du risque chimique
Mme Julia Chevalier, infirmière de santé au travail
DrDominique Dubourdieu, médecin du travail
Mme Nadia, Filali, responsable du pôle pluridisciplinaire
Dr Aurélia Mallet, médecin coordonnateur
M. Jean Patrick Ozeray, conseiller en prévention des risques professionnels - BTP
Mme Vanessa Sarrazin, assistante médicale
Mme Clotilde Turbet Delof, chargée de mission HSE
M. Florent Vaubordolle, directeur général

○ AISMT

M. Patrice, Demarq, président
Mme Anne Boquet, directrice
Mme Delphine Brenne, assistante
Dr Anne-Sophie Audibert, médecin du travail
M. Frédéric Cocquenet, infirmier de santé au travail
Mme Séverine Lesne, intervenante en prévention des risques professionnels
Mme Aurélie Parent, assistante
M. Christophe Pinchon, intervenant en prévention des risques professionnels
Mme Caroline Petit, infirmière de santé au travail
Dr Laurence Nonclercq, médecin du travail

○ APST 18

M. Jean-Paul Vadrot, président du conseil d'administration
M. Xavier Pesson, vice-président du conseil d'administration
Mme Florence Thorin, directrice
Mme Béatrice Billard, directrice opérationnelle et ressources humaines
Mme Déborah André, infirmière de santé au travail
Mme Enola Bouque, responsable projets et communication.
M. Thierry Brun, ingénieur hygiène - santé - environnement
Dr Ricardo Ferreira de Matos, médecin du travail
M. Cédric Gouvenelle, coordinateur scientifique du pôle Orientation et Innovation.
Dr Sana Guedri, médecin du travail
M. Jérémy Jacquet, infirmier de santé au travail
Mme Sara Khememissi, infirmière de santé au travail
Mme Christelle Labat, assistante médicale
Dr Lynda Raab, médecin du travail
Mme Ophélie Tairet, infirmière de santé au travail
Mme Julie Vonarx, toxicologue.

○ CIAMT

M. Philippe Goj, président
Dr Vinh Ngo, directeur
Mme Cynthia André-Lubin, assistante technique en santé travail
Mme Mélina Anquetil, infirmière de santé au travail
Mme Zélia Chevalier, infirmière de santé au travail
Mme Réjane Esslinger, responsable équipe technique et préventeur
Dr Jean-Jacques Fauré, médecin du travail
M. Victor Goulet, assistant technique en santé travail
Mme Lydia Helaine, responsable du centre Saint-Lazare
Mme Nathalie Lima, technicien hygiène - santé - environnement
M. Jorge Marques, responsable du système d'information
Dr Zineb Ouazene, médecin du travail et médecin-coordonateur
Dr François Pebret, médecin du travail
Dr Patricia Perles-Duguet, médecin du travail
M. Philippe Samar, responsable équipe technique et préventeur
M. X, salarié effectuant une visite médicale au SPSTI

○ Horizon Santé Travail

M. Thierry Tron Loza, président

M. Pascal Seurot, membre salarié du conseil d'administration, président de la commission de contrôle

M. Pierre Brajeux, chef d'entreprise, membre du conseil d'administration

Mme Catherine Delmas, directrice

Mme Jessica Abdo, ingénieur hygiène - sécurité -environnement

Dr Agnès Apicella, médecin du travail

Mme Marie Auzanne, chargée de mission prévention de la désinsertion professionnelle et responsable de l'équipe prévention de la désinsertion professionnelle

Dr Jocelyne Berthaud, médecin coordonnatrice

Mme Frédérique Begot, infirmière de santé au travail coordonnatrice

Mme Lucie Cazenave, ergonome

Mme Bertille Gauthier, responsable du pôle prévention

Mme Audrey Montaudouin, infirmière

Mme Marlène Moreau, assistante médicale

Mme Marie-Laure Oliveira, ergonome, psychologue du travail et responsable de l'équipe de psychologues du travail

Dr Marie-Pierre Lacour, médecin du travail et tutrice

Mme Lucie Paoletti, infirmière de santé au travail

Dr Edith Poulain, collaboratrice médecin du travail

Mme Fabienne Zecri, infirmière de santé au travail

○ Intermétra

Dr Boris Buscail médecin du travail coordinateur

Dr Luc Fauquembergue, médecin du travail coordinateur

Mme Géraldine Martel, directrice de la prévention

M. Marc Nexhip, directeur

○ SantT BTP Tours

M. Olivier Brasseur Legry, directeur général

Dr Sophie Deham, médecin référent (coordination médicale)

Dr Geoffrey Berton, collaborateur médecin à Joué les Tours

M. Emmanuel Chartier, assistant santé travail sur le site d'Avoine

M. Steven Ottan, préventeur site de Châteauroux

Mme Sandrine Mercier, infirmière à Blois

Mme Coline Charrier, responsable des ressources humaines

Mme Anne-Sophie Audane, responsable qualité du SPSTI

Mme X, salariée effectuant une visite médicale dans le SPSTI

○ Alan - Prévenir

M. Paul Sauveplane, secrétaire général, directeur des ressources humaines d'Alan, président de Prévenir

Mme Alix Boyer de la Giroday, CEO Founder associate Alan

M. Arnaud Pioli, senior operations builder Alan

- Sano santé

M. Jonathan Ardoin, président par intérim et directeur général, ingénieur et entrepreneur en santé
Dr Céline Spinetto, médecin coordinateur

- Service de prévention et de santé au travail national (SPSTN)

M. Eric Louche, directeur général
M. Thomas Bongard, directeur des opérations support
Dr Karine Durand, directrice médicale

- Thalie santé

M. Stéphane Martin, président
Dr Thomas Desmarets, directeur santé
Mme Isabelle Ecckout, directrice générale jusqu'au 30 septembre 2025
M. Yann Muller, directeur des partenariats, directeur général à compter du 1er octobre 2025

Services de prévention et santé au travail autonome

- Air France

Dr Michel Klerlein, médecin coordonnateur
Mme Marie-Pierre ARZOUMANIAN, directrice santé et conditions de travail

- Axa

Christelle Bouron, directrice du développement social
Isabelle Lerendu-Brand, chargée de mission qualité de vie et santé au travail

- Laboratoires Pierre-Fabre (établissement de Gien)

Dr Siham Abdellatif, médecin du travail
Mme Céline Ribeiro, infirmière de santé au travail
M. Richard Dupont, responsable ressources humaines sur le site de Gien

- L'Oréal

Mme Emmanuelle Lievremont, directrice de la politique de santé et qualité de vie au travail
Dr Catherine Didier, médecin du travail
Dr Priscille Le Grelle, médecin du travail
Mme Anna Lapotre, directrice des ressources humaines

- Printemps

Dr Audrey Cordier, médecin du travail coordonnateur

- RATP

Mme Nathalie Ponzevera, directrice prévention et santé au travail
Dr Valérie Jouannique, médecin du travail coordonnateur

- Pierre-Fabre (établissement de Gien)

Dr Siham Abdellatif, médecin du travail

Mme Céline Ribeiro, infirmière de santé au travail

M. Richard Dupont, responsable ressources humaines sur le site de Gien

Service de santé au travail en agriculture

- MSA Gironde

M. Daniel Abaléa, directeur et directeur de l'association régionale des caisses de mutualité sociale de Nouvelle Aquitaine

M. Marc Bidault, conseiller en prévention

Dr Nathalie Boulogne Chahine, médecin du travail

Dr Thierry Busquet, médecin chef du service santé sécurité au travail

Mme Claude Chaussée, directrice-adjointe et directrice déléguée de l'association régionale des caisses de mutualité sociale ARCMSA de Nouvelle Aquitaine

M. Dorian Durand, délégué agent comptable et responsable maîtrise des risques

Mme Christelle MEUNIER, infirmière de santé au travail

Mme Maelys Souron, chargée d'études maîtrise des risques

M. Jean-Luc Tartas, responsable administratif du service santé au travail

M. Martial Weber, responsable du service prévention des risques professionnels

- MSA Berry-Touraine

Mme Anne-Sophie Latour, présidente du Conseil d'administration

M. Jean-Louis Fauché, administrateur

M. Etienne Le Maur, directeur général

Dr Emmanuel Angot, médecin chef du travail

Mme Juliette Chatelut, sous-directrice Santé et Services aux entreprises

Mme Agnès Kawczak, chargée d'études santé sécurité au travail

Dr Stéphane Crepeau, médecin du travail

Mme Emilie Maire, infirmière en santé au travail

M. Jean-Baptiste Pelletan, conseiller en prévention

Mme Aurélie Bahon, directrice de la Laiterie de Verneuil

Mme Anne-Sophie Girard, responsable RH de la Laiterie de Verneuil

Organismes certificateurs

- Afnor certification

M. Julien Nizri, directeur

Mme Valentine Digonnet, en charge pôle chef de projet

M. David Fournel, chef de projet responsable des certifications 2217 et 2218, auditeur QHSE

Mme Claire Poimbeuf, responsable du développement des prestations et innovations

Mme Violaine Trajan, en charge des relations institutionnelles

- Qualipôle certification

M. René Orsini, président

- Qualianor

M. Julien Regnier, directeur qualité et développement du groupe Desegur

Editeurs de logiciel - solutions numériques

- Axess

M. Lilian Bravais, directeur commercial de l'activité santé

Mme Klara Charles, responsable du service produits innovations

M. Cédric Jeanjean, directeur activité santé

- Padoa

M. Cédric Mathorel, président

M. Nicolas Telle, directeur de la croissance

- Val Solutions

M. Frédéric Bourgeois, président

Mme Mélanie Kieffer, lanceuse de produits

M. Fabien Piazzon, directeur stratégie produit

- TRUSTTEAMS

M. Stijn Vandeputte, fondateur et CEO

Mme Audrey Geenens, assistante du directeur général

M. Cyril Kislig, responsable communication

Experts

Pr. Antoine Tesnière, directeur général de PariSanté campus

M. Jean-Paul Thonier, fondateur du cabinet Cheers

- Association Bossons fûté

M. Thibaut Fleury président. DG d'Efficienc e santé au travail

Mme Caroline Iweins, secrétaire générale

M. Fabien Piazzon, trésorier, ingénieur en prévention

Inspection générale des affaires sociales

Mme Juliette Berthe

Dr Anne-Carole Bensadon

Mme Emilie Fauchier-Magnan

M. Dominique Giorgi

Mme Mireille Jarry

M. Hervé Léost

M. François Schechter

SIGLES UTILISES

AFNOR : Association française de normalisation

AMT : action en milieu de travail

ANACT : agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail

ANI : accord national interprofessionnel

ANOVA : analyse de la variance

ANS : agence du numérique en santé (ex-ASIP-Santé)

ANSSI : agence nationale de la sécurité des systèmes d'information

API : interface de programmation d'application

ASST : assistant de service de santé au travail (secrétaire médicale)

ATMP : accidents du travail et maladie professionnelle

BTP : bâtiments, travaux publics

CA : conseil d'administration

CARSAT : caisse d'assurance retraite et de la santé au travail

CC : commission de contrôle

CCMSA : caisse centrale de la MSA

CCPP : centre de consultation sur les pathologies professionnelles

CEHUMT : collège des enseignants hospitalo-universitaires de médecine du travail

CHU : Centre hospitalier universitaire

CIRC : centre international de recherche sur le cancer

CI-SIS : cadre d'interopérabilité des systèmes d'information de santé

CMR : cancérigène, mutagène, reprotoxique

CMT : commission médico-technique

CNAM : caisse nationale d'assurance maladie

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

CNOM : conseil national de l'Ordre des médecins

CNPST : comité national de prévention et de santé au travail

CNSA : caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

COCT : conseil d'orientation des conditions de travail

COFRAC : comité français d'accréditation

COG : convention d'objectifs et de gestion

COV : composés organiques volatils

CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

CPP : comité de protection des personnes

CSP : code de la santé publique

CPTS : communauté professionnelle territoriale de santé

CRMP : centre régional de pathologies professionnelles et environnementales, centre de ressources sur les maladies professionnelles

CRPST : comité régional pour la prévention et la santé au travail

CV : couverture vaccinale

DARES : direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques

DDETS : direction départementale de l'emploi, du travail et des solidarités

DES : diplôme d'études spécialisées

DFASM : diplôme de formation approfondie en sciences médicales

DFGSM : diplôme de formation générale en sciences médicales

DGS : direction générale de la santé

DGT : direction générale du travail

DINUM : direction interministérielle du numérique

DIU : diplôme interuniversitaire

DMP : dossier médical partagé

DMST : dossier médical en santé au travail

DNS : délégation du numérique en santé

DNUM : direction du numérique

DPC : développement professionnel continu

DPO : *Data Protection Officer* (délégué à la protection des données)

DREES : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DREETS : direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités

DRIEETS : direction régionale et interdépartementale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités

DRP : direction des risques professionnels (CNAM)

DTCP : diphtérique, tétanique, coquelucheux et poliomyélitique (vaccin)

DUERP : document unique d'évaluation des risques professionnels

ECG : électrocardiogramme

EDS : entrepôt de données de santé

EHDS : espace européen des données de santé

ENS : espace numérique en santé

ESENER : *European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks* (Enquête européenne des entreprises sur les risques nouveaux et émergents)

ETP : équivalent temps plein

EU-OSHA : *European Agency for Safety and Health at Work* (Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail)

FE : fiche d'entreprise

FNORS : fédération nationale des observatoires régionaux de la santé

HCAAM : Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie

HCSP : haut conseil de la santé publique

HDH : *Health data hub* (SNDS)

HDS : hébergeur de données de santé

IA : intelligence artificielle

IDE : infirmier diplômé d'État

IDEST : infirmier (diplômé d'État) de santé au travail

IGAENR : inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche

IGAS : inspection générale des affaires sociales

INMA : institut national de médecine agricole

INRS : Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles

INS : identité nationale de santé

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

IPRP : intervenant en prévention des risques professionnels

IRDES : institut de recherche et documentation en économie de la santé

LLM : *large language model*

MCP : maladie à caractère professionnel

MIT : médecin inspecteur du travail

MSA : mutualité sociale agricole

NIA : numéro identifiant attente

NIR : numéro d'identification au répertoire des personnes physiques

NIS-2 : *Network and Information Security* (sécurité des réseaux et des systèmes d'information, directive européenne)

OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques

OIRA : *Online interactive risk management*

OIT : organisation internationale du travail

OMS : organisation mondiale de la santé

ONDPS : observatoire national de la démographie des professions de santé

PADHUE : praticien à diplôme hors Union européenne

PDP : prévention de la désinsertion professionnelle

PGSSI-S : politique générale de sécurité des systèmes d'Information de santé

PM : *Particulate matter* (particules en suspension dans l'air, ou aérosols)

PME : petites et moyennes entreprises

PPPS : participation aux politiques publiques de santé

PRST : plan régional de santé au travail

PST : plan santé au travail

QVT : qualité de vie au travail

RGPD : règlement général sur la protection des données

ROR : rougeole, oreillons, rubéole (vaccin)

RPPS : répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé

SaaS : *Software as a Service* (« logiciel en tant que service »)

SFST : société française de santé au travail

SI : systèmes d'information

SIR : suivi individuel renforcé

SNDS : système national de données de santé

SNI : systèmes nationaux d'innovation

SNS : stratégie nationale de santé

SNSI : stratégie nationale de santé/indicateurs

SPEC : Spécification (Afnor)

SPF : Santé publique France

SPST : services de prévention et de santé au travail

SPSTA : service de prévention et de santé au travail autonome

SPSTI : service de prévention et de santé au travail interentreprises

SSTA : service de santé au travail en agriculture

SUMER : surveillance médicale des expositions des salariés aux risques professionnels (enquête)

TPE : très petite entreprise

UES : unité économique et sociale

UFR : unité de formation et de recherche

URSSAF : union pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'assurance famille

VAE : validation des acquis de l'expérience

VIP : visite d'information et de prévention

LETTRE DE MISSION



**MINISTÈRE
CHARGÉ DU TRAVAIL
ET DE L'EMPLOI**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

La Ministre

Paris, le **21 MAI 2025**

Nos Réf. : D-25-009951

Monsieur le chef de l'inspection générale des affaires sociales,

La politique de prévention des risques professionnels est l'une des politiques prioritaires du ministère du travail. Elle repose en particulier sur la responsabilité de l'employeur dans le suivi de la santé au travail de ses salariés dont la concrétisation repose notamment sur l'adhésion de celui-ci à un service de prévention et de santé au travail (SPST) interentreprises ou la mise en place d'un SPST autonome, autour d'équipes pluridisciplinaires composées de médecins du travail, d'infirmiers, mais également d'intervenants en prévention des risques professionnels, d'assistants de santé au travail... Le rôle des SPST est non seulement de veiller à l'état de santé des salariés, mais également de concourir à la prévention des risques dans l'entreprise en accompagnant l'employeur dans l'élaboration et la mise en œuvre de mesures de prévention. La spécificité d'une médecine du travail au sein du système de santé est de concrétiser la responsabilité juridique de l'employeur dans la préservation de l'état de santé du salarié et d'accompagner opérationnellement l'employeur dans sa politique de prévention.

Toutefois, les SPST rencontrent des difficultés structurelles à concrétiser cet outillage opérationnel et à assurer pleinement les missions qui leur sont confiées. La pénurie actuelle de médecins du travail raréfie le temps médical et freine la capacité des SPST à assurer dans les délais l'ensemble des visites obligatoires ainsi que les missions de conseil prévues par le code du travail. Or, cette pénurie est appelée à s'accroître dans les prochaines années. Selon les prévisions de la DREES, la France ne devrait compter que 3 565 médecins en 2030, contre 4 298 en 2022.

Plusieurs réformes récentes ont posé des jalons pour tenter de renforcer et homogénéiser l'offre de santé au travail et de pallier ce déficit de médecins du travail. La loi du 8 août 2016 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels a notamment recentré la notion d'aptitude sur les emplois présentant des risques particuliers, libérant ainsi du temps médical pour les médecins du travail. La loi du 2 août 2021 pour renforcer la prévention en santé au travail a réaffirmé le rôle des services de prévention et de santé au travail (SPST) comme acteurs de la prévention en entreprise, la prévention de la désinsertion professionnelle (PDP) devenant un axe prioritaire de son action. En parallèle, la création de délégations a élargi la réalisation de certaines visites médicales à l'ensemble des professionnels de santé exerçant au sein des SPST, recentrant l'action du médecin du travail sur le suivi de salariés exposés aux risques particuliers. La loi crée également le dispositif des médecins praticiens correspondants auxquels peuvent être délégués certaines tâches. Enfin, face au constat d'un suivi médical renforcé peu pertinent pour certaines activités, des travaux ont été engagés vers une révision du périmètre du suivi individuel enforçé (SIR) qui doivent se traduire par la publication prochaine d'un décret en Conseil d'Etat.

...

Monsieur Thomas AUDIGE
Chef de l'Inspection générale des affaires sociales
Tour Mirabeau
39-43 quai André-Citroën
75015 Paris

Adresse postale
14 avenue Duquesne
75350 PARIS 07 SP

Le traitement des données est nécessaire à la gestion de la demande et entre dans le cadre des missions confiées aux ministères sociaux.
Conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD), l'intervenant peut exercer ses droits à l'adresse ddc-rpdd-cab@ddc.social.gouv.fr ou par voie postale.
Pour en savoir plus : <https://travail-emploi.gouv.fr/ministere/article/donnees-personnelles-et-cookies>

Le fonctionnement de la médecine du travail fait pourtant l'objet d'interpellations régulières de l'ensemble des acteurs, et notamment des employeurs qui rencontrent des difficultés pour faire assurer le suivi médical de leurs salariés et les aider à appréhender les risques professionnels auxquels leurs salariés sont exposés.

L'offre en matière de santé au travail n'a en effet pas suffisamment évolué pour appréhender les évolutions récentes du travail : recours plus fréquent à l'intérim ou à de nouvelles formes d'emploi, éclatement géographique des lieux de travail, hausse du télétravail, changements d'employeur plus fréquent, émergence de nouveaux risques professionnels...

Enfin, si la France s'est dotée d'une stratégie en santé numérique destinée à en faire un leader sur l'innovation en e-santé, les services de prévention et de santé au travail apparaissent encore peu dotés d'outils numériques innovants, et ce alors même que de nouveaux SPST présentant une démarche résolument innovante peinent à pénétrer sur le marché. Dès lors que le déploiement de systèmes d'information, leur interfaçage avec les autres systèmes d'information en santé et le déploiement d'outils s'appuyant sur l'intelligence artificielle est une opportunité pour améliorer le suivi des travailleurs et mieux renforcer les liens entre la médecine de ville et la médecine du travail et ainsi mieux appréhender l'ensemble des risques auxquels le travailleur est exposé, il apparaît primordial que la santé au travail soit bien identifiée des acteurs de la stratégie en santé numérique et que ses différentes parties prenantes, qu'il s'agisse des SPST, des partenaires sociaux, ou encore des éditeurs de logiciel, se fédèrent dans un écosystème dont les modalités de structuration et de pilotage sont à définir.

Dans cette perspective, je souhaite vous confier une mission qui permette d'examiner :

- l'impact des réformes récentes du système de santé au travail, les freins législatifs et réglementaires qui pourraient encore être levés pour faciliter l'exercice des missions des services de prévention et de santé au travail ;
- les innovations organisationnelles et technologiques, les expérimentations et les bonnes pratiques ainsi que, les modalités de structuration de l'écosystème public comme privé (partenaires sociaux, réseau de SPST et SPSTA, éditeurs de logiciels etc.) et de pilotage indispensables pour accélérer leur déploiement et ainsi améliorer l'efficacité et la qualité de l'offre des SPST à destination des entreprises adhérentes et de leurs salariés ;
- les moyens de faire de la procédure de délivrance d'agrément par les services déconcentrés du ministère l'occasion d'un véritable dialogue de gestion avec les SPST autour d'indicateurs de performance, notamment sur l'impact de l'accompagnement des entreprises dans l'élaboration et l'actualisation du DUERP ;
- les marges d'amélioration de la contribution des SPST à la prévention de la désinsertion professionnelle, la prévention des accidents du travail et la lutte contre l'absentéisme.

La mission devra élaborer toute propositions utiles, y compris par la diffusion d'innovations, notamment pour permettre aux services de prévention et de santé au travail de mieux répondre aux nouveaux enjeux posés par la prévention des risques professionnels, et de concrétiser un meilleur accompagnement des entreprises, notamment des TPE et des PME, dans la mise en œuvre de leur politique de prévention.

Pour mener ces travaux, la mission pourra s'appuyer en particulier sur les services de la Direction générale du travail et sur l'ensemble des autres administrations du ministère du travail de la santé, des solidarités et des familles, et notamment celles en charge du numérique en santé.

Je souhaite que le rapport puisse être remis dans quatre mois maximum à compter de ce jour.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le chef de service, l'expression de ma considération distinguée.



Astrid PANOSYAN-BOUVET