



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



## Annexes



Anne BURSTIN

Dr Julien EMMANUELLI

Dr Claude GADY-CHERRIER

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



## SOMMAIRE

<b>ANNEXE 1 : ENQUETE IGAS MENEES AUPRES DES DREETS ET DES CARSAT .....</b>	<b>5</b>
<b>1 CONTEXTE ET PRECAUTIONS METHODOLOGIQUES .....</b>	<b>5</b>
<b>2 PRINCIPAUX RESULTATS DE L'ENQUETE .....</b>	<b>6</b>
2.1 TAUX DE REPONSE.....	6
2.2 CARACTERISTIQUES DES SPSTI .....	7
2.3 CARACTERISTIQUES DES CPOM .....	9
2.4 MOYENS CONSACRES A LA GESTION DES CPOM.....	13
2.5 SUIVI ET BILAN DES CPOM .....	13
2.6 EFFETS POSITIFS DU PROCESSUS DE CONTRACTUALISATION PERCUS PAR LES ACTEURS INSTITUTIONNELS .....	13
2.7 CONTRAINTES LIEES AU PROCESSUS DE CONTRACTUALISATION.....	14
2.8 CARACTERISTIQUES DES SPSTI QUI PEUVENT FACILITER OU FREINER LA CONTRACTUALISATION .....	15
2.9 CONDITION D'AMELIORATION DU PROCESSUS POUR LE RENDRE PLUS ATTRACTIF ET PLUS EFFICACE .....	16
2.10 ATTENTE EN MATIERE PILOTAGE DES CPOM .....	17
<b>ANNEXE 2 : FOCUS SUR LA CONTRACTUALISATION EN REGION ÎLE-DE-FRANCE .....</b>	<b>19</b>
<b>1 CONTEXTE .....</b>	<b>19</b>
<b>2 SYNTHESE ET PRINCIPALES CARACTERISTIQUES DE LA DEMARCHE DE CONTRACTUALISATION REGIONALE .....</b>	<b>21</b>
2.1 DESCRIPTION DE LA DEMARCHE REGIONALE DE CONTRACTUALISATION .....	21
2.2 BILAN GLOBAL.....	28
<b>3 ENSEIGNEMENTS POUR LES CPOM V3 .....</b>	<b>30</b>
<b>4 TABLEAU D'ANALYSE DETAILLEE DE LA DOCUMENTATION REGIONALE.....</b>	<b>31</b>
<b>ANNEXE 3 : FOCALE SUR LA CONTRACTUALISATION EN REGION GRAND EST .....</b>	<b>45</b>
<b>1 CONTEXTE .....</b>	<b>45</b>
<b>2 SYNTHESE ET PRINCIPALES CARACTERISTIQUES DE LA DEMARCHE DE CONTRACTUALISATION REGIONALE .....</b>	<b>49</b>
2.1 RAPIDE DESCRIPTION DE LA DEMARCHE REGIONALE DE CONTRACTUALISATION.....	49
2.2 STRATEGIE DE CONTRACTUALISATION POUR LES 1 <sup>ERE</sup> ET 2 <sup>EME</sup> GENERATIONS DE CONTRATS .....	49
2.3 PRINCIPAUX OBJECTIFS OPERATIONNELS DE LA CONTRACTUALISATION .....	50
2.4 MODALITES DE SUIVI ET BILANS OPERES.....	53
<b>3 POINTS D'ATTENTION A RETENIR DE CETTE EXPERIENCE REGIONALE POUR L'ELABORATION D'UNE NOUVELLE GENERATION DE CPOM .....</b>	<b>54</b>
3.1 ATOUTS DE LA CONTRACTUALISATION SOULIGNEES DANS LA REGION .....	54
3.2 ÉLÉMENTS MAJEURS D'ATTENTION POUR L'ELABORATION DES CPOM V3 .....	56
3.3 BONNES PRATIQUES REGIONALES A RETENIR .....	58
<b>4 TABLEAU D'ANALYSE DETAILLEE DE LA DOCUMENTATION REGIONALE.....</b>	<b>60</b>
<b>ANNEXE 4 : FOCALE SUR LA CONTRACTUALISATION EN REGION HAUTS DE FRANCE .....</b>	<b>71</b>
<b>1 CONTEXTE .....</b>	<b>71</b>
<b>2 PRINCIPALES CARACTERISTIQUES DE LA DEMARCHE DE CONTRACTUALISATION REGIONALE .....</b>	<b>73</b>
2.1 DES DYNAMIQUES DE CONTRACTUALISATION CONTRASTEES MAIS DES CPOM CONJUGUANT PRIORITES REGIONALES ET PROJET DE SERVICE DANS LES DEUX EX REGIONS .....	74
2.2 LA CREATION DE LA GRANDE REGION DES HAUTS DE FRANCE ET LES RESTRUCTURATIONS DES SERVICES DE L'ETAT ONT MIS UN COUP DE FREIN A LA DYNAMIQUE DE CONTRACTUALISATION .....	75
2.3 UNE EVALUATION DES CPOM QUI FAIT DEFAUT.....	77

## RAPPORT IGAS N°2022-043R (ANNEXES)

2.4 UNE ATTITUDE ATTENTISTE DE LA DREETS ET DE LA CARSAT QUI N'ONT PAS MIS EN ŒUVRE DE CPOM DE SECONDE GENERATION INDUISANT CHEZ CERTAINS ACTEURS LA RECHERCHE D'AUTRES VOIES DE CONTRACTUALISATION .....	77
<b>3 POINTS D'ATTENTION A RETENIR POUR L'ELABORATION D'UNE NOUVELLE GENERATION DE CPOM .....</b>	<b>78</b>
3.1 UNE DEMARCHE PARTICIPATIVE INITIEE DANS LES DEUX EX REGIONS QUI A PERMIS DE DEGAGER DES PRIORITES D'ACTION CONSENSUELLES MAIS QUI N'A PAS PERDURE DANS LA REGION DES HAUTS DE FRANCE .....	78
3.2 MALGRE L'ABSENCE DE SUIVI ET D'EVALUATION DES CPOM REGRETTEE PAR LES SPSTI, UN CONSENSUS SE DEGAGE SUR LA NECESSITE DE LIMITER LE NOMBRE D'ACTIONS ET, A UN MOINDRE DEGRE, SUR L'INTERET D'UN SOCLE REGIONAL MINIMAL ...	78
3.3 UN DIALOGUE PERMANENT ENTRE LES SIGNATAIRES ET DES ELEMENTS DE METHODE CLARIFIES CONDITIONS DE L'ENGAGEMENT DES SERVICES DANS LES CPOM DE 3EME GENERATION.....	79
<b>ANNEXE 5 : FOCALE SUR LA CONTRACTUALISATION EN REGION PROVENCE ALPES COTE D'AZUR.....</b>	<b>89</b>
<b>1 CONTEXTE .....</b>	<b>89</b>
<b>2 PRINCIPALES CARACTERISTIQUES DE LA DEMARCHE DE CONTRACTUALISATION REGIONALE .....</b>	<b>95</b>
2.1 UNE PREMIERE GENERATION DE CPOM BATIE COLLECTIVEMENT AUTOUR D'UN SOCLE COMMUN, COMPLETE D'ACTIONS A LA MAIN DES SPSTI.....	95
2.2 UNE DEMARCHE DE CONTRACTUALISATION SINGULIERE POUR LA SECONDE GENERATION REPOSANT SUR UN CPOM RESSERRE ET UNIFORMISE, NEGOCIE ET SIGNE COLLECTIVEMENT PAR L'ENSEMBLE DES SERVICES DE LA REGION .....	100
<b>3 POINTS D'ATTENTION A RETENIR DE CETTE EXPERIENCE REGIONALE POUR L'ELABORATION D'UNE NOUVELLE GENERATION DE CPOM .....</b>	<b>104</b>
3.1 ATOUTS DE LA CONTRACTUALISATION SOULIGNES DANS LA REGION .....	104
3.2 ELEMENTS MAJEURS D'ATTENTION POUR L'ELABORATION DES CPOM V3.....	105
3.3 BONNES PRATIQUES REGIONALES A RETENIR.....	106

# ANNEXE 1 : Enquête IGAS menée auprès des DREETS et des CARSAT

## 1 Contexte et précautions méthodologiques

[1] L'attente des commanditaires de la mission était d'obtenir un bilan quantitatif et qualitatif de la contractualisation au moment où s'élaborent les textes d'application de la loi du 2 août 2021 refondant la santé au travail, et en amont de la préparation d'une nouvelle instruction spécifique conjointe Direction générale du travail - Direction des risques professionnels de la CNAM sur les CPOM, la 3e vague de contrats devant, selon les textes en vigueur, démarrer au 1er janvier 2023.

[2] Parmi d'autres leviers d'investigation, la mission a construit deux questionnaires à l'attention, respectivement, des DREETS et des CARSAT. Cette démarche visait à obtenir une vue actualisée du dispositif des SPSTI, à éclairer de manière aussi précise que possible le déploiement et les contenus des CPOM et à appréhender les dynamiques collaboratives concourant à leur élaboration et à leur déploiement ainsi que leur articulation avec les autres instruments de programmation (projets de service, PRST, COG ATMP) et de régulation (agrément, certification).

[3] Un prototype de chacun des questionnaires a d'abord été soumis respectivement à la DRIEETS et à la CRAMIF (région Ile de France) pour s'assurer de sa lisibilité et de sa cohérence globale. Courant juillet, l'ensemble des DREETS et des CARSAT se sont ensuite vu adresser un questionnaire Solen à compléter par voie électronique par les pilotes du processus de contractualisation et à retourner début septembre.

[4] Les résultats, dont la mission présente ci-dessous la synthèse, appellent quelques commentaires et avertissements méthodologiques avant lecture.

[5] Le constat le plus frappant, compliquant notoirement l'exploitation des questionnaires, est la **discordance dans les réponses des DREETS et des CARSAT à certaines questions relatives au dénombrement des CPOM V1 et V2.**

[6] Pour être éclairées de manière pleinement satisfaisante, ces divergences auraient pu faire l'objet d'un contrôle au cas par cas, ce qui était impossible à la mission dans les délais impartis. A défaut d'avoir des estimations précises, la mission dispose toutefois d'ordres de grandeur suffisants pour renseigner sur la dynamique globale de déploiement des CPOM, que le reste des données collectées, moins sujettes à caution, viennent utilement compléter.

[7] Au surplus, cette discordance est en soi un enseignement qui souligne le manque, voire parfois l'absence de coordination entre DREETS et CARSAT, sans doute exacerbés, à leur décharge, par la réforme territoriale de la loi NOTRe d'août 2015 et la réforme de l'organisation territoriale de l'État qui ont pu altérer les équilibres et le dialogue institutionnels dans certaines régions, dont plusieurs accueillent au surplus deux CARSAT.

[8] De manière plus générale, cela traduit le caractère peu prioritaire du sujet dans un environnement institutionnel en tension (évolution de la réglementation avec démultiplication des enjeux stratégiques et objectifs de travail dans un contexte de pénurie de médecins du travail,..), ce qui se manifeste notamment par une maîtrise parfois très relative du dossier (certains acteurs mettant en

avant l'intérêt d'avoir été questionnés pour reprendre la main sur un sujet suivi d'assez loin, y compris s'agissant du dénombrement des SPSTI en activité).

[9] L'autre constat à prendre en considération est **l'acception parfois très large de certaines notions** (socle commun, mutualisation) qui oblige à une certaine prudence dans l'interprétation des réponses.

## 2 Principaux résultats de l'enquête

### 2.1 Taux de réponse

[10] Malgré plusieurs relances, quelques DREETS et CARSAT n'ont pas répondu au questionnaire Solen (tableau 1). Sur les 19 DREETS interrogées, 15 ont participé à l'enquête IGAS (taux de réponse de 79 %), les quatre non-répondants étant Guadeloupe, Guyane, Mayotte, St Pierre et Miquelon. Le nombre de CARSAT sollicitées est plus important, sachant que 4 régions disposent de deux CARSAT (AURA, Centre Val de Loire, Grand Est, Occitanie). Au total, sur les 22 CARSAT interrogées, 20 ont répondu (hors Mayotte et St Pierre et Miquelon), soit un taux de réponse de 91 %, aucune donnée n'ayant par ailleurs été transmise pour la Corse intégrée à la CARSAT Sud Est.

[11] Les données recueillies datent de moins d'une année pour la quasi-totalité des répondants, seules l'IDF et la Normandie ayant transmis des données au 31 décembre 2020.

[12] Pour les DREETS, les répondants étaient dans près de trois quarts des cas le responsable santé sécurité au travail (29 %), le chef de pôle T (21 %) ou le médecin inspecteur de santé au travail (21 %). S'agissant des CARSAT, il s'agissait surtout de l'ingénieur conseil (60 %) ou d'un membre de la direction (25 %).

Tableau 1 : DREETS et CARSAT sollicitées ayant répondu à l'enquête IGAS

DREETS		CARSAT	
AUVERGNE RHONE-ALPES	✓	AUVERGNE	✓
		RHONE-ALPES	✓
BOURGOGNE FRANCHE COMTE	✓	BOURGOGNE FRANCHE COMTE	✓
BRETAGNE	✓	BRETAGNE	✓
CENTRE VAL DE LOIRE	✓	CENTRE VAL DE LOIRE	✓
CORSE	✓	SUD-EST (PACA - CORSE)	✓ (hors Corse)
GRAND-EST	✓	ALSACE-MOSELLE	✓
		NORD-EST	✓
HAUTS DE FRANCE	✓	HAUTS DE FRANCE	✓
ILE DE France	✓	ILE DE FRANCE	✓
NORMANDIE	✓	NORMANDIE	✓
NOUVELLE-AQUITAINE	✓	CENTRE OUEST	✓

		AQUITAINE	✓
OCCITANIE	✓	LANGUEDOC ROUSSILLON	✓
		MIDI PYRENEES	✓
PACA	✓	SUD-EST (PACA)	✓
PAYS DE LA LOIRE	✓	PAYS DE LA LOIRE	✓
MARTINIQUE	✓	MARTINIQUE	✓
GUADELOUPE	NR	GUADELOUPE	✓
GUYANE	NR	GUYANE	✓
LA REUNION	✓	LA REUNION	✓
MAYOTTE	NR	MAYOTTE	NR
SAINT PIERRE ET MIQUELON	NR	SAINT PIERRE ET MIQUELON	NR

✓ DREETS et CARSAT ayant répondu

NR : non réponse

## 2.2 Caractéristiques des SPSTI

- Selon les retours des DREETS (hors Guadeloupe et Guyane, Mayotte et Saint Pierre et Miquelon), il y avait **200 SPSTI agréés** en 2022<sup>1</sup>, dont 9 % de manière conditionnelle, quelques SPSTI non décomptés dans ce total n'ayant pas d'agrément au moment de l'enquête.
- Dans les 12 régions répondantes, le nombre total d'entreprises adhérentes à un SPSTI était de 1 146 773<sup>2</sup>.
- Le nombre de salariés couverts par les SPSTI (SPSTI et SPSTA) s'élevait à **18,3 millions** (n=14 DREETS<sup>3</sup>) A partir des données disponibles (n=13 DREETS<sup>4</sup>), les **SPSTI représentent 91 % des salariés** couverts et le nombre moyen de salariés suivis par SPSTI est de **86 100**.
- **76 % des SPSTI couvraient moins de 100 000 salariés** (graphique 1) et 44 % moins de 50 000.

[13] Par ailleurs, 29 de ces 200 SPSTI étaient à compétence professionnelle exclusive<sup>5</sup>.

<sup>1</sup> Données actualisées entre mai et octobre 2022 pour 9 régions, pour 3 en décembre 2021 et pour 2 en décembre 2020.

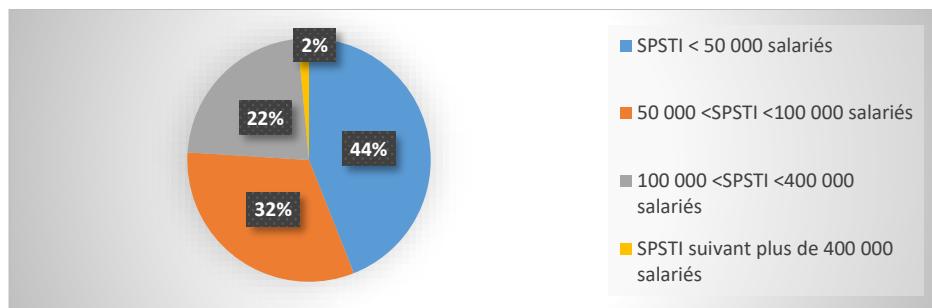
<sup>2</sup> Information non disponible pour Normandie, Pays de la Loire et Martinique.

<sup>3</sup> Information non disponible pour la Martinique

<sup>4</sup> Information non disponible pour PACA et Martinique.

<sup>5</sup> Détails disponibles pour 25 de ces services à compétence professionnelle exclusive: 16 spécialisés BTP, 2 secteur bancaire, 2 secteur nucléaire, 1 secteur communication/culture, 1 secteur métallurgie, 1 secteur transport, 1 secteur agricole et 1 secteur boulangerie. Il y a une discordance avec les estimations de Préséance dans son rapport Chiffre clefs de 2022 qui recense 27 services à compétence professionnelle exclusive mais tous exclusivement dédiés au BTP.

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



Source : Enquête IGAS – Données DREETS

La confrontation de ces chiffres avec ceux produits par **l'association PRESANSE<sup>6</sup>** dans ses dernières publications portant sur les SPSTI fait apparaître une cohérence d'ensemble.

En 2022, les SPSTI suivent 16 millions de salariés, le nombre de salariés suivis par les SPSTA étant estimé à deux millions en extrapolant à partir des dernières données disponibles, datant de 2016. Soit un total de **18 millions de salariés** suivis tous SPST confondus dont **89 % par les SPSTI<sup>7</sup>**.

En juin 2022, Présanse dénombrait **180 SPSTI<sup>8</sup>** hors SPSTI BTP exclusif (au nombre de 27 dans le rapport chiffres clés de 2022), soit un total de SPSTI d'un peu plus de 200 en incluant ces derniers, estimation proche de celle de la mission. 47 % des SPSTI suivent moins de 50 000 salariés chacun, et 29 % de 50 à 100 000 (soit **76 % moins de 100 000 salariés**). En moyenne, le nombre de salariés suivis par SPSTI est de **81 000**.

[14] En tableau 2, on observe que près d'un cinquième des SPSTI couvrant moins de 50 000 salariés se concentre sur la même région (AURA) et 40 % des SPSTI couvrant plus de 100 000 salariés sur AURA et IDF, les 3 plus gros SPSTI se trouvant en IDF et en Hauts de France.

<sup>6</sup> Prévention, Santé, Service, Entreprise, association à but non lucratif qui représente 200 Services de Prévention et de Santé au Travail Interentreprises (SPSTI) de France.

<sup>7</sup> Rapport chiffres-clefs, 2022 ; données recueillies par PRESANSE auprès de tous ses adhérents entre mars et juin 2022, soit d'après l'association 97 % des SPSTI en activité

<sup>8</sup> Lettre d'informations mensuelles Présanse, n°115, octobre 2022, où il est précisé que ce nombre de SPSTI hors services exclusivement dédiés au BTP était de 195 au 1er janvier 2022.

Tableau 2 : Répartition régionale des SPSTI par nombre de salariés suivis

	< 50 000	%	50 -100 000	%	100 -400 000	%	> 400 000	%
AUVERGNE RHONE-ALPES	16	18 %	6	9 %	8	18 %	0	0 %
BOURGOGNE FRANCHE COMTE	5	6 %	1	2 %	3	7 %	0	0 %
BRETAGNE	4	5 %	2	3 %	3	7 %	0	0 %
CENTRE VAL DE LOIRE	2	2 %	2	3 %	3	7 %	0	0 %
CORSE	2	2 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %
GRAND-EST	8	9 %	6	9 %	4	9 %	0	0 %
HAUTS-DE-FRANCE	7	8 %	4	6 %	3	7 %	1	33 %
ILE-DE-FRANCE	4	5 %	7	11 %	9	20 %	2	67 %
NORMANDIE	7	8 %	7	11 %	1	2 %	0	0 %
NOUVELLE-AQUITAINE	8	9 %	13	20 %	1	2 %	0	0 %
OCCITANIE	6	7 %	9	14 %	2	4 %		0 %
PACA	9	10 %	2	3 %	5	11 %		0 %
PAYS-DE-LA-LOIRE	6	7 %	5	8 %	2	4 %	0	0 %
MARTINIQUE	3	3 %		0 %		0 %		0 %
LA REUNION	1	1 %	0	0 %	1	2 %	0	0 %
	88	100 %	66	100 %	45	100 %	3	100 %

Source : enquête IGAS données DREETS

Légende :

■ % des plus bas

■ % des plus hauts

## 2.3 Caractéristiques des CPOM

### 2.3.1 Nombre et répartition des CPOM en fonction de la taille et de la spécialisation des SPSTI

[15] Interrogées sur le nombre de SPSTI signataires d'un CPOM V1, CARSAT et DREETS ne donnent pas la même réponse : 188 CPOM V1 pour les CARSAT (20/22) contre 175 pour les DREETS (15/19). La discordance dans l'estimation du nombre de CPOM se situe dans un peu plus d'une région sur deux à hauteur d'un delta moyen de 2.

[16] Cette discordance peut tenir à un mode de recensement différent entre DREETS et CARSAT. Parmi les hypothèses formulables, la fusion récente de certains SPSTI pourrait par exemple expliquer que les DREETS, qui délivrent les agréments et suivent au plus près leur situation, n'aient pas pris en compte les CPOM V1 signés avant fusion par des SPSTI qui n'existent plus alors que les CARSAT ont pu en revanche les intégrer à leur décompte. Il faut également prendre en considération l'impact possible du turn-over de personnels au sein des DREETS, notamment à l'occasion de la réforme des DIRRECTE, sur la mémoire institutionnelle et la conservation de certaines archives (notamment s'agissant de CPOM V1 signés pour les premiers il y a plus de huit ans).

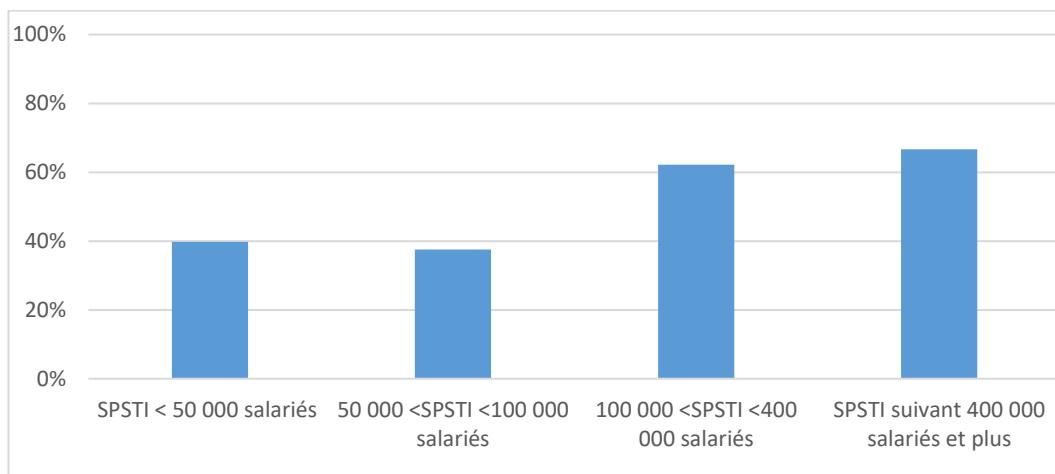
[17] Pour ces raisons, le nombre réel des CPOM V1 signés est vraisemblablement plus proche de l'estimation des CARSAT, aux alentours de 180<sup>9</sup>. Rapportés au nombre de SPSTI à l'expiration des CPOM V1, près de **77 % des SPSTI auraient signé un CPOM V1**.

[18] Pour ce qui concerne les CPOM V2, les DREETS en dénombrent 90 signés (45 % des SPSTI avec un CPOM V2 signé) contre 60 recensés dans le questionnaire CARSAT<sup>10</sup> qui ne comptabilise que les CPOM en cours de validité (30 % de SPSTI avec un CPOM V2 en cours de validité). Il est aussi possible que des DREETS aient ponctuellement comptabilisé par erreur des versions prolongées de CPOM V1 comme CPOM V2 (comme cela a été relevé pour au moins l'une d'elle à l'occasion d'un échange).

[19] En tout état de cause, la mission retient surtout l'existence d'un ralentissement marqué dans la dynamique de contractualisation (-50 % entre les V1 et V2).

[20] D'après les réponses des DREETS, le pourcentage de CPOM V2 signés augmente avec la taille du SPSTI<sup>11</sup>, (graphique.2).

Graphique 2 : Proportion de CPOM V2 signés par SPSTI en fonction de la taille des SPSTI



Source : *Enquête IGAS données DREETS*

[21] Par ailleurs, et toujours d'après les DREETS, le pourcentage de CPOM V2 signés est plus important dans les SPSTI à compétence exclusive (graphique 3)<sup>12</sup>.

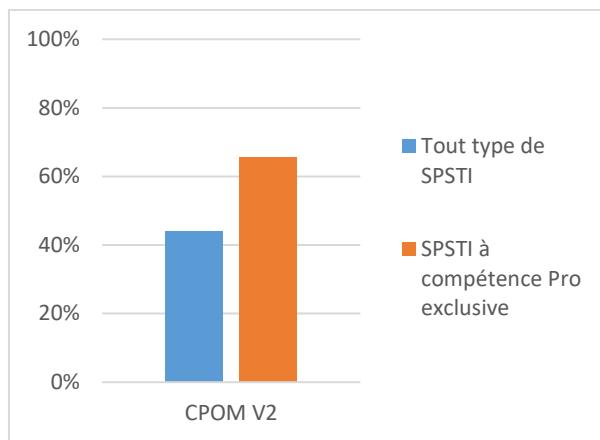
<sup>9</sup> Dans son dernier bilan de mai 2021 (données fournies par les CARSAT et agrégées par la DRP), la direction des risques professionnels de l'Assurance maladie dénombrait 180 CPOM V1 et 49 CPOM V2, ce qui est assez proche des données CARSAT agrégées par la mission.

<sup>10</sup> Ce nombre ne prend pas en compte les 2 CPOM V2 signés en Corse recensés par la DREETS mais pas dans l'enquête CARSAT, faute de données disponibles sur la Corse.

<sup>11</sup> Ce taux de signature n'est pas calculable pour les CPOM V1, la mission ne disposant pas du nombre de SPSTI par taille à la fin de la première vague CPOM (en 2019).

<sup>12</sup> Ce taux de signature n'est pas calculable pour les CPOM V1, la mission ne disposant pas du nombre de SPSTI total et à compétence professionnelle exclusive à la fin de la première vague CPOM (en 2018-2019).

Graphique 3 : Proportion de CPOM V2 par SPSTI signées selon le degré de spécialisation



Source : *Enquête IGAS données DREETS*

[22] Le recouplement des données DREETS et CARSAT fait apparaître que des CPOM V1 avec socle commun auraient été proposés et signés dans 11 des 15 régions (73 %) ayant répondu à la question (plus de la moitié des 19 régions interrogées). Cette contractualisation a réuni DREETS, CARSAT et SPSTI dans la quasi-totalité des cas, parfois en présence de représentants de la CAT-MP (4/14) et/ou du CRPST (3/14), ou de l'OPPBTP (2/14).

[23] De même, des CPOM V2 à socle commun auraient été proposés et signés dans 9 des 15 régions (60 %) ayant répondu à la question (un peu moins de la moitié des régions interrogées). Cette contractualisation a réuni DREETS, CARSAT et SPSTI dans tous des cas, parfois en présence de représentants du CRPST (3/11), et/ou de la CAT-MP (2/11) ou de l'OPPBTP (3/11).

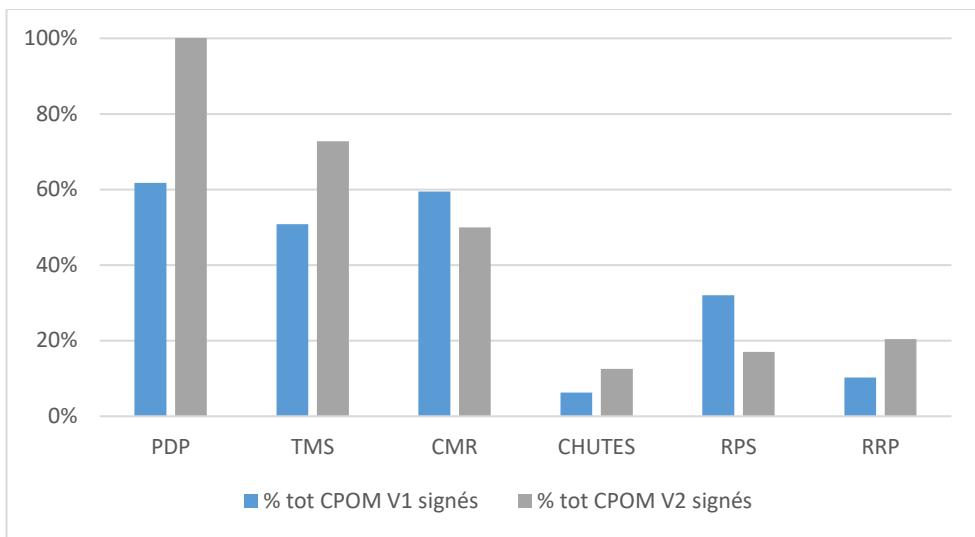
[24] Cependant, il apparaît vraisemblable que le terme de CPOM « socle commun » ait fait l'objet d'une acceptation extensive<sup>13</sup>, allant du fait d'avoir un format et quelques thématiques obligatoires en commun (par exemple une structure commune PDP plus un thème de prévention) et/ou des actions mutualisées, à la standardisation totale des thématiques dans un CPOM unique (exemple de PACA pour le CPOM V2).

### 2.3.2 Thématiques portées par les CPOM

[25] Qu'il s'agisse des réponses des DREETS (graphique 4) ou des CARSAT, on retrouve à peu près les mêmes répartitions des grandes thématiques : la PDP émerge de façon naturelle au premier rang, suivis des TMS et des CMR, les RPS, les chutes et le risque routier professionnel.

<sup>13</sup> Les CPOM V1 individuels auraient été proposés dans 4 autres régions coté CARSAT (cohérent avec réponses CPOM « socle commun »), mais ce chiffre passant à 11 régions coté DREETS, on ne peut écarter une compréhension erronée de la question.

Graphique 4 : Importance des thématiques dans les CPOM V1 et V2 signés



Source : enquête IGAS données DREETS

[26] Concernant le volume des actions, certaines régions ont imposé dès le CPOM V1 un nombre d'actions compris entre deux et quatre. Pour la majorité des CPOM, le nombre d'actions a baissé entre le CPOM V1 et le CPOM V2.

### 2.3.3 Liens avec le PRST et la COG

[27] Par ailleurs, les DREETS déclarent que la plupart des grandes thématiques (PDP, TMS, CMR, chutes) inscrites dans les CPOM V1 et les CPOM V2 figurent quasi systématiquement dans le PRST (association moins nette pour les RPS et les risques routiers professionnels RRP).

[28] Les CARSAT déclarent également la présence très fréquente dans les CPOM V1 et V2 des principaux risques professionnels figurant dans la COG-ATMP. A noter cependant que seule la moitié d'entre elles considèrent la PDP comme « relevant de la COG », alors que cette proportion devrait être de 100 % (la PDP faisant partie intégrante de la COG). Cet écart avec ce qui serait normalement attendu pourrait découler d'une moindre connaissance de la PDP par les répondants au questionnaire. De fait, il s'agit en majorité d'ingénieurs-conseils qui connaissent effectivement moins la PDP que les services sociaux des CARSAT qui portent cette thématique au quotidien mais paraissent inégalement impliqués dans la négociation des CPOM. Discordances révélatrices d'un cloisonnement entre services au sein des CARSAT, qui ne peut qu'impacter les échanges avec les SPSTI, en rejaillissant sur le pilotage de la contractualisation.

### 2.3.4 Liens entre CPOM et projet de service

[29] Selon les DREETS (et les CARSAT), la majorité des CPOM V1 et V2 (70 à 80 %) sont construits en lien avec les projets de service (PPS), certains ayant jusqu'à la totalité de leurs actions spécifiques en commun avec leur PPS.

### 2.3.5 Présence de thématiques régionales et d'actions mutualisées dans le CPOM

[30] On note également la présence au sein des CPOM V1 et V2 de thématiques régionales propres à des branches professionnelles dans plus de la moitié des cas (avec parfois un nombre important

d'actions de ce type - une sur deux- inscrites dans le CPOM). Sont notamment évoquées des actions « coiffure » (risque chimique), « intérimaires » et BTP.

[31] L'inscription au sein des CPOM V1 d'actions mutualisées entre plusieurs SPSTI est rapportée dans plusieurs régions (jusqu'à 9 d'après l'enquête auprès des DREETS, avec un nombre d'actions compris entre 1 et 6), portant par exemple sur les nanomatériaux, les fumées de soudage ou l'intérim. Cette pratique diminue fortement dans le CPOM V2 dans lequel deux régions au plus les évoquent. Mais il n'est pas sûr que la question ait été bien comprise, la mutualisation évoquant pour la mission la mise en commun effective de ressources, et non la simple coparticipation à la même action.

## 2.4 Moyens consacrés à la gestion des CPOM

[32] **Au sein des DREETS, la gestion des CPOM mobilise 2 à 4 personnes à temps très partiel (totalisant en moyenne 0,4 ETP)**, les médecins inspecteurs du travail (MIT) et les responsables des services santé sécurité des pôles travail étant de loin les plus sollicités (avec parfois, les ingénieurs de prévention ou le chef du pole T).

[33] Plus de la moitié des CARSAT déclarent mettre en œuvre un copil interne, mobilisant également de 2 à 5 personnes à temps très partiel (totalisant 0,45 ETP), au premier rang desquelles des agents administratifs (gestionnaire, assistante) et des ingénieurs conseils (ICR ou IC en charge des partenariats, des territoires ou des risques Pro). Dans les CARSAT sans copil interne, les moyens mobilisés sont moindres, l'ingénieur conseil étant très souvent la personne référente.

## 2.5 Suivi et bilan des CPOM

[34] La majorité des DREETS et des CARSAT déclarent avoir mis en œuvre un suivi et produit un bilan (conjoint ou disjoint) le plus souvent dans le cadre d'un comité de pilotage réunissant une fois l'an les SPSTI et parfois d'autres acteurs (OPPBTP).

[35] Au regard de la faiblesse et de la dispersion des moyens, on peut toutefois penser qu'il y a peu d'animation et de suivi des CPOM en dehors de ces COPIL annuels.

[36] Les retours de bilan faits aux SPSTI par les institutions sont fréquentes d'après celles-ci (14/20 des CARSAT, 10/15 des DREETS), le plus souvent collectifs et sous la forme de colloques, plus rarement en CROCT/CRPST.

## 2.6 Effets positifs du processus de contractualisation perçus par les acteurs institutionnels

[37] Le premier grand impact des CPOM est **d'avoir amélioré la dynamique partenariale** pour plus de trois quart des CARSAT et pour 60% des DREETS ayant participé à l'enquête (9/15) en renforçant/officialisant/structurant des liens préexistant (PRST) ou en créant des relations de novo entre partenaires (nouvelles collaborations, synergies), et en permettant une interconnaissance des partenaires en présence, une acculturation en termes de spécificités, ainsi qu'une réflexion commune sur les orientations prises et la confrontation et mise en cohérence des priorités respectives.

[38] Un autre effet important des CPOM est, pour trois quart des CARSAT et pour 60% des DREETS des DREETS (9/15), **d'avoir permis la mise en place d'actions conjointes** entre les signataires, allant de l'intensification de collaborations autour de programme nationaux (TMS Pro, RC Pro), à l'augmentation de la force d'action en direction des entreprises (mise en place de réunions collectives

de sensibilisation des employeurs conjointes..), en passant par le renforcement de certains partenariats techniques<sup>14</sup> ou la meilleure prise en compte de secteurs comme la coiffure ou le médico-social.

[39] Pour la plupart (10/15), les DREETS considèrent que le CPOM a également **permis le développement des actions en milieu du travail** -AMT- (orientation du PPS, implication des ASST et IPRP, construction d'outils pour une branche professionnelle ou un risque donné, visites des SPSTI dans les entreprises). Moins nombreuses à souligner cet aspect (7/20), les CARSAT ajoutent toutefois que les CPOM ont aidé à initier des actions du PPS et ont parfois permis d'amplifier le nombre d'AMT en suscitant l'embauche de préventeurs non médecins.

[40] DREETS et CARSAT estiment en majorité que le CPOM a **permis le développement de la PDP** en favorisant la coordination des acteurs, en donnant de la **visibilité aux actions** menées, en permettant la mise en place d'outils (annuaires acteurs) ou des dispositifs (observatoire maintien dans l'emploi).

[41] Enfin, les DREETS soulignent avec les CARSAT, mais de manière plus prononcée (une DREETS sur deux pour une CARSAT sur cinq) le **rôle du CPOM dans l'amélioration du fonctionnement des SPSTI** (structuration des EPST, montée en compétence mode gestion et conduite de projet, dynamique et motivation interne, mise en visibilité des actions, mise en place d'indicateurs de suivi, et parfois même mutualisation entre SPSTI – fiches communes d'action, échange et partage de bonnes pratiques... -).

## 2.7 Contraintes liées au processus de contractualisation

[42] Pour la plupart, les DREETS considèrent qu'**une limite importante des CPOM est le scepticisme des SPSTI** qui n'en voient pas toujours l'intérêt et le vivent parfois comme une contrainte. Sont cités parmi les motifs possibles de non adhésion des SPSTI aux CPOM leur caractère contraignant et parfois ambigu (outils perçus à la main des institutions dont les objectifs ne sont pas très clairs – décliner les objectifs CARSAT, faire de la prévention primaire, produire des données - et les moyens souvent inexistants), la **consommation de ressources et de temps associées pour une plus-value mal perçue, leur redondance possible avec le PPS et le PRST**.

[43] Sur le fond, au-delà de la crainte des SPSTI d'une ingérence dans l'orientation, la mise en œuvre et le suivi de leurs programmes d'actions, elles pointent également :

- La complexité, une lisibilité incertaine, une plus-value marginale des CPOM pour certains SPSTI,
- Les réticences des SPSTI à partager leurs évaluations des risques en milieu de travail avec les acteurs institutionnels,
- La lourdeur d'élaboration et de gestion croissant avec la nécessité de négocier en vue d'aboutir à un contrat satisfaisant pour tout le monde,
- Les réticences de MT des SPSTI à participer à des processus de programmation qu'ils ne maîtrisent pas.

---

<sup>14</sup> SPSTI et laboratoire CARSAT, action de prévention du risque chimique dans l'industrie aéronautique, actions fumées de soudage, ...

[44] Sur la forme, outre la faible efficience parfois évoquée du dispositif au regard de la charge de travail et des résultats obtenus d'une part, et des objectifs pour partie redondants d'autre part, les CARSAT et les DREETS pointent aussi :

- Les contraintes calendaires multiples et le caractère non prioritaire de l'exercice dans un contexte d'agrément et de certification future,
- La lourdeur/durée d'élaboration et de gestion en contradiction avec la pénurie de moyens institutionnels,
- La difficulté, voire l'impossibilité de mise en place des CPOM avec les SPSTI insuffisamment structurés ou en cours de fusion,
- L'absence de pilotage, de trame et d'indicateurs nationaux qui ne favorisent pas une convergence et/ou harmonisation des pratiques,
- L'hétérogénéité méthodologique et l'absence de cadre d'évaluation pour en apprécier l'impact,
- L'absence de coordination régionale des SPSTI.

[45] L'articulation du CPOM avec les autres dispositifs est considérée par certains répondants comme difficile en raison de temporalités différentes, qui engendrent de surcroît une dispersion de moyens pourtant contraints, facteurs qui incitent à la poursuite par chacun de sa propre logique temporelle. Cependant, bien que les **actions retenues dans le CPOM se sont souvent inspirées du PPS** et qu'elles sont aussi présentes pour la plupart dans la COG et le PRST, **leur multiplication dans les CPOM V1 n'a pas toujours permis leur déclinaison opérationnelle.**

## 2.8 Caractéristiques des SPSTI qui peuvent faciliter ou freiner la contractualisation

[46] L'ensemble des DREETS et des CARSAT ont proposé des analyses convergentes des freins et des leviers à la mise en place d'un CPOM. A l'exception d'une CARSAT et d'une DREETS, elles ne remettent pas en cause le principe des CPOM mais estiment nécessaire de faire évoluer l'outil pour qu'il soit plus utile et efficient.

[47] **Parmi les freins, sont surtout évoqués certaines caractéristiques des SPSTI et le fonctionnement de certains acteurs en interne.** Ainsi les institutions considèrent comme des obstacles potentiels :

- Un grand nombre des SPSTI sur un territoire donné,
- La petite taille et les faibles moyens des SPSTI (et notamment réalité et implication de l'EPST),
- Le sentiment d'autosuffisance des SPSTI de taille importante peu enclins à contractualiser,
- La crainte de certains SPSTI de passer pour des contrôleurs et/ou de servir de sous-traitants,
- La faible acculturation institutionnelle et méthodologique (conduite de projet, indicateurs...),
- La pénurie de ressources en MT au sein des SPSTI dans un contexte de mise en place de la loi 2021,
- L'indépendance des MT sur le choix des problématiques,
- Le faible engagement de la direction sur le CPOM,

- L'influence de certains présidents de CA.

[48] **D'après DREETS et CARSAT, les leviers sont également à chercher dans le fonctionnement et l'organisation des SPSTI** (sans évocation de leurs propres pistes d'amélioration), la réussite du CPOM tenant notamment aux facteurs suivants :

- **Présence d'un projet de service (structurant)** auquel le CPOM peut s'articuler en cohérence,
- Capacité de pilotage des actions,
- **Dotation importante en professionnels** de ST dans les SPSTI, existence d'un service prévention distinct capable de porter des projets et non de répondre uniquement aux demandes des MT,
- **Implication des directeurs de SPSTI,**
- Bonne entente régionale entre SPSTI,
- Partenariats déjà existants et participation des SPSTI au PRST,
- SPSTI à compétence professionnelle pour ne travailler qu'avec une ou deux branches,
- Appui de PRESANSE,
- Souhait du SPSTI de travailler en partenariat avec DREETS et CARSAT et respect du rôle de chacun.

## 2.9 Condition d'amélioration du processus pour le rendre plus attractif et plus efficace

[49] La quasi-totalité des DREETS et des CARSAT ont fait des propositions, souvent proches, pour améliorer l'appropriation du CPOM et optimiser son efficacité.

### 2.9.1 Facteurs d'attractivité des CPOM

- **La mise à disposition d'une trame d'actions nationales et des orientations pour les actions régionales** (cadre-type) basées sur 2-3 thématiques déclinées en **objectifs opérationnels** en cohérence avec ceux de la COG/PRST et **4 à 5 indicateurs communs** à l'ensemble des SPSTI,
- **La garantie d'une réelle valeur ajoutée** pour chacun des signataires et la **définition du rôle et du niveau d'implication de chacun**,
- **La souplesse et l'équilibre entre partenaires** dans le dispositif en s'assurant de la bonne participation des équipes pluridisciplinaires lors de l'élaboration du CPOM afin de permettre sa meilleure appropriation,
- **La publicité sur les actions réalisées et leur efficacité** avec mise en commun des outils élaborés au même titre que les actions du PST et des PRST,
- L'animation des CPOM et l'organisation régulière d'échanges de bonnes pratiques entre pairs,
- L'ouverture d'appels à projet avec financement à la clé en complément des CPOM (voire mise en place d'un volet de performance en contrepartie d'incitations financières),
- L'adjonction d'une **obligation de résultat** (autour d'actions limitées).

## 2.9.2 Facteurs d'amélioration de l'efficacité des CPOM

- La définition d'un **socle minimum de thématiques incontournables** incluant des actions en nombre limité, basées sur le diagnostic du SPSTI et s'appuyant sur des fiches de qualité,
- Un calendrier commun et un lien à faire avec les objectifs de chaque cosignataire,
- Le **repositionnement du rôle de chaque** acteur tel que les textes et les moyens le définissent,
- La mise en place d'actions CPOM communes entre SPSTI pour favoriser la mutualisation,
- L'imposition d'un **outil et d'une méthode de collecte** des données ainsi qu'une transmission à intervalles réguliers aux services de l'État, permettant suivi et évaluation des actions,
- Un pilotage, un budget et des ressources humaines dédiés au sein des DREETS, voire la **mise en place d'une mission CPOM** comme cela existe pour la mission PRST,
- Un nombre réduit d'instances de coordination.

## 2.10 Attente en matière pilotage des CPOM

[50] La plupart des DREETS et CARSAT se rejoignent sur les points d'amélioration suivants :

- **Disposer d'un cadrage national**, voire d'une structure réunissant toutes les parties prenantes, avec des **objectifs communs imposés et quelques curseurs ajustables en région** permettant un pilotage clair et visible, des délais de négociation suffisants, un calendrier commun, une extraction d'indicateurs exploitables communs, accompagné de **documents opérationnels** (instructions et outils de pilotage sur les négociations, sur le type de contribution et moyens de chacun des partenaires, la mise en œuvre, le suivi et le bilan), le tout assorti d'un **reporting annuel et de bilans nationaux** qui permettraient un partage d'expériences à inclure dans l'animation régionale,
- Mettre en commun les actions de SPSTI à faible effectif et passer des accords de mutualisation entre SPSTI sur un secteur géographique étendu,
- Mettre à disposition les moyens suffisants dans les structures concernées (notamment DREETS, **dont les services statistiques et communication doivent être mieux utilisés**),
- Attribuer les agréments des SPSTI en tenant plus compte du nombre d'IPRP et d'AST,
- Enfin, à rebours de cette liste, une proposition est de remplacer le CPOM par un engagement des SPST à participer au PRST.



## ANNEXE 2 : Focus sur la contractualisation en région Île-de-France

[1] Ce bilan repose sur les données recueillies lors des entretiens avec les parties prenantes des CPOM (en visioconférence ou *in situ*), celles figurant sur les documents de présentation papier ou dématérialisés (sites internet) des SPSTI ainsi que celles fournies par la DRIEETS et de la CRAMIF, complétées par celles colligées dans le cadre de l'enquête nationale réalisée par la mission IGAS auprès des DREETS et des CARSAT (annexe 1).

[2] Pour mémoire, les services de prévention et santé au travail interentreprises (SPSTI) ont pour mission d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail (article L. 4622-2 du code du travail). A ce titre, ils constituent des partenaires de prévention essentiels pour la mise en œuvre des plans d'action régionaux en cohérence avec leur projet pluriannuel de service (PPS) notamment dans le cadre des CPOM.

### 1 Contexte

[3] En 2022, la région Île-de-France compte 19 SPSTI répartis sur le territoire et couvrant environ 240 000 entreprises et 3,4 M de salariés, 140 services autonomes (SPSTA) couvrant par ailleurs 680 000 salariés. Le tout représente près de des services présents sur le territoire national mais seulement 13 % des services interentreprises.

[4] Ces SPSTI sont interprofessionnels à l'exception de quatre d'entre eux à compétence professionnelle exclusive (1 boulangerie et 3 BTP). Ils sont de tailles très différentes, couvrant de 7 000 (SIST BP) à près de 1 000 000 salariés (ACMS).

[5] Entre 2014 et 2017, on dénombrait 26 SPSTI (+1 SPSTI auto-dissous en mars 2014) sur l'IDF ayant tous signé (100 %) un contrat pluriannuel d'objectifs et de gestion de 1ère génération (CPOM V1) avec la DIRECCTE (devenue DRIEETS le 1er avril 2021) et la CRAMIF (CARSAT IDF).

[6] Tous agréés, les 19 SPSTI recensés en 2022 (après fusions)<sup>15</sup> existaient déjà pour l'essentiel en 2014. A ce titre, ils sont presque tous signataires du CPOM V1 (à l'exception de ceux créés dans l'intervalle, issus de fusions de SPSTI), le plus souvent signés entre 2014 et 2015, valables pour une durée prévisionnelle de cinq ans et prorogés pour la plupart jusqu'en 2021 ; 11 d'entre eux (58 %) sont par ailleurs signataires d'un CPOM V2 (désigné sous le nom de CPOM 2022).

[7] Le tableau 1 détaille les principales caractéristiques de ces services ainsi que leur situation concernant la signature de CPOM (en grisé, les SPSTI rencontrés par la mission).

---

<sup>15</sup> Les données de l'enquête auprès des DREETS font état de 22 SPSTI en décembre 2020.

Tableau 1 : Caractéristiques des SPSTI intervenants en Île-de-France en 2022

SPSTI		Compétence professionnelle	Nombre de salariés suivis	Nombre entreprises adhérentes	CPOM date signature
ACMS	Association des Centres Médicaux et Sociaux	Interprofessionnelle	1 000 000	50 000	V1 13/06/14 V2 17/05/22
AMET	Association pour la prévention et la médecine du travail	Interprofessionnelle	<u>135 600</u>	<u>11 000</u>	V1 18/12/15
AMETIF	Association interentreprises de médecine du travail d'IDF	Interprofessionnelle	<u>128 000</u>	<u>8 800</u>	V1 05/06/15
AMI	Association médicale inter-entreprises	Interprofessionnelle	<u>95 000</u>	<u>7 000</u>	V1 27/06/16
APSP BTP RP	Association de prévention et de santé au travail du bâtiment et des travaux publics de région parisienne	Secteur du bâtiment et travaux publics	172 000*	16 200*	V1 12/12/14
ASTE	Association pour la Santé au Travail	Interprofessionnelle	87 400*	<u>7 200</u>	V1 13/06/14 V2 14/06/22
CIAMT	Centre de médecine du travail et de santé au travail, issu de la <b>fusion</b> avec AICAC	Interprofessionnelle	408 000*	28 000*	V1 12/12/14 V2 23/06/22
CMIE-SEST	Centre Médical Interentreprises Europe ( <b>fusion</b> du CMIE et du SEST IDF en janvier 2022)	Interprofessionnelle	467 000*	22 100*	V1 14/12/16
CMSM	Centre médico-social Montesquieu	Interprofessionnelle	50 000*	<u>3 200*</u>	V1 18/12/15 V2 07/06/22
EFFICIENCE	Efficience Santé au travail issu de la <b>fusion</b> entre AISP METRA et SIST VO janvier 2022	Interprofessionnelle	270 000*	20 000*	V2 17/05/22
GIMAC Santé au travail	Groupement inter-entreprises de santé au travail	Interprofessionnelle	<u>36 000</u>	<u>2 850</u>	V1 29/06/17 V2 14/06/22

HST	Horizon Santé Travail issu de la <b>fusion</b> avec ABSIT, METRA 92, SERSIMT et SMIROP	Interprofessionnelle	170 000*	8 400*	V1 02/12/16 V2 25/05/22
IPAL	Inter-entreprises Port Aux Lions	Secteur du bâtiment et travaux publics	87 738*	3 100*	V1 05/06/15
OSTRA	Objectif Santé Travail ( <b>fusion</b> en 2014 entre YST et AST)	Interprofessionnelle	<u>150 000*</u>	12 000*	V1 18/12/15
SEMSI	Service Médical et Social du Travail Interentreprises et Interprofessionnel	Interprofessionnelle	60 000*	3 750*	V1 12/12/14 V2 14/06/22
SIMT	Service de Prévention et de Santé au Travail	Interprofessionnelle	<u>120 000</u>	<u>10 000*</u>	V1 18/12/15 V2 07/06/22
SIST BP Boulangerie	Services interentreprises de santé au travail BP boulangerie	Secteur boulangerie - pâtisserie	<u>7 000</u>	<u>900</u>	V1 27/06/17
SIST BTP 77	Services interentreprises de santé au travail du BTP	Secteur du bâtiment et travaux publics	30 000*	<u>2 500*</u>	V1 05/06/15 V2 17/05/22
THALIE Santé	Issu de la fusion en 2021 entre CMB et CMPC	Entreprises et salariés du secteur des Industries Culturelles et Créatives	80 000*		V2 17/05/22

Source : données CRAMIF au 14/02/22 (en souligné), entretiens mission, documents présentation SPSTI (précédé d'une \*), données CRAMIF au 15/06/22 (concernant les CPOM V2)

## 2 Synthèse et principales caractéristiques de la démarche de contractualisation régionale

### 2.1 Description de la démarche régionale de contractualisation

[8] Eu égard au nombre de SPSTI et de CPOM à signer, et dans un souci de développer une approche homogène et convergente sur la région en matière de santé au travail, le choix a été fait de concevoir le premier CPOM selon une approche en partie basée sur un socle de thématiques communes (programmes d'action repartis sur plusieurs types de risque et de secteurs d'activité en fonction de leur sinistralité).

[9] Concertée avec les partenaires sociaux et les SPSTI, cette approche se voulait cohérente avec les objectifs nationaux et régionaux de prévention des risques professionnels tels qu'ils figurent dans le

Plan Santé au Travail (PST) et la Convention d'Objectifs et de Gestion (COG-ATMP) et leur déclinaison régionale (PRST et CPG) en fonction de la sinistralité recensée, tout en prenant en compte les particularités territoriales et les spécificités de chaque SPSTI.

[10] Pour rappel, outre la mise en œuvre des objectifs régionaux de santé au travail définis dans les plans régionaux de santé au travail et les priorités d'actions du PPS, les objectifs généraux du CPOM sont de permettre le maintien dans l'emploi des salariés et lutter contre la désinsertion professionnelle, de faire émerger les bonnes pratiques, d'améliorer la qualité individuelle et collective de la prévention des risques professionnels et des conditions de travail.

[11] Il s'agit également de cibler des moyens et des actions sur certaines branches professionnelles, en faveur de publics particuliers ou sur la prévention de risques spécifiques, de mutualiser des moyens, outils, méthodes, et actions, notamment en faveur des plus petites entreprises et de promouvoir une approche collective ainsi que des actions en milieu de travail.

### 2.1.1 Dynamique de la première vague de contractualisation (CPOM V1)

#### Construction

[12] La CRAMIF avait déjà établi dans le cadre de la COG 2008-2012 une dizaine de conventions<sup>16</sup> bilatérales avec des services de santé au travail (SST, qui donneront les SPSTI en 2021) volontaires pour déployer des plans d'action (prévention du risque chimique, routier, prémisses de PDP). Elle a impulsé une réflexion préalable, au titre de son rôle de coordination de la prévention des risques professionnels en proposant aux SPSTI de se positionner sur certaines thématiques régionales (RPS, CMR, risque routier, PDP<sup>17</sup> ...). La CRAMIF a également porté un axe Prévention des accidents du travail (70 % des coûts AT-MP) vers des SPSTI traditionnellement plus tournés vers la maladie professionnelle.

[13] Elle a ensuite entamé un dialogue sur ces sujets avec la DIRECCTE d'IDF. Après une première consultation des SPSTI lors d'une matinée d'échange en décembre 2012 pour la co-construction des CPOM (avec des représentants des professionnels techniques associant médecins, IDE, IPRP, assistantes sociales), des réunions tripartites collectives de travail rassemblant représentants de la CRAMIF, de la DIRECCTE et des SPSTI franciliens ont eu lieu sur la base d'un diagnostic partagé tout au long du 1er semestre 2013, avec, parallèlement, une animation au niveau des comités régionaux de prévention et de santé au travail (CRPST) et du conseil d'orientation régional des conditions de travail (CROCT).

[14] Peu préparés à l'exercice d'après certains retours du terrain, les SPSTI ne s'y sont pas tous immédiatement retrouvés. Mais des groupes de travail ont été mis en place qui ont contribué à la construction d'un prototype de CPOM. Certains services ont fait des propositions sur des thématiques-problématiques propres, initiatives ayant une importance clé pour s'assurer de leur implication (démarche risque routier portée par plusieurs SPST et appuyée sur un outil CRAMIF de mesure du risque), un SPSTI ayant même souhaité inscrire une action visant à démontrer l'intérêt économique de la prévention.

---

<sup>16</sup> N'étant plus valides, ces conventions prévues à l'art L. 422-6 du code de la sécurité sociale n'ont pas été annexées au CPOM.

<sup>17</sup> Dès 2013, la CRAMIF a mis en place un groupe de travail avec DIRECCTE et SPSTI pour concevoir le volet PDP des CPOM.

[15] Trois volets de programmes d'action pour ce **CPOM de 1ère vague ont été arrêtés** après avis des partenaires sociaux de la CRPRP et validation de ceux de la CRAT/MP :

1. Le premier volet comportait 6 programmes d'actions thématiques liés à la COG-CPG 2014-2017 et aux priorités régionales du PRST 2 :

Matérialisés sous la forme de fiche actions, déclinés en objectifs et en indicateurs, ces **programmes régionaux socles communs** couvraient les risques observés les plus récurrents ou les plus graves : la prévention de la désinsertion professionnelle (PDP), la prévention des risques chimiques cancérogènes-mutagènes-reprotoxiques (CMR), des troubles musculo-squelettiques (TMS), des risques psychosociaux (RPS), du risque routier (RRO) et des accidents du travail (PAT).

En cohérence avec les priorités du PRST 2 et du CPG 2014-2017, les SPSTI étaient invités à choisir un ou plusieurs autres programmes régionaux socles communs en fonction de leurs ressources mobilisables et de leur diagnostic territorial, la PDP étant considéré comme « incontournable pour l'ensemble des SPSTI en IDF »<sup>18</sup>. Ainsi, l'ACMS, qui est à la fois le plus gros SPSTI d'IDF et le premier à avoir contractualisé, a retenu l'ensemble des programmes socles tandis que le CIAMT qui couvre moitié moins de salariés et dispose de moins de médecins du travail, en a retenu quatre (PDP, CMR, TMS, PAT). De taille plus modeste, le CSMS n'en a retenu que deux (PDP, CMR).

2. Plus ajusté aux besoins et aux priorités d'action identifiés par les SPSTI (bassin d'emploi), le deuxième volet reprenait la proposition émanant de la commission médico-technique du SPSTI d'un programme local d'actions de prévention spécifiques, inscrit dans le projet de service, et fondé sur un diagnostic fin facilité par les données de sinistralité de la CRAMIF. **Ces actions pouvaient venir prolonger/compléter celles des programmes socles communs du volet 1 ou être sans rapport**, et leur nombre dépendait également de la taille et des ressources des SPSTI. A titre d'exemple, on trouve parmi les thématiques retenues les substances psychoactives, l'aéroportuaire, les secteurs de la propreté ou de la santé, la prévention des risques chez les intérimaires...
3. Le troisième volet proposait un programme d'actions mutualisées sur une base volontaire entre SPSTI (capitalisation, promotion bonnes pratiques professionnelles, études, ingénierie commune à plusieurs services, participation à des bases données...). Parmi les SPSTI rencontrés par la mission sur l'IDF, les deux plus importants ont contribué aux bases de données « repérage CMR » et « GIE Intérim régional ».

[16] Sur cette base, il était convenu que les engagements des parties soient les suivants :

- Les SPSTI devaient réaliser les programmes d'actions définis en allouant les ressources nécessaires à leur bon déroulement (dont formation professionnelle), promouvoir auprès de leurs adhérents les aides techniques et financières de la CRAMIF en vue de leur permettre une meilleure maîtrise de leurs risques professionnels, désigner des représentants pour le COPIL et des référents pour les actions et mettre à disposition les informations en lien avec les programmes d'actions CPOM engagés, dans un objectif d'évaluation et de coordination régionale.

---

<sup>18</sup> Dans la mesure où elle correspond à un objectif national défini par les partenaires sociaux et qu'elle figure dans les textes officiels.

- Outre la désignation d'un correspondant pour la gestion du CPOM et la réalisation de bilans régionaux, les principaux engagements de la CRAMIF étaient de mettre à disposition des données utiles<sup>19</sup>, d'organiser et animer des réunions thématiques (colloques, retours d'expérience, bilans) et des sessions d'information/formation, d'organiser des actions de communication vers les entreprises et les branches, de mettre à disposition ses ressources techniques<sup>20</sup>, de déployer des aides financières à destination des entreprises de moins de 50 salariés, de communiquer les éléments d'information disponibles en matière d'aides techniques et de participer à la PDP via son service social.
- Pour sa part, la DIRECCTE s'engageait notamment à contribuer à l'établissement du diagnostic par la mise à disposition de données statistiques sur l'emploi et les entreprises, à la mobilisation des compétences techniques (médecins inspecteurs du travail, préventeurs, etc.), à la contribution aux actions d'information prévues par le CPOM et à la diffusion de bonnes pratiques contribuant à la réalisation de ses objectifs, au dégagement dans la mesure du possible des moyens disponibles de financements<sup>21</sup>, à la réalisation de bilans régionaux, à la promotion de la pluridisciplinarité du SPSTI et à la communication des programmes d'actions et bilans associés auprès des Services de l'Inspection du Travail.

[17] L'ensemble des thématiques du volet V1 du CPOM IDF (2014-2019) sont présentes dans le PRST 2 (2010-2014), avec des objectifs qui se superposent de manière assez nette, et en miroir avec certaines actions du PRST 3 (2016-2020) qui est décrit comme "le point de convergence d'actions de prévention portées par les nombreux acteurs régionaux et définies notamment dans le cadre des "CPOM". Le constat est également valable pour certaines actions du volet 2 du CPOM (au moins pour les trois SPSTI analysés), la thématique aéroportuaire s'articulant avec le PRST3 sans figurer préalablement dans le PRST 2.

[18] Le PRST 3 intègre pleinement les CPOM à la déclinaison de ses actions. Outre d'être mentionnés comme l'un des relais opérationnels dans les grandes lignes de la stratégie de prévention (CMR, chutes, PRR, PDP, TMS...), ils figurent de manière quasi systématique dans toutes les fiches actions, dans leur descriptif (lien avec le CPOM, typologie de l'action, modalités opérationnelles) et dans leur partie suivi et bilan (indicateurs CPOM).

[19] Le PRST 4 confirme cette tendance en citant le CPOM dans son éditorial parmi les partenaires incontournables, en le présentant par la suite comme garant de la dynamique partenariale et pivot opérationnel d'un certain nombre d'actions (évaluation des risques, CMR) et en planifiant l'évaluation des CPOM 2022 sur certaines thématiques (TMS). Le PRST 4 va même jusqu'à évoquer le contenu du futur CPOM V3 (intégrer la thématique Chutes dans le CPOM de SPSTI BTP et dans les SPSTI volontaires).

### **Signatures**

[20] Au total, 100 % des SPSTI d'IDF de l'époque ont signé un CPOM V1. La plupart des CPOM V1 ont été signés pour une durée de cinq ans (2014-2019), le plus souvent entre 2014 et 2015 mais parfois entre 2016 et 2017, un temps plus ou moins important étant parfois nécessaire en interne pour signature (passage en commission médico-technique, en CA...) en plus des délais d'avis du comité régional de prévention des risques professionnels (CRPRP) dans sa formation restreinte et de l'agence régionale de santé (ARS).

---

<sup>19</sup> Statistiques AT-MP, documentation technique et d'information du Réseau de l'Assurance Maladie /Risques Professionnels.

<sup>20</sup> Spécialistes, laboratoires de toxicologie industrielle et de bio contaminants, centre de mesure physique, ergonomes, psychologues du travail, formateurs, documentalistes.

<sup>21</sup> Dans le cadre du programme budgétaire dédié (P111).

[21] Arrivés à leur terme en juillet 2019, les CPOM V1 ont été prorogés par voie d'avenant jusqu'au 30 juin 2021 pour pallier le vide juridique, permettant quelques aménagements comme l'inscription plus marquée de la PDP avec option en volet 2 de la participation aux plateformes départementales expérimentales et la suppression du volet 3 jugé peu concluant portant sur les actions mutualisées.

### **Suivi et bilan**

[22] Pour faire le point de l'avancement des CPOM et prendre les mesures et décisions nécessaires à leur bon déroulement, il était prévu de mettre en place une instance de pilotage par CPOM<sup>22</sup> se réunissant au moins deux fois pendant la durée des CPOM et d'organiser des regroupements annuels par programmes d'action socle. Des référents devaient être également désignés pour le suivi des programmes d'action<sup>23</sup>.

[23] Dans les faits, le pilotage a surtout été réalisé par la CRAMIF qui assurait le secrétariat via une instance interne pilotée par l'ingénieur conseil régional adjoint (ICRA) en charge des partenariats<sup>24</sup>, avec l'appui de son secrétariat, et en lien avec les différents responsables thématiques pour l'animation des programmes CPOM, le tout pouvant mobiliser de 2 à 4 ETP.

[24] La CRAMIF a reçu des SPSTI des fiches de suivi annuelles avec des indicateurs<sup>25</sup> (actions de sensibilisation mises en œuvre, actions d'accompagnement de la prévention des risques et plans d'action et de gestion des risques le cas échéant) permettant d'établir, pour chaque programme prioritaire, un bilan du nombre d'entreprises concernées par chacune des étapes et du nombre de salariés exposés au risque bénéficiaires des actions. En cas de plan d'action, il était prévu également d'évaluer la baisse de l'exposition au risque.

[25] Le comité de pilotage s'est également réuni tous les 12-18 mois avec chaque service en présence de la CRAMIF et la DRIEETS pour procéder à une revue de projet (a minima trois comités de pilotage réunis pendant la durée du CPOM V1 selon la CARSAT) en plus de comités de suivi par thème prioritaire permettant des échanges et des retours d'expérience avec les différents SPSTI concernés (directeur, médecin coordinateur et chef IRP) en présence de la DRIEETS et de la CRAMIF.

[26] Par ailleurs, deux séminaires avec tables rondes regroupant l'ensemble des SPSTI ont été organisés en 2016-17 et en 2018-19<sup>26</sup> pour présenter des éléments de bilan régionaux cumulés pour les six thématiques du volet 1<sup>27</sup>. Ces bilans étaient établis sur la base de remontées incomplètes, certains SPSTI ne disposant pas des outils adaptés pour remonter l'information et la plupart, mieux équipés, ne pouvant pas produire certaines données demandées malgré une modernisation de leur système d'information.

[27] Outre de ne disposer que d'une synthèse régionale incomplète, certains SPSTI rencontrés par la mission déplorent l'absence de bilan des CPOM V1 par SPSTI ou par action, regrettant de ne pas avoir

---

<sup>22</sup> Composé de 2 représentants SPSTI (direction et CMT), de 2 représentants CRAMIF (direction et préventeur référent) et de 2 correspondants DRIEETS (direction et médecin inspecteur du travail -MIT- référent).

<sup>23</sup> Pour le SPSTI, au minimum 2 représentants dont 1 médecin du travail et 1 IPRP ; pour la DRIEETS, au minimum un représentant de la direction et un médecin inspecteur du travail référent et pour la CRAMIF, au minimum l'Ingénieur-Conseil Référent thématique et le préventeur correspondant.

<sup>24</sup> Du côté de la DRIEETS, le pilotage et animation est assuré par un MIT avec un ingénieur de prévention en second ligne.

<sup>25</sup> Indicateurs quantitatifs et qualitatifs (cibles, objectifs quantitatifs d'effectivité), de suivi et de résultat ou d'impact dans chacun des programmes d'actions (5 indicateurs PDP, 3 indicateurs TMS, une dizaine d'indicateurs CMR et RPS, ..) dont tous n'ont pas toujours pu être renseignés.

<sup>26</sup> Un troisième colloque devant se tenir en 2020 mais annulé du fait de la crise Covid a été reprogrammé en novembre 2022.

<sup>27</sup> En plus d'être partagé avec les partenaires sociaux (CRAT/MP), ce bilan des CPOM a fait l'objet de trois présentations en zoom à certains SPSTI.

pu bénéficier d'un temps d'échange afin d'avoir un retour sur leur pratique et de pouvoir se situer par rapport aux autres.

[28] S'ils reconnaissent disposer de données sur les thèmes d'action figurant dans les CPOM, ces SPSTI pointent en revanche l'absence de retour sur le suivi des actions et le niveau d'atteinte des objectifs<sup>28</sup>, soulignant également les contraintes de temps imposées par le recueil (tableaux de suivi annuel des programmes d'actions selon le modèle figurant dans le CPOM) et son décalage plus ou moins marqué avec leur activité quotidienne. A cet égard, certains estiment même que « *le CPOM devrait être le reflet de l'activité du SPSTI au quotidien avec un outil de saisie adapté* »<sup>29</sup>.

[29] L'intérêt de certaines actions entreprises par la CRAMIF (ateliers organisés sur le Plan Régional d'Insertion des Travailleurs Handicapés -PRITH- par le référent PDP, mise en place d'un logiciel de suivi sur le risque CMR (ICMR)) est par ailleurs souligné.

### **Contenu CPOM V1**

[30] D'après l'enquête IGAS auprès des DREETS et CARSAT (annexe 1), entre 50 et 100 % des SPSTI auraient intégré dans le CPOM V1 des actions spécifiques en lien avec leur projet de service<sup>30</sup>. Plusieurs actions ont été mutualisées sur les 25 CPOM.

[31] S'agissant du volet 1, la PDP est une thématique présente dans 100 % des CPOM V1 (puisque imposée), suivie de la prévention CMR (68 %) et des TMS (64 %), le risque routier (40 %) et les RPS (20 %)<sup>31</sup>. Parmi les autres thématiques abordées (volet 2), figure notamment la PDP aéroportuaire, le GIP produits chimiques, le suivi des intérimaires (4 SPSTI) et les actions de prévention contre le bruit (4 SPSTI).

[32] La CRAMIF fait également mention d'action de prévention des AT (14 SPSTI), des addictions et des pathologies spécifiques à la pâtisserie (caries du pâtissier/allergie farine pâtisserie).

#### **2.1.2 Dynamique de la deuxième vague de contractualisation (CPOM V2)**

[33] Afin de conserver la dynamique des relations partenariales créées par les CPOM V1 et dans l'attente des nouveaux CPOM V3 qui formaliseront de nouveaux engagements pour la période 2023-2027, la DRIEETS a proposé en lien avec la CARSAT et en accord avec les partenaires sociaux (CRAT/MP et GPRO) la mise en place d'un dispositif de transition jusqu'en juin 2023.

[34] Ce CPOM V2, dit CPOM 2022, reprend en l'adaptant le texte du CPOM V1 pour prolonger les programmes socles communs du volet 1, en conservant le caractère obligatoire de la PDP pour tous, et une partie de ceux du volet 2. La participation à une expérimentation départementale multisites en lien avec la Mission nationale PDP de l'Assurance Maladie est également proposée avec pour objectif de repérer plus précocement les assurés en risque de désinsertion professionnelle et d'améliorer leur prise en charge dans un parcours sécurisé et adapté en vue de réduire la chronicisation des situations complexes. Pour les SPSTI retenus (3 SPSTI dont l'ACSM et le CIAMT), cette participation implique notamment la mise en place de modalités permettant d'optimiser la coopération entre acteurs du

---

<sup>28</sup> Certains déclarent aussi manquer de données fines sur la sinistralité pour rendre des comptes plus précis à leurs adhérents.

<sup>29</sup> A titre d'exemple de ce qui est fait au quotidien, sont citées les fiches entreprises « dont la prise en compte, rehausserait mécaniquement le nombre d'actions réalisées dans le cadre du CPOM ».

<sup>30</sup> Discordance concernant l'existence de thématiques retenues propre à une branche professionnelle, la CRAMIF répondant par l'affirmative et la DRIEETS par la négative.

<sup>31</sup> Ces estimations de fréquence concordent entre DREETS et CRAMIF, mais la fréquence de la prévention des chutes est impossible à estimer, variant de 0 % (DREETS) à 63 % (CRAMIF).

SPSTI et de l'Assurance maladie (annuaires, formations, recueil et points d'entrée des signalement, échanges directs entre SPSTI et service médicale et/ou social de l'Assurance Maladie).

[35] L'ensemble des SPSTI ont été réunis au moment de l'élaboration de cette V2 et chacun s'est vu proposer la finalisation de l'un des projets de son CPOM. Il s'agit donc d'une version allégée du CPOM V1 (moins d'actions retenues par les SPSTI) sans changement d'orientation ni de méthode.

[36] Il était prévu que tous les SPSTI signent un CPOM V2 qui s'applique de manière rétrospective à l'été 2021. En juin 2022, 11 SPSTI sur 19 l'avaient déjà signé, certains CPOM étant encore dans le circuit signature ou en cours de constitution. Selon l'enquête IGAS auprès des DREETS et des CARSAT (annexe 1), ils seraient signés dans leur totalité en septembre 2022.

[37] Peu d'éléments sont disponibles sur le suivi et le bilan, le CPOM V2 n'étant destiné qu'à assurer temporairement la continuité d'une dynamique et la poursuite d'actions initiées depuis plusieurs années.

[38] La moitié des SPSTI ont intégré dans le CPOM V2 des actions spécifiques en lien avec leur projet de service et l'arrêt des actions mutualisées entre SPSTI<sup>32</sup>. Comme attendu, et de manière convergente entre CRAMIF et DRIEETS, la PDP est une thématique présente dans 100 % des CPOM V2, suivie de la prévention CMR et TMS présentes dans plus de deux tiers des CPOM<sup>33</sup>.

### 2.1.3 Retour et positionnement global des acteurs à l'égard des CPOM

#### ***S'agissant des SPSTI rencontrés par la mission***

[39] Le bilan du CPOM V1 paraît mitigé. Le processus de construction est perçu comme descendant, certains le déplorant, d'autres considérant que ce n'est pas un problème, que cela facilite même en l'allégeant le travail des personnels des SPSTI même si c'est parfois vécu comme directif.

[40] Son contenu est jugé trop ambitieux, et la partie sur la mutualisation entre SPSTI est de surcroît jugée peu réaliste du fait des effets de concurrence dans une même région (« les SPSTI ne sont pas matures pour déployer des actions en commun »).

[41] Quelques acteurs disent ne pas voir le sens ni la plus-value du CPOM<sup>34</sup>, certains des risques retenus n'étant pas considérés comme des priorités. A la question de la pertinence du thème retenu s'ajoute celle de la faisabilité du suivi des actions (le suivi des TMS impose pour certains des extractions pas toujours simples, les données du suivi PDP et RPS, trop descriptives, étant pour d'autres jugées fastidieuses à renseigner).

[42] D'autres y voient au contraire un dispositif très « challengeant » ayant permis de travailler en mode projet et en pluridisciplinarité. Les difficultés rencontrées sont jugées essentiellement formelles et en grande partie surmontées, les seules limites évoquées étant le manque de pilotage et de moyens.

[43] Le risque d'instrumentation par la CRAMIF est aussi évoqué par certains ainsi que celui d'apparaître comme « contrôleur des actions déployées ».

---

<sup>32</sup> Discordance concernant l'existence de thématiques retenues propre à une branche professionnelle, la CRAMIF répondant par l'affirmative et la DRIEETS par la négative.

<sup>33</sup> Données concordantes entre DRIEETS/CRAMIF, les fréquences concernant les chutes et les risques routiers étant à nouveau discordantes.

<sup>34</sup> « Le CPOM n'est qu'un outil administratif », « ce qui est dans le CPOM serait fait même sans CPOM car étant partie intégrante de l'activité ».

### ***S'agissant des acteurs institutionnels***

#### ***Atouts et contraintes***

[44] Le CPOM est considéré comme un levier utile et pertinent dans le paysage de la santé au travail<sup>35</sup>, désormais compris et accepté par les SPSTI après un gros travail d'accompagnement. Pour la CRAMIF, c'est même un outil incontournable, représentant la « pierre angulaire entre le projet de service et l'agrément des SPSTI » dans le respect des priorités régionales (PRST et COG).

[45] A cet égard, la voie du contrat est considérée comme engageant les parties prenantes de manière motivante et adaptée, avec un effet positif sur la dynamique partenariale.

[46] En plus d'améliorer le fonctionnement interne des SPSTI et la structuration des équipes pluridisciplinaires, CRAMIF et DRIEETS reconnaissent aux CPOM d'avoir créé une dynamique et une motivation interne via le développement et la mise en œuvre d'actions de prévention primaire en milieu de travail (AMT) avec le concours de nouveaux profils d'IPRP et d'Assistants en Santé au Travail (AST), les SPSTI devant embaucher plus de préventeurs non médecins pour se rendre sur les lieux de travail.

[47] L'autre grand apport des CPOM a été la création de cellules dédiées à la PDP dans chaque SPSTI, ce qui a facilité sa coordination en interne et avec les partenaires institutionnels.

[48] Le CPOM permet également d'embarquer les partenaires sociaux de la CRAT/MP et de manière plus générale, de susciter une dynamique régionale.

[49] Il n'a pas été identifié de contraintes majeures au processus de contractualisation mais la taille et les moyens humains des SPSTI constituent un facteur limitant. A cet égard, il est acté que l'efficacité suppose d'éviter la dispersion des thématiques en liant une partie des actions retenues aux projets de service des SPSTI<sup>36</sup> et en favorisant, dans la mesure du possible, la mutualisation de certaines actions entre les SPSTI.

[50] De même, les acteurs institutionnels ont conscience que l'aspect reporting des actions a pu avoir un effet contraignant et loin de leur pratique pour les médecins du travail, argument en faveur d'un reporting incluant aussi des actions plus classiques menées en entreprise.

## **2.2 Bilan global**

[51] Au terme de ce tour d'horizon, la démarche CPOM impulsée en Île-de-France apparaît structurée et systématique, reposant sur un cadrage et une guidance méthodologique robustes (fiches action, tableau de bord, instructions sur les conditions de pilotage et les modes d'organisation requis, bilan et restitution).

[52] Cette démarche a produit un effet d'entraînement certain, en termes d'échanges et d'animation comme d'actions menées, même si le CPOM est parfois vécu par certains SPSTI comme une contrainte administrative sans grande plus-value. En dépit des processus de consultation, certains thématiques socle commun ont également pu être considérées comme étant sans lien avec les besoins territoriaux.

---

<sup>35</sup> Il est toutefois possible que les SPSTI spécialisés dans un secteur d'activité, comme le BTP par exemple, aient moins d'intérêt à ce type de contractualisation dans la mesure où ils connaissent déjà bien tous les risques de la profession.

<sup>36</sup> Dans une logique managériale, il pourrait même être préférable de commencer par mobiliser les équipes autour d'un projet de service en évitant toutefois de trop entrer dans le détail pour ne pas diluer les priorités régionales

[53] En plus de rappeler que les SPSTI ont adhéré dans leur ensemble au CPOM V1, le bilan établi par la CRAMIF pour 2014-2021 (CPOM V1) sur la base des retours annuels (taux moyen de 50 %) montre que leur engagement dans le processus de contractualisation s'est accompagné d'évolutions tangibles.

- S'agissant des PDP, chaque SPSTI a ainsi nommé un référent PDP qui fait les signalements et anime, dans la plupart des cas, la cellule pluridisciplinaire mise en place par un majorité de SPSTI pour intégrer les salariés dans des parcours cohérents et sécurisés, la PDP-maintien dans l'emploi étant devenu un sujet majeur<sup>37</sup>, dont il est désormais admis qu'il requiert de la spécialisation dans les pratiques et plus de coordination entre les acteurs du champ concernés (favoriser les échanges avec les médecins conseils et les rencontres entre médecins-conseils et médecin du travail)
- Thématique la plus retenue après PDP (17/25), la prévention des TMS dont la cible est très large (188 000 entreprises et 2 700 000 salariés) a permis de mener des actions de sensibilisation<sup>38</sup> au sein de 4500 établissements et d'en accompagner 8 000 dans l'aide au repérage et au diagnostic<sup>39</sup> avec 450 plans d'actions partiellement ou totalement réalisés.
- La prévention des accidents du travail (60 % SPSTI) a permis de toucher 210 000 entreprises et 2 761 000 salariés en 2020 (61 % des salariés et 42 % des entreprises) avec une évolution à la hausse de l'ensemble des actions menées dans le domaine entre 2016 et 2020<sup>40</sup>.
- La prévention du risque CMR (60 % SPSTI) s'est traduite par la sensibilisation et l'accompagnement dans l'aide au repérage d'environ un établissement ciblé sur trois (4 243 et 3 378 sur 12 402) et l'accompagnement dans la mise en place d'un plan d'actions de plus de 10 % (1497/12 402) avec 559 plans d'actions partiellement ou totalement réalisés.
- L'action RRO a concerné plus de quatre SPSTI sur dix et a permis d'accompagner 372 entreprises représentant 26 447 salariés avec 598 évaluations de la prise en compte du risque routier.
- Moins mobilisatrice (20 % des SPSTI), la thématique RPS, qui a fait l'objet de huit rencontres semestrielles d'échanges avec la CRAMIF et DRIEETS a permis d'appuyer des actions dans certaines entreprises et d'impulser une démarche de sensibilisation dans d'autres.

[54] Par ailleurs, s'agissant de l'expérimentation » plateforme départementale PDP » (CPOM V2), « le modèle de cohabitation d'une « coordination Assurance Maladie » et des Cellules SPSTI semble acquis », même si « l'information et la pédagogie restent largement perfectibles » et que « la distribution des rôles n'est pas encore clairement définie » (bilan CRAMIF comité stratégique régional PDP du 9 mai 2022).

<sup>37</sup> De 2015 à 2018, hausse très importante des visites de pré-reprise (+70 %) et des AMT (55 %) avant décrochage lié au Covid.

<sup>38</sup> Fiche Entreprise et aide au Document Unique, E-learning, journées Sécurité dans le BTP, développement d'un outil numérique à destination des adhérents, création d'outils (Escape Game, plaquettes prévention, fiches info conseil, guides à destination des salariés et des employeurs), petits déjeuners et journées TMS, ...

<sup>39</sup> Élaboration d'une méthodologie d'intervention « étude-action supérette » (questionnaires, études de postes, préconisations), création de grille d'évaluation des postes de travail sur écran, collaboration d'un SIST avec l'INRS pour une formation destinée aux professionnels de la santé au travail sur la prévention du risque TMS, accompagnement dans la phase diagnostic de TMS PROS, interventions au sein du marché international de Rungis, ...

<sup>40</sup> Repérage des risques : de 2 893 à 11 824, +310 % ; DUERP : de 1 346 à 7 090, +420 % ; Plan actions : de 1 500 à 4 063, +160 % ; Analyse des accidents de travail par établissement suivi : de 77 à 358.

### 3 Enseignements pour les CPOM V3

[55] L'analyse permet de dégager des pistes pour renforcer la pertinence et l'efficacité des futurs CPOM.

[56] Un pilotage structuré et coordonné, si ce n'est au niveau national, au moins aux niveaux régional et territorial, est nécessaire pour faciliter les échanges entre les différents acteurs et optimiser les synergies d'action. Comme la CRAMIF et la DRIEETS s'y sont attachées, il est déterminant de disposer à cet effet d'un cadre méthodologique clair et partagé pour avancer de façon coordonnée avec un minimum de standardisation dans les procédures et remontées d'information.

[57] Si la mise en place d'un socle commun d'actions permet de standardiser les interventions et de développer la prévention primaire sur la base d'un diagnostic commun partagé avec la perspective d'une évaluation homogénéisée au niveau régional, il est tout aussi important de garantir un certain degré de liberté aux SPSTI. A cet égard, il convient donc de trouver un équilibre entre les exigences nationales et régionales (PST 4 et PST 4, COG ATMP) et les besoins locaux en liant une partie des actions retenues aux projets de service des SPSTI, avec le souci concomitant d'éviter la dispersion des thématiques<sup>41</sup>.

[58] L'autre condition de succès des futurs CPOM est qu'ils fassent l'objet d'une élaboration et d'un déploiement coordonnés<sup>42</sup>, ce qui implique notamment que sur un même territoire, CARSAT et DREETS soient "sur la même longueur d'onde" en y consacrant en amont le temps nécessaire.

[59] Perçue comme très descendante et directive, la prépondérance de la CARSAT dans l'impulsion et la gestion des CPOM soulève deux types de difficultés potentielles qu'il faut pouvoir anticiper : le risque de susciter un effacement de la DRIEETS et celui d'engendrer un sentiment d'instrumentalisation des SPSTI.

[60] Selon les cas, cela peut signifier un besoin de rééquilibrage du pilotage impliquant plus de moyens du côté des DREETS<sup>43</sup> et une plus grande souplesse dans la manière de concevoir les actions, la CRAMIF liant en l'occurrence très fortement CPOM et COG<sup>44</sup>. Il faut aussi veiller à la bonne mobilisation de moyens mis à disposition par tous les partenaires dans le cadre de la relation contractuelle.

[61] Pour mieux associer les SPSTI, outre une meilleure prise en compte des diagnostics de territoire et le respect de la dimension contractuelle liant chacun en termes d'objectifs et de moyens, l'enjeu est de faire vivre les CPOM, notamment en organisant des échanges réguliers de bonnes pratiques entre pairs avec les SPSTI ayant retenu les mêmes programmes de prévention socles communs.

[62] Enfin, le CPOM doit pouvoir refléter et valoriser l'activité de prévention des SPSTI<sup>45</sup>, et contribuer à renforcer l'image de la santé au travail auprès des entreprises, des salariés et de leurs représentants.

<sup>41</sup> Intérêt à ce titre de la formule proposée dans le CPOM V1 d'IDF qui permettait que des actions spécifiques du V2 puissent venir prolonger/compléter celles des programmes socles communs du volet 1.

<sup>42</sup> A cet égard, la DRIEETS regrette que la CRAMIF communique sur ses orientations (actuellement sur le projet de CPOM V3) sans avoir échangé au préalable avec elle.

<sup>43</sup> Pour désigner des représentants pour le comité de pilotage du CPOM et des référents en charge des suivis opérationnels associés selon les programmes d'actions ou les thématiques

<sup>44</sup> La DRIEETS dit ressentir une résistance forte de la CRAMIF qui ne souhaite pas mettre en œuvre des actions hors COG AT/MP.

<sup>45</sup> L'idéal étant pour certains acteurs qu'ils participent à l'amélioration de la pratique médicale et au suivi longitudinal des actions.

## 4 Tableau d'analyse détaillée de la documentation régionale

Caractéristiques des SPSTI rencontrés par la mission en région Île-de-France et analyse des contenus des CPOM au regard des PPS et du PRST

Données générales			
Région Ile de France	ACSM (Association des Centres Médicaux et Sociaux)	CIAMT (Centre de médecine du travail et de santé au travail)	CMSM (Centre médico-social Montesquieu)
Nombre de salariés couverts	1 000 000 salariés suivis	410 000 salariés suivis	50 000 salariés suivis
Nombre d'entreprises adhérentes	50 000	28 000	3 200 entreprises dont 77 % < 10 salariés
Périmètre géographique	8 départements d'IDF (80 000 lieux de travail)	6 départements d'IDF (75, 92, 93, 94 + 77 et 91)	1 département (Paris intramuros)
Principaux secteurs professionnels couverts	Commerce, services aux entreprises, restauration, santé social, industries, immobilier, transport et logistique	Sanitaire et sociale Secteur de la propreté	Activités tertiaires (habillement, intérim, ...)

CPOM 1ère génération					
	Dimension régionale	ACSM (Association des Centres Médicaux et Sociaux)	CIAMT (Centre de médecine du travail et de santé au travail)	CMSM (Centre médico-social Montesquieu)	
Période de contractualisation, date de signature, durée du CPOM	CPOM signés entre 2014 et 2015, puis prorogés de 2019 à 2021 par voie d'avenant en 2020	CPOM V1 2014-2019 Prévu pour 5 ans 13/06/2014	CPOM V1 2014-2019 5 ans 12/12/2014	CPOM V1 2015-2020 5 ans 18/12/2015	
Description du processus d'élaboration partenarial	<p>Définition de 3 programmes d'action par CRAMIF et DIRECCTE en fonction PST/PRST et COG/ lien avec CRPRP) et après consultation SPSTI</p> <p><b>Volet 1 :</b> 6 programmes d'action thématique ou <u>programmes régionaux socles communs</u> (PDP <u>obligatoire</u>, CMR, TMS, RPS, RRO, PAT)</p> <p><b>Volet 2 :</b> <u>programmes locaux d'actions spécifiques</u> au choix des SPSTI parmi les secteurs d'activité et risques définis par les instances, qui peuvent ou non venir prolonger/compléter les actions du Vol 1</p> <p><b>Volet 3 :</b> <u>programmes d'actions mutualisées</u> sur une base volontaire entre SPSTI (capitalisation, promotion BPP, étude...)</p>	Participation de médecins et préveteurs à la constitution des CPOM	Participation de médecins et préveteurs à la constitution des CPOM	Participation de médecins et préveteurs à la constitution des CPOM	
Structuration et choix des actions régionales prioritaires proposées aux SPST.	CPOM établi en lien avec priorités régionales PRST 2 et COG AT/MP				
Actions prioritaires retenues pour le CPOM	<p><b>Volet 1 :</b></p> <p><u>Sur PDP</u> (5 objectifs et 11 indicateurs) : 1/Favoriser contact en matière de PDP, 2/Encourager mise en place entité dédiée PDP au sein des SPSTI, 3/ Promouvoir PDP, 4/Encourager travail en réseau, 5/Optimiser recours visite pré-reprise</p> <p><u>Sur CMR</u>, ciblage prioritaire de certains CMR (7) et secteurs d'activité (5) où ces CMR sont difficilement substituables</p>	<p><b>OUI</b> (obligatoire)</p> <p><b>OUI</b></p>	<p><b>OUI</b> (obligatoire)</p> <p><b>OUI</b></p>	<p><b>OUI</b> (obligatoire)</p> <p><b>OUI</b></p>	

	<p>⇒ Actions de ciblage, dépistage, chiffrage, aide/accompagnement réalisées par le SPSTI associées à une dizaine d'indicateurs</p> <p><u>Sur TMS</u>, ciblage des entreprises et des secteurs d'activité prioritaires (propreté, logistique, grande distribution, médico-social, hôtellerie-restauration, commerce non alimentaire, BTP),</p> <p>⇒ Intervention et aide à la mise en place de plan de prévention, communication</p> <p>⇒ Actions de ciblage, dépistage, chiffrage, aide/accompagnement et de communication réalisée par le SPSTI associées à une dizaine d'indicateurs d'actions, ...) accompagnés d'indicateurs de déploiement</p> <p><u>Sur RRP (risque routier pro)</u>, identification et ciblage des secteurs, entreprises et salariés prioritaires, mise en place d'une fiche d'évaluation du risque, formation des acteurs, suivi/évaluation des actions avec indicateurs</p> <p><u>Sur RPS</u>, élaboration et mise en œuvre de stratégies d'actions vers les entreprises, accompagnement des entreprises dans la définition et la mise en œuvre d'actions de prévention primaire (analyse du travail diagnostic, document unique, plan)</p> <p><u>Sur PAT</u>, accompagnement des TPE/PME dans l'élaboration de leur évaluation des risques, du DUER et de la définition du plan d'action, aide à la mise en place de accueil/formation à la sécurité des nouveaux embauchés (CDI, CDD, intérimaires) et amélioration de l'accueil des entreprises intervenantes par les entreprises utilisatrices, avec indicateurs de suivi et de bilan (description et déploiement des actions)</p>	<p><b>OUI</b></p> <p><b>OUI</b></p> <p><b>OUI</b></p> <p><b>OUI</b></p>	<p><b>OUI</b> (Action couplée avec PAT)</p> <p><b>NON</b> (secondaire et traité de manière transversal, notamment via PAT)</p> <p><b>NON</b></p> <p><b>OUI</b></p>	<p><b>NON</b></p> <p><b>NON</b></p> <p><b>NON</b></p> <p><b>NON</b></p>
--	--	---	--	---

	<p><b><u>Volet 2 :</u></b></p> <p><b><u>Volet 3 :</u></b></p>	<p>Substances psychoactives et travail, aéroportuaires, intérim, propreté Établissement de soins, gardiens d'immeuble, grande distribution,</p> <p>Traçabilité des expositions professionnelle</p> <p>Participation à la base de données « repérage CMR »</p> <p>Participation à la base de données « GIE Intérim régional »</p>	<p>Secteur de la santé : DUER/FE, outils de suivi individuel et sensibilisation bonnes pratiques, estimation nombre de salariés exposés aux TMS</p> <p>Secteur de la propreté : DUER/FE, outils de suivi individuel et sensibilisation bonnes pratiques, estimation salariés exposés TMS</p> <p>Participation à la base de données « repérage CMR »</p> <p>Participation à la base de données « GIE Intérim régional » jusqu'à sa bascule dans la base nationale TOXILIST (antériorité via participation à expérience pilote PRST 2 depuis 2005 sur le département de Seine-et-Marne)</p>	<p>Prévention des risques chimiques (réduction de l'exposition aux agents chimiques dangereux ACD)</p> <p>Prévention risques intérimaires (évaluation risques, ciblage prévention AMT, participation base « intérim régional »)</p>
--	---	--	---	---

	Dimension régionale	ACSM (Association des Centres Médicaux et Sociaux)	CIAMT (Centre de médecine du travail et de santé au travail)	CMSM (Centre médico-social Montesquieu)
Modalités d'élaboration et contenu des projets de service (PPS)		<p>Le <u>PPS 2013-2017</u> a servi de cadre conceptuel à l'élaboration du CPOM V1 (avec PRST 2 et COG ATMP) qui en prolonge certaines actions</p> <p>Le <u>PPS 2018-2022</u> a eu comme cadre d'élaboration le PRST3 et le CPOM 2014-2019</p>	<p>Le <u>PPS 2014-2018</u> définit le « comment » du CPOM qui sert lui-même de base à l'agrément</p> <p>Prend en compte les objectifs PRST 2, les priorités nationales et régionales de santé, les réalités locales et les besoins adhérents (état des lieux fin des adhérents et des besoins)</p>	<p>Le <u>PPS 2013-2018</u> définit des priorités sur base diagnostic et consultation adhérents, en accompagnant l'évolution de la ST et de la démographie médicale, en vue d'optimiser le déploiement et l'impact des actions portés par le SPSTI et dans la perspective de renouvellement de l'agrément</p>
Recouplements PPS et CPOM		<p>Le PPS 2018-2022 prévoit la mise en place d'une organisation (bureau CPOM, référents thématiques, pilotes...) et d'un outil informatique dédiés (développement outils Parage).</p> <p><b>La PDP</b> est un des trois axes du PPS avec AMT et le suivi des salariés</p> <p><b>Dans le domaine des AMT</b>, la <u>fiche d'entreprise</u> permet d'aborder les risques également couverts par le CPOM (TMS, RPS, CMR, ...), priorité étant donnée « aux adhérents dont les indicateurs de sinistralité sont relativement élevés et relevant d'une thématique CPOM » ;</p> <p>Les <u>actions collectives</u> peuvent aussi concerner une thématique CPOM (indicateur spécifique)</p> <p><b>Le dossier médical informatisé en santé au travail</b> développé dans le cadre du PPS doit permettre</p>	<p>Suite aux réunions institutionnelles dans le cadre des CPOM, mise en œuvre de travaux via le PPS 2014-18 portant sur la <b>PDP</b>, le <b>CMR</b>, et les actions issues de l'état des lieux, et des travaux menés avec d'autres SIST (Intérim, base CMR).</p> <p>S'agissant du <b>CMR</b>, l'axe 4 du PPS 2014-18 prévoit de « développer des actions dans secteur défini comme prioritaire » (garages) objectif qui recoupe celui du volet 2 du CPOM (repérage CMR) et l'axe 2 du PRST.</p> <p>La <b>PAT</b>, volet 1 du CPOM, est inscrit dans l'axe 2 du PPS et dans le PRST</p> <p>Enfin, le <u>PPS 2014/18</u> prévoit <b>d'harmoniser la saisie des données</b> pour « définir et préciser cibles prioritaires d'action (PDS, CPOM) et projets</p>	<p>Le PPS est antérieur au CPOM mais on y retrouve parmi les actions prioritaires des thématiques du CPOM (<b>PDP</b>, <b>CMR</b>, <b>risques chimiques</b>) en plus des actions ciblant des publics cibles, de la prévention des RPS et de l'évaluation risques professionnels et facteurs pénibilité</p>

		d'individualiser les thématiques CPOM		
	<b>Dimension régionale</b>	<b>ACSM</b> (Association des Centres Médicaux et Sociaux)	<b>CIAMT</b> (Centre de médecine du travail et de santé au travail)	<b>CMSM</b> (Centre médico-social Montesquieu)
Organisation du suivi des CPOM régional et interne aux SPSTI	<p><b>Comité de pilotage</b></p> <p>Composé de 2 représentants SPSTI (direction et CMT), 2 représentants CRAMIF, (direction et préventeur), 2 représentants DRIEEST, (direction et médecin inspecteur du travail-MIT-)</p> <p>Secrétariat assuré par CRAMIF</p> <p>Réunion en tant que de besoin, au moins 2 réunions sur la durée CPOM</p> <p><b>Suivi opérationnel :</b></p> <p><u>Pour le volet 1</u> : 1 réunion/an avec ensemble profs mob. (Modus operandi, outils, contributions...) avec 2 à 3 représentants pour chaque signataire (SPSTI : MT et préventeur, DRIEETS : direction + MIR, CARSAT : IC réf. et préventeur réf.)</p> <p><u>Pour volet 2</u>, suivi de l'ensemble des programmes d'actions spécifiques du CPOM avec référents</p> <p><u>Pour le volet 3</u>, suivi régional avec au moins deux représentants par PP</p> <p>Le CPOM contient outre les tableaux thématiques à renseigner, les coordonnées des référents, la liste des actions de soutiens CRAMIF sollicitables par le SPSTI (laboratoires, mesure physique, ergonomes, psychologue, formateurs, documentaliste) et les données</p>	<p>Organisation dédiée avec pilotes d'action formés à la conduite et à l'animation de projet, issus des équipes opérationnelles de secteur, et des référents thématiques, professionnels issus pour leur majorité de la CMT, veillant à la cohérence des actions thématiques et facilitant la mise en œuvre du CPOM (présents aux réunions CRAMIF et DRIEETS).</p> <p>Bureau CPOM accompagnant les responsables de secteur et les pilotes dans la conduite de projet, fait la synthèse des actions et prépare la diffusion de l'expertise auprès des professionnels SPSTI</p> <p>Un système d'information adapté avec applications métiers pour coder les actions et en assurer la traçabilité (outil « Partage » répertoriant les démarches de prévention collectives de secteur)</p> <p>Formations en lien avec une thématique CPOM dispensées aux professionnels de terrain concernés et organisation de sessions d'information régulières avec référents</p>	<p>Existence cellule de maintien dans l'emploi depuis 2012</p> <p>Participation de préventeurs à la constitution des CPOM avec référents PDP, CMR, TMS, PAT désignés en 2014 + correspondants thématiques institutionnels</p> <p>Coordination transversale actions prioritaires PPS/CPOM via planification objectif/moyens faite par la direction et réunions périodiques de secteur</p> <p>La dernière annexe du CPOM est un extrait du PPS comportant des simulations sur les moyens à mettre en œuvre pour les missions pluriannuelles du CIAMP.</p> <p>⇒ Une partie détaille les ressources nécessaires (postes existants, créés et à créer) pour répondre plus spécifiquement aux engagements CPOM dont le déroulement des actions est présenté avec l'estimation des besoins correspondants (PDP, CMR, AT, propriété, santé, garage, Intérimaires).</p>	<p>Cellule PDP depuis 2014, référents PDP et CMR nommés en 2015</p> <p>Correspondants thématiques institutionnels désignées avec participation de préventeurs à la constitution des CPOM</p>

	CRAMIF MP/AT sinistralité et statistiques financières ;	thématisques, responsables de secteur, pilotes d'action et les équipes de terrain		
	<b>Dimension régionale</b>	<b>ACSM</b> (Association des Centres Médicaux et Sociaux)	<b>CIAMT</b> (Centre de médecine du travail et de santé au travail)	<b>CMSM</b> (Centre médico-social Montesquieu)
Existence d'indicateurs et tableaux de bord	Production d'indicateurs (cibles, objectifs quantitatifs d'effectivité), de suivi et de résultat ou d'impact dans chacun des programmes d'actions sous forme de tableau de bord (pour pré-bilan et bilan annuels) adjoints au CPOM et à retourner chaque année à la CRAMIF	Retour chaque année dans fiches bilan dans chacune des thématiques retenus  <u>7 points d'étape</u> annuels très détaillés par le copil interne et présentés à la direction, à la CMT et instances de l'ACMS et transmis aux DRIEETS et CRAMIF	A minima, il était prévu un retour chaque année dans fiches bilan pour chacune des thématiques retenus	A minima, il était prévu un retour chaque année dans fiches bilan pour chacune des thématiques retenus
Existence d'un bilan régional - nature de ce bilan	Bilan régional agrégé fait par la CRAMIF en 2018 (restitution colloque) sur la base des remontées annuelles (tableaux) des SPSTI			
Existence d'un bilan du CPOM du service/ contenu et résultats des indicateurs		Documents bilan 2014-2019 (forces et faiblesses pour suite)  Documents bilan 2020 et perspective  Documents bilan 2021 et perspective	A minima, élément bilan descriptif/quantitatif dans le cadre du recueil annuel demandé par la CARSAT	A minima, élément bilan descriptif/quantitatif dans le cadre du recueil annuel demandé par la CARSAT

CPOM 2ème génération				
	Dimension régionale	ACSM (Association des Centres Médicaux et Sociaux)	CIAMT (Centre de médecine du travail et de santé au travail)	CMSM (Centre médico-social Montesquieu)
Période de contractualisation date de signature, durée du CPOM		CPOM 2022/V2 signé le 17/05/22 avec effet rétroactif 2021 et jusqu'au 30 juin 2023	CPOM 2022/V2 signé le 23/06/22 avec effet rétroactif 2021 et jusqu'au 30 juin 2023	CPOM 2022/V2 signé le 07/06/22 avec effet rétroactif 2021 et jusqu'au 30 juin 2023
Description du processus d'élaboration partenarial	<p>Reprise des volets des programmes d'action V1 et V2 CPOM V1 en cohérence avec priorités PRST 3 et CPG 2018-2022</p> <p>⇒ <u>PDP obligatoire</u> + un ou plusieurs autres programmes régionaux Socles communs au choix selon la taille des SPSTi et leur diagnostic territorial.</p> <p><b>Volet 1</b> : 6 programmes d'action thématique ou <b>programmes régionaux socles communs</b> (PDP, CMR, TMS, RPS, RRO, PAT) avec fiche action</p> <p><b>Volet 2</b> : programmes locaux d'actions spécifiques au choix des SPSTi parmi les secteurs d'activité et risques définis par les instances, peuvent le cas échéant venir prolonger/compléter les actions du Vol 1.</p>			
Structuration et choix des actions régionales prioritaires proposées aux SPST. Liens avec PRST et COG-CPG.	CPOM établi en lien avec priorités régionales PRST2/PRST 3 et COG AT/MP			
Actions prioritaires retenues pour le CPOM	<p><b>Volet 1</b> :</p> <p><u>Sur PDP</u></p> <p>1/Favoriser contact en matière de PDP, 2/Encourager mise en place entité PDP au sein des SPSTi, 3/ Promouvoir PDP,</p>	<p>Continuation allégée du CPOM V1 selon les modalités initiales, en reprise du volet 1, et pour le volet 2, en se recentrant sur programme aéroportuaire et en participant à l'expérimentation Plateformes PDP de l'AM.</p> <p><b>OUI</b> (obligatoire)</p>	<p>Continuation allégée du CPOM V1 selon les modalités initiales, avec reprise volet 1, et concentration pour le volet 2 sur l'expérimentation de la plateforme PDP de l'AM.</p> <p><b>OUI</b> (obligatoire)</p>	<p>Continuation allégée du CPOM V1 selon les modalités initiales, avec reprise volet 1 et recentrage volet 2 sur prévention risques chimiques</p> <p><b>OUI</b> (obligatoire)</p>

	<p>4/Encourager travail en réseau, 5/Optimiser visite pré-reprise</p> <p><u>Sur CMR</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Actions de ciblage, dépistage, chiffrage, aide/accompagnement réalisées par le SPSTi associées à une dizaine d'indicateurs</li> </ul> <p><u>Sur TMS</u>, ciblage des entreprises et des secteurs d'activité prioritaires (propreté, logistique, grande distribution, médico-social, hôtellerie-restauration, commerce non alimentaire, BTP),</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Intervention et aide à la mise en place de plan de prévention, communication,</li> <li>⇒ Actions de ciblage, dépistage, chiffrage, aide/accompagnement et de communication par le SPSTi associées à des indicateurs d'actions de déploiement</li> </ul> <p><u>Sur RRP (risque routier pro)</u>, identification et ciblage des secteurs, entreprises et salariés prioritaires, mise en place fiche d'évaluation du risque, formation acteurs, suivi/évaluation des actions avec indicateurs qualitatifs/quantitatifs</p> <p><u>Sur RPS</u>, élaboration et mise en œuvre de stratégies vers les entreprises (indicateurs descriptifs et effectivité), accompagnement entreprises dans définition et mise en œuvre d'actions de prévention primaire</p> <p><u>Sur PAT</u> (prévention des AT), 1/accompagnement TPE/PME dans leur évaluation des risques, du DUERP et de la définition du plan d'action, 2/aide à la mise en place de accueil/formation à la sécurité des nouveaux embauchés (CDI, CDD, intérimaires) 3/ amélioration de l'accueil des</p>	OUI	OUI	OUI
--	---	-----	-----	-----

**RAPPORT IGAS N°2022-043R (ANNEXES)**

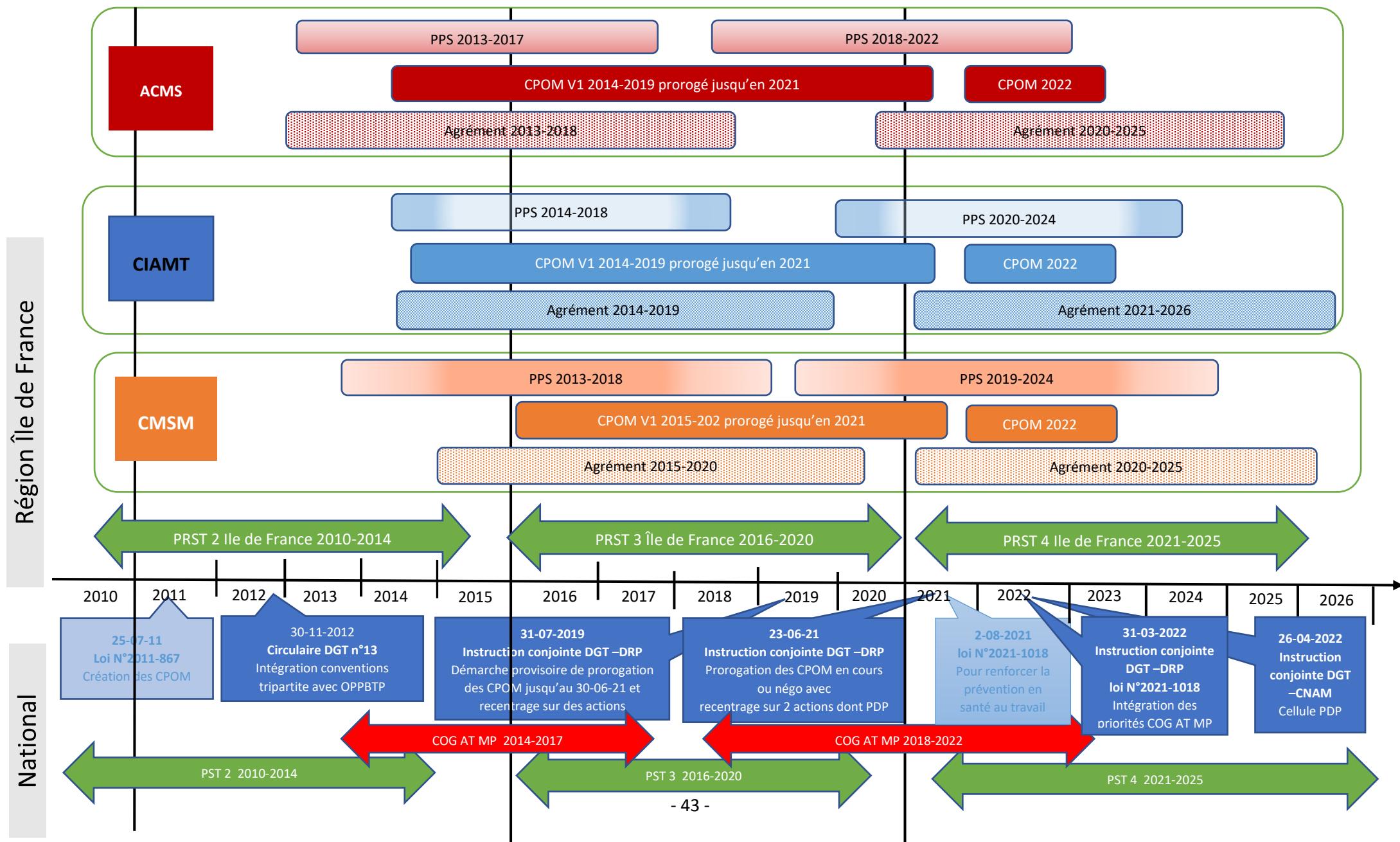
	entreprises intervenantes, avec indicateurs de suivi et de bilan  <b><u>Volet 2 :</u></b>	Participation à l'expérimentation de la plateforme PDP de l'AM	Participation à l'expérimentation de la plateforme PDP de l'AM	Prévention des risques chimiques
<b>Région</b>	<b>Dimension régionale</b>	<b>ACSM</b> (Association des Centres Médicaux et Sociaux)	<b>CIAMT</b> (Centre de médecine du travail et de santé au travail)	<b>CMSM</b> (Centre médico-social Montesquieu)
Projets de service		Le <u>PPS 2018-2022</u> définit les priorités d'action du service dans le cadre du CPOM en prenant en compte les évolutions législatives et réglementaires introduites par la loi Travail du 8 août 2016 et le décret d'application du 27 décembre 2016, et les orientations du PRST 3 (2016-2020) dans le cadre d'une large concertation (ligne managériale, représentants du personnel)	Le <u>PPS 2020 - 2024</u> a été élaboré en prenant en compte l'actualité du secteur (réglementation en vigueur, priorités du PST et PRST3...), les remarques faites lors de l'obtention du dernier agrément et des échanges avec d'autres services. Il part d'une analyse collective des besoins tout en prenant en compte les spécificités du CIAMT	Non connu de la mission
Recouplements projet de service et CPOM		Le <u>PPS 2018-2022</u> intègre la PDP et propose une méthodologie (Fiche d'entreprise outil informatique) pour mieux prendre en compte les risques couverts par le CPOM (TMS, RPS, CMR, ...)	Le <u>PPS 2020-2024</u> intègre des éléments du futur CPOM (poursuite actions dans le cadre des TMS, campagnes spécifiques risques CPOM (travail de nuit, agent biologique, PAT dont risque routier)	Non connu de la mission
Organisation du suivi régional	Comité de Pilotage avec 2 représentants SPSTI (direction, CMT), 2 représentants CRAMIF, (direction, préventeur), 2 représentants DRIEEST, (direction, MIT) réuni 1 fois au moins en 2022			
Organisation interne au SPSTI de la préparation et du suivi des CPOM		Suivi opérationnel réalisé par les référents (MT + IPRP) par thème, en lien avec CRAMIF (IC + préventeur) et DRIEETS (MIT + direction)  Existence d'un <u>comité opérationnel CPOM</u> (copil interne) pour optimiser l'exploitation des données, élaborer des points d'étape, représenter l'ACMS auprès des	Suivi opérationnel réalisé par les référents (MT + IPRP) par thème, en lien avec CRAMIF (IC + préventeur) et DRIEETS (MIT + direction)	Suivi opérationnel réalisé par les référents (MT + IPRP) par thème, en lien avec CRAMIF (IC + préventeur) et DRIEETS (MIT + direction)

**RAPPORT IGAS N°2022-043R (ANNEXES)**

		tutelles, être force de proposition pour les prochains CPOM et PPS		
Existence d'indicateurs et tableaux de bord	Production d'indicateurs (cibles, objectifs quantitatifs d'effectivité), de suivi et de résultat ou d'impact dans chacun des programmes d'actions (tableau de bord)	A minima, il est prévu un retour chaque année dans fiches bilan pour chacune des thématiques	A minima, il est prévu un retour chaque année dans fiches bilan pour chacune des thématiques	A minima, il est prévu un retour chaque année dans fiches bilan pour chacune des thématiques
	<b>Dimension régionale</b>	<b>ACSM</b> (Association des Centres Médicaux et Sociaux)	<b>CIAMT</b> (Centre de médecine du travail et de santé au travail)	<b>CMSM</b> (Centre médico-social Montesquieu)
Existence d'un bilan régional - nature de ce bilan	Point d'avancement au 30 avril 2022 sur les plateformes départementales PDP			
Existence d'un bilan du CPOM du service/ contenu et résultats des indicateurs		Réflexion initiée par le comité de pilotage interne en lien avec le CMT sur le CPOM V3 2023-2028	Non connu de la mission	Non connu de la mission
Évolution V2/V1 si analyse de CPOM V2 : forme juridique de la V2 et évolution du contenu	CPOM V2 de transition (CPOM 2022) faisant suite au CPOM V1 prorogé de 2019 à 2021 par voie d'avenant en 2020 (CPOM V1 allégé)			

Enseignements		
ACSM (Association des Centres Médicaux et Sociaux)	CIAMT (Centre de médecine du travail et de santé au travail)	CMSM (Centre médico-social Montesquieu)
<p>Plus gros SPSTI de France avec moyens très importants.</p> <p>Travail en mode projet et évaluations ancrées dans la culture du PST.</p> <p>L'inscription du PPS dans les priorités régionales a facilité la mise en œuvre du CPOM qui reprend des actions de ce projet identifiées comme prioritaires par les partenaires État et AM.</p>	<p>SPSTI de taille plus modeste bien que conséquente</p> <p>Travail en mode projet et en pluridisciplinarité avec une culture d'évaluation</p> <p>Le CPOM décline une partie du projet de service qui incluait les priorités régionales.</p> <p>Intérêt de l'exercice consistant à évaluer les ressources nécessaires pour répondre aux engagements CPOM</p>	<p>SPSTI de petite taille ayant ajusté le nombre de thématiques à ses capacités.</p> <p>Selon le statut des acteurs au sein du SPSTI, le CPOM est soit perçu comme cadrant et stimulant, donnant de la visibilité institutionnelle dans un univers très concurrentiel, soit vécu comme contraignant et sans vrai plus-value, ajoutant même du travail sur des thèmes non prioritaires.</p>

Frise chronologique précisant les dates d'instauration des CPOM, des PPS et des agréments des SPSTI d'IDF rencontrés par la mission





# ANNEXE 3 : Focale sur la contractualisation en région Grand Est

[1] Cette présentation de la contractualisation en région Grand Est repose largement sur les nombreux entretiens tenus, soit en réunions présentielles, au cours de deux déplacements (d'abord en ex-Lorraine et Alsace en juillet 2022<sup>46</sup>, le second en ex-Champagne-Ardenne en octobre<sup>47</sup>), soit en visioconférences<sup>48</sup>. Elle s'est également nourrie de l'abondante documentation rassemblée auprès de la DREETS, des CARSAT - Alsace-Moselle et Nord Est - et des SPSTI rencontrés. Enfin, elle s'appuie sur les retours de la DREETS et des deux CARSAT aux questionnaires nationaux, dont les résultats globaux sont présentés par ailleurs en annexe 1.

## 1 Contexte

[2] La région Grand-Est compte aujourd'hui une quarantaine de SPSTA (environ 64 000 salariés) et 18 services de prévention et santé au travail interministériel interentreprises (SPSTI) (1M290 salariés environ), qui suivent globalement environ 1M353 salariés<sup>49</sup>.

[3] Les 18 SPSTI sont agréés sur la base d'une politique régionale d'agrément présentée au CROCT en octobre 2018. Trois de ces agréments sont conditionnels.

[4] La carte ci-dessous<sup>50</sup> présente l'implantation des services sur le territoire de la région Grand-Est, en 2022. En 2018, la région comptait 23 services. Plusieurs fusions sont intervenues depuis, parfois assez récemment (par exemple la fusion récente -2022- entre le SIST Centre-Alsace et l'AIST 3F, créant le nouveau service APST 68). La contractualisation a pu, dans ce contexte, s'opérer avec des SPSTI qui ont évolué dans leur configuration (cf. tableau infra).

---

<sup>46</sup> Rencontres avec la DREETS, les deux CARSAT, les services ALSMT, ASTME et APST 68.

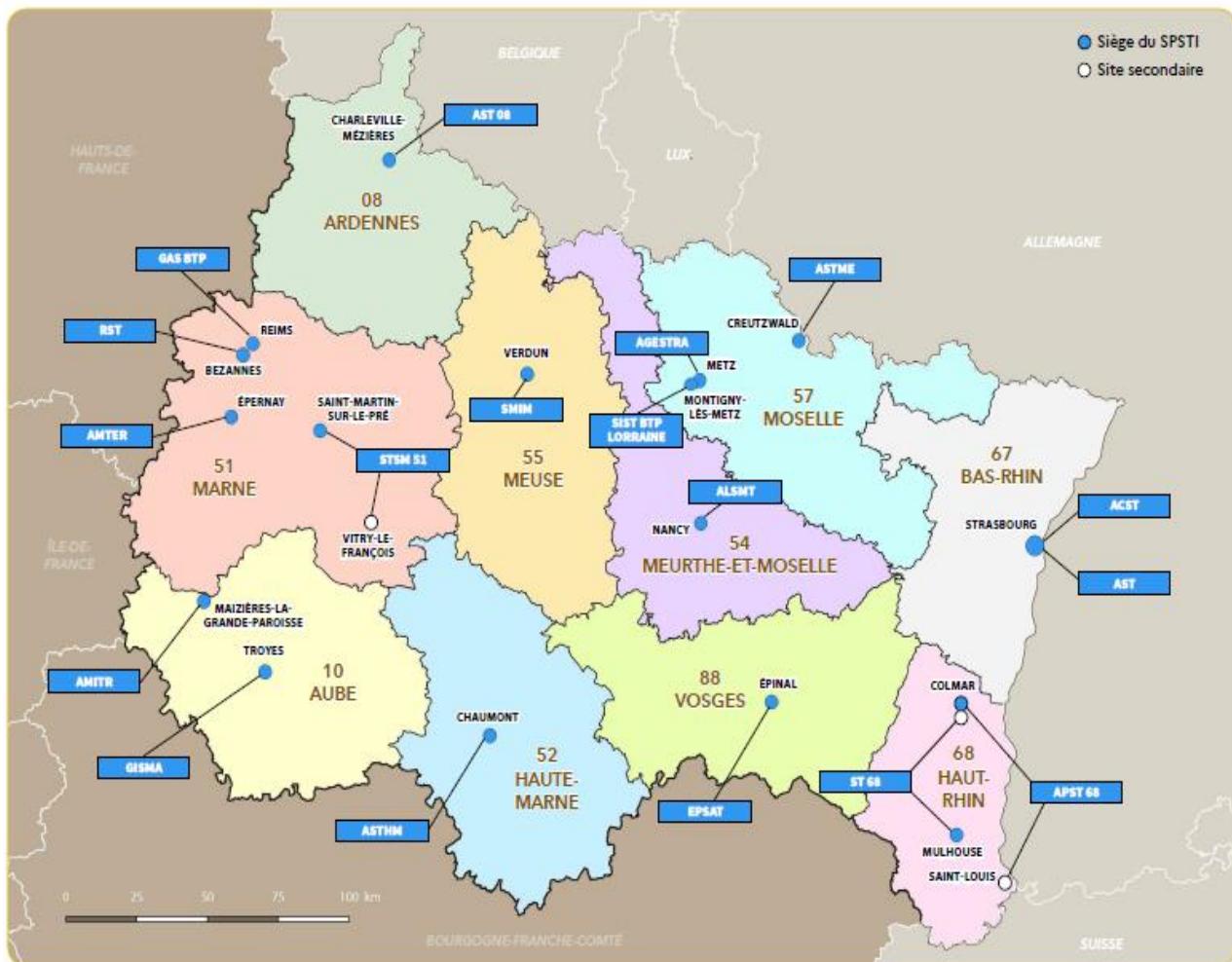
<sup>47</sup> Rencontre avec les équipes et la gouvernance d'AST 08

<sup>48</sup><sup>49</sup> Avec AST 67, avec les vice-présidents du CRPST.

<sup>49</sup> Données du site DREETS juillet 2019, voir si actualisation

<sup>50</sup> Source socle commun des CPOM de la région Grand Est.

## LES SERVICES DE PRÉVENTION ET DE SANTÉ AU TRAVAIL INTER-ENTREPRISES DU GRAND EST



Réalisation Dreets Grand Est / Mai 2022

Source : Pôle T - Dreets Grand Est

[5] La région Grand-Est rassemble trois régions antérieures, dont le positionnement au regard de la contractualisation fut sensiblement différent lors de la première vague des contrats. Cet historique explique que, aujourd’hui encore, la diffusion des CPOM ne soit pas homogène dans les 18 services de prévention et santé au travail interentreprises de la région.

[6] Lors de la première vague de contrats à partir de 2013, l’ex-région Champagne-Ardenne avait conduit une politique volontariste menant à la signature précoce de contrats par la totalité des services de la région. En Lorraine, une démarche également systématique avait conduit, après une première phase expérimentale d’un an dans deux services<sup>51</sup>, à une généralisation progressive, sur la base des enseignements de cette expérimentation conduite en 2013. En Alsace en revanche, aucun CPOM n’avait été signé lors de la première vague. Une dynamique partenariale active liait toutefois les SPSTI à la CARSAT Alsace-Moselle (protocole cadre).

[7] La région Grand-Est s'est ensuite engagée de façon dynamique dans une deuxième vague de contractualisation après l'instruction de 2019. Comme le soulignent les débats en groupe permanent régional d'orientation (GPRO) du CROCT, au moment où la stratégie de contractualisation a été discutée : « *Certaines régions ont décidé de ne pas reconduire de CPOM. En Grand Est, la DIRECCTE et les CARSAT ont fait le choix de réaliser des CPOM même sur cette période courte afin de donner une impulsion* »

<sup>51</sup> Il s'agit des services de Remiremont et Metz, déjà avancés dans la logique Projet. Le service de Remiremont était en outre déjà engagé dans une convention bilatérale avec la CARSAT autour de la maîtrise des risques dans les garages.

*commune à tous les SSTI de la région, compte tenu d'un historique des précédents CPOM différent selon les trois ex-régions. »*

[8] L'objectif de la DREETS et des CARSAT était d'atteindre 100 % des services engagés dans un CPOM V2. Plusieurs contrats (14) ont été signés dès juin 2020, d'autres sont en cours de signature (ASTME par exemple) après une interruption liée à la crise sanitaire. Certains services demeurent cependant réticents, notamment dans l'ex-région Alsace où les deux SPSTI strasbourgeois ne sont pas encore véritablement engagés dans la démarche de contractualisation. La question de la durée très brève d'un ultime contrat V2 à l'approche de la 3e génération de CPOM constitue de surcroît désormais un frein compréhensible.

**Tableau 1 : Tableau synthétique présentant les SPSTI du Grand Est et leur situation au regard des CPOM (fond bleuté : SPSTI entendus par la mission)**

SPSTI		Compétence professionnelle	Nombre de salariés suivis	Nombre d'entreprises adhérentes	CPOM date de signature et échéance (NB Pour CPOM V2 avenants de prorogation 2022-2023 en préparation)
ACST	Association de conseil en santé au travail	Tous secteurs sauf agriculture	54 810	4 070	Aucun CPOM
AGESTRA	Agir Ensemble pour la Santé au Travail	Tous secteurs sauf agriculture et BTP	165 276	15 174	Pas de V1 pour les 2 SSTI fusionnés AST Lor et CIST de Thionville CPOM V2 en préparation
ALSMT	Association Lorraine de Santé en milieu de travail	Tous secteurs sauf agriculture et BTP	130 295	12221	CPOM V1 2015-2019 CPOM V2 juin 2020-2021
AMITR	Association Médicale Interprofessionnelle du Travail	Tous secteurs sauf agriculture et BTP	13 420	765	CPOM V2 juin 2020-2021
AMTER	Service de Santé au Travail d'Épernay et sa Région	Tous secteurs sauf agriculture et BTP	21 522	2 021	CPOM V2 juin 2020-2021
APST 68	Alsace Prévention Santé Travail 68 (Haut-Rhin)	Tous secteurs sauf agriculture	76 942	5849	CPOM V2 pour SIST-Centre-Alsace avant la fusion avec AIST 3F (sans CPOM)
AST 08	Ardennes santé travail	Tous secteurs (dont BTP) sauf agriculture	59 902	5124	CPOM V1 2013-2018 CPOM V2 2020-2021
AST 67	Service interentreprises de santé au travail du Bas-Rhin	Tous secteurs sauf agriculture	244 264	18 599	Aucun CPOM à date – travaux suspendus par la crise sanitaire
ASTHM	Association de la santé au travail de la Haute Marne	Tous secteurs sauf agriculture et BTP	30 351	3 802	CPOM V2 Juin 2020-2021

**RAPPORT IGAS N°2022-043R (ANNEXES)**

ASTME	Association de santé au Travail Moselle Est	Tous secteurs sauf agriculture et BTP	44 358	2 978	CPOM V1 2014-2019 CPOM V2 en cours de finalisation
EPSAT Vosges	Ensemble pour la Prévention et la Santé au Travail	Tous secteurs sauf agriculture	82 209	7 343	CPOM V1 2013-2018 pour les services fusionnés en 2015 (Epinal, Remiremont, St-Dié) NB Remiremont : CPOM V1 dès 2012, un des deux CPOM lorrains expérimentaux. CPOM V2 juin 2020-2021
GAS BTP	Service interprofessionnel de santé au travail GAS BTP	BTP	26 197	3529	CPOM V2 juin 2020-2021
GISMA	Groupement Interprofessionnel Social et Médical Aubois	Tous secteurs sauf agriculture et BTP	51 544	4 815	CPOM V2 juin 2020-2021
RST	Reims Santé Travail	Tous secteurs sauf agriculture et BTP	70 813	6 443	CPOM V1 2013-2018 CPOM V2 juin 2020-2021
SIST BTP LOR	Service interentreprises de santé au travail du bâtiment, des travaux publics et activités connexes de Lorraine	BTP	31 913	4 367	CPOM V2 juin 2020-2021
SMIM	Service de Santé au Travail Interprofessionnel Meusien	Tous secteurs sauf agriculture et BTP	26 716	2 664	CPOM V1 2013-2018 CPOM V2 juin 2020-2021
STSA 68	Santé Au Travail 68	Tous secteurs sauf agriculture	105 004	10598	Aucun CPOM
STSM 51	Santé Travail Sud Marne, résultant de la fusion en du CIEST (Centre de santé au travail Pays Vitriat) et du SMIRC (Service Médical Interentreprises de Santé au Travail)	Tous secteurs sauf agriculture et BTP	26 297	2 360	CPOM V1 CIEST 2013-2018 CPOM CIEST V2 juin 2020-2021 CPOM V1 SMIRC 2013-2018 CPOM V2 SMIRC juin 2020-2021

Source : Données DREETS 2022

## 2 Synthèse et principales caractéristiques de la démarche de contractualisation régionale

### 2.1 Rapide description de la démarche régionale de contractualisation

[9] En région Grand Est, la volonté de généraliser les contrats de 2e génération s'est appuyée sur une démarche globalement homogène, reposant dans un premier temps sur des échanges approfondis autour du projet de service de la structure ; ces échanges conduisent à une réunion de travail tripartite associant la DREETS, la CARSAT compétente et le service de santé au travail concerné, avec, au minimum, un membre de chaque équipe métier. L'OPPBTP a été associé pour les services couvrant les salariés du BTP. Cette réunion permet de définir les axes prioritaires du nouveau contrat. Celui-ci est alors rédigé par le médecin inspecteur régional, qui soumet la proposition au service de santé au travail.

[10] Les contrats sont soumis pour validation aux instances partenariales régionales (GPRO du CROCT). 14 premiers contrats pour 18 mois ont ainsi été soumis au GPRO en juin 2020.

### 2.2 Stratégie de contractualisation pour les 1<sup>ères</sup> et 2<sup>èmes</sup> générations de contrats

[11] Pour la 2e vague de contrats, le médecin inspecteur du travail, en charge de l'animation des SPSTI et moteur de la contractualisation en lien avec les deux CARSAT de la région (Moselle Alsace et Nord Est), s'est appuyé sur un bilan réunissant les enseignements de l'expérimentation des deux premiers contrats lorrains, une thèse de médecine du travail appuyée sur cette expérimentation et préparatoire à la généralisation des CPOM en Lorraine, et un bilan Grand Est de la première vague de contrats.

[12] Ce bilan, réalisé en 2018, soulignait que, pour les CPOM signés en 2012-2013, (les deux expérimentaux de Lorraine et ceux de Champagne-Ardenne), on constatait un défaut partagé : une confusion entre le projet de service et le contrat, ce qui conduisait à retenir toutes les actions du projet de service dans le CPOM. Et par conséquent à retenir un nombre trop élevé d'actions (jusqu'à 12 dans certains services). Le nombre de thématiques retenues était également significatif. Les enseignements de ce bilan ont été enrichis par une analyse plus poussée dans le cadre d'une thèse de médecine du travail<sup>52</sup>. Celle-ci a dégagé des constats qui ont permis de structurer la démarche pour la généralisation de la première vague de contrats en Lorraine, et inspiré ensuite la deuxième génération de contrats pour l'ensemble de la région Grand Est.

[13] Au terme de l'expérimentation initiale en Lorraine, une attention accrue avait ainsi été accordée à la différence entre projet de service et CPOM, qui avait notamment conduit à limiter le nombre d'actions à quatre. Pour cette première génération, la DIRECCTE Lorraine avait proposé de retenir deux actions en prévention, une action sur le maintien en emploi et la PDP, une action consacrée à la veille en santé au travail. Ce schéma avait alors obtenu l'adhésion de la CARSAT et des services de santé au travail.

[14] L'analyse du déploiement effectif des CPOM V1 mettait par ailleurs en lumière un déséquilibre entre l'investissement initial, très réel, des services de santé au travail et les apports de la DIRECCTE comme des CARSAT. Les bilans annuels tripartites initialement prévus n'ont pas toujours été mis en

<sup>52</sup> Thèse de Riadhi BENABID pour obtenir le grade de docteur en médecine du travail, Projets de Service Pluriannuels et CPOM des Services de Santé au Travail en Lorraine. Quels impacts en matière de prévention dans les entreprises suivies au bénéfice de la santé des salariés ? Juin 2014.

œuvre. Ces éléments ont pesé sur les réalisations des contrats, avec un essoufflement de l'implication des SSTI. On constatait également une insuffisante visibilité des actions mises en œuvre pour les différentes parties prenantes et, *a fortiori*, les entreprises, comme de leur impact en termes de prévention.

[15] La nouvelle stratégie de contractualisation adoptée en 2020 a donc visé à :

- limiter la charge de travail des services de prévention et santé au travail
- équilibrer les apports des trois signataires (SPSTI-DREETS-CARSAT)
- rendre visibles les actions de prévention choisies sur l'ensemble du territoire de la région Grand Est.

[16] Lors de la réunion du GPRO qui a validé les nouvelles orientations, « *Les membres du GPRO ont trouvé positive l'écriture de tous les CPOM sous une forme identique et ont remarqué que cela a évité un surcroît de travail à chaque SSTI. Les actions de ces CPOM sont adaptées à la taille des SSTI contrairement aux CPOM précédents qui comportaient beaucoup trop d'actions.* »<sup>53</sup>

#### **Un exemple de mise en visibilité sur le site de la DREETS Grand Est : La prévention jusqu'au bout des ongles** (actions de prévention chez les prothésistes ongulaires.)

« La DREETS Grand Est, le Laboratoire Interrégional de Chimie de l'Est (LICE) de la CARSAT Nord Est, ainsi que l'ALSMT se sont associés (dans le cadre d'un CPOM) en partenariat avec la Confédération Nationale Artisanale des Instituts de Beauté et Spas (CNAIB) pour sensibiliser et informer les employeurs et salariés du secteur de la prothésie ongulaire.

Des études de poste tripartites ont été réalisées dans 13 instituts afin d'évaluer les risques chimiques et TMS notamment. Ces évaluations ont permis de créer un webinaire, permettant de sensibiliser les professionnels de la prothésie ongulaire aux risques inhérents à ce métier, et proposant des solutions de prévention.

Une plaquette relatant ces solutions de prévention est également à disposition, accompagnée d'une liste de substances chimiques à éviter, du fait de leur classement en tant que CMR (Cancérogènes, Mutagènes, toxiques pour la Reproduction) et Perturbateurs Endocriniens, rencontrées dans les produits utilisés. »

### **2.3 Principaux objectifs opérationnels de la contractualisation**

[17] Comme le souligne le texte actuel des CPOM de Grand Est, ceux-ci visent essentiellement à mettre en cohérence les priorités d'action des projets de service des SPSTI avec les objectifs prioritaires retenus en région Grand Est en matière de santé au travail. Ces objectifs sont définis prioritairement dans le cadre du PRST 3 et de la COG en tenant compte des spécificités régionales. A noter que le texte des CPOM les situe également au regard des Programmes régionaux de santé (PRS) porté par l'ARS et du Programme régional Santé Environnement (PRSE) porté par les DREAL et les ARS, en mettant en lumière des priorités susceptibles d'influer sur les politiques de santé au travail. Cette volonté de situer la santé au travail dans des priorités plus larges de santé, également présente dans le PRST<sup>54</sup>, est relativement spécifique des CPOM Grand Est au regard des autres régions visitées par la mission.

<sup>53</sup> CR des échanges avec le GPRO dans le cadre de la note de présentation des CPOM V2.

<sup>54</sup> Exemple des actions du PRST 4 sur la sensibilisation des entreprises au risque du radon ou de l'action dédiée aux risques de l'exposition prolongée de certains professionnels au soleil.

### Articulation entre PRST et CPOM

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

Mais en miroir, la référence aux CPOM dans les PRST tarde à apparaître. Le bilan des seconds PRST<sup>55</sup> en début de PRST 3 souligne « l'objectif de diffusion de la démarche auprès des structures cibles (à noter que les SST ont été une cible privilégiée pour chaque ex-région) et des acteurs ressources s'est appuyé sur le partenariat créé grâce aux trois PRST 2, bien que selon des modalités différentes. ». Les SST sont naturellement considérés comme une cible prioritaire des actions et produits du PRST mais leur implication réelle et concrète au processus d'élaboration ne se fait que progressivement, eu égard notamment à leur nombre<sup>56</sup>. L'articulation avec les CPOM, non encore évoquée dans le PRST 3, n'apparaît qu'au sein du PRST 4 dans la fiche action 9 relative à la détection précoce des risques d'usure et de désinsertion professionnelle : « Cette action peut s'appuyer sur (...) et sur l'action Maintien en emploi -PDP des nouveaux CPOM ».

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

La lecture du PRST 4 montre que de façon explicite (*cf. fiche action 9*) ou, plus souvent encore, de façon implicite, la possibilité de déclinaison des PRST par les CPOM s'affine, en lien d'une part avec l'implication forte des SPSTI dans certains groupes de travail du PRST, mais aussi d'autre part, avec un souci d'opérationnalisation concrète croissant dans les PRST. C'est ainsi que les partenaires du CROCT ont souligné, lors de l'adoption du PRST 4, leur souhait d'une anticipation plus précoce de la diffusion-communication des productions du PRST en veillant, dès le cadrage des actions, à identifier les cibles et destinataires des livrables ainsi que les relais et canaux de communication. Articuler plus nettement PRST et CPOM paraît un levier essentiel pour répondre à cette préoccupation.

Certaines actions du PRST 4 sont ainsi conçues de façon à pouvoir nourrir de futures actions des SPSTI, telles celle relative à la prévention en faveur des travailleurs intérimaires et publics vulnérables, dont l'objectif premier était de « *rechercher les leviers d'une amélioration de la prévention avec l'ensemble des acteurs en vue d'une démultiplication* ». Les sous-groupes de travail thématiques sont dirigés par des directeurs de SPSTI déjà investis. De la même façon, les travaux relatifs à la prévention des RPS visent à la mise en place d'actions communes interinstitutionnelles dont les CPOM pourraient aisément être l'une des modalités de déclinaison.

<sup>55</sup> Des 3 régions qui ont constitué Grand Est à savoir l'Alsace, la Champagne-Ardenne et la Lorraine.

<sup>56</sup> « Concernant les services de santé au travail, eu égard à leur nombre important dans la région Grand Est (65), leur association aux travaux PRST 3 ne s'est pas faite dans le cadre du Comité de Pilotage ad hoc. Des rencontres ont été organisées la dernière semaine d'avril 2017 dans chaque ex-région afin de rassembler l'ensemble des services de santé du territoire. Cela a été l'occasion de leur présenter les grands axes de travail retenus en comité de pilotage et de recueillir leur candidature sur les actions envisagées » Extrait du PRST 3

On retrouve ici la dynamique initiée de façon plus explicite et suivie par le médecin inspecteur du travail de la DREETS Grand Est – pilote de la contractualisation- dans le champ du maintien en emploi et de la prévention de la désinsertion professionnelle ; cette logique d'enchaînement entre réflexions structurantes régionales et déclinaison via les CPOM a conduit à mettre en lumière une action innovante – outil de repérage précoce des risques de désinsertion lors de la visite des 45 ans- née des initiatives propres d'un SPSTI et confortées dans son CPOM, pour la partager au sein du PRST 3 avec l'ensemble des SPSTI et, désormais, la déployer dans l'action PDP des avenants aux CPOM V2. Cela doit permettre de diffuser une bonne pratique mais aussi de consolider des résultats régionaux. En priorisant dans l'action 9 du PRST 4 la structuration d'une offre régionale sous la forme d'un parcours coordonné, lisible et accessible et en considérant les futurs CPOM comme levier de déploiement de ce parcours coordonné, les acteurs de Grand Est donnent l'exemple d'une interaction vertueuse entre PRST et CPOM.

[18] **Lors de la 1ère vague de contrats, les thématiques ont été nombreuses et très diverses.** Au regard des données soulignant une sur-exposition des salariés de la région aux produits chimiques<sup>57</sup>, la prévention des risques chimiques/CMR est présente fréquemment, mais avec des axes différents (par type de risque – fumées de soudage, amiante, phytosanitaires- ou par type d'activité –garages). C'est également le cas pour les TMS, avec des actions distinguant selon l'activité, la nature du trouble ou le type d'entreprises (TPE). Certaines actions spécifiques portent sur des populations (apprentis, travail temporaire). La PDP est déjà systématique en ex-régions Lorraine<sup>58</sup> et Champagne-Ardenne. A noter également en Lorraine, un axe Veille sanitaire systématique visant à maintenir un niveau d'engagement significatif des SPSTI dans le recueil de données en santé au travail et la participation aux grandes enquêtes nationales.

[19] **Pour la 2e génération de CPOM** uniformisant les pratiques des 3 régions antérieures et réduisant le nombre d'objectifs poursuivis, un contrat type avait initialement été envisagé dans le cadre de l'un des groupes du PRST3, avec quatre thématiques<sup>59</sup> communes déclinables par le SSTI selon son diagnostic territorial, mais permettant une visibilité Grand Est. **2 priorités seulement** ont finalement été retenues<sup>60</sup>, conformément aux instructions nationales : maintien dans l'emploi et PDP systématiquement, sur la base des travaux correspondants du PRST, et un ou deux risque (s) prioritaire (s) mis en lumière dans le PST ou la COG (AT-MP et Service social), en gardant le souci du groupe du PRST3 de conjuguer adaptation selon les réalités territoriales et visibilité régionale.

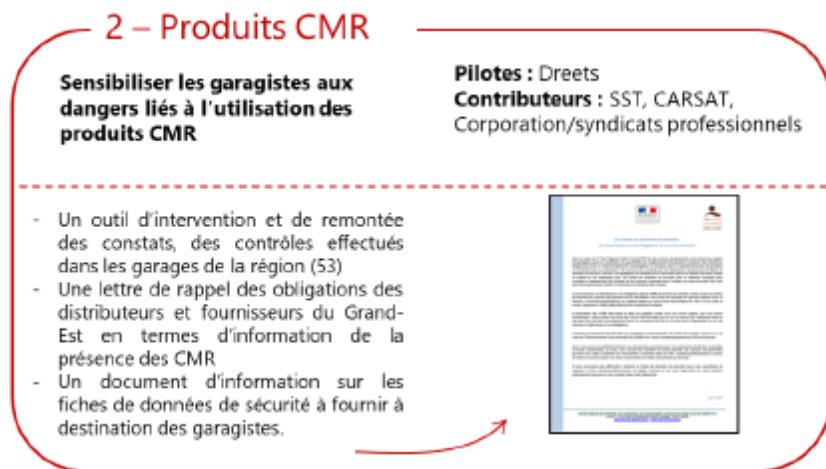
[20] Pour les 14 CPOM signés en juin 2020, 6, soit 43 % des SPSTI, ont retenu les TMS comme risque prioritaire, 6 encore les risques chimiques et 3 enfin, soit 14 %, les RPS. Les thématiques de prévention du risque chimique étaient diverses (avec une thématique « prévention des CMR dans les garages » dans le prolongement de l'action forte dans ce secteur au cours du 1er CPOM déjà). Une attention particulière est globalement accordée aux actions en direction des TPE : TMS et RPS visaient surtout les PME. Le souci d'effectivité des actions contractuelles conduit en outre à rechercher l'appui des branches concernées (par ex., pour le CPOM d'AGESTRA, le travail en amont avec la fédération des bouchers).

<sup>57</sup> 33 % des salariés exposés à un produit chimique, 12 % à un CMR.

<sup>58</sup> Mais avec des focales différentes : Un service a ainsi ciblé les +45 ans dans les TPE tandis qu'un autre se focalisait sur la PDP pour pathologie de l'épaule et donc également TMS.

<sup>59</sup> Une action de prévention des CMR, une de prévention des TMS, une action Maintien dans l'emploi et prévention de la désinsertion professionnelle et enfin une action Veille en Santé-Travail.

<sup>60</sup> Note DREETS de présentation des CPOM V2 lors du GPRO du CROCT en juin 2020.

Schéma 1 : Axe CMR dans les garages du PRST 3 Grand Est<sup>61</sup>

[21] Pour l'action Maintien en emploi-PDP, les différents outils réalisés dans le cadre du PRST 3 devaient être diffusés à tous les SPSTI, pour faciliter la mise en œuvre de certaines actions de sensibilisation, notamment en direction des médecins traitants.

[22] Plus globalement, les acteurs régionaux souhaitaient créer des synergies entre des SPSTI pour partie de petite taille. C'est ainsi par exemple, que le travail d'un service sur le repérage précoce des salariés à fort risque de décrochage<sup>62</sup> sera diffusé aux SPSTI qui le souhaitent, permettant de mutualiser les outils et de récolter des données sur une plus grande échelle. L'axe PDP est celui qui, par sa continuité de CPOM en CPOM, connaît un approfondissement progressif et une mutualisation croissante.

[23] La mutualisation demeure une attente des acteurs, qui ont pu indiquer qu'une mise en commun des actions des SPSTI à faible effectif ou un accord de mutualisation entre SPSTI sur un secteur géographique plus large permettrait une plus grande homogénéité (notamment en évitant la multiplication d'outils à même vocation) et un déploiement plus large des solutions de prévention, ainsi qu'une optimisation des moyens ; pour les salariés des entreprises, ce serait la garantie d'un traitement plus équitable. Les SPSTI, notamment les plus petits, apprécient la mutualisation des expériences ou des outils.

#### 2.4 Modalités de suivi et bilans opérés.

[24] En région Grand Est comme dans toutes les régions, le suivi bute sur des enjeux de moyens. Les bilans restent quant à eux plus qualitatifs que systématiques et quantifiés.

[25] Pour la 1ère génération de contrats, les modalités de suivi ont différé selon les régions.

[26] En Champagne-Ardenne<sup>63</sup>, en 2014, un an après la signature des contrats, une réunion a rassemblé tous les SSTI avec la DIRECCTE, fortement représentée, et des représentants de la CARSAT NE ; chaque SSTI présentait une action de son CPOM et un rapide aperçu de sa mise en œuvre globale. Y ont également participé l'ARS et l'ARACT. A la demande des SSTI, une nouvelle réunion commune a eu lieu en 2017 ; en revanche, aucun processus de suivi individualisé par SSTI n'a été instauré.

<sup>61</sup> Présentation de synthèse dans le PRST4

<sup>62</sup> Outil élaboré par ALSMT et présenté à tous les SPSTI lors du bilan des CPOM V2 en octobre 2021. Déployé par les SPSTI signataires d'un avenant 2020 aux CPOM V2.

<sup>63</sup> Source Bilan de la contractualisation en région Grand Est, octobre 2018.

[27] En Lorraine<sup>64</sup>, outre des temps de rencontre régionaux, un processus de suivi CPOM par CPOM a été mis en place pour quelques services, prenant la forme, d'une part, d'une réunion semestrielle sur les actions de prévention avec le groupe de travail du SSTI, la DIRECCTE (médecin inspecteur du travail -MIT- et un agent de contrôle) et le contrôleur CARSAT compétent, et d'autre part, d'une réunion annuelle, le plus souvent dans le cadre de la CMT. Le médecin inspecteur du travail apportait son appui méthodologique pour l'organisation de ces réunions. Le rythme semestriel n'a toutefois pas pu être tenu pour tous les SPSTI, compte tenu de la présence d'une seul MIT régional.

[28] Bien qu'un bilan Grand Est ait été présenté à l'issue des CPOM V1 en octobre 2018, celui-ci ne reposait pas sur un reporting généralisé. L'hétérogénéité des approches des ex-régions, comme l'absence de formalisme initialement posé quant aux restitutions attendues, ne le permettaient pas. Si l'on excepte un recensement des thématiques de travail, les bilans opérés ont généralement été plus qualitatifs et globaux. Certains SPSTI ont cependant dressé un bilan poussé de leurs réalisations au titre du CPOM. Le CPOM du SST Remiremont (un des SSTI lorrains expérimentaux) a fait l'objet d'un bilan tripartite approfondi, mettant en lumière de façon détaillée les conditions de déploiement et les résultats de l'action de prévention du risque chimique dans les garages.

[29] L'hétérogénéité antérieure a conduit à formuler des propositions plus structurées concernant les outils de suivi de la 2e vague de contrats. En octobre 2018, avant l'instruction nationale de 2019, il était envisagé d'essayer de retenir des indicateurs communs pour plusieurs actions pour obtenir des repères minimaux, de s'appuyer sur des indicateurs communs pour des actions similaires sur l'ensemble des SSTI afin de permettre d'avoir des données régionales, de conjuguer indicateurs quantitatifs et qualitatifs. Finalement, pour les CPOM V2, ce sont les fiches action et les indicateurs proposés dans le cadre de l'instruction de 2019 qui ont généralement été utilisés. Les fiches actions sont structurées de façon similaire mais avec un contenu différent, toutefois, selon la taille et les moyens, notamment humains, du SSTI. Les indicateurs sont similaires ou pour la PDP, les mêmes, afin de permettre un bilan des actions au niveau régional. Un suivi des actions par les trois signataires était programmé au cours de deux rendez-vous, l'un en fin d'année 2020 et le second en juin 2021.

[30] En octobre 2021, lors d'une réunion de bilan des CPOM V2 signés en juin 2020, chaque SPSTI a présenté l'état d'avancement du plan d'action du CPOM V2. Tous étaient en cours, mais non terminés encore.

### **3 Points d'attention à retenir de cette expérience régionale pour l'élaboration d'une nouvelle génération de CPOM**

#### **3.1 Atouts de la contractualisation soulignés dans la région**

[31] Les différents acteurs de la contractualisation ont été interrogés sur les enseignements qu'ils tiraient des 2 premières vagues de contrats, lors des entretiens, mais également par questionnaire concernant les DREETS et CARSAT. En région Grand Est, un certain nombre d'éléments ont été portés à l'actif de la contractualisation.

[32] Le CPOM apparaît comme un outil d'échange pour faire avancer le collectif partenarial, en PDP comme en prévention des risques professionnels. En mettant l'accent sur une problématique emblématique, il permet d'avoir une contribution collective pour atteindre un objectif partagé. Il produit de l'expertise, des outils, favorise connaissance réciproque des acteurs et élargissement du

---

<sup>64</sup> Idem

cercle habituel des échanges<sup>65</sup>, partage et valorisation d'outils (par ex : la grille prédictive de risques de décrochage professionnel déjà évoquée) et de bonnes pratiques, gain d'efficience grâce aux signalements réciproques... La dynamique partenariale qui peut en résulter permet la création de circuits plus opérationnels (mutualisations/synergies/engagements des parties prenantes).

[33] Un exemple de coopération récent, autour de la prévention des risques dans le secteur de la prothésie ongulaire (*cf. supra*) apparaît illustratif de cette dynamique. Dans le prolongement d'une coopération antérieure au cours du CPOM V1, qui avait satisfait l'ensemble des intervenants concernés, ceux-ci ont souhaité prolonger la dynamique, sans même attendre le 2e CPOM. Ce secteur a été retenu sous le double angle du risque chimique et des TMS. Le choix a d'abord été fait de se concentrer sur la Meurthe et Moselle, compte tenu de l'intérêt exprimé par le SPSTI départemental. Un groupe très participatif a été constitué : le SPSTI a procédé à l'analyse ergonomique, la CARSAT, à une instruction bibliographique via l'INRS et la DREETS s'est impliquée au travers de son ingénieur de prévention. L'intérêt de cet axe ensuite retenu pour le CPOM V2 tenait notamment au ciblage de TPE démunies vis-à-vis des risques et peu en capacité de déployer les moyens de prévention seules. Le fait que la Confédération Nationale Artisanale des Instituts de Beauté et Spas (CNAIB) se soit impliquée dans cet axe contractuel a facilité son déploiement.

[34] Plus globalement, les partenaires institutionnels soulignent que les CPOM ont une fonction importante :

- d'acculturation des parties prenantes
- de fluidification des échanges
- de facilitation des interfaces,
- d'amplification des impacts, en valorisant et potentialisant les actions existantes
- le tout avec la présence d'une autorité administrative permettant de débloquer certaines situations.

[35] Tous les SPSTI ne sont pas convaincus de la valeur ajoutée des CPOM, et en particulier ceux qui n'ont pas souhaité ou pas pu à ce stade s'engager dans cette démarche. Mais plusieurs services ont pointé l'impact bénéfique cumulé des deux nouveautés de la loi de 2011, à savoir le projet de service et le CPOM ; et ce d'autant plus que ces deux outils ont été mobilisés de façon articulée par la DREETS Grand Est. Ils soulignent la dynamique interprofessionnelle créée en interne autour d'une approche projet, qui les pousse à définir des priorités basées sur un diagnostic local parfois très étayé. L'apport spécifique au CPOM tient, pour certains, à la nécessité de rendre compte de façon plus structurée de leurs actions et de leurs résultats, voire de procéder à une évaluation. Ils relèvent également l'effet positif du décloisonnement entre acteurs.

[36] Mais pour la 1ère génération de CPOM, l'apport propre du CPOM n'a pas toujours été perçu, faute d'équivalence dans la contribution des trois signataires et partant de valeur ajoutée notoire par rapport au projet de service. En Grand Est comme ailleurs, le caractère réellement partenarial de la définition des objectifs et la contribution effective de chacun des signataires à l'avancée des actions prioritaires sont des éléments clé de la reconnaissance d'un apport de la contractualisation par les SPSTI.

[37] Avoir une vision régionale, harmoniser les pratiques et faciliter des échanges entre SPSTI est également considéré comme une retombée positive de la contractualisation pour les services de santé au travail.

---

<sup>65</sup> Ainsi en PDP, une coopération élargie au-delà des seuls médecins du travail des SPSTI.

### 3.2 Éléments majeurs d'attention pour l'élaboration des CPOM V3

[38] En suscitant de façon relativement précoce une thèse en médecine du travail cherchant à approfondir l'apport des nouveaux leviers d'animation des SSTI issus de la loi de 2011 et l'analyse sur le rôle respectif des projets de service et des CPOM, la DIRECCTE Lorraine a structuré sa propre réflexion sur l'utilisation optimale de ces outils. Cela a conduit à de premiers ajustements au cours de la 1ère vague de contrats en Lorraine, puis à un ajustement de la méthode de travail pour l'élaboration des CPOM V2 Grand Est. Les entretiens conduits par la mission montrent un réel partage de vue entre DREETS (considérée comme pilote légitime) et les deux CARSAT, malgré des points de sensibilité et de vigilance un peu différents.

[39] Ces réflexions ont cherché à accompagner le développement somme toute récent de l'approche projet et de la contractualisation dans le champ de la santé au travail. Les enseignements qu'en ont tirés les acteurs régionaux lors du bilan de 2018 des CPOM V1 sont les suivants :

- **Une spécification des attendus à l'égard des projets de service et des CPOM**

- Le projet de service : il définit les priorités du service pour 5 ans, en se basant sur un diagnostic local (spécificités des entreprises suivies et de leurs besoins) et sur les priorités du PRST. Ces priorités sont ancrées sur les seules missions du SPSTI et définissent les actions des équipes pluridisciplinaires au profit des salariés des entreprises. Le projet de service précise les moyens humains et matériels comme l'organisation permettant de déployer ces priorités. La CMT le porte tant pour l'élaboration, que pour le suivi et l'évaluation.
- Le CPOM : il définit, pour une période équivalente, les priorités communes (en nombre limité) pour le SSTI, la CARSAT et la DREETS à partir du projet de service, du PRST, de la COG ATMP et précise les modalités de leur mise en œuvre. Il prévoit les moyens mobilisés par chaque signataire et les modes de collaboration en vue d'améliorer la prévention dans les entreprises concernées par les actions du CPOM.

[40] Pour la DREETS, la contractualisation a d'abord visé à créer une dynamique, pour mobiliser les services, en lien avec des priorités de santé au travail, en misant au départ sur les plus motivés et les plus impliqués déjà dans une démarche projet propre ou des partenariats actifs. Le PPS est, dans ce cadre, considéré à la fois comme socle de l'identité du SPSTI et condition nécessaire du CPOM.

- **Une méthode impliquant les acteurs de terrain des SPSTI, de l'État et des CARSAT pour garantir un apport équilibré des trois signataires**

[41] Lors du bilan préalable à la 2e vague de contrats, il est souligné qu'il est souhaitable qu'il y ait un apport équivalent entre les trois signataires. Cela conduit à la proposition d'une méthode de structuration des engagements réciproques reposant sur une association étroite des acteurs locaux de l'État comme de la CARSAT.

[42] Cela implique une mobilisation précoce des acteurs de terrain des deux réseaux (agents de contrôle de l'inspection du travail et contrôleurs CARSAT). Pour la DREETS, il est prévu de diffuser les CPOM signés à tous les agents de contrôle (via les responsables d'unité de contrôle ou RUC) puis d'organiser une réunion commune SSTI-DIRECCTE-CARSAT avec tous les acteurs de terrain pour les petits SSTI. Il est également envisagé de solliciter des acteurs de terrain pour avoir un référent CARSAT et un référent DIRECCTE par action de prévention. Des agents de contrôle devaient également être sollicités pour échanger sur le contenu du CPOM pour les SSTI plus importants. Au cours du CPOM V1, les référents territoriaux étaient conviés aux réunions semestrielles de suivi.

[43] Bien qu'il n'ait pu être systématisé et que l'espacement des réunions de suivi au cours du CPOM V2 ait ralenti les interactions, cet effort de rapprochement des acteurs opérationnels territoriaux avec les SPSTI, encouragé par le niveau régional, est l'une des spécificités de la région Grand Est. Les réunions de terrain rapprochant contrôleur de l'inspection du travail et des CARSAT avec les équipes du SPSTI pour partager des problématiques communes et générer une approche coopérative (plutôt que non coordonnée et potentiellement contre-productive) constituent un point apprécié même des plus réticents à la contractualisation. Dans un contexte où les SPSTI interrogent parfois la contribution des DREETS aux contrats, cette animation des réseaux territoriaux est unanimement considérée comme une contrepartie utile. Elle est féconde pour l'amplification des synergies entre acteurs.

[44] En 2018, il est également proposé de tenir une réunion semestrielle des groupes de travail par action de prévention avec le SPSTI (chef de projet), le référent CARSAT et le référent DIRECCTE, afin de mieux se connaître et connaître les rôles spécifiques de chacun, de s'informer sur les outils existants (documents CARSAT- Modèle de Fiche d'entreprise spécifique...) et de se les transmettre et enfin de définir les coopérations possibles.

- **La recherche d'une temporalité adaptée pour les différents outils réglementaires**

[45] Concernant l'articulation entre les différents outils réglementaires (PPS, CPOM et agrément), la position retenue a été la suivante : élaboration en premier du projet de service préalable à la demande d'agrément et reposant sur un diagnostic territorial fin, décision d'agrément ensuite ; si celle-ci est positive, un CPOM peut être envisagé. Il est donc signé postérieurement dans ce schéma au renouvellement d'agrément. Les échanges fréquents autour du projet de service permettent, toutefois, d'anticiper, dès cette phase, les objectifs propres du projet qui pourront être priorisés en CPOM.

- **Des discussions entre acteurs sur le niveau de standardisation des contrats et la place des indicateurs d'évaluation**

[46] Comme les autres régions, Grand Est a eu à trouver un équilibre entre standardisation des objectifs et des cibles -plus propice à la capitalisation régionale et à l'évaluation consolidée des résultats- et ajustement aux enjeux propres d'un service. Lors des deux vagues de contrats, des différences de vue ont pu parfois apparaître concernant l'homogénéisation des CPOM et la réalité de la dimension « contractuelle ». Le débat opposait le modèle d'un CPOM commun à tous les SPSTI, aisément capitalisable, à une approche priorisant une spécificité par service, pour entraîner chacun en fonction de ses besoins et de ses capacités. Cette seconde voie rendant la mise en visibilité régionale de l'apport des CPOM plus complexe. A défaut de produire des résultats quantitatifs régionaux, il est essentiel de réaliser une évaluation qui doit faire partie intégrante du CPOM. Dans cette 2e hypothèse, il importe particulièrement d'évaluer, puis valoriser, les actions réalisées et de capitaliser sur elles en les démultipliant (communication sur ce qui a été fait dans un service au sein de la branche, mutualisation d'outils élaborés par un service...).

[47] Pour une partie des acteurs cependant, une attente persiste d'une contractualisation reposant sur des objectifs définis et mesurés. L'une des limites des CPOM leur paraît tenir au fait qu'à ce stade, la démarche soit encore plus dans l'impulsion et l'accompagnement que dans la contractualisation en termes d'objectifs. Comme les SPSTI, mais pour des raisons différentes (le O ici plus que le M), ils notent que l'on n'a pas encore mis en place un CPOM en termes d'objectifs et de moyens.

[48] La voie retenue pour la seconde vague de contrats et ses prolongations actuelles (avenants en préparation pour 2022-2023) cherche à articuler capitalisation régionale et ajustement aux réalités et potentialités propres des SPSTI, considéré comme un aiguillon à la créativité.

[49] La méthode qui s'est déployée globalement pendant la 2e vague de contrats consiste à rassembler les partenaires avant le lancement d'une action, si possible partagée entre plusieurs SPSTI, pour définir les objectifs poursuivis en commun, puis construire des outils et prendre les contacts nécessaires au succès de l'action (par exemple rapprochement avec la branche concernée ou information de toutes les entreprises dans le champ concerné). Au terme du déploiement de l'action, sont prévues une analyse collective de ses résultats et une information de la branche et des entreprises. Suivent ensuite des phases de retour sur le terrain pour mesurer les évolutions de la prévention et enfin une évaluation.

[50] Cette approche centrée sur la démultiplication des enseignements de quelques CPOM proches n'interdit pas un équilibre avec un minimum de standardisation. D'où un effort de définition d'indicateurs communs, concrets et réalistes, par exemple pour la PDP. Pour cette priorité régionale, une approche commune à tous les SPSTI est retenue et des indicateurs communs mis en place de façon à pouvoir consolider les résultats régionaux. La volonté commune de déployer l'outil de repérage précoce des risques de décrochage professionnels conçu par un SPSTI a ainsi induit un indicateur de déploiement du questionnaire lors de la visite des 45 ans. Pour les actions de prévention, une même logique de construction préside à la définition d'indicateurs et de cibles, mais ils sont plus rarement semblables puisque les actions retenues diffèrent.

[51] Pour la 2e génération de CPOM, un accord a été trouvé sur la nécessité de concilier des objectifs communs à tous les SPSTI, avec une capacité de consolidation de résultats, et un ou des objectifs lié(s) à leur capacité d'agir propre.

### 3.3 Bonnes pratiques régionales à retenir

- **L'appel à projets régional « Innovation »**

[52] Afin de pallier l'absence de moyens dédiés au soutien des CPOM souvent soulignée par les SPSTI, la DREETS a lancé un appel à projets pour accompagner la prorogation des CPOM V2 au-delà de 2022 (montant forfaitaire identique pour chaque SPSTI) et pour accorder, dans le cadre des avenants de prorogation, un appui financier (maximum de 10 000 euros) aux actions innovantes de prévention et d'amélioration de la santé des SPSTI. Ces actions devaient venir s'ajouter aux deux actions obligatoires des CPOM V2. L'objectif était d'encourager des approches novatrices ou expérimentales, susceptibles d'être ensuite partagées au niveau de la région, ou au-delà. Cette démarche s'inscrit dans la volonté de la DGT d'utilisation des crédits du plan de relance pour accompagner la réforme de la santé au travail.

[53] Six SPSTI ont répondu à l'appel à projets. Les actions retenues figureront dans l'avenant 2022-2023 au CPOM V2 en cours de signature.

[54] Cette approche expérimentale, dont il n'est pas encore possible de tirer les enseignements, apportera des éléments d'appréciation sur la faisabilité et la pertinence de l'apport de moyens des DREETS au processus de contractualisation ; le succès mitigé de l'appel à projets peut indiquer que la question des moyens n'apparaît pas un enjeu central. Cette démarche pose cependant des questions qui excèdent le champ de la région Grand Est.

- **Implication des acteurs de terrain, notamment l'inspection du travail**

[55] La stratégie d'implication des échelons territoriaux des DDETS (RUC) et des CARSAT paraît un élément particulièrement intéressant de l'approche de la région Grand Est. Si la qualité de la coopération entre SPSTI, contrôleurs CARSAT et inspecteurs du travail est souvent présentée comme le socle d'une démarche partenariale officialisée par le CPOM, cette dynamique territoriale n'est pas

toujours conceptualisée ni animée par le niveau régional. En région Grand Est, il s'agit d'une approche promue et animée par le médecin inspecteur de la DREETS. Bien qu'elle bute parfois sur le manque de disponibilité des acteurs locaux et n'ait pu être ni systématisée, ni strictement tenue dans la durée, elle est généralement considérée par les SPSTI concernés comme un véritable atout de la contractualisation, en favorisant décloisonnement et articulations concrètes sur le terrain. La capacité de la DREETS à impliquer les acteurs territoriaux de l'inspection du travail, et les échanges-articulations qui en découlent, constituent un axe de valorisation de la place de ce signataire des CPOM.

## 4 Tableau d'analyse détaillée de la documentation régionale

Tableau 2 : Caractéristiques des services rencontrés en région Grand Est signataires d'un CPOM, et analyse du contenu des CPOM au regard des projets de service et du PRST

Données générales sur les services				
	ALSMT	APST68	AST08	ASTME
<b>Nombre de salariés couverts (données DREETS 2022)</b>	130 295	76 942	59 902	44 358
<b>Nombre d'entreprises adhérentes (données DREETS 2022)</b>	12 221	5 849	5 124	2 978
<b>Périmètre géographique</b>	Départemental	Partie du département	Départemental	Moselle Est
<b>Principaux secteurs professionnels couverts</b>	Interprofessionnel (notamment commerce et garages, industrie manufacturière, santé-social, services administratifs, autres services) sauf agriculture et BTP	Interprofessionnel sauf agriculture	Interprofessionnel (notamment industrie manufacturière, construction, commerce et garages, santé-social, administration publique, services) sauf agriculture	Interprofessionnel (notamment industrie manufacturière, commerce et garages, santé et social, administration publique, transports et services) sauf agriculture et BTP

CPOM V1					
	Données régionales	ALSMT	APST68	AST08	ASTME
<b>Période de la contractualisation / date de signature et durée du CPOM</b>	1ère vague 2013-2019, démarrage et format différents selon les 3 anciennes régions. NB les deux 1ers CPOM nationaux sont 2 CPOM lorrains expérimentaux en 2012-2013	CPOM V1 janvier 2015-2019	Pas de CPOM V1	CPOM V1 2013-2018	CPOM V1 janvier 2015-2019
<b>Description du processus d'élaboration partenarial</b>	La région Grand Est fusionne 3 anciennes régions dont le positionnement a été très différent pour la 1ère vague de contractualisation. Un démarrage global précoce en Champagne-Ardenne, une expérimentation puis généralisation en Lorraine, pas de contractualisation en Alsace.	Non connu	-----	Non connu	Non connu
<b>Structuration et choix des actions régionales prioritaires/spécifiques : - proposées aux SPSTI - retenues pour le CPOM par les SPSTI.</b>	Contenu hétérogène en V1. En Lorraine, suite au bilan de l'expérimentation, CPOM en 4 actions : deux actions en prévention, une action sur le maintien d'emploi et la PDP, une action consacrée à la veille en santé au travail. En ex-Champagne : reprise dans le CPOM d'actions du PPS.	4 actions du CPOM V1 : RPS et TMS dans les EHPAD, CMR (fumées de soudage), PDP, veille sanitaire.	-----	5 fiches projets priorisant certaines actions du PPS en fonction du PRST : amélioration de la connaissance des expositions professionnelles, suivi et réduction du risque chimique, prévention des TMS, prévention des RPS, action en direction des TPE, PDP.	3 actions CPOM V1 : sous-traitance en milieu industriel ; PDP du fait des TMS de l'épaule ; veille sanitaire.

Projets de service 1 <sup>ère</sup> période				
	ALSMT	APST68	AST08	ASTME
<b>Présentation succincte du contenu des projets de service</b>	<p><b>Projet de service 2014-2018</b></p> <p>6 axes :</p> <p>Poursuivre un suivi en santé au travail de qualité, développer le conseil en prévention auprès des entreprises et des travailleurs, renforcer l'effort de communication en direction des entreprises et des travailleurs, améliorer la capacité de l'ALSMT en matière de diagnostic territorial en santé au travail, adapter l'organisation de l'ALSMT aux nouveaux enjeux et missions des SST, travailler en réseaux et s'impliquer dans des partenariats actifs</p>	PPS non analysé en l'absence de CPOM V1	<p><b>Projet de service 2013-2018</b> (prise en compte PRST2 et dynamique régionale des SPSTI Ch-A)</p> <p>4 Axes : améliorer l'organisation interne, mieux connaître les adhérents, améliorer la communication et la connaissance d'AST, renforcer certaines de nos missions.</p> <p>Mention dans les fiches-actions des plans/programmes nationaux ou régionaux associés.</p>	<p><b>PPS 2013-2019</b> (<i>comme dans bcp de PPS 1, enjeu fort d'harmonisation de pratiques</i>)</p> <p>Thématiques : sous-traitance interne ; risque CMR dans la filière bois ; TMS et désinsertion soc et pro ; RPS dans les entr + 50 ; veille sanitaire.</p>
<b>Recouplements projet de service et CPOM V1</b>	Des axes du projet de service 2014-2018 repris dans CPOM V1 (fiche 1 ME-PDP, volet Fumées de soudage de la fiche 2 « <i>Mieux prévenir le Risque Chimique par une démarche structurée du service</i> » fiches 3 et 4 RPS et TMS dans le secteur médico-social)	-----	<p>Large reprise dans CPOM V1 des éléments descriptifs du PPS.</p> <p>Plusieurs fiches PPS reprises (TMS, RPS, CMR, PDP) <u>mais complétées</u> d'obj dans CPOM V1 (ex. CMR ou PDP, le plus souvent en lien avec des coopérations précisées avec la CARSAT). Ajouts d'actions plus « CARSAT » dans CPOM.</p>	Axes CPOM V1 correspondant strictement à 3 fiches action du PPS 1

Suivi des CPOM V1					
	Données régionales	ALSMT	APST68	AST08	ASTME
<b>Organisation du suivi régional</b>	<p><b>Lorraine</b> : suivi semestriel tripartite (avec référents régionaux thématiques DREETS - CARSAT) des actions de prévention pour SPSTI signataires, en impliquant dans la mesure du possible les acteurs territoriaux de l'inspection et de la CARSAT. Réunion annuelle Médecin inspecteur régional avec CMT.</p> <p>Réunions régionales.</p> <p><b>Champagne-Ardenne</b> : réunions régionales en 2014 et 2017.</p>				
<b>Existence d'indicateurs (moyens-résultats) et tableaux de bord</b>	<p><b>Lorraine</b> : Définition d'indicateurs de suivi et de résultats pour l'ensemble des actions des CPOM. Fixation de cibles pour certains d'entre eux.</p> <p>Indicateurs communs pour ME-PDP et veille sanitaire.</p> <p>Indicateurs personnalisés mais construits de la même façon pour partie capitalisable pour les objectifs de prévention.</p> <p>Cibles ajustées selon les possibilités du SPSTI.</p> <p><b>Ch-Ardenne</b> : quelques indicateurs, essentiellement de suivi mais aussi ponctuellement de résultats.</p>	Objectifs de suivi et de résultats et définition de cibles pour certains d'entre eux (ex visites et FE pour 100% des EHPAD et entreprises concernées par fumée de soudage ; et suivi à 2 ans pour 80 % établissements).	-----	Essentiellement des indicateurs de moyens en V1 mais qques indicateurs de résultats (ex. salariés soustraits au risque CMR)	Objectifs de suivi et de résultats et définition de cibles pour certains d'entre eux (ex. participation de la moitié des médecins du travail à EVREST).
<b>Existence d'un bilan régional ou interne au service - nature de ce bilan</b>	En 2018, pour préparer le CPOM V2 de la région Grand Est, réalisation d'un bilan reposant à la fois sur les enseignements de l'expérimentation des deux premiers contrats lorrains, une thèse de médecine du travail appuyée sur cette expérimentation et préparatoire à la généralisation des CPOM en Lorraine, et un bilan de la première vague de contrats dans les 3 régions antérieures. <p>Présentation en GPRO du CROCT.</p>	Bilan en 2018	-----	Bilan en 2018	Bilan en 2018

CPOM V2					
	Données régionales	ALSMT	APST68	AST08	ASTME
<b>Période de la contractualisation / date de signature et durée du CPOM V2</b>	<b>CPOM V2</b> 14 signatures juin 2020-2021 pour 18 mois ; CPOM en cours de prorogation (2022-2023) avec éventuel avenant lié à l'AAP Innovation. Alsace-Moselle : négociation globalement reportée à 2022.	CPOM V2 juin 2020-2021, prorogé par avenant 2022	CPOM V2 juin 2020-2021, prorogé par avenant 2022. Seul SPSTI alsacien engagé dans un CPOM	CPOM V2 juin 2020-2021, prorogé par avenant 2022	CPOM V2 en cours de signature
<b>Description du processus d'élaboration partenarial</b>	<p>Suite à un bilan des CPOM V1 très hétérogène  <b>Un processus unique a été engagé pour la V2</b> dont le déploiement temporel a néanmoins été conditionné par l'historique de la V1.</p> <p>Pour V2 2020-2022 : La direction de chaque SSTI a été contactée afin d'organiser une rencontre avec au minimum un membre de chaque équipe métier.</p> <p>A partir des actions retenues collectivement, la DREETS a rédigé les fiches actions (format commun) qui ont été envoyées aux SSTI et à la CARSAT concernés pour modifications.</p> <p>Indicateurs communs afin de permettre un bilan des actions au niveau régional mais les engagements de chacun des signataires ont été adaptés aux possibilités de chacun.</p> <p>La rédaction du CPOM a été élaborée également par la DREETS (forme identique), Il a été ré-adressé à nouveau à tous pour modifications avant validation.</p> <p>Approbation des CPOM signés par GPRO.</p>	Réunion partenariale 2020	Réunion partenariale 2020	Réunion partenariale 2020	Réunion partenariale 2022 après interruption crise sanitaire
<b>Structuration et choix des actions régionales prioritaires/spécifiques : - proposées aux SPSTI - retenues pour le CPOM par les SPSTI.</b>	<p><b>Pour V2 Grand Est</b>, conformément aux instructions, 2 types d'actions : PDP et un risque prioritaire choisi parmi les risques pointés dans PST-COG.</p> <p>Fiches actions structurées de façon similaire mais avec un contenu différent selon la taille et les moyens notamment humains du SPSTI.</p> <p><b>Liens avec le PRST</b> : Renforcement du rôle des SST = 5<sup>e</sup> axe du PRST 2 lorrain</p>	CPOM V2 : PDP et prévention du risque chimique et des TMS dans le secteur de la prothésie ongulaire	CPOM V2 : PDP et prévention du risque chimique dans les garages, en référence au PRST 3. NB suite à la participation de APST 68 à l'AAP innovation de 2022, l'avenant 2022 inclut des actions	CPOM V2 : maintien en emploi et PDP ; Prévention de l'exposition aux fluides de coupe dans la métallurgie	CPOM V2 : PDP et prévention des pratiques addictives pour les agents des postes de sécurité

RAPPORT IGAS N°2022-043R (ANNEXES)

	<p>Les fiches action des CPOM V2 renvoient aux différentes actions du PRST3 Grand Est 2016-2020</p> <p>NB référence également au PRS (priorisant certains axes du PRST 3 ) et au PRSE dans les éléments de contexte.</p>		<p>innovantes supplémentaires : identification des risques potentiels d'exposition au CO2 dans les brasseries ; déploiement d'un CLUEDO Prev' pour sensibilisation à la prévention des risques.</p>	
--	--	--	---	--

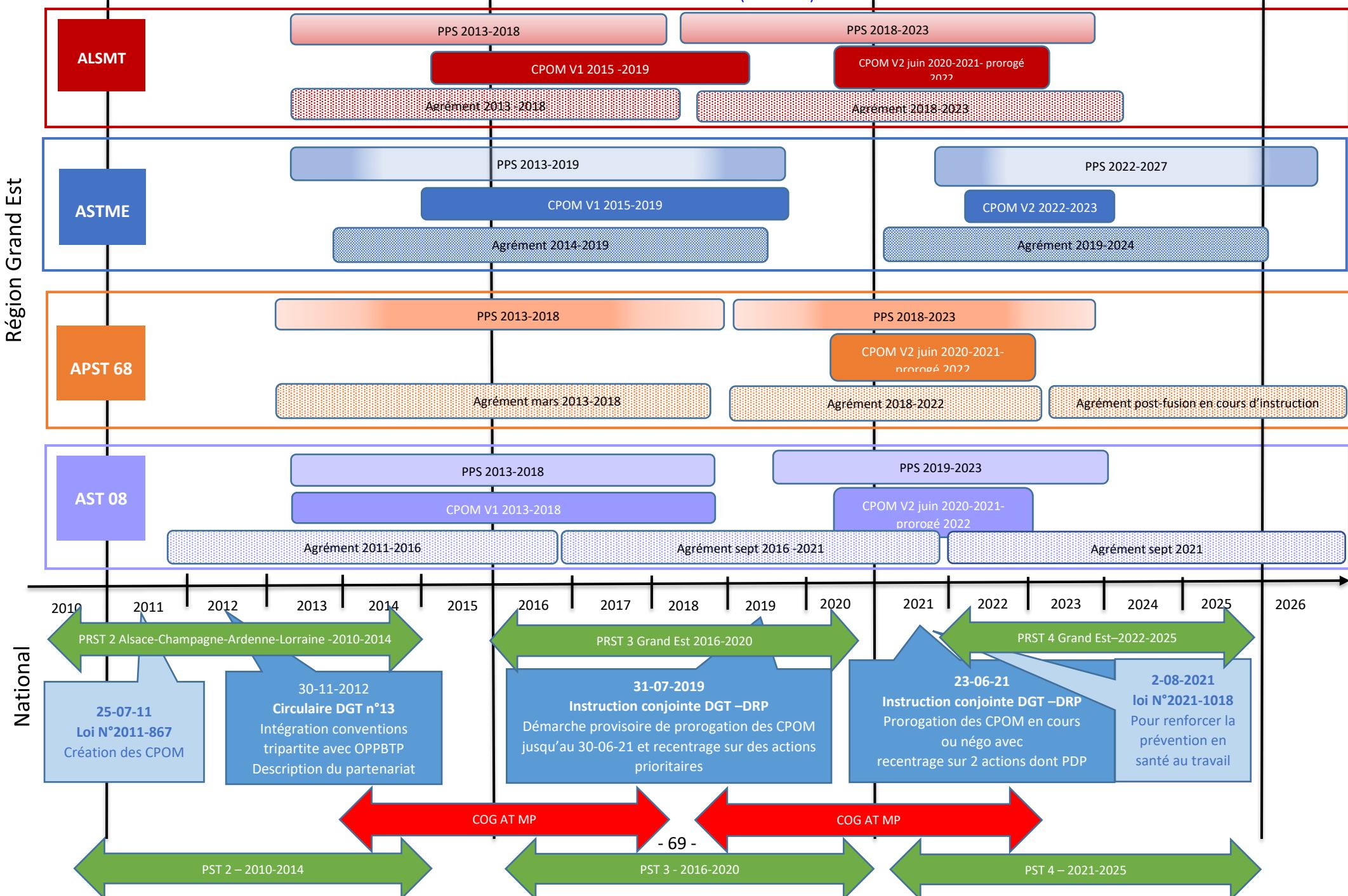
Projets de service 2 <sup>e</sup> période				
	ALSMT	APST68	AST08	ASTME
<b>Présentation succincte du contenu des projets de service</b>	<p><b>Projet de service 2018-2023</b><sup>66</sup>. 7 fiches action.</p> <p>Notamment Fiche 1 Maintien en emploi (A noter l'action visant à une stratégie spécifique pour le maintien dans l'emploi des salariés de plus de 45 ans dans les PME, qui a conduit à l'élaboration d'une méthode mise en partage avec les autres SPSTI par l'avenant de 2022 aux CPOM V2.)</p> <p>Fiche 2 Prévention du risque CMR</p> <p>Fiche 3 appui au management pour prévention RPS...</p> <p>Pas de renvoi explicite au PRST.</p>	<p><b>Projet de service 2017-2022</b></p> <p>5 axes : Optimiser le service des adhérents, Renforcer les actions pluridisciplinaires, Faire évoluer le suivi médico-professionnel, Optimiser le fonctionnement du Service, G.P.E.C. et Moyens.</p> <p>Références ponctuelles au PRST 2</p>	<p><b>Projet de service 2019-2023</b></p> <p>diagnostic territorial basé sur les données CARSAT NE</p> <p>4 Axes : amélioration de l'organisation interne, renforcement de certaines missions, renforcer nos partenariats.</p> <p>Référence générale aux objectifs du PRST3 puis précision dans les différentes fiches projets de l'articulation avec les plans/programmes régionaux (PRST) ou nationaux (programmes COG).</p>	<p><b>PPS 2022-2027</b> 5 actions : la réalité virtuelle au service de la PRP dans la gde distribution (action inter SPSTI et CARSAT AM) prévention des pratiques addictives pour les agents des postes de sécurité ; PDP ; veille sanitaire ; renforcement des capacités collectives SPSTI.</p> <p>Références au PST 4 et aux outils du PRST3</p>
<b>Recouplements projet de service et CPOM</b>	<p>Fiche 1 stratégie de PDP pour les +45 ans dans PME, action du CPOM V2 ; Prothésie ongulaire, une action de la fiche 2 CMR reprise dans le CPOM (choix partenarial dès 2018 dans le prolongement de la coopération positive générée par le CPOM V1 sur l'axe CMR-Fumée de soudage),</p> <p>A noter : fiche 6 veille sanitaire et axe Veille du CPOM V1</p>	<p>Le PPS 2 mentionne le CPOM V2 comme objectif et axe de la fiche action « CMR et risques émergents » (axe 2). Comme résultat de la fiche action « ME-PDP ».</p>	<p>Action CMR du CPOM V2 = 1 partie de la fiche projet VI (axe 2) « <i>risques dans le secteur de la métallurgie</i> » plus large (TMS) ; pas de fiche ME-PDP dans PPS2 – acquis importants du PPS 1 et action socle de AST 08</p> <p>NB coopération avec la CARSAT autour de TMS pro = action de l'axe 3 mais hors CPOM. En lien avec le <u>partenariat actif antérieur aux CPOM</u>.</p>	<p>Le CPOM V2 en cours de finalisation devrait intégrer outre la thématique PDP la prévention des pratiques addictives pour les agents des postes de sécurité</p>

<sup>66</sup> La mission ne disposait que des fiches action.

Suivi des CPOM V2					
	Données régionales	ALSMT	APST68	AST08	ASTME
<b>Organisation du suivi régional /ou interne</b>	Un suivi des actions par les trois signataires de chaque CPOM était programmé au cours de deux rendez-vous, l'un en fin d'année 2020 et le second en juin 2021.	Des référents actions CPOM.	Suivi au sein des groupes pilotes thématiques PPS-CPOM. Groupe projet pour l'action Garages.5 réunions 2020-2021. Communication en CMT.	Des référents actions CPOM.	-----
<b>Existence d'indicateurs et tableaux de bord</b>	Réunion du GPRO 2021 : « « <i>Les indicateurs qui sont inclus dans les CPOM V2 ont été élaborés avec les CARSAT afin qu'ils soient réalistes et pertinents (...) Des outils seront à créer sur les différentes étapes des CPOM qui permettront de faciliter la tenue des indicateurs.</i> » Les indicateurs sont communs (mais les objectifs adaptés) à tous les SPSTI afin de permettre un bilan des actions au niveau régional. Pour l'action PDP, enrichissement des indicateurs de moyens et résultats de 2020 lors de l'avenant 2022 en lien avec le déploiement collectif d'une fiche de repérage précoce des signes de désadaptation professionnelle. Création prévue d'un support harmonisé de recueil d'informations.	Indicateurs de résultats ME-PDP commun avec autres SPSTI Indicateurs de moyens et de résultats pour l'action Prévention.	Indicateurs de résultats ME-PDP commun avec autres SPSTI Indicateurs de résultats pour l'action Prévention.	Indicateurs de résultats ME-PDP commun avec autres SPSTI Indicateurs de résultats pour l'action Prévention.	-----
<b>Existence d'un bilan régional / par le service</b>	Engagement DREETS d'un bilan régional permettant la mise en visibilité des actions des SPSTI. Réunion régionale des SPSTI signataires en octobre 2021 pour un bilan de l'avancée de leur CPOM	Journée régionale d'octobre 2021 : Présentation de l'action ME-PDP et de l'outil de repérage précoce qui sera ensuite déployé par les autres SPSTI (avenant 2022 aux CPOM). Présentation du Bilan de l'action Prothésie ongulaire - résultats et perspectives.	Rapport de bilan du CPOM V2 (juin 21). Atteinte annoncée de 6/7 engagements de l'action Garages.	Présentation de l'action CMR-Fluides de coupe lors de la journée régionale d'octobre 2021. Action non achevée.	-----

Enseignements					
	Données régionales	ALSMT	APST68	AST08	ASTME
	<p>Un véritable 2<sup>e</sup> CPOM distinct du CPOM V1 et prorogé par avenant en 2022. Format similaire à V1 mais diagnostic régional plus nourri (données DIRECCTE et CARSAT). Moins d'objectifs conformément aux instructions.</p> <p>Une attention renforcée à la définition du rôle concret des différents partenaires.</p>	<p>Les effets positifs du partenariat renforcé par la contractualisation a créé une dynamique génératrice de projets communs (ex. prothésie ongulaire). Les outils PDP du SPSTI ont permis une capitalisation régionale.</p>	<p>Une implication plus tardive mais active dans la contractualisation ; intérêt pour l'aiguillon constitué par l'AAP innovation pour encourager des actions novatrices.</p>	<p>Une pratique usuelle de positionner le projet de service au regard des plans et programmes régionaux et nationaux.</p> <p>Une dynamique partenariale et porteuse avec la CARSAT en partie antérieure et extrinsèque au CPOM.</p>	<p>Pour ce SPSTI de plus petite taille, un exemple intéressant de la nécessité d'interactions relatives au projet de service en amont et parallèlement à l'élaboration du CPOM.</p>

RAPPORT IGAS N°2022-043R (ANNEXES)





# ANNEXE 4 : Focale sur la contractualisation en région Hauts de France

## 1 Contexte

[1] En 2022, 16 services de prévention et santé au travail interentreprises (SPSTI) interviennent sur le territoire de la région des Hauts de France. Ce panorama est identique à celui de 2016 dans les départements du Nord et du Pas de Calais. En Picardie, un service situé dans l'Oise (SMTVO), et deux services de l'Aisne (MTA et SISAT) ont fusionné en septembre 2021 pour donner naissance à PRESOA.

[2] Les services de la région sont interprofessionnels à l'exception de trois d'entre eux spécialisés dans le secteur bancaire pour le SSTIB et dans le domaine du bâtiment et des travaux publics pour le SMI BTP et le GAS BTP. Ces services sont de tailles très différentes, couvrant de 7 000 (SSTIB) à près de 500 000 salariés (PST). Quatre services suivent plus de 100 000 salariés, dont un près de 500 000<sup>67</sup>. Ces services sont, sauf exception, en situation monopolistique sur leur territoire, dans leur champ de compétence.

[3] Seuls cinq des 16 SPSTI de la région ont signé, entre 2014 et 2019, un contrat pluriannuel d'objectifs et de gestion (CPOM) de 1ère génération avec la DIRECCTE<sup>68</sup> (devenue DREETS le 1er avril 2021) et la CARSAT. A une exception près (le service de Santé au Travail Sambres Avesnois qui a signé en 2019), ces CPOM sont tous éteints. Aucun service n'a signé de CPOM de seconde génération.

[4] Le tableau 1 et la carte 1 détaillent les principales caractéristiques de ces services ainsi que leur situation vis à vis de la contractualisation.

Tableau 1 : Caractéristiques des SPSTI intervenants dans les Hauts de France

SPSTI		Compétence professionnelle	Nombre de salariés suivis	Nombre d'entreprises adhérentes	CPOM date de signature et échéance
AISMT	Association Interprofessionnelle des services médicaux du travail	Interprofessionnelle	35 000	3 500	Aucun CPOM signé
AISTV	Association Inter-entreprises pour la santé au Travail du Vimeu	Interprofessionnelle	Donnée non disponible	Donnée non disponible	Aucun CPOM signé
ASMIS	Association pour les services médicaux interentreprises du Département de la Somme	Interprofessionnelle	128 000	8 388	Aucun CPOM signé
AST*	Action Santé Travail	Interprofessionnelle	235 000	15 000	Aucun CPOM signé

<sup>67</sup> La mission n'a pu obtenir de données précises pour deux services qui sont de taille modeste

<sup>68</sup> Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi, remplacée depuis le 1<sup>er</sup> avril 2021 par la DREETS

ASTAV	Association de Santé au travail de l'arrondissement de Valenciennes	Interprofessionnelle	75 000	5 700	Aucun CPOM signé
ASTIL	Association Santé au travail Interentreprises du Littoral 62	Interprofessionnelle	96 000	8 266	Aucun CPOM signé
CEDEST	Centre pour le développement santé au travail	Interprofessionnelle	52 400	3 901	Aucun CPOM signé
GAS BTP**	<i>Groupement d'Action Sociale pour le Bâtiment et des travaux publics de la région du Nord Est</i>	<i>Secteur du bâtiment et travaux publics</i>	<i>Donnée non disponible</i>	<i>Donnée non disponible</i>	<i>Aucun CPOM signé</i>
MEDISIS	Médecine du travail Interprofessionnelle Service Interentreprises de Santé au Travail	Interprofessionnelle	95 000	7 235	Aucun CPOM signé
PRESOA***	Prévention santé au travail	Interprofessionnelle	146 448		Aucun CPOM signé
PST	POLE SANTE TRAVAIL Métropole Nord	Interprofessionnelle	480 000	32 000	01/04/2015 - 2020
SIMUP	Service Interprofessionnel de Médecine du travail des Unions patronales d'Halluin, de Comines et de Wervicq	Interprofessionnelle	15 300	767	20/06/2014 2019
SMIBTP	Services Médicaux Interentreprises du Bâtiment et des travaux publics de l'Oise	Secteur du bâtiment et travaux publics	15 340	1 902	15/12/2015 2020
SMIN	Service Médical Inter-Entreprises de Santé au Travail de Noyon et de la région	Interprofessionnelle	10 000	800	Aucun CPOM signé
SSTIB	Service de Santé au Travail Inter Banques de Lille	Secteur bancaire	7 332	Donnée non disponible	06/10/2015 2020
STSA	Santé au Travail Sambres Avesnois	Interprofessionnelle	30 000	3 000	31/01/2019 2024

\*fond grisé : SPSTI rencontrés par la mission

\*\*Service professionnel du BTP de la région Nord Est ayant une compétence géographique dans l'Aisne

\*\*\*Service né de la fusion des SPSTI SMTVO, MTA et SISAT en septembre 2021 (services non signataires de CPOM)

Source : CARSAT des Hauts de France – données retraitées par la mission

Carte 1 : Compétence géographique des SPSTI de la région des Hauts de France



Source : *Présanse Hauts de France –Données complétées par la mission*

[5] La mission a mené des entretiens physiques complétés par des visioconférences, en l'absence de possibilités de rendez-vous présentiels. Elle s'est ainsi déplacée à Beauvais le 28 juin et à Lille les 12 et 13 juillet 2022. Lors de ces déplacements dans les Hauts de France ou en visioconférence, la mission a pu s'entretenir avec les services de la DREETS (adjointe au responsable du pôle politique du travail, en charge de la santé et la sécurité au travail, accompagnée d'un médecin inspecteur du travail), de la CARSAT (directeur accompagné du responsable du service social et de l'ingénieur conseil régional) ainsi que des représentants du CROCT (vice-président représentant les salariés, vice-président représentant le patronat accompagné d'un membre du MEDEF). La mission a également rencontré dans leurs locaux les équipes de trois SPSTI signataires d'un CPOM : le Pôle santé au travail (PST), le Service Interprofessionnel de Médecine du travail des Unions patronales d'Halluin, de Comines et de Wervicq (SIMUP) et les Services Médicaux Interentreprises du Bâtiment et des travaux publics de l'Oise (SMIBTP). En complément, la mission s'est entretenue en visioconférence avec les équipes du SPSTI « Action Santé Travail » (AST). Ce dernier service n'a pas signé de CPOM.

[6] L'analyse réalisée par la mission repose sur l'exploitation des entretiens et de la documentation transmise par les différents acteurs rencontrés.

## 2 Principales caractéristiques de la démarche de contractualisation régionale

[7] Dans les suites du décret de 2012 réorganisant la médecine du travail<sup>69</sup>, la démarche de contractualisation s'est déployée indépendamment dans les régions Nord Pas de Calais et Picardie. En

<sup>69</sup> Décret n° 2012-135 du 30 janvier 2012 relatif à l'organisation de la médecine du travail

effet, la création de la région des Hauts de France, union de ces deux régions, n'a été effective qu'en 2016, en application de la loi Notre<sup>70</sup>.

## 2.1 Des dynamiques de contractualisation contrastées mais des CPOM conjuguant priorités régionales et projet de service dans les deux ex régions

### 2.1.1 Une contractualisation mise en œuvre très partiellement en région Picardie du fait d'un manque de maturité des services

[8] En région Picardie, la DIRECCTE a privilégié l'accompagnement à la mise en place des projets pluriannuels de service (PPS) et la mise en œuvre de la pluridisciplinarité, estimant que, à une exception près, les services n'étaient pas suffisamment matures pour une contractualisation et qu'un temps d'appropriation des évolutions portées par le décret sus visé était nécessaire avant toute signature de CPOM.

[9] Cependant, le comité technique organisationnel (COTEC), mis en place dans le cadre du PRST2, piloté par la DIRECCTE et composé des représentants des professionnels des services de santé au travail, de représentants des partenaires sociaux, de la MSA et de la CARSAT a, sur la base d'un diagnostic territorial, défini des axes prioritaires communs à tous les CPOM. Le comité régional de prévention des risques professionnels (CRPRP) a validé ces orientations.

[10] Le COTEC a ainsi déterminé quatre axes prioritaires :

- Favoriser la réalisation de l'évaluation des risques par les entreprises et apporter un appui par l'élaboration des fiches d'entreprise,
- Réduire l'exposition des salariés aux risques notamment les troubles musculo squelettiques (TMS), les risques chimiques et les risques psycho sociaux,
- Prévenir de la désinsertion professionnelle,
- Santé publique et traçabilité des expositions professionnelles.

[11] Un service de cette région, spécialisé dans le BTP, (SMIBTP), après 2 ans d'accompagnement et de travaux conjoints, a signé le 15 décembre 2015 un CPOM de première génération. Le contrat a la particularité d'être signé à la fois par le service et par l'OPPBTP<sup>71</sup>.

### 2.1.2 Une démarche de contractualisation portée conjointement par la DIRECCTE et la CARSAT en Région Nord Pas de Calais

[12] En région Nord Pas de Calais, le contenu de chaque CPOM a été négocié individuellement avec chaque service. Il résultait de la confrontation des priorités régionales avec le projet de service. Pour chaque service, ont été intégrées dans le CPOM, des actions du projet de service entrant dans le champ de l'un des axes régionaux. Ainsi, ces actions sont négociées service par service et sont propres à chaque service signataire. Aucune mutualisation inter services n'a été envisagée.

---

<sup>70</sup> Loi n° 2015-991 du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République

<sup>71</sup> Organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics

[13] L'association Présanse avait souhaité être associée à la préparation de ces contrats. La DIRECTE n'a pas donné suite, estimant que le cadre proposé par Présanse s'éloignait de l'esprit de la loi quant à la finalité des CPOM.

[14] Cette démarche consensuelle a fait l'objet d'une présentation par la DIRECCTE aux SPSTI en 2014. Cependant, un seul service a signé un CPOM cette même année (SIMUP), rejoint par deux autres en 2015 (PST et STIB). Le STSA a signé un CPOM plus tardivement, en janvier 2019 à l'issue de plusieurs années de travaux préparatoires. De ce fait, ce CPOM a été conçu à partir du diagnostic établi en 2014 et selon la méthode appliquée en Nord Pas de Calais. Il se singularise par des ambitions limitées (deux fiches actions).

## 2.2 La création de la grande région des Hauts de France et les restructurations des services de l'état ont mis un coup de frein à la dynamique de contractualisation

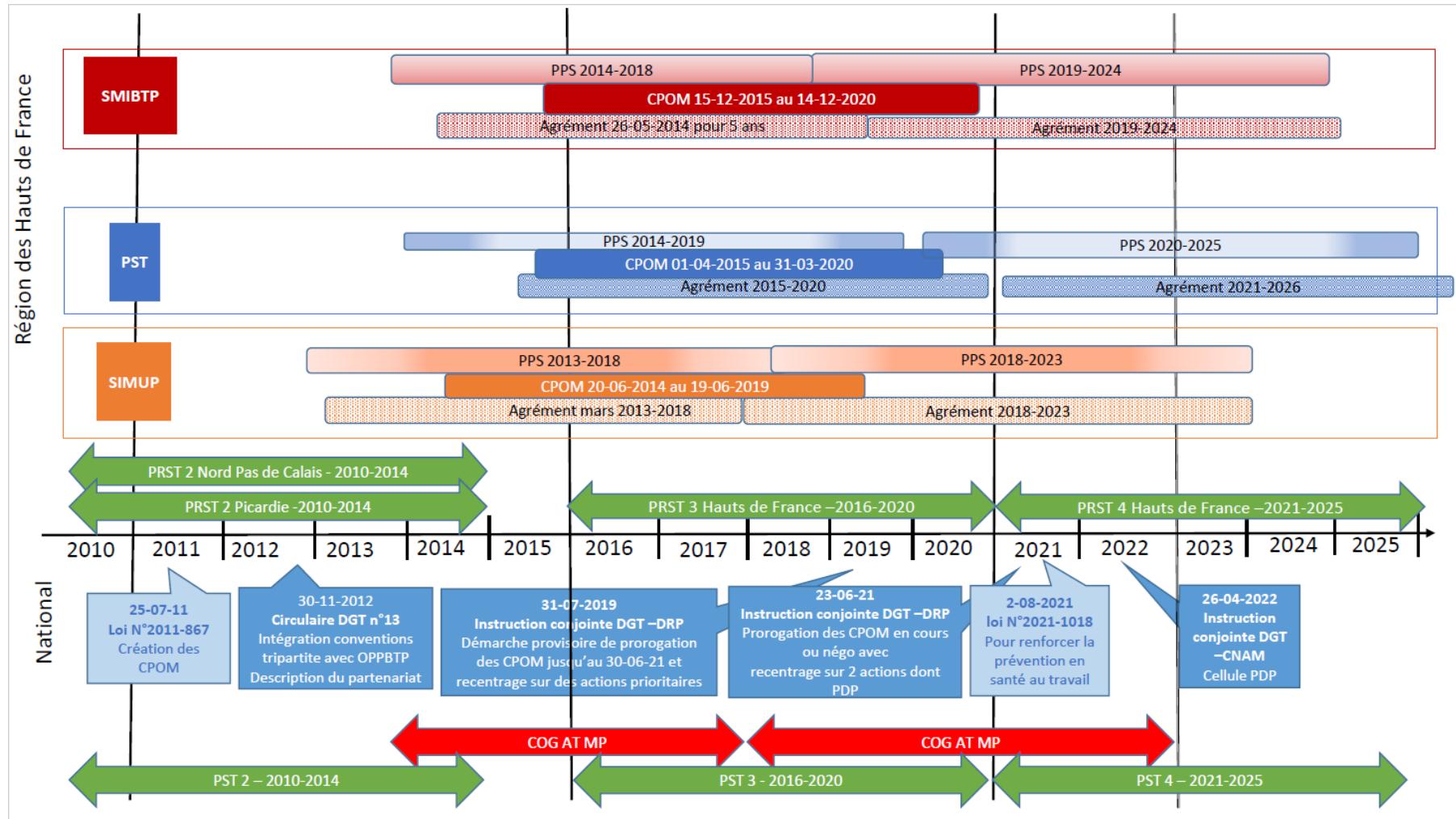
[15] La restructuration des services de l'état en 2016 (fusion des deux DIRECCTES et transformation de la DIRECCTE en DREETS) et l'ouverture par la nouvelle direction d'un important chantier d'harmonisation des règles entre les deux ex régions d'une part et les difficultés de certains SPSTI à intégrer les évolutions de leur organisation prévues par le décret de 2012 d'autre part ainsi que le remplacement en 2015 des CRPRP par des Conseils d'Orientation Régionaux des Conditions de Travail (CROCTS)<sup>72</sup> puis la crise sanitaire de 2019 expliquent, selon la DREETS, le faible nombre de signataires. Un gros service non signataire a confirmé cette hypothèse, la crise sanitaire ayant interrompu le processus de signature engagé. Un service a insisté par ailleurs sur la nécessité de renforcer le pilotage régional et de formaliser le processus de conception, de suivi et d'évaluation des CPOM afin de garantir la pérennité de la contractualisation.

[16] Ces CPOM, d'une durée de cinq ans, sont arrivés à leur terme en 2019 pour l'un et en 2020 pour trois autres. Seul le CPOM du STSA est en vigueur à ce jour. Ces cinq services signataires sont de taille variable, assurant le suivi de 7 300 à 480 000 salariés. Deux d'entre eux sont des services sectoriels (secteurs BTP et bancaire). Le tableau 2, en fin d'annexe, précise le contexte de la contractualisation et le contenu du CPOM pour les trois services signataires rencontrés par la mission. Le schéma suivant permet une vision chronologique des jalons juridiques et administratifs, nationaux et régionaux, des services signataires de CPOM rencontrés par la mission.

---

<sup>72</sup> Loi n° 2015-994 du 17 août 2015 relative au dialogue social et à l'emploi

Schéma 1 : Frise chronologique de la situation des 3 SPSTI de la région Hauts de France ayant signé un CPOM rencontrés par la mission



## 2.3 Une évaluation des CPOM qui fait défaut

[17] Le suivi et l'évaluation des CPOM sont prévus dans le texte de tous les contrats. En ex région Nord Pas de Calais, certains CPOM (PST, STSA) prévoient un suivi individuel de chaque action par un comité de suivi annuel, le bilan global du CPOM étant réalisé par un comité de pilotage. D'autres CPOM (SSTIB, SIMUP) envisagent un ou des bilans intermédiaires et un bilan final sans en préciser les modalités. Le CPOM conclu en Picardie avec le SMIBTP prévoit un suivi annuel par un comité de pilotage composé des 3 signataires et un suivi opérationnel au moins annuel de chaque programme d'actions.

[18] Le nombre important d'actions retenues dans chaque CPOM, l'hétérogénéité des objectifs opérationnels et des indicateurs n'ont pas permis à la DREETS Hauts de France et à la CARSAT de consolider un bilan de cette première vague de contractualisation. De leur côté, certains services ont indiqué à la mission ne pas avoir été en capacité de mener l'ensemble des actions prévues, le CPOM s'étant révélé trop ambitieux au regard de leurs moyens. D'autres, ne disposant ni de compétences de suivi de projet ni d'outils permettant le recueil en routine des indicateurs, n'ont pu réaliser les bilans tels que prévus dans le CPOM. De ce fait, la DREETS n'a pu fournir à la mission de bilan de cette première vague de contractualisation.

## 2.4 Une attitude attentiste de la DREETS et de la CARSAT qui n'ont pas mis en œuvre de CPOM de seconde génération induisant chez certains acteurs la recherche d'autres voies de contractualisation

[19] Les partenaires n'ont pas souhaité engager une campagne de signatures de CPOM de seconde génération. La DREETS et la CARSAT souhaitaient avoir de la visibilité sur le contenu du PRST4 et de la convention d'objectifs et de gestion de la branche accident du travail – maladie professionnelles (COG AT-MP) de la CNAM avant de définir les axes prioritaires de la nouvelle génération de CPOM.

[20] Cependant, dans le cadre de la préparation du PRST4, à l'instigation du CROCT, des groupes de travail associant pouvoirs publics et représentants des SPSTI volontaires ont été mis en place pour élaborer des fiches actions comportant des indicateurs qui pourraient ébaucher le contenu de futurs CPOM. L'association Présanse<sup>73</sup> a été associée à certains travaux.

[21] En l'absence de CPOM, la CARSAT a poursuivi sa politique de contractualisation bilatérale avec certains services, comme le prévoit l'article L422-6 du code de la sécurité sociale. Ces contrats portent principalement sur la mise à disposition du laboratoire de la CARSAT. En l'absence de CPOM, la CARSAT a élargi le contenu de certains de ces contrats bilatéraux. Ainsi, une charte, signée en 2020<sup>74</sup> avec un gros service de la région, a pour objet « la mise en œuvre d'actions communes destinées à mieux informer, orienter et accompagner les employeurs et salariés vers les obligations réglementaires, l'ensemble des services offerts par les signataires et les dispositifs spécifiques qu'ils proposent en matière de financement. » Dans ce cadre, les parties prévoient en particulier de développer des actions coordonnées en matière de santé au travail (sur les TMS, le risque chimique, la PDP, les addictions...) et des échanges de données statistiques et de déployer une plate-forme commune destinée à simplifier les démarches des entreprises en matière de santé au travail.

[22] En l'absence de mise en œuvre régionale d'un CPOM de seconde génération, le SMIBTP, service à compétence exclusive BTP signataire d'un CPOM de 1ère génération, a participé aux travaux

<sup>73</sup> Prévention, Santé, Service, Entreprise

<sup>74</sup> D'une durée d'un an reconductible tacitement

d'élaboration du CPOM seconde génération de la région Grand Est, dans une logique de branche. Du fait de la régionalisation du dispositif de contractualisation, ce service n'a pu cependant signer de CPOM.

### **3 Points d'attention à retenir pour l'élaboration d'une nouvelle génération de CPOM**

#### **3.1 Une démarche participative initiée dans les deux ex régions qui a permis de dégager des priorités d'action consensuelles mais qui n'a pas perduré dans la région des hauts de France**

[23] Dès 2013, la DIRECCTE du nord Pas de Calais et la CARSAT du Nord Picardie ont mis en place une démarche participative de construction des CPOM, associant largement les SPSTI. Cette démarche a permis de structurer les actions des CPOM en prenant en compte tout à la fois les priorités nationales déclinées régionalement par le PRST et les réalités locales identifiées par chaque service au travers de son projet de service, ce qui répond aux objectifs d'un CPOM, tels que définis par le code du travail<sup>75</sup>.

[24] L'ex région Picardie s'est concentrée sur l'accompagnement des SPSTI et la DIRECCTE a appuyé les services dans la construction de leur projet de service et dans l'évolution de leur organisation vers la pluridisciplinarité, première étape indispensable pour bâtir une contractualisation de qualité. Seul un service a été in fine en mesure de signer un CPOM avant l'application de la loi Notre, toute fin 2015. En 2016, on peut estimer que les SPSTI de l'ex Picardie étaient en mesure de s'engager dans un CPOM.

[25] Malheureusement la dynamique s'est rapidement essoufflée du fait, selon les acteurs, d'éléments conjoncturels sus cités pour que, in fine, une minorité de services signent un CPOM. Sans nier l'importance des évolutions organisationnelles des services de l'état, il est difficile à la mission d'estimer la part de leur responsabilité dans le peu de signatures de CPOM, et, de ce fait, d'évaluer l'impact qu'aurait pu avoir cette démarche participative sur l'adhésion des services. Il semble par ailleurs que ce partenariat ait du mal à se renouer à l'échelle de la grande région Hauts de France, alors que la réorganisation de la DREETS est stabilisée et la crise sanitaire derrière nous.

#### **3.2 Malgré l'absence de suivi et d'évaluation des CPOM regrettée par les SPSTI, un consensus se dégage sur la nécessité de limiter le nombre d'actions et, à un moindre degré, sur l'intérêt d'un socle régional minimal**

[26] La mission avait envisagé de comparer les différentes modalités de suivi des CPOM prévues en Nord Pas de Calais et en Picardie. Malheureusement, aucun réel suivi n'ayant été effectué, la mission ne peut se prononcer sur leur pertinence respective.

[27] Les services interrogés ont apprécié la démarche participative de conception des premiers CPOM mise en œuvre dans les deux ex régions. L'un d'entre eux explique cette dynamique positive par « une très bonne connaissance du terrain des partenaires qui avaient l'habitude de travailler ensemble ». Mais tous les services rencontrés ont regretté l'absence du suivi et de bilan et insisté sur la nécessité de disposer d'indicateurs « clairs, partagés et faciles à renseigner » voir « d'une feuille de route ».

---

<sup>75</sup> Articles L 4622-10 et D 4622-44 du code du travail

[28] Plusieurs services rencontrés soutiennent l'existence d'un socle régional qui permettrait de consolider des résultats à l'échelle de la région et contribuerait à une meilleure visibilité des actions (« effort à consentir pour dépasser l'image souvent mauvaise qu'ils (ndrl les entreprises) ont de la médecine du travail »), tout en affirmant leur volonté de s'engager dans des actions en adéquation avec les priorités de leur projet de service et, in fine, avec les besoins spécifiques de leurs adhérents.

[29] Deux services, pour illustrer l'intérêt d'une démarche régionale, ont évoqué les actions régionales menées de longue date, sous l'égide du Pr Paul Frimat<sup>76</sup>, par l'ISTNF<sup>77</sup>. En complément de leur participation au réseau régional santé travail maintien dans l'emploi (STME) animé par l'ISTNF<sup>78</sup>, des services nous ont indiqué avoir contractualisé avec cet institut<sup>79</sup> pour mener des programmes régionaux comportant des indicateurs communs à tous les SPSTI sur des thématiques telles que le diabète ou, sur le programme bien être<sup>80</sup> impulsé par le Conseil Régional. La DREETS s'est montrée réservée sur l'intérêt de ces actions déployées hors CPOM, estimant que la coexistence de plusieurs dispositifs poursuivant les mêmes objectifs était source de confusion et d'éparpillement des moyens.

[30] La mission a pu noter que les services signataires rencontrés étaient unanimes sur la nécessité d'un CPOM plus resserré, comportant un nombre d'actions moindre, prenant en compte la faisabilité du recueil des indicateurs de suivi et de résultats : « il faut deux ou trois actions avec des éléments de méthode partagés, des indicateurs et des bilans ». Ainsi, plusieurs des interlocuteurs de la mission ont estimé que l'enjeu du futur CPOM sera de parvenir à conjuguer axes régionaux et priorités des services, tout en réduisant le nombre d'actions.

### **3.3 Un dialogue permanent entre les signataires et des éléments de méthode clarifiés conditions de l'engagement des services dans les CPOM de 3ème génération**

[31] Seule une minorité de services de la région s'est engagée dans des CPOM de première génération. La DREETS et la CARSAT ont choisi de ne pas déployer les CPOM de seconde génération dans l'attente du PRST4 et de la COG. Les initiatives de partenariats alternatifs au CPOM qui sont déployées sur la région sont cependant en faveur de l'intérêt des SPSTI pour une contractualisation ou tout du moins d'actions partenariales.

[32] L'analyse du processus de signature des CPOM dans la région des Hauts de France, montre qu'une coordination forte entre DREETS et CARSAT reste incontournable pour assurer un pilotage efficace du dispositif, de la phase de conception jusqu'à l'évaluation.

[33] L'association des SPSTI dès la phase de conception reste un gage d'engagement des services dans le dispositif. Les pouvoirs publics devront renouer rapidement le dialogue avec les SPSTI de l'ensemble de la région afin d'être en mesure de les associer pleinement à la co-construction d'une troisième version du CPOM. Pour se faire, ils pourront capitaliser sur les partenariats qui ont pu se développer à l'occasion de la préparation du PRST4.

---

<sup>76</sup> Professeur émérite de médecine du travail à l'université de Lille, président de l'Institut de santé au travail du Nord de la France, auteur en 2017 d'un rapport sur l'exposition aux agents chimiques dangereux, mission confiée par le ministre du Travail et la ministre des Solidarités et de la Santé

<sup>77</sup> Institut de santé au travail du nord de la France

<sup>78</sup> Créé en 2006, le STME regroupe des professionnels de santé au travail référents sur cette thématique au sein des services de santé au travail interentreprises, interbanques, de la MSA et des services autonomes de la région Hauts-de-France. Il a pour but de favoriser le maintien en emploi et éviter la désinsertion professionnelle des salariés. Il est reconnu dans le PRST3 et soutenu financièrement par la DREETS et la Région.

<sup>79</sup> La mission n'a pu se procurer ces contrats

<sup>80</sup> Programme à destination des entreprises, en particulier les TPE, visant à accompagner la mise en œuvre d'une démarche de prévention et d'évaluation des risques

[34] Au-delà de la co construction, DREETS et CARSAT devront veiller à faire figurer dans le texte des CPOM les méthodes de suivi et d'évaluation des actions ainsi que les modalités de communication de leur état d'avancement et de leurs résultats aux SPSTI. Une évaluation préalable des moyens à déployer par chaque partenaire évitera le retard de mise en œuvre voire l'abandon d'actions.

[35] Si la plupart des services reconnaît l'intérêt d'un socle d'actions communes, tous souhaitent que les priorités propres à leur territoire et à leurs adhérents soient prises en compte, tout en étant unanimes sur la nécessité de réduire le nombre d'actions afin de tenir compte des moyens disponibles, en particulier médicaux. La préoccupation tenant aux moyens à mobiliser pour cette contractualisation est partagé par les directions et les services concernés de la DREETS et de la CARSAT.

[36] A l'issue des entretiens menés dans cette région et de l'analyse des documents recueillis, la mission estime nécessaire de trouver un juste équilibre entre ces aspirations (socle régional versus priorités du services) et les contraintes des services (diminution du nombre d'actions du fait du déficit en médecins dans les SPSTI), en veillant à la mise à disposition par les services publics de moyens à hauteur de la légitime ambition d'un CPOM de qualité.

Tableau 2 : Caractéristiques des services rencontrés signataires d'un CPOM et analyse du contenu des CPOM au regard des projets de service et du PRST

Données générales			
Région des Hauts de France	POLE SANTE TRAVAIL Métropole Nord <b>PST</b>	Services Médicaux Interentreprises du Bâtiment et des travaux publics de l'Oise <b>SMIBTP</b>	Service Interprofessionnel de Médecine du travail des Unions patronales d'Halluin, de Comines et de Wervicq <b>SIM'UP</b>
Nombre de salariés couverts	498 225 (rapport annuel 2021)	16 294 (au 1-01-18 - PPS)	15 304 (Données 2022 - SIM UP)
Nombre d'entreprises adhérentes	32 078 dont 90 % de moins de 20 salariés (rapport annuel 2021)	2 005 dont 85 % de 1 à 10 salariés (au 1-01-18 - PPS)	767 dont 80 % de 1 à 10 salariés et 10 % de 11 à 20 salariés (Données 2022 - SIM UP)
Périmètre géographique	Métropole lilloise et secteur de St Omer (Pas de Calais)	Département de l'Oise	Secteur Nord Est de la métropole Lilloise
Principaux secteurs professionnels couverts	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Commerces</li> <li>· Construction BTP</li> <li>· Activités spécialisées scientifiques et techniques</li> <li>· Industrie manufacturière</li> <li>· Services administratifs et soutien (dont intérim)</li> <li>· Santé humaine et action sociale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Secteur BTP (84 %)</li> <li>· Travail temporaire</li> </ul>	<p>La moitié des salariés suivis viennent du secteur industriel:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Industrie textile</li> <li>· Métallurgie</li> <li>· BTP</li> <li>· Agroalimentaire</li> <li>· Transport</li> </ul>

CPOM de 1 <sup>ère</sup> génération				
	Données régionales	PST	SMIBTP	SIM'UP
Date de signature et durée du CPOM		01/04/2015 5 ans	15-12-2015 Pour la durée de l'agrément	20-06-2014 5 ans
Description du processus d'élaboration partenarial mis en œuvre dans chacune des ex régions Nord Pas de Calais et Picardie.	<p><b>En région Nord Pas de Calais</b>, les CPOM ont été conçus avec les services, en partant d'un socle régional et en ajoutant ou précisant les actions propres au service. Des fiches actions comportant des éléments de méthode (indicateurs, calendrier, moyens) sont annexées aux CPOM. Les indicateurs d'une même action sont variables d'un CPOM à l'autre, les objectifs s'adaptant au degré d'avancement du SPSTI sur les thématiques retenues et en reprenant, lorsqu'ils existaient, les indicateurs du PPS.</p> <p><b>En région Picardie</b> : Sur la base d'un diagnostic territorial, en lien avec le PRST2, un COTEC piloté par la DIRECCTE et composé des SPSTI, des partenaires sociaux, de la MSA et de la CARSAT a défini des axes prioritaires communs à tous les CPOM, orientations validées par le CRPRP. Le seul CPOM a été construit en partenariat étroit avec le service en prenant en compte le socle commun régional complété par des actions propres au service.</p>			

CPOM de 1 <sup>ère</sup> génération (suite)				
	Données régionales	PST	SMIBTP	SIM'UP
Structuration et choix des actions régionales prioritaires/spécifiques : - proposées aux SPSTI - retenues pour le CPOM par les SPSTI	Dans les deux ex régions, les socles communs régionaux prennent en compte les priorités du PRST2. Il n'est pas fait référence dans les CPOM à la COG AT MP	<p><b>Définition de 4 objectifs partagés déclinées en 9 actions :</b></p> <p><b>Prévention du risque professionnel :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>élaboration des fiches d'entreprise des branches peintres, bois, café restaurants discothèques</li> </ul> <p><b>Réduire l'exposition des salariés aux risques :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>TMS,</li> <li>CMR,</li> <li>Améliorer le suivi des salariés exposés à l'amiante</li> </ul> <p><b>PDP</b></p> <p><b>Assurer la traçabilité des expo prof :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>en participant aux études et enquêtes régionales et nationales :</li> <li>Animer et développer l'observatoire EVREST</li> </ul> <p>Assurer la saisie, la traçabilité et l'expo des fiche de prévention des expositions en développant le portail pénibilité</p>	<p><b>Socle commun régional :</b></p> <p><b>PDP</b></p> <p><b>CMR amiante</b></p> <p><b>Prévention du risque professionnel:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>DUERP/fiches entreprise pour les TPE</li> </ul> <p><b>Actions propres au SMIBTP</b></p> <p><b>TMS</b></p> <p><b>Prévention du risque chimique chez les peintres</b></p>	<p><b>Objectifs communs régionaux :</b></p> <p><b>Prévention du risque professionnel - Evaluation des risques</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Réalisation des fiches entreprise et DU</li> </ul> <p><b>Réduire l'exposition des salariés aux risques :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Troubles musculo squelettiques</li> <li>CMR <ul style="list-style-type: none"> <li>sur de agents cancérogènes ciblés</li> <li>Amiante</li> </ul> </li> <li>RPS : Développer une offre de service</li> </ul> <p><b>PDP</b></p> <p><b>Santé publique et traçabilité des expositions professionnelles</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Veille sanitaire en santé travail</li> </ul>

CPOM de 1 <sup>ère</sup> génération (suite)				
	Données régionales	PST	SMIBTP	SIM'UP
Structuration et choix des actions régionales prioritaires/spécifiques : - proposées aux SPSTI - retenues pour le CPOM par les SPSTI (suite)		<p><b><i>PDP (suite)</i></b></p> <p><b>Une priorité spécifique :</b> Suivi des intérimaires</p> <p><b>Un objectif transversal commun à toutes les actions :</b> renforcer les échanges et le travail collaboratif entre les 3 parties et améliorer la communication</p>		

Projets de service pluriannuels des SPSTI			
	PST	SMIBTP	SIM'UP
Modalités d'élaboration et contenu des projets de service	<p>Le PPS 2014-2019, prorogé, a été construit à partir d'un diagnostic très documenté s'appuyant sur la structure des activités, le maillage des entreprises, l'Atlas régional, les indicateurs de sinistralité, le PRST, les indicateurs EVREST, les attentes exprimées par les adhérents et les besoins identifiés par les équipes</p> <p>Il comporte 11 objectifs déclinés en 29 actions et répartis dans 4 axes stratégiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Suivi de santé</li> <li>· Veille et traçabilité</li> <li>· Actions en milieu de travail</li> <li>· Conseils et projets de prévention</li> </ul>	<p>Le PPS 2014 s'appuie sur un diagnostic des métiers du secteur BTP (données de sinistralité CARSAT, enquête Evrest, données sur les inaptitudes) et le PRST.</p> <p>Sélection des thèmes en lien avec la DREETS et la CARSAT :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· 3 thèmes régionaux :</li> <li>· Evaluation des risques et fiches d'entreprise</li> <li>· Prévention du risque CMR</li> <li>· PDP</li> </ul> <p>Deux thèmes spécifiques à l'activité BTP du service :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Amiante</li> <li>· TMS</li> </ul> <p>Ces 5 thèmes sont déclinés en 8 fiches regroupant les actions par thématique comportant, pour chaque action, sa description, les moyens nécessaires, les indicateurs et l'échéance.</p>	<p>Le <b>PPS 2013-2018</b> repose sur un diagnostic territorial, une analyse de la typologie des entreprises adhérentes et de l'exploitation des rapports d'activité médical des médecins du service. 17 des 19 actions s'inscrivent dans les priorités du PRST2. Chaque action fait l'objet d'une fiche détaillant la cible, la description de l'action, les objectifs, dont celui figurant dans le PRST, les indicateurs et le calendrier.</p> <p>Le <b>PPS 2018-2023</b> s'inscrit dans la continuité du précédent en prenant en compte les priorités régionales et les besoins des entreprises adhérentes. Le nombre d'actions a été réduit à 12.</p>
Recouplements projet de service et CPOM	9 des 11 actions du PPS ont été reprises dans le CPOM en conservant les mêmes indicateurs. Aucune action hors PPS dans le CPOM	Le PPS a été bâti à partir des actions figurant dans le CPOM	<p>Les 7 actions retenues dans le CPOM figurent dans le PPS (élaboré 1 an avant la signature du CPOM).</p> <p>Le PPS 2018-2023 reprend 6 des 7 thématiques figurant dans le CPOM</p>

Suivi des CPOM				
	Données régionales	PST	SMIBTP	SIM'UP
Organisation du suivi des CPOM régional et interne aux SPSTI	<p>Les CPOM conclus en Nord Pas de Calais prévoient un suivi annuel des fiches actions et une évaluation générale mais selon des modalités variables (Comité de pilotage, journée annuelle d'échanges)</p> <p>Le CPOM conclu de Picardie prévoit un suivi annuel par un comité de pilotage composé des 3 signataires et un suivi opérationnel au moins annuel de chaque programme d'actions</p>	<p>S'appuie sur le processus d'élaboration du projet de service pluridisciplinaire : 8 des 9 actions du PPS sont reprises dans le CPOM.</p> <p>Alimentation d'un tableau de bord annuel par le service</p>	<p>Diagnostic réalisé par l'équipe pluridisciplinaire du SMIBTP à partir de ses données et de celles transmises par DREETS et CARSAT</p> <p>Priorisation d'actions du projet de service intégrant les objectifs régionaux de santé au travail dont le PRST.</p> <p>Evaluation annuelle sous forme d'un tableau de bord comportant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· les objectifs,</li> <li>· l'impact envisagé,</li> <li>· les indicateurs</li> </ul> <p>le niveau d'atteinte du résultat</p>	<p>Diagnostic interne élaboré dans le cadre du projet de service à partir d'une synthèse des rapports médicaux réalisée en 2013.</p> <p>Evaluation annuelle interne</p>

Suivi des CPOM				
	Données régionales	PST	SMIBTP	SIM'UP
Existence d'indicateurs (moyens-résultats) et tableaux de bord	Pas d'indicateurs communs régionaux	Des indicateurs de suivi et d'évaluation sont définis dans le CPOM pour chaque action Un référent de chacun des 3 signataires est désigné pour chaque action	Des indicateurs sont définis dans le CPOM pour chaque action et alimentent un tableau de bord interne au service	Des indicateurs sont définis dans le CPOM pour chaque action pour alimenter un tableau de bord interne au service
Existence d'un bilan - nature de ce bilan / contenu et résultats des indicateurs	Pas de bilan régional consolidé	A l'occasion d'une réunion tripartite annuelle, validation de l'état d'avancement du CPOM à partir de la présentation par le service d'un tableau de bord.	Production d'un bilan intermédiaire en 2017 transmis à la DREETS et à la CARSAT	Point d'avancement à 2 ans avec la DREETS et la CARSAT

**CPOM 2ème génération : Sans objet : aucun CPOM de seconde génération n'a été signé dans les hauts de France**

Enseignements		
PST	SMIBTP	SIM'UP
La dynamique du CPOM V1 repose sur sa co construction et la prise en compte des actions de son PPS. L'absence de pilotage par les pouvoirs publics remet en cause, pour le service, l'intérêt du CPOM et pourrait compromettre la signature d'un futur CPOM	La signature du CPOM a été rendue possible grâce à un long processus d'accompagnement du service par la DIRECCTE et à une co construction du contrat par les 3 partenaires, avec l'appui de la branche	La dynamique du CPOM V1 repose sur sa co construction et la prise en compte des actions de son PPS. Malheureusement, cette dynamique n'a pas perduré faute de pilotage par les pouvoirs publics et d'absence de restitution régulière des résultats



## ANNEXE 5 : Focale sur la contractualisation en région Provence Alpes Côte d'Azur

### 1 Contexte

[1] En 2022, la région Provence Alpes Côte d'Azur (PACA) compte 16 services de prévention et santé au travail interentreprises (SPSTI), dont 11 à compétence interprofessionnelle. Deux services ont une compétence dans le domaine du BTP (APST BTP 06 et ASTBTP 13), un dans le secteur bancaire (SSTIB), un dans l'industrie des métaux et activités connexes (EXPERTIS) et un dans le transport routier (2STT 83). Les services sont de tailles variables, sans toutefois dépasser 200 000 salariés suivis (AMETRA 06). A l'exception des départements les moins peuplés où il peut n'exister qu'un seul SPSTI, la plupart des services à compétence interprofessionnelle sont en situation concurrentielle.

[2] Treize services se sont engagés dans un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) de 1ère génération entre 2014 et 2017. Tous les services ont signé en novembre 2020 un CPOM cadre régional de seconde génération avec échéance au 30 juin 2021. Ce CPOM a été prorogé jusqu'à fin décembre 2022, comme le permettait l'instruction conjointe DGT – DRP de juin 2021.

[3] Le tableau 1 et la carte 1 détaillent les principales caractéristiques de ces services ainsi que leur situation vis à vis de la contractualisation.

Tableau 1 : Caractéristiques des SPSTI intervenants en PACA en 2022

SPSTI	Compétences géographique et professionnelle	Nombre de salariés suivis	Nombre d'entreprises adhérentes	CPOM date de signature et échéance
<b>Alpes de Haute Provence</b>				
AISMT 04	Association interprofessionnelle de santé et médecine au travail des Alpes de Haute Provence	Alpes de Haute Provence Tous secteurs Habilitation pour la surveillance des entreprises extérieures intervenant dans une installation nucléaire de base (INB)	NC	NC V1 signé le 9/12/14 pour 5 ans V2 signé le 6 novembre 2020 avec échéance au 30-06-21 prorogé jusqu'au 31-12-22

<b>Hautes Alpes</b>					
GEST 05	Groupement des Entreprises pour la Santé au Travail des Hautes-Alpes	Département des hautes Alpes Tout secteur privé à l'exception des entreprises et établissements agricoles.	NC	NC	V1 signé le 15/04/2014 pour 5 ans V2 signé le 6 novembre 2020 avec échéance au 30-06-21 prorogé jusqu'au 31-12-22
<b>Alpes Maritimes</b>					
AMETRA 06	Association de médecine du travail des Alpes Maritimes	Département des Alpes Maritimes Tous secteurs, à l'exception du secteur agricole et du BTP	200 000	26 000	V1 signé le 26/04/2016 pour la durée d'agrément V2 signé le 6 novembre 2020 avec échéance au 30-06-21 prorogé jusqu'au 31-12-22
<b>Bouches du Rhône</b>					
AISMT 13	Centre de médecine du travail interprofessionnel 06	Entreprises du département des Alpes-Maritimes et pour toutes les professions, à l'exclusion des entreprises du bâtiment	NC	NC	V1 signé le 12/01/2015 pour 5 ans V2 signé le 6 novembre 2020 avec échéance au 30-06-21 prorogé jusqu'au 31-12-22

		Professionnels pour la chimie, l'imprimerie papier et carton et le travail temporaire Exclusives ou partagées selon les secteurs Extra départementale pour entreprises intervenant dans les installations nucléaires de base			V2 signé le 6 novembre 2020 avec échéance au 30-06-21 prorogé jusqu'au 31-12-22
GIMS 13	Groupement interprofessionnel médico-social	Département des bouches du Rhône Interprofessionnel	160 000	16 000	V1 signé le 30 juin 2014 V2 signé le 6 novembre 2020 avec échéance au 30-06-21 prorogé jusqu'au 31-12-22
ASTBTP 13	Association de santé au travail du bâtiment et des travaux publics des Bouches du Rhône	Sur le département des Bouches-du-Rhône : Compétence professionnelle exclusive relevant du secteur professionnel du BTP, Compétence du secteur du travail temporaire BTP	65 000	5 700	V1 signé le 15/09/2014 pour 5 ans V2 signé le 6 novembre 2020 avec échéance au 30-06-21 prorogé jusqu'au 31-12-22

**RAPPORT IGAS N°2022-043R (ANNEXES)**

EXPERTIS		Industries des métaux et activités connexes (entreprises entrant dans le champ de l'Annexe 2 de la convention collective des Industries métallurgiques des Bouches du Rhône et des Alpes de Haute Provence du 19 décembre 2006 modifiée)	NC	NC	V1 signé le 04/06/2014 pour 5 ans  V2 signé le 6 novembre 2020 avec échéance au 30-06-21 prorogé jusqu'au 31-12-22
SSTIB	Service de Santé au Travail Inter Banque de Marseille	Bouches du Rhône Secteur Bancaire	5 100	NC	V1 signé le 12/04/2017 pour 5 ans  V2 signé le 6 novembre 2020 avec échéance au 30-06-21 prorogé jusqu'au 31-12-22
STProvence	Santé au travail Provence	Pays d'Aix-en-Provence et de Salon-de-Provence Compétence interprofessionnelle hors BTP Habilitation INB et suivi des intérimaires	133 000	14 200	V1 signé le 09/07/2015 pour 5 ans  V2 signé le 6 novembre 2020 avec échéance au 30-06-21 prorogé jusqu'au 31-12-22
<b>Var</b>					
AIST 83	Association Interentreprises pour la Santé au Travail du Var	Département du Var Compétence interprofessionnelle	180 000	26 500	V1 signé le 10/04/2014 pour 5 ans  V2 signé le 6 novembre 2020 avec échéance au 30-06-21 prorogé jusqu'au 31-12-22
2STT83	Service de santé au travail, des transporteurs du var	Transporteurs Publics Routiers du Var	NC	NC	V2 signé le 6 novembre 2020 avec échéance au 30-06-21 prorogé jusqu'au 31-12-22
<b>Vaucluse</b>					
AIST 84	Association Interentreprises pour la Santé au Travail du Vaucluse	Vaucluse et Gard, toutes professions Bouches-du-Rhône, toutes professions sauf BTP	90 000	9 000	V2 signé le 6 novembre 2020 avec échéance au 30-06-21 prorogé jusqu'au 31-12-22

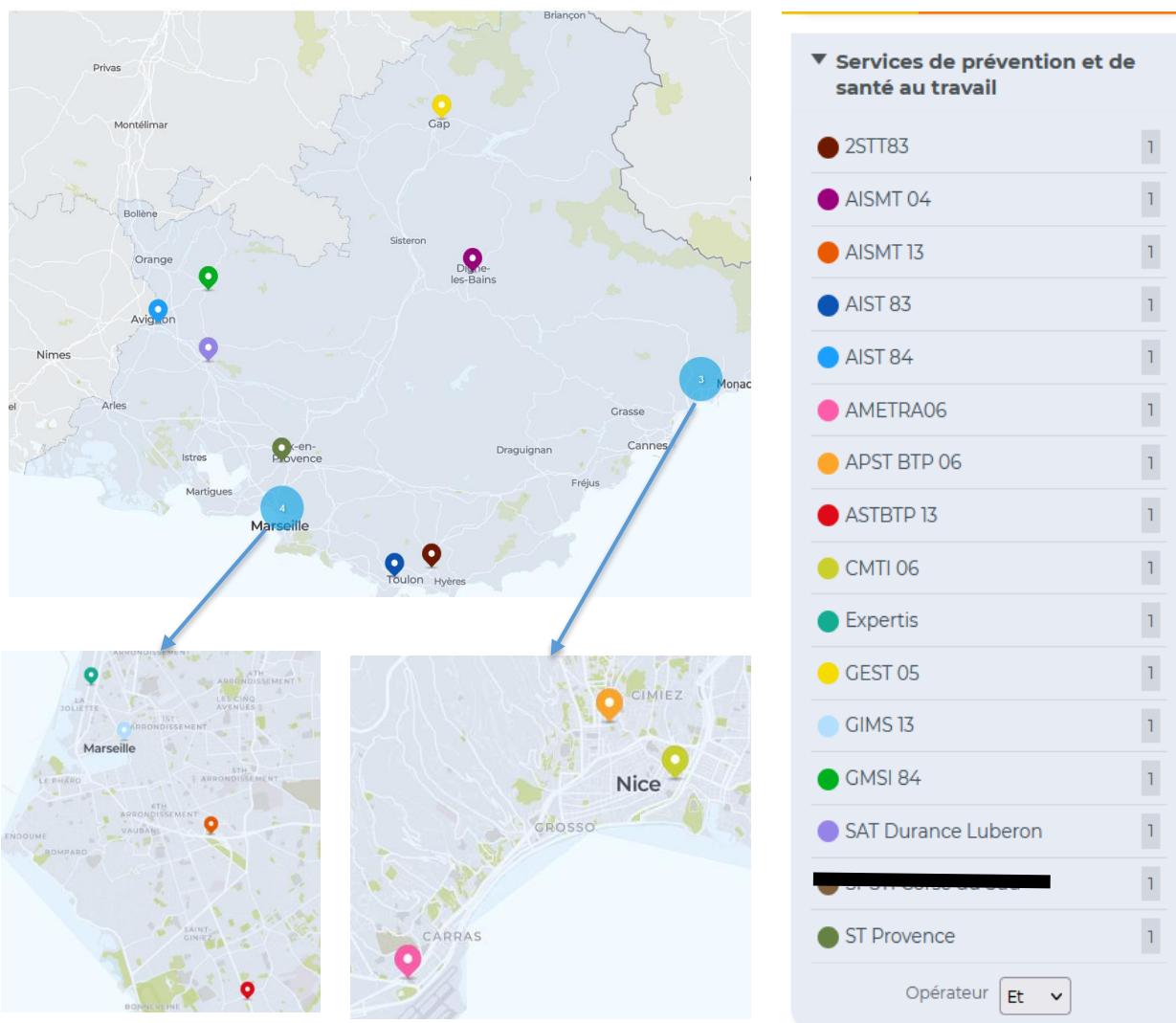
**RAPPORT IGAS N°2022-043R (ANNEXES)**

GMSI 84	Groupement Médico-social Interprofessionnel	Compétence interprofessionnelle	34 000	3 800	V1 signé le 26/06/2015 pour 5 ans V2 signé le 6 novembre 2020 avec échéance au 30-06-21 prorogé jusqu'au 31-12-22
SAT Durance Luberon	Santé au travail	Du nord Vaucluse au nord des Bouches-du-Rhône Compétence interprofessionnelle	28 000	3 500	V1 signé le 08/01/2016 pour 5 ans V2 signé le 6 novembre 2020 avec échéance au 30-06-21 prorogé jusqu'au 31-12-22

*\*fond grisé : SPSTI rencontrés par la mission*

*Données retravaillées par de la mission, NC : non connue de la mission*

Carte 1 : Implantation géographique des SPSTI de la région PACA



Source : Présanse<sup>81</sup> PACA CORSE

[4] La mission a mené des entretiens physiques, complétés par des visioconférences en l'absence de possibilités de rendez-vous présentiels. Elle s'est déplacée à Marseille du 13 au 15 septembre 2022. Durant ce déplacement ou en visioconférence, la mission a rencontré les services de la DREETS<sup>82</sup>, de la CARSAT<sup>83</sup> ainsi que les deux vice-présidents<sup>84</sup> du comité régional de prévention des risques professionnels (CRPST). La mission s'est déplacée dans les locaux de deux services marseillais : l'AIMST 13 et le GIMS 13. Elle a pu échanger avec deux autres services en visioconférence : l'AMETRA 06 et AIST 84. Si ces quatre services sont, comme l'ensemble des SPSTI de la région, signataires d'un CPOM V2, seuls trois d'entre eux s'étaient engagés dans un CPOM V1<sup>85</sup>. A l'occasion de ces échanges, la mission a pu dialoguer avec la direction, des membres des équipes

<sup>81</sup> Association à but non lucratif structurée en associations régionales qui représente 200 Services de Prévention et de Santé au Travail Interentreprises (SPSTI) en France

<sup>82</sup> Directeur régional, chef du pôle travail, chargé de mission SPSTI, responsable de la Cellule Pluridisciplinaire d'Appui sur la Santé au Travail en charge du pilotage du PRST

<sup>83</sup> Directeur, directrice des risques professionnels et de l'accompagnement social, ingénieur conseil en charge des partenariats, ingénieur conseil adjoint, assistante sociale

<sup>84</sup> Vice-président MEDEF représentant le patronat et vice-président FO représentant les salariés

<sup>85</sup> AIMST 13, GIMS 13, AMETRA 06

pluridisciplinaires, le président du conseil d'administration et le président de la commission de contrôle. Dans la plupart des cas, les échanges avec les présidents ont eu lieu dans un second temps. La mission a complété ces entretiens par des échanges en visioconférence d'une part avec la déléguée régionale de l'association Présanse PACA-Corse et, d'autre part, à leur demande, avec des représentants de l'union des industries et métiers de la métallurgie (UIMM)<sup>86</sup>.

[5] En complément des éléments recueillis lors de ces entretiens, la note s'appuie sur une analyse de la documentation transmise par la DREETS et par certains services, complétée de l'exploitation des questionnaires adressés à la DREETS et à la CARSAT de cette région<sup>87</sup>.

## 2 Principales caractéristiques de la démarche de contractualisation régionale

### 2.1 Une première génération de CPOM bâtie collectivement autour d'un socle commun, complété d'actions à la main des SPSTI

2.1.1 La construction de la première génération de CPOM s'est faite sur un mode participatif, tirant profit d'une dynamique partenariale déjà bien engagée, permettant l'émergence consensuelle de priorités régionales constituant le socle du CPOM V1

[6] Dans les suites immédiates de la loi de juillet 2011 réorganisant la santé au travail, le pôle travail de la DIRECCTE PACA a souhaité créer un lieu de partage et a mis en place un groupe de travail, le COSAR (Comité de Suivi et d'Accompagnement de la réforme de la médecine du travail), doté de 5 commissions, avec pour objectifs de créer les conditions d'une appropriation de ces évolutions et de proposer un cadre de travail et des outils partagés. Le COSAR associait des représentants de 17 SPSTI, la DIRECCTE, la CARSAT, l'OPPBTP<sup>88</sup>, l'ORS<sup>89</sup>, des représentants des partenaires sociaux et la faculté de médecine.

[7] La commission 4 du COSAR était chargée d'élaborer le cadre régional des futurs CPOM. Cette commission, accompagnée d'un consultant externe, comprenait des personnes issues de ses services, de la CARSAT, des représentants de services volontaires, d'universitaires et des directeurs et des présidents de SPSTI, ces derniers étant désignés par le Cisme<sup>90</sup>, devenu en 2018 Présanse. Elle a ainsi travaillé sur un diagnostic partagé de la santé au travail en région PACA et a permis de définir très tôt les priorités régionales. Un comité de suivi était chargé de consolider les bilans des SPSTI et d'en organiser des restitutions collectives.

[8] Ces travaux préparatoires ont été mis à profit lors de la conception des premiers CPOM. Ainsi conçus, ils sont articulés autour d'un cadre commun, comportant deux actions régionales, choisies parmi les priorités inscrites au PRST 2, et complété de deux à trois actions spécifiques à chaque SPSTI. Ces actions, à l'initiative du service et validées par la DREETS et la CARSAT, ont permis la prise en compte des particularités des adhérents de chaque service et des priorités de son territoire. On notera cependant qu'il n'est pas fait référence au PRST dans le choix des actions, même si, comme on le verra plus loin, certaines actions en découlent directement.

---

<sup>86</sup> Secrétaire Générale UIMM Alpes Méditerranée et secrétaire général Alpes méditerranée et sud et Corse de UIMM

<sup>87</sup> L'analyse de l'ensemble des questionnaires fait l'objet de l'annexe 1

<sup>88</sup> Organisme Professionnel de Prévention du Bâtiment et des Travaux Publics

<sup>89</sup> Observatoire régional de la santé

<sup>90</sup> Centre Interservices de Santé et de Médecine du travail en Entreprise

[9] Les acteurs se sont particulièrement investis sur ce chantier. Ainsi, la CARSAT a indiqué avoir dédié un médecin du travail à temps plein à ce sujet. Côté DIRECCTE, le pôle travail et le MIRT se sont largement impliqués dans le groupe. Les représentants des SPSTI ont joué un rôle prépondérant dans la construction d'actions régionales. En parallèle, la DIRECCTE faisant le constat des difficultés rencontrées par certains services pour mettre en œuvre la réforme, les a accompagnés dans la construction de leur premier PPS.

[10] La contractualisation a été menée par la DREETS et la CARSAT dans une relation individuelle avec chaque service. Treize services ont signé un CPOM. Un comité de suivi régional a été mis en place.

### 2.1.2 Une première génération de CPOM portée par les SPSTI au travers de Présanse organisée autour d'un socle commun, complété par des actions spécifiques, pour certaines prometteuses

[11] En 2014, le groupe « CPOM », mentionné supra, a produit deux fiches actions qui ont constitué le socle du CPOM V1 avec pour objectifs :

- d'améliorer le **suivi individuel de l'état de santé et la prévention des risques professionnels des salariés intérimaires** (notamment par la mise en place d'un portail intérimaire et la diffusion d'une fiche de liaison reprenant des informations communes)
- d'établir une **cartographie régionale des expositions professionnelles** en région PACA-Corse.

[12] **L'action ciblant les intérimaires** a été proposée, au travers de l'association Présanse, par 16 SPSTI disposant d'un agrément pour le secteur intérimaires, à l'issue d'un constat partagé mettant en évidence :

- des pratiques variables entre service dans l'organisation de la prise en charge des salariés intérimaires,
- des doubles visites quasi systématiques pratiquées par les agences d'emploi,
- des difficultés dans la définition des responsabilités entre donneur d'ordre et entreprise intervenante,
- une absence de communication des résultats de mesures d'ambiance, ou des résultats transmis incomplets.

[13] Un portail Internet regroupant l'ensemble des aptitudes médicales aux emplois des salariés intérimaires, alimenté par les SPSTI, a été mis en ligne courant 2013. Les agences d'emploi ont été informées de la mise en place de ce portail dont Présanse Paca-Corse assure la gestion, en lien avec l'éditeur. Chaque service contribue au financement du portail. Plusieurs réunions d'information ont été organisées par les services, en partenariat avec la CARSAT et la DIRECCTE.

[14] **L'action « cartographie régionale »** émane également de l'association des SPSTI, les services ayant fait le constat que, si chacun dispose de données d'exposition aux risques professionnels des salariés qu'il suit, ces données ne sont pas partagées entre SPSTI, en particulier du fait d'une absence de compatibilité des systèmes d'information. De ce fait, il n'existe aucune exploitation régionale de ces données.

[15] Au travers du CPOM, les signataires s'engagent dans la mise en œuvre de l'action 5.1 du PRST 2 (2010-2014) qui prévoit « d'expérimenter un dispositif de traçabilité des expositions aux risques en milieu professionnel ». Cette action sera reprise dans le PRST 3 (action 3.7.1).

[16] Dans le cadre de cette action, un comité pluridisciplinaire régional (CoP) est mis en place à l'initiative de Présanse. Les médecins du travail et les infirmiers en santé au travail volontaires réalisent un diagnostic des expositions professionnelles pour chaque salarié reçu en visite selon la nomenclature d'identification des expositions professionnelles fixée par le CoP. Ces risques sont principalement issus du thésaurus harmonisé (THA) du Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNV3P). Chaque service transmet une table de données qui sont exploitées régionalement.

[17] A côté de ce socle régional constitué d'actions mutualisées, chaque SPSTI était invité à choisir **deux à trois actions spécifiques**. Les trois services rencontrés ayant signé un CPOM V1 avaient finalisé leur PPS avant la contractualisation et ont pu intégrer des actions de ceux-ci dans leur CPOM, optimisant ainsi leurs ressources (cf. schéma 1 : frise chronologique infra). Le tableau 2 dénombre, à partir des données de l'enquête menée auprès des CARSAT, les SPSTI signataires d'un CPOM V1 selon le choix des thématiques figurant dans leur volet spécifique. Ce tableau est complété, à titre illustratif, des actions déployées par les trois SPSTI sus-mentionnés.

Tableau 2 : **Regroupement par thèmes des volets spécifiques des CPOM V1 des SPSTI complété d'un zoom sur les actions des services rencontrés**

Thème des actions spécifiques	Nombre total de SPSTI ayant choisi le thème dans leur volet spécifique*	Intitulé des actions spécifiques figurant au CPOM V1 des services rencontrés par la mission		
		AMETRA 06	AISMT 13	GIMS 13
Risques psycho sociaux (RPS)	4	Prévention des risques psycho sociaux dans le domaine sanitaire	Permettre une meilleure prise en compte des RPS dans les TPE PME	-
Maintien dans l'emploi (ME) - Prévention de la désinsertion professionnelle (PDP)	6	Maintien dans l'emploi (ME) des travailleurs souffrant de pathologie rachidienne	Prévenir la désinsertion professionnelle (PDP)	Structuration d'une méthodologie commune pour le maintien dans l'emploi
Troubles musculo-squelettiques (TMS)	6	Prévenir les troubles musculo-squelettiques des membres supérieurs dans l'industrie de parfumerie	-	-
Risque chimique	3	-	-	Prévenir le risque chimique dans tous les garages par l'intervention de l'équipe pluridisciplinaire
Aide à l'évaluation des risques professionnels	3	-	-	-

Chutes	2	-	-	-
Bruit	2	-	-	-

\* Y compris les 3 SPSTI rencontrés

### 2.1.3 Un suivi et une évaluation rigoureux des actions régionales, contrastant avec l'absence de données agrégées portant sur les actions spécifiques

[18] Le comité de suivi a réalisé un suivi et un bilan régional du cadre commun mais n'a pu consolider les résultats des actions propres, faute d'indicateurs communs et par manque de moyens.

[19] L'action ciblant les intérimaires qui consistait, comme indiqué supra, en la mise en place d'un **portail intérimaires** accessible aux agences d'emploi (AE) a été mis en place et alimenté par 13 des 15 SPSTI adhérent à Présanse. En cinq ans (de début 2014 à fin 2018), le portail a enregistré près de 30 000 connexions. Une évaluation qualitative auprès des agences d'emploi réalisée par Présanse, en 2018, a montré l'intérêt qu'elles portaient à l'outil qui permet une meilleure accessibilité et une meilleure portabilité de l'information tout le long du parcours du travailleur intérimaire. En parallèle, le groupe a créé un modèle type de fiche de liaison SPSTI- AE. Plusieurs réunions d'informations ont été organisées en partenariat avec la CARSAT et la DIRECCTE pour valoriser le Portail Intérimaire et sensibiliser à l'utilisation de la fiche de liaison entre l'entreprise utilisatrice et l'agence d'emploi.

[20] Présanse a réalisé en 2019 un bilan de l'action « **cartographie régionale** ». Deux indices ont été calculés pour chaque risque :

- la part des salariés exposés au risque,
- la part des expositions au risque.

[21] DREETS et CARSAT ont contribué à ces travaux en fournissant des données sur les risques ciblés et en participant aux actions de communication (financement de supports, mise à disposition d'espaces de communication dans les médias institutionnels...). Ces travaux ont mis en évidence des disparités majeures, géographiques et sectorielles, permettant ainsi aux SPSTI de mieux orienter leurs actions futures.

[22] Comme indiqué supra, **aucune consolidation régionale des actions spécifiques** n'a été réalisée. Cependant, dans trois des quatre SPSTI<sup>91</sup> rencontrés par la mission, les actions spécifiques étaient issues de leur PPS. De ce fait, ces actions ont bénéficié d'un suivi et d'une évaluation, dans le cadre du PPS. Certains services, comme le GIMS13, ont réalisé des évaluations propres au volet spécifique de leur CPOM. Ces évaluations ont permis d'objectiver un bilan très positif des actions justifiant leur reprise dans le CPOM V2 ou le PRST (cf. encadré *infra*).

**A titre d'illustration, le GIMS13 a contractualisé sur deux actions spécifiques qui ont pu, dans un second temps, faire l'objet d'une valorisation régionale, voire nationale.**

Ainsi, le GIMS13 a déployé **une action spécifique tenant à « prévenir le risque chimique dans tous les garages par l'intervention de l'équipe pluridisciplinaire »**. Cette action est issue de son PPS et a été conçue par la commission pluridisciplinaire Risque Chimique du GIMS13<sup>92</sup>. Le plan d'action comprend quatre axes :

<sup>91</sup> La mission ne dispose pas de cette information pour le dernier SPST

<sup>92</sup> Composée de médecins du travail, d'un ingénieur, d'une assistante en risque chimique (IPRP) et d'une assistante de service de santé au travail (ASST)

- l'élaboration d'une grille d'aide à l'état des lieux renseignée lors des visites dans les garages et d'un document « garage idéal » associés à la fiche d'entreprise,
- la construction de questionnaires destinés aux mécaniciens, carrossiers, peintres remplis par le salarié lors de la visite médicale du travail. Des documents « réponses types » permettent de diriger l'entretien avec le salarié et de remettre un message d'information sur le risque. Une plaquette information prévention est remise à l'interlocuteur,
- des actions collectives d'information et de sensibilisation des salariés sur le risque chimique et l'utilisation des équipements de protection individuelle,
- un support d'information permettant d'animer des réunions d'information collective auprès des salariés.

Dans le cadre contractuel, les équipes du GIMS ont participé à des réunions d'échanges organisées par la CARSAT destinées à élaborer l'aide financière simplifiée (AFS) proposée aux garages. Ainsi, un IPRP du service validait la conformité de l'installation demandée avant tout versement de l'aide. Cependant, un seul adhérent du GIMS a souhaité s'inscrire dans la démarche, les conditions d'éligibilités étant jugée trop lourde.

L'action a été modifiée pour tenir compte de cet échec relatif. Jugée exemplaire, elle a été reprise par la DIRECCTE dans le cadre du PRST 3, action 1.1.12 « Prévenir le risque chimique dans tous les garages par l'intervention de l'équipe pluridisciplinaire ».

Le GIMS13 avait également **contractualisé sur la prévention de la désinsertion professionnelle**. L'objectif était de structurer une méthode commune à tous les intervenants du GIMS13 pour le maintien dans l'emploi. Comme la précédente, cette action est issue du PPS.

Dans le cadre du CPOM ont été ciblés les aides à domicile et les salariés du nettoyage courant des bâtiments. Ci-après le tableau récapitulatif des indicateurs d'évaluation de l'action CPOM PDP.

EVALUATION QUANTITATIVE					
	Années ►	2014	2015	2016	2017
Indicateurs de départ	Nb de salariés suivis dans les 2 secteurs	6239	6336	6536	4994
	Nb d'orientation maintien dans l'emploi dans les 2 secteurs	137	218	219	182
	Nb d'inaptitudes dans les 2 secteurs	150	98	252	127
Indicateurs de suivi	Nb d'acteurs concernés de l'équipe formés	38	0	13	19
	Taux de salariés identifiés précaires / nombre de scorés	53,8%	53,3%	37,0%	/
Indicateurs de résultat	Nb d'actions maintien dans l'emploi (intervention d'un acteur du GIMS ou externe)	5	17	8	/
	Nb d'inaptitudes dans les 2 secteurs	150	98	252	127

EVALUATION QUALITATIVE					
	Années ►	2014	2015	2016	2017
Indicateur 1	Nombre de maintien dans l'entreprise	ND*	ND*	ND*	ND*
Indicateur 2	Taux de satisfaction de l'accompagnement proposé aux salariés scorés	ND*	ND*	ND*	68,80%

\* ND => Indisponible à ce jour

Cette méthode a été retenue pour l'action PDP du CPOM V2.

Compte tenu de son expertise sur ce thème, le GIMS13 a intégré le groupe national piloté par la DGT et l'expérimentation PDP qui en a découlé. En octobre 2021, il s'est vu confier le pilotage d'un des trois ateliers organisés sur les territoires communs des expérimentations DGT et CNAM sur la thématique du ciblage des publics bénéficiant du dispositif PDP et, dans ce cadre, de l'articulation de la prise en charge des salariés en arrêt de travail.

[23] Cependant, en l'absence de participation de la CARSAT et de la DREETS, ces évaluations reposent entièrement sur le service et nécessitent de ce fait que celui-ci dispose des moyens et de compétences *ad hoc*. Par ailleurs, ces bilans n'intègrent qu'imparfaitement la dimension partenariale. Faute d'absence d'exploitation régionale, les actions spécifiques déployées par plusieurs services sur des thématiques identiques (cf. tableau 2) n'ont pu donner lieu à consolidation régionale.

## 2.2 Une démarche de contractualisation singulière pour la seconde génération reposant sur un CPOM resserré et uniformisé, négocié et signé collectivement par l'ensemble des services de la région

### 2.2.1 Un CPOM s'intégrant dans les orientations nationales mais, malgré une volonté affichée de co-construction, bâti sans réelle concertation

[24] Fin 2018, l'ensemble des CPOM V1 était arrivé à échéance. La seconde génération de CPOM devait être élaborée dans le cadre de la commission n°4 du groupe permanent régional d'orientation des conditions de travail (GPRO)<sup>93</sup>, formation restreinte du comité Régional d'Orientation des Conditions de Travail (CROCT)<sup>94</sup>. La composition de cette commission a été, pour l'occasion, élargie à la participation de représentants des services de santé au travail désignés par PRESANSE (un médecin du travail et un directeur). Elle était co-animee par la DREETS et la CARSAT.

[25] Faisant le constat de l'impossibilité d'évaluer les actions spécifiques des CPOM V1 et compte tenu de moyens limités et de l'absence de médecin inspecteur, la DREETS a proposé de bâtir un CPOM cadre ne comportant qu'un tronc commun composé de deux actions, avec des indicateurs identiques pour tous les SPSTI. Cette option avait pour objectif de concentrer les moyens sur un nombre restreint de priorités, devant permettre une réelle mise en œuvre des actions et leur évaluation.

### 2.2.2 Une V2 resserrée, construite dans l'urgence, sans réelle prise en compte des priorités des SPSTI, signée conjointement par l'ensemble des SPSTI

[26] Les délais contraints et le peu de disponibilité des services publics et des SPSTI n'ont pas réellement permis à la commission de travailler sur les priorités devant être inscrites dans les CPOM. In fine, DREETS et CARSAT ont proposé deux actions conformes à l'instruction DGT-DRP du 31 juillet 2019 et entrant dans le cadre du PRST 3. Cette instruction préconisait de ne pas engager, dans le cadre des CPOM V2, des travaux d'envergure et de recentrer le CPOM sur deux actions prioritaires portant obligatoirement sur la PDP et sur un à deux risques prioritaires identifiés dans le PST et la COG AT MP<sup>95</sup>. Le CROCT et l'ensemble des SPSTI ont approuvé cette orientation.

[27] Ce CPOM cadre a été signé conjointement par les 16 SPSTI de la région<sup>96</sup> le 6 novembre 2020 avec une échéance au 30 juin 2021. Il a été, à cette date, prorogé dans les mêmes conditions jusqu'à fin 2022.

[28] Cette seconde génération se concentre autour de deux actions, plus imposées que réellement issues d'une concertation des acteurs :

- le maintien dans l'emploi et la prévention de la désinsertion professionnelle (ME-PDP),
- la prévention des troubles musculo-squelettiques (TMS).

---

<sup>93</sup> Le GRO était chargé de rendre un avis sur toute question relevant de la santé au travail, des conditions de travail et des risques professionnels et de formuler les orientations du PRST a été remplacé par la loi du 2 août 2021 par le CRPST

<sup>94</sup> Le CROCT est composé de représentants de l'administration, des partenaires sociaux, des organismes régionaux de sécurité sociale, d'expertise et de prévention

<sup>95</sup> TMS, risques chimiques, chutes, RPS, risque routier

<sup>96</sup> Dont cinq services sectoriels (deux dans la branche du Bâtiment Travaux publics (BTP), un dans le secteur bancaire sur le département des Bouches du Rhône, un dans le secteur des transports et un dans le secteur Industries des métaux et activités connexes)

[29] Deux fiches actions sont annexées au CPOM. Elles sont, tout comme le texte lui-même, signées par l'ensemble des SPSTI. Elles comportent des éléments de diagnostic, les finalités de l'action et des indicateurs regroupés dans un tableau de bord.

[30] **La fiche PDP** mentionne le lien de l'action régionale avec l'expérimentation nationale de la DGT qui se déroule en coordination avec l'expérimentation de la prévention de la désinsertion professionnelle menée par la CNAM avec un déploiement en PACA en deux temps. Elle mentionne ainsi des objectifs propres aux services engagés dans ces expérimentations, en particulier le GIMS13, dont le CPOM reprend la méthode construite à l'occasion de son CPOM V1, et les deux services (AISMT13 et ASPST BTP 06) engagés dans l'expérimentation de l'Assurance maladie. La fin de l'expérimentation est prévue début 2023 avec la mise en place de cellules départementales pluridisciplinaires de prévention de la désinsertion professionnelle.

[31] **L'action TMS** a été retenue car étant la première cause de maladie professionnelle en région PACA (comme en France). Elle vient en complément de l'action menée par la CARSAT sur la prévention des TMS dans les entreprises de plus de 20 salariés. Elle vise les entreprises de moins de 20 salariés dans des secteurs d'activité présentant un fort taux de sinistralité<sup>97</sup>. La CARSAT a construit les indicateurs de cette action.

[32] Compte tenu de la crise sanitaire, ces actions n'ont pu être présentées individuellement aux SPSTI. Par ailleurs, les actions ne s'accompagnent pas de méthodes réellement opérationnelles, et ne figurant pas toujours dans leur PPS, certains services ont indiqué avoir dû s'organiser dans l'urgence pour répondre aux objectifs du CPOM. Ainsi, si la PDP figurait dans les PPS en vigueur des quatre services rencontrés par la mission, un seul y avait intégré les TMS.

### 2.2.3 Des bilans d'étape à 20 mois de la signature des CPOM réalisés par la DREETS et par Présanse avec des résultats mitigés

[33] La DREETS et Présanse ont réalisé chacun de leur côté un bilan d'étape de ces deux actions au 30 juin 2021. Cependant, en l'absence d'un véritable suivi, tout particulièrement de l'action TMS, il ne s'agit pas à proprement parler d'un bilan régional mais plutôt d'une compilation d'actions mises en œuvre par les services sur la période et sur ces deux thématiques. Ce déficit de coordination conjugué au choix d'un thème, les TMS, peu présent dans les PPS des services, est certainement à l'origine des résultats modestes de cette action. Ainsi un service a-t-il pu indiquer à propos de l'action TMS que « cette action ne faisant pas partie du projet de service et les équipes jugeant difficile d'y rattacher des actions dans les délais impartis, cela a généré un manque d'adhésion au CPOM. De plus, cette action n'ayant pas été coordonnée au plan régional, ni par la DREETS, ni au sein des SPSTI, le partage des objectifs, des pratiques et des indicateurs n'a pas pu se faire ».

[34] En considérant ces deux bilans, **l'action PDP** a donné lieu aux actions prévues au CPOM unique, en particulier à :

- la désignation dans les 16 SPSTI d'un référent du maintien dans l'emploi et de la PDP,
- la « création » d'une fiche action « Maintien dans l'emploi et Prévention de la désinsertion professionnelle » au sein du PPS de tous les services de prévention et de santé au travail,

---

<sup>97</sup> Calculé à partir des déclarations de certaines maladies professionnelles et des accidents de travail de type lombalgie

- un bilan quantitatif, dont les résultats sont donnés par Présanse, à partir des remontées des services du tableau de bord de la fiche action sur la période du 01/07/2020 au 30/06/2021. Douze des 16 services ont fourni des données. A noter que ce bilan, réalisé uniquement à partir des remontées des services, ne prend pas en compte les actions des autres acteurs<sup>98</sup>,
- un bilan qualitatif des prises en charge à partir des remontées des SPSTI, illustré par la DREETS d'exemples d'actions concrètes menées par certains services,
- la DREETS a fait figurer en complément :
  - l'organisation de trois journées de travail avec les 16 référents du maintien dans l'emploi co-animées par le Comité régional d'éducation et la chargée de mission des services de santé au travail de la DREETS PACA en janvier et juin 2021 avec la participation de l'AGEFIPH<sup>99</sup>, de Cap Emploi et d'un médecin de santé publique en charge du suivi du SISTE PACA (système d'information en Santé, Travail et Environnement Provence Alpes-Côte d'Azur),
  - des prises de contacts des SPSTI avec les Communautés professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) de leur territoire pour notamment diffuser de l'information sur les visites de pré-reprise et les OPCO<sup>100</sup> pour une orientation adaptée,
  - un diagnostic régional des organisations et process en place au sein des services de santé au travail interentreprises de la Région PACA (construction d'un indicateur de risque pour la santé au travail par secteur d'activité économique dans les Hautes Alpes et construction d'une cotation du risque de désinsertion professionnelle par le GIMS 13).
  - une liste des actions mises en œuvre par un ou plusieurs services en complément de cet axe commun (formation des équipes, organisation de cellules départementales ...).

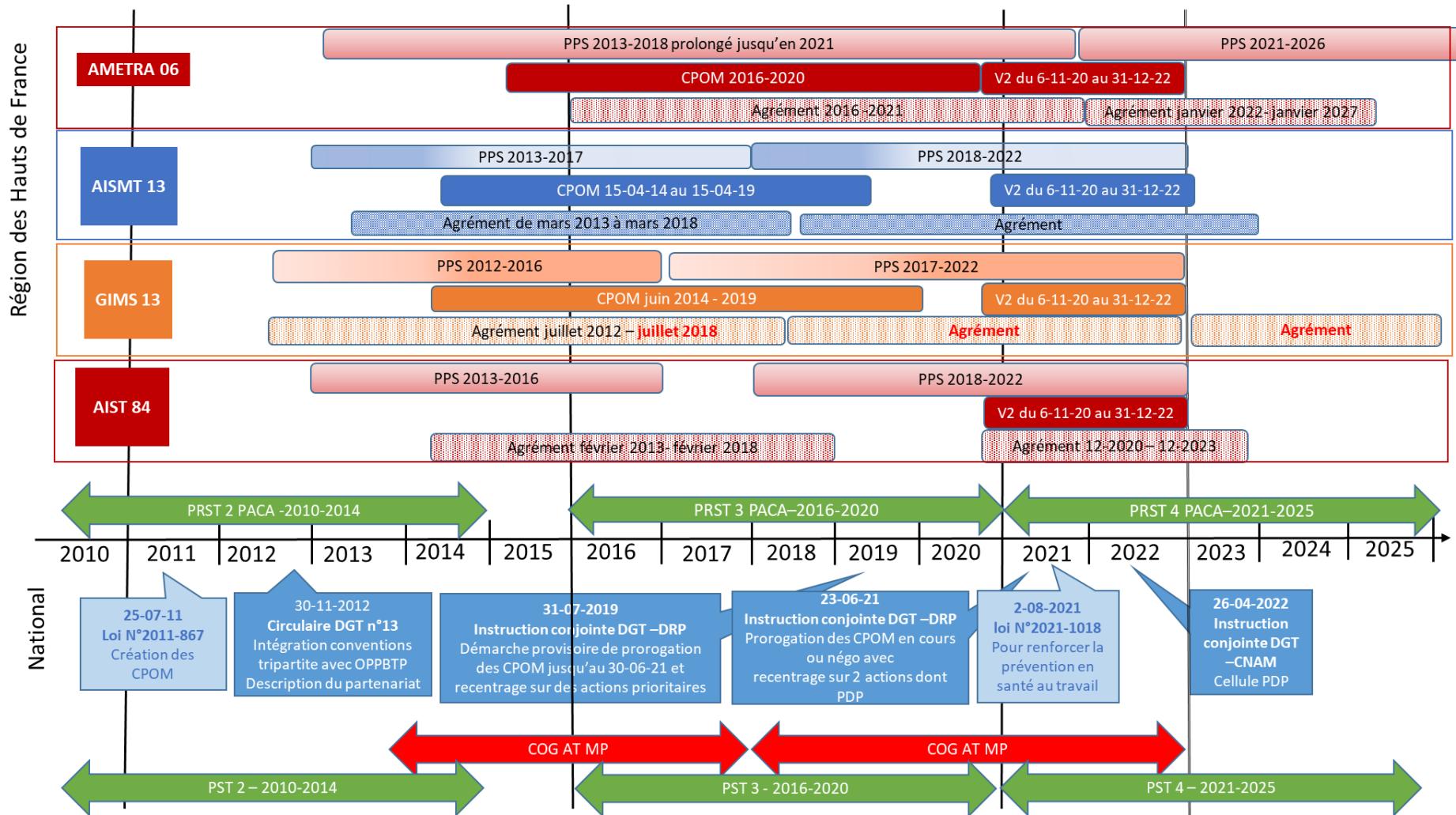
[35] Le bilan de l'**action TMS** est beaucoup moins riche. La DREETS a repris le bilan quantitatif établi par Présanse à partir des données remontées par 11 SPSTI, qui permet de dénombrer le nombre d'entreprises accompagnées (576 pour une cible de 18 000, soit 3,2 %) et le nombre de diagnostic « TMS pro » réalisés (45). Le nombre de salariés accompagnés n'a pu être mesuré. La DREETS a, en outre, mis l'accent sur une action déployée par le GIMS13 en direction des boulangeries et des crèches. Présanse a, quant à elle, complété le bilan qualitatif par les résultats d'un questionnaire commun aux services de la région, envoyé aux entreprises ayant bénéficié d'une action « TMS ». Seules 12 entreprises, adhérentes de 6 SPSTI (sur les 16 ayant signé ce CPOM), ont répondu. *In fine*, seules quatre ont mis en œuvre les actions préconisées, faute de temps ou de moyens. Cependant, lorsque ces entreprises ont déposé un dossier en vue d'un financement de la CARSAT dans le cadre du programme TMS pro, toutes l'ont obtenu.

<sup>98</sup> CARSAT, MDPH, service médical de l'assurance maladie, médecin traitant, cap emploi ou Opco

<sup>99</sup> Association nationale de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées

<sup>100</sup> Opérateurs de compétences

Schéma 1 : Frise chronologique de la situation des 3 SPSTI de la région PACA ayant signé un CPOM rencontrés par la mission



### 3 Points d'attention à retenir de cette expérience régionale pour l'élaboration d'une nouvelle génération de CPOM

#### 3.1 Atouts de la contractualisation soulignés dans la région

##### 3.1.1 Des CPOM V1 fruit d'un partenariat bien établi conjuguant axe régional fort et actions spécifiques

[36] La première génération de CPOM est le fruit d'un partenariat tissé depuis plusieurs années entre les services de l'Etat, la CARSAT et les SPSTI, notamment au travers de l'association représentant les SPSTI (Cisme puis Présanse). Cette antériorité a permis la définition consensuelle de priorités régionales et la conception d'un cadre commun des CPOM, en cohérence avec le PRST. Les services rencontrés plébiscitent tous cette démarche partenariale, ce que confirme le niveau d'adhésion fort (13 SPSTI signataires). En faisant le choix de définir un axe régional sur des actions mutualisées choisies par tous, en dotant chaque action de fiches opérationnelles et en anticipant les moyens nécessaires au suivi et à l'évaluation, les acteurs ont permis d'optimiser leurs moyens (partage d'outils, de méthodes, de pratiques professionnelles, de compétences...), de capitaliser sur des résultats régionaux et de faire émerger des bonnes pratiques. Plusieurs services ont indiqué que, dans ce format, le CPOM avait agi comme un aiguillon et les avait fait progresser sur les thématiques visées.

[37] La construction d'un axe propre à chaque service a permis d'intégrer dans ce contrat, au-delà des priorités régionales, les priorités populationnelles et territoriales de chaque SPSTI, permettant de satisfaire les adhérents des services et donnant du sens aux équipes, les thématiques choisies étant le plus souvent issues de leur projet de service. Cette latitude a permis l'émergence d'actions, de méthodes ou d'outils innovants dont certains ont été mis en œuvre par d'autres SPSTI, voire ont alimenté un axe du PRST ou un groupe national (*cf. supra*).

[38] Ainsi, ce CPOM apparaît répondre aux attentes des partenaires, à l'instar de ce président de SPSTI, rencontré par la mission, qui estimait « que si le CPOM doit avoir un socle régional, par ailleurs obligatoire, il doit aussi s'inscrire dans la continuité du PPS de chaque service avec un ancrage sur le territoire fort et une prise en compte des spécificités de terrain. »

##### 3.1.2 Un CPOM V2 signé par tous les SPSTI comportant des éléments d'évaluation malgré la courte durée de ce contrat

[39] Pragmatiquement, les partenaires ont fait le choix, pour cette seconde génération, d'un CPOM resserré, engageant des moyens restreints et dont l'évaluation serait rendue possible par sa régionalisation. En faisant le choix de la PDP, comme les y invitait l'instruction de 2019, les partenaires ont pu fédérer l'ensemble des SPSTI sur ce thème, figurant dans la majorité des PPS, faisant ainsi progresser les services les moins engagés dans la démarche. On notera la mobilisation de Présanse dans le suivi et l'évaluation des actions menées par les services. Malgré la courte période de vie de ce CPOM, traversée qui plus est, par la crise CoViD, DREETS, CARSAT et SPSTI ont réussi à faire vivre cet outil.

### 3.2 Eléments majeurs d'attention pour l'élaboration des CPOM V3.

#### 3.2.1 Une absence de bilan régional des actions spécifiques du CPOM V1

[40] Faute d'indicateurs communs et de moyens de coordination, la DREETS n'a pu réaliser de bilan régional des actions propres à chaque service. Cela est d'autant dommageable que, comme le montre le tableau 2, plusieurs services avaient choisi les mêmes thématiques (PDP, RPS, TMS...) et que certaines de ces actions étaient particulièrement innovantes. Par ailleurs, les services rencontrés par la mission ont fait part de leur attachement à ce volet spécifique permettant la prise en compte des « réalités de terrain » et la valorisation de leur PPS dans un cadre contractuel. La déclinaison dans un prochain CPOM d'un volet spécifique, plébiscité par les services, devra être précédé d'une réflexion sur la faisabilité d'un suivi et d'une évaluation régionale de l'action, tant en ce qui concerne la méthode (socle minimal d'indicateurs communs, outils de remontée d'information) qu'en ce qui concerne les moyens devant être mobilisés par les signataires.

#### 3.2.2 Des résultats limités de l'action TMS, résultat d'un choix imposé n'entrant pas dans les priorités de la majorité des SPSTI et d'un déficit de coordination

[41] Si l'action PDP a permis d'embarquer et de faire progresser l'ensemble des SPSTI sur cette thématique, il n'en est pas de même de l'action portant sur les troubles musculo squelettiques. Les services se sont différemment emparés de ce thème, défini comme priorité régionale mais qu'ils n'avaient que rarement retenu dans leur PPS. L'absence à la fois d'une méthode régionale opérationnelle et d'un suivi et la durée limitée du CPOM n'ont pas été de nature à inciter les services à s'emparer de ce thème, même si tous avaient signé le CPOM commun. Le bilan réalisé par la DREETS, constitué d'une compilation d'actions réalisées par certains SPSTI, reflète ce déficit de coordination. L'analyse des remontées des services et d'une enquête auprès des entreprises réalisée par Présanse confirme ce bilan très mitigé, puisqu'il fait apparaître que l'action n'a été déployée que dans 3,2 % des entreprises ciblées et que seules 1/4 des entreprises répondantes ont mis en œuvre les préconisations des équipes du SPSTI.

[42] Si le choix consensuel d'une standardisation régionale du CPOM allant jusqu'à sa signature commune, a pu répondre conjoncturellement à des préoccupations d'optimisation des ressources de l'ensemble des acteurs, force est de constater que ce schéma ne répond au fond ni aux aspirations des SPSTI, qui souhaitent voir prises en compte les problématiques de leurs adhérents, ni aux finalités de l'outil. Un interlocuteur estimait que ce CPOM n'était « qu'une simple formalisation d'actions et de partenariats (en particulier avec la CARSAT) qui auraient été mis en œuvre par le service, même en son absence. »

#### 3.2.3 Une complémentarité entre outils à clarifier

[43] Si, dans leur rédaction, les CPOM de ces deux générations font référence au PRST, la complémentarité entre ces outils ne se ressent pas dans les plans d'actions. Ainsi les fiches d'actions des CPOM de ces deux générations ne font pas de lien avec des groupes du PRST. De même, alors que le PRST 3 reprend deux actions développées dans les CPOM V1 (*cf. supra*), il n'est jamais fait mention des CPOM dans ce document, y compris dans les fiches descriptives de ces actions. A l'occasion de ses visites dans cette région, la mission a pu constater que, au sein de la DREETS, contractualisation et PRST étaient gérés indépendamment. Un rapprochement entre les services en charge de la contractualisation et du PRST permettrait d'améliorer la complémentarité entre ces outils.

[44] La DREETS a fait part de sa volonté de mieux intégrer les futurs CPOM V3 dans le PRST 4. Cela passe par un renforcement, d'ores et déjà effectif, de la participation des SPSTI au PRST, puisqu'ils portent cinq actions. Des liens avec le CPOM existent. Ainsi, l'action 22 du PRST 4 portant sur « la formation et l'information des travailleurs temporaires et des saisonniers, des chefs d'entreprises utilisatrices et des agences d'intérim, à la prévention des troubles musculo-squelettiques » mentionne son lien avec l'action cadre TMS du CPOM. A contrario, l'action 25 « Déploiement et fonctionnement des cellules de prévention de la désinsertion professionnelle au sein des services de prévention et de santé au travail de la région PACA » ne mentionne aucun lien avec l'action PDP du CPOM.

[45] Mais il est bien ici question d'une complémentarité et non d'une superposition. Tel que construit, on peut s'interroger sur la valeur ajoutée de ce CPOM unique qui tout en apportant une dimension contractuelle absente du PRST, n'apporte pas la déclinaison opérationnelle fine en fonction du territoire et du service, qui relève de la démarche de contractualisation.

### 3.3 Bonnes pratiques régionales à retenir

[46] La construction de la première génération de CPOM, très participative, a permis d'élaborer un CPOM prenant en compte à la fois les priorités régionales en matière de santé au travail et les priorités propres à chaque service. L'intention de confier la construction de la V2 à la commission n°4 du groupe permanent régional d'orientation des conditions de travail (GPRO) procérait de cette même volonté partenariale. La mise en place d'un groupe de travail associant très largement les parties prenantes est un atout de ce CPOM, auquel il convient toutefois de donner plus d'effectivité pour la construction de la troisième génération de CPOM.

[47] Au vu de l'expérience de la région, la définition consensuelle de thématiques régionales, déclinées avec des méthodes et un socle d'indicateurs communs, comme ce fut le cas pour la V1 et pour l'action PDP de la V2, apparaît garantir une implication de l'ensemble des services, le phénomène d'entraînement jouant à plein, les services les plus aguerris partageant leur savoir-faire et emmenant les autres. Elle facilite de plus le suivi et l'évaluation des actions.

[48] Cependant, comme le montre l'analyse régionale de la dynamique de ces deux générations de CPOM, un axe commun ne saurait se suffire : il doit faire l'objet d'une réflexion commune sur les objectifs et les modalités de suivi et doit être complété d'actions permettant à chaque service de contractualiser sur des objectifs propres. Cela nécessite que les signataires aient la capacité de mobiliser les moyens et les outils nécessaires au suivi et à l'évaluation de ces actions.

Tableau 3 : Caractéristiques des services rencontrés signataires d'un CPOM et analyse du contenu des CPOM au regard des projets de service et du PRST

Données générales				
Région PACA	Association de médecine du travail des Alpes Maritimes (AMETRA 06)	Association Interprofessionnelle des Services Médicaux-Sociaux (AISMT 13)	Groupement interprofessionnel médico-social (GIMS 13)	Association Interentreprises pour la Santé au Travail du Vaucluse (AIST 84)
Nombre de salariés couverts	200 000	160 000	160 000	90 000
Nombre d'entreprises adhérentes	26 000	12 500 dont 76 % < 10 salariés	16 000 90 % d'entreprises < 10 salariés	9 000 dont 80 % < 10 salariés
Périmètre géographique	Département des Alpes Maritimes	Ensemble du territoire des Bouches-du-Rhône	Département des bouches du Rhône	Vaucluse et Gard Bouches-du-Rhône
Principaux secteurs professionnels couverts	Tous secteurs, à l'exception du secteur agricole et du BTP	Compétences exclusives ou partagées selon les secteurs : - Interprofessionnelles, - Professionnels pour la chimie, l'imprimerie papier et carton et le travail temporaire - Extra départementales pour entreprises intervenant dans les installations nucléaires de base	Interprofessionnel	Toutes professions (hors BTP dans les bouches du Rhône)

CPOM de 1 <sup>ère</sup> génération					
	Eléments régionaux	AMETRA 06	AISMT 13	GIMS 13	AIST 84
Date de signature et durée du CPOM		26/04/2016 pour la durée d'agrément	15/04/2014 Pour 5 ans	30/06/2014	Pas de CPOM V1, la DREETS n'ayant pas donné suite aux propositions de 2 actions CPOM (projet CPOM 2024-2018). Ces actions ont été réalisées dans le cadre du PPS
Description du processus d'élaboration partenarial mis en œuvre dans la région	Construction d'un CPOM cadre commun avec la participation de SPSTI volontaires et de PRESANSE (directeurs et des pdts). Un consultant a accompagné la construction Contractualisation individuelle				

CPOM de 1 <sup>ère</sup> génération (suite)					
	Eléments régionaux	AMETRA 06	AISMT 13	GIMS 13	AIST 84
Structuration et choix des actions régionales prioritaires/spécifiques : - proposées aux SPSTI - retenues pour le CPOM par les SPSTI	2 actions régionales communes : - Améliorer le suivi individuel de la santé et la prévention des risques professionnels des salariés intérimaires - Diagnostic régional des besoins en prévention des risques professionnels en PACA-Corse	<u>Les 2 actions régionales</u> <u>3 actions spécifiques</u> : · Prévention des RPS dans le secteur médico social · PDP des travailleurs souffrant d'une pathologie rachidienne · Prévention des TMS des membres supérieurs dans le secteur de la parfumerie et de la chimie fine	<u>Les 2 actions régionales</u> <u>2 actions spécifiques</u> : · PDP · Permettre une meilleure prise en compte des RPS dans les TPE PME	<u>Les 2 actions régionales</u> <u>2 actions spécifiques</u> : · prévenir le risque chimique dans tous les garages par l'intervention de l'équipe pluridisciplinaire · structuration d'une méthodologie commune pour le maintien dans l'emploi	Pour information, les 2 actions proposées par le service : · Favoriser le Maintien dans l'Emploi et Prévention de la désinsertion professionnelle · Repérage et Traçabilité des facteurs de Pénibilité dans les GARAGES

Projets de service pluriannuels des SPSTI				
	AMETRA 06	AISMT 13	GIMS 13	AIST 84
Modalités d'élaboration et contenu des projets de service	<p><b><u>PPS 2013-2018 prorogé jusqu'en 2021</u></b></p> <p>Un projet élaboré par un groupe de travail en lien avec la CMT à partir d'un diagnostic du territoire et des besoins de leurs adhérents avec 4 axes stratégiques déclinés en 14'actions :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mieux connaître les adhérents</li> <li>- Suivre l'état de santé</li> <li>- Accompagner l'entreprise (AM)</li> <li>- Adapter, organisation et moyens</li> </ul> <p><b><u>Bilan 2019</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Développement du management par projet - formation à la conduite de projet</li> <li>- Renforcement du travail en équipes pluridisciplinaires</li> <li>- Des projets (TMS, PDP, RPS, prévention des addictions ...), dont certains interservices (création de bases de données – action garages)</li> </ul>	<p><b><u>PPS 2013-2017</u></b></p> <p>Elaboré par un groupe de travail mis en place par la CMT (après formation <i>ad hoc</i> de ses membres par un consultant externe), la CMT validant les travaux.</p> <p>Information régulière de l'ensemble du personnel.</p> <p>A partir de l'analyse du contexte géo économique de leur secteur et de leurs adhérents, de leurs données d'activité et des moyens disponibles, réalisation d'une analyse des besoins des salariés couverts.</p> <p>Prise en compte du PRST, de la COG At MP, des orientations du COCT.</p> <p>Articulation avec le CPOM rappelée</p> <p><b>12 priorités :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 : communiquer sur la santé au travail et nos missions</li> <li>2 : Prévenir la consommation d'alcool et de drogues en milieu de travail</li> <li>3 : prise en compte des risques professionnels en entreprise</li> <li>4 : Prévenir les risques liés aux activités de manutention dans la grande distribution</li> <li>5 : Réaliser un suivi adapté des salariés intérimaires</li> </ol>	<p><b><u>PPS 2012-2016</u></b></p> <p>Elaboré par une équipe projet (5 personnes) en lien avec la CMT à partir d'un diagnostic territorial, d'une analyse des risques et des besoins des adhérents</p> <p><b><u>Comporte 4 axes :</u></b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 : Mettre en place les moyens organisationnels, humains et financiers pour l'application de la réforme au GIMS (22 actions)</li> <li>2 : Améliorer la communication interne et externe (4 actions)</li> <li>3 : Agir pour la prévention au sein des TPE / PME ou par branche professionnelle (14 actions)</li> <li>4 : Partager des actions avec nos différents partenaires et contribuer aux diagnostics des besoins en santé régionaux et nationaux (9 actions)</li> </ol> <p>Chaque action fait l'objet d'une fiche précisant la méthode, les objectifs, l'évaluation et les moyens alloués</p>	Un projet de service 2013-2016 qui pose des bases de méthode et de l'organisation

**RAPPORT IGAS N°2022-043R (ANNEXES)**

		<p>6 : PDP      7 : prévention sur le risque routier      8 : RPS      9 : Prévention du risque chimique      10 : suivi adapté des salariés saisonniers      11 : Besoin d'indicateurs en santé au travail      12 : Développer les coopérations avec les infirmières en santé au travail</p> <p>Chaque priorité est déclinée dans d'une fiche action définissant objectif, cible méthode, moyens, indicateurs et calendrier. Un référent désigné par action</p>		
Recouplements projet de service et CPOM	Les 5 actions du CPOM sont dans le PPS	<p>Les actions régionales figurent dans le PPS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les 2 actions spécifiques sont issues du PPS mais sur 1 champs plus limités pour RPR : PPS : toutes entreprises,</li> <li>- CPOM : dans les PME TPE.</li> </ul>	Les 4 actions sont dans le PPS	Sans objet

Suivi des CPOM de 1 <sup>ère</sup> génération					
	Eléments régionaux	AMETRA 06	AISMT 13	GIMS 13	AIST 84
Organisation du suivi des CPOM régional et interne aux SPSTI	Suivi des actions spécifiques non réalisé du fait du nombre trop important d'actions Suivi des actions régionales via un comité pluridisciplinaire régional (CoP)	Donnée non communiquée par le service	Point d'avancement à chaque CMT Evaluation des actions à partir du renseignement du tableau d'indicateurs de la fiche action par les référents de chaque action	Réalisé dans le cadre du PPS par des commissions ad hoc	Sans objet
Existence d'indicateurs (moyens-résultats) et tableaux de bord	Tde B d'indicateurs communs prévus pour les 2 actions régionales. Action «intérimaires» : organisation par Présanse de remontées des 13 SPSTI adhérents via un portail (outil prévu dans le PRST2)	Oui dans les fiches action. Evaluation annuelle prévue	Oui, dans chaque fiche action	Indicateurs et Tde B du PPS Comporte des données qualitatives (plutôt de moyens) et des données qualitatives (retour de questionnaires)	Sans objet
Existence d'un bilan - nature de ce bilan / contenu et résultats des indicateurs	Elaboration d'un bilan régional de l'action portant sur les intérimaires Diffusion en 2019 par Présanse d'une cartographie régionale des expositions professionnelles Pas de bilan régional des actions spécifiques	Non communiqué	Un retour d'expérience inclus dans le PPS 2018-2022 Bilan sur les actions intérimaires, PDP et RPS	Bilan spécifique au CPOM au 31-12-18 réalisé par le GIMS13	En l'absence de signature du CPOM, le bilan régional élaboré pour les 2 actions régionales l'a été hors contribution de l'AIST 84

RAPPORT IGAS N°2022-043R (ANNEXES)

CPOM de 2 <sup>ème</sup> génération					
	Eléments régionaux	AMETRA 06	AISMT 13	GIMS 13	AIST 84
Date de signature et durée du CPOM	Signature le 6-11-2020 d'un CPOM cadre par l'ensemble des SPSTI de la région avec échéance au 30 juin 2021, prorogé jusqu'au 31-12-2022 <i>(en cours de signature au moment des entretiens)</i>	6-11-2020 8 mois Prorogé de 6 mois			
Description du processus d'élaboration partenarial mis en œuvre dans la région	Elaboration du CPOM dans le cadre de la commission n°4 du groupe permanent régional d'orientation des conditions de travail (GPRO) élargie à la participation de représentants des services de santé au travail désignés par PRESANSE et à la CARSAT.				

CPOM de 2 <sup>ème</sup> génération (suite)					
	Eléments régionaux	AMETRA 06	AISMT 13	GIMS 13	AIST 84
Structuration et choix des actions régionales prioritaires/ spécifiques : - proposées aux SPSTI - retenues pour le CPOM par les SPSTI	<p>Le CPOM cadre comporte 2 actions :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· La PDP</li> <li>· La prévention des TMS</li> </ul> <p>Le document cadre est complété de 2 fiches actions décrivant les méthodes des 2 actions et comportant des indicateurs permettant la consolidation d'un bilan régional</p> <p>Lors du choix des actions, le PST 4 était en cours d'élaboration et le PRST 4 pas encore initié. La PDP est en lien avec l'action 25 du PRST 4. Souhait que le PRTS 4 reprenne le CPOM TMS dans l'objectif 2.5.1</p>	<p>Les 2 actions régionales :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· La PDP</li> <li>· La prévention des TMS</li> </ul>	<p>Les 2 actions régionales :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· La PDP</li> <li>· La prévention des TMS</li> </ul>	<p>Les 2 actions régionales :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· <b>La PDP</b></li> </ul> <p>Objectif : bilan des actions du PPS1 et du 1<sup>er</sup> CPOM – intégration du GIMS13 dans l'expérimentation PDP de la DGT</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· <b>La prévention des TMS.</b></li> </ul> <p>Mise en place d'un groupe de travail interne pour ciblage des bénéficiaires (boulangerie et crèches) conception de fiche action (validée en CMT).</p>	<p>Les 2 actions régionales :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· La PDP</li> <li>· La prévention des TMS (risque le plus important de la cartographie locale des risques)</li> </ul>

Projets de service pluriannuels des SPSTI				
	AMETRA 06	AISMT 13	GIMS 13	AIST 84
Modalités d'élaboration et contenu des projets de service	<p><b>PPS 2021-2026</b> Conduit en mode projet par un groupe de travail pluridisciplinaire Construit par thématiques, selon deux axes :</p> <p><b>Axe transversal :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Transformation numérique</li> <li>· Organisation de l'équipe pluridisciplinaire</li> <li>· Amélioration continue et qualité</li> </ul> <p><b>Axe pluridisciplinaire :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Culture de prévention</li> <li>· PDP et maintien en emploi</li> <li>· Adaptation du suivi médical</li> <li>· TMS et Risques physiques</li> <li>· RPS et QVT</li> <li>· Risques chimiques</li> <li>· Risques biologiques</li> </ul> <p>Un plan d'actions prévu pour chaque thématique.</p>	<p><b>PPS 2018-2022</b> Elaboré par un groupe de travail en lien avec la CMT Prise en compte de : PRST, COG et CPOM A partir du retour d'expérience du PPS précédent, des données d'activité du service, de la prise en compte de leurs moyens et de l'analyse des besoins des entreprises adhérentes</p> <p><b>7 priorités d'action :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Risque professionnel RPS</li> <li>Risques émergents (perturbateurs endocriniens, télétravail ...)</li> <li>Suivi individuel des intérimaires PDP</li> <li>Promouvoir la culture de prévention</li> <li>Développer des indicateurs en santé au travail</li> </ul>	<p><b>PPS 2017-2022</b> Construit et validé par la CMT S'appuie sur un diagnostic réalisé à partir de l'analyse des spécificités du territoire et des adhérents, des caractéristiques et des moyens du service et des priorités définies dans le plan de PRST. Comporte 23 actions réparties sur 3 axes :</p> <p><b>Axe 1 : Assurer nos missions conformément à la réglementation</b> Suivi individuel simple des salariés Suivi des intérimaires Prévention des RPS liés aux changements Recueillir et analyser les RP Expérimenter le fonctionnement et l'organisation des centres Actualiser l'outil de planification de l'activité des équipes Créer ou mettre à jour des conventions de partenariat avec tous les ex-services autonomes et les établissements publics Politique RH Optimiser la politique de communication externe</p>	<p><b>Projet de service 2018-2022</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Cancer et travail :</li> <li>· Travail de nuit</li> <li>· Lutte contre l'usage de substances psychoactives :</li> <li>· Améliorer le suivi médical des travailleurs éloignés</li> <li>· PDP</li> <li>· Prévention primaire pour TPE PME</li> <li>· Dématérialisation du dossier médical</li> </ul>

		<p><b>Axe 2 : Mener des actions ciblées auprès des bénéficiaires</b></p> <p>Coordonner des actions en santé au travail suivie par plusieurs médecins</p> <p>Risques chimiques liés à l'exposition aux Cytostatiques dans les ES</p> <p>Mieux prévenir le risque amiante en entreprise</p> <p>Prévention de l'usage des substances psychoactives en entreprise</p> <p>Mener des actions auprès des employeurs en entreprise et en collectif (RDV de la prévention)</p> <p>Développer le dispositif de gestion de prise en charge psychologique d'un événement grave</p> <p>Actions de prévention du risque routier VUL et VL</p> <p>Optimiser le dispositif de maintien dans l'emploi</p> <p>Actions de dépistage, d'information et d'éducation nutritionnelle</p> <p>Risque chimique (dont CMR) chez les coiffeurs</p> <p><b>Axe 3 : Optimiser les capacités en matière de diagnostic territorial en santé au travail</b></p> <p>Optimiser les flux de communication et la traçabilité entre les membres</p>	
--	--	--	--

**RAPPORT IGAS N°2022-043R (ANNEXES)**

			<p>de l'équipe pluridisciplinaire via le logiciel métier Construire un DMST dématérialisé.</p> <p>Créer et mettre à jour un guide d'utilisation de Praevisio</p> <p>Réaliser, mettre à jour et exploiter les fiches d'entreprise</p> <p>Mieux connaître les adhérents et réaliser des analyses par rapport aux autres SST</p>	
Recouplements projet de service et CPOM	Les 2 actions du CPOM sont dans le PPS	PDP : dans le PPS mais pas les TMS	<p>Action PDP du CPOM régional : une reprise de l'action conçue par le GIMS 13 dans son PPS précédent (action expérimentée au niveau national)</p> <p>TMS : Ne figure pas dans le PPS</p>	Le PPS (2018/2022) comporte un axe PDP maintien en emploi mais pas d'action spécifique sur les TMS (ce qui a généré un manque d'adhésion au CPOM)

Suivi des CPOM de 2 <sup>ème</sup> génération					
	Eléments régionaux	AMETRA 06	AISMT 13	GIMS 13	AIST 84
Organisation du suivi des CPOM régional et interne aux SPSTI	Suivi par les référents désignés par les SPSTI et présenté au GPRO	Pas de suivi interne spécifique au SPSTI : intégré au suivi du PPS	Mise en place de 2 groupes de travail avec chacun 1 référents : point d'avancement à chaque CMT Relai de communication faite par Présanse à leur personnel et aux entreprises	<b>PDP</b> : par la commission PDP interne <b>TMS</b> : suivi par le groupe de travail (cf. supra)	1 référent désigné par CPOM Un point CPOM est effectué lors de chaque CMT (CR adressés à tous les collaborateurs)
Existence d'indicateurs (moyens-résultats) et tableaux de bord	Dans les 2 fiches actions : Tableau de bord (TdB) à renseigner par chaque SPSTI au 30-06-21. Devait être compléter d'un bilan quali (enquête de satisfaction) pour PDP	<b>Tableau de bord (TdeB) régional - indicateurs</b> <b>Sur TMS</b> : nb d'entreprises et de salariés cibles, nb entreprise et salariés ayant bénéficié de TMS Pro <b>Sur PDP</b> : Nb de visites à la demande, nb de visites de pré reprise, nb de proposition de mesure individuelles d'aménagement, d'adaptation ou de transformation du poste de travail Nb de salariés orienté vers actions PDP	TdB régional	<b>PDP</b> : TdeB interne de suivi de l'expé des actions complémentaires <b>TMS</b> : TdeB dans la fiche action avec indicateurs de moyens et des critères qualitatifs	TdeB régional

Suivi des CPOM de 2 <sup>ème</sup> génération (suite)					
	Eléments régionaux	AMETRA 06	AISMT 13	GIMS 13	AIST 84
Existence d'un bilan - nature de ce bilan / contenu et résultats des indicateurs	<p><b>DREETS :</b>  <u>Rapport bilan d'étape au 30 juin 21</u> de l'action TMS avec avancement des actions propres à chaque SPSTI</p> <p><u>Organisation d'une journée référents CPOM</u></p> <p><b>Présanse :</b>  rédaction d'un bilan d'étape pour chaque action adressé à DREETS et CARSAT en sept 21 indiquant des niveaux d'atteinte régionaux des objectifs avec une annexe bilans par service (annexe non communiquée à la mission)</p>	<p>Un bilan PDP  Pas de bilan spécifique TMS du CPOM : intégré dans le bilan du PPS</p>	<p><b>Eléments transmis à la mission :</b></p> <p><u>PDP</u> : bilan réalisé par le SPSTI au 31-07-22 selon TdeB régional</p> <p>Bilan PF PDP CNAM au 27-06-22</p> <p><u>TMS</u> : bilan régional</p>	<p>Bilans intermédiaires en juin 2021 de l'action PDP et de l'action TMS</p>	<p>Le service n'a pas réalisé lui-même de bilan</p> <p>La communication a été réalisée par Presanse pour les aspects régionaux (lettre interne du réseau) et par les référents sur les aspects locaux.</p> <p>Le service estime nécessaire un bilan régional pour partager les pratiques et pouvoir se positionner les uns par rapport aux autres.</p>

Enseignements			
AMETRA 06	AISMT 13	GIMS 13	AIST 84
Service qui a, dès la V1, rapproché les objectifs de son CPOM et de son PPS afin d'optimiser ses moyens. AMETRA, de taille importante, dispose de moyens lui permettant l'élaboration et la mise en œuvre des actions (dont ils ont proposé la méthode à d'autres SPSTI moins matures). La plus-value essentielle du CPOM est estimée de ce fait faible et réside pour l'essentiel, pour le service, dans une mise en visibilité accrue de ces actions du fait de leur dimension régionale.	Un service qui a très vite mesuré l'intérêt de disposer d'un PPS de qualité et s'est fait accompagner ce qui lui a permis de déployer PPS et CPOM, outils très en lien, en mode projet, avec suivi régulier par la CMT. Le nombre limité d'actions du CPOM V1 (4) a permis l'évaluation de 3 actions (actions intérimaires, PDP et RPS). La réalisation d'un diagnostic régional ne se prêtait pas à un bilan service par service. Concernant le CPOM V2 régional, le service a pu facilement s'emparer de la PDP prévue dans son PPS. Cependant, l'action TMS n'étant pas prévue dans son PPS, le service a dû s'organiser et mobiliser des moyens supplémentaires dans des délais très contraints pour mener cette action. Le service indique que cette action régionale lui a permis de travailler avec une branche (nettoyage) ce qui a renforcé la portée du plan d'action	Le GIMS13 est un service très dynamique ayant une culture ancienne de l'évaluation et de la conduite de projet qui mène des évaluations rigoureuses de ses actions, en liant fortement PPS et CPOM. Cette maturité lui a permis, pour le CPOM V2, d'une part de capitaliser sur ses réussites et de diffuser certaines méthodes, en particulier sur la PDP, d'autre part d'affiner la fiche action régionale TMS (thème qui ne figurait pas dans son PPS) pour identifier, parmi ses adhérents, les activités prioritaires, concevoir une méthode opérationnelle et l'évaluer.	Nécessité PPS structuré pour CPOM (V1) Dans le CPOM régional (V2), l'action concertée a du sens sous réserve d'une bonne organisation et coordination des services et de la désignation d'un pilote et d'un déroulement en mode projet, ce qui a manqué pour les TMS qui, par ailleurs, n'étaient pas inscrits dans leur PPS.