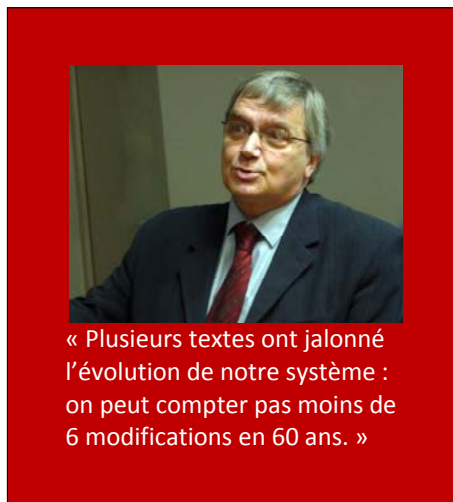


# La santé au travail : des avancées, des réussites au service de tous

Paul Frimat,  
professeur des universités, praticien hospitalier  
université Droit et Santé de Lille 2 / CHRU Lille / ISTNF

Entre la loi de 1946<sup>1</sup> créant la médecine du travail et le décret de 2004<sup>2</sup> portant sur la réforme de la médecine du travail, plusieurs textes ont jalonné l'évolution de notre système : on peut compter pas moins de 6 modifications en 60 ans. Très rapidement, nous sommes passés à une problématique tendue vers l'indemnisation. La médecine du travail s'est développée autour d'une approche médico-légale. Si une touche de prévention était inscrite dans la notion d'aptitude, c'est l'évolution de l'approche du monde du travail et l'implication européenne qui ont permis de renforcer la démarche de la prévention primaire et la pluridisciplinarité. Les mesures contenues dans la directive cadre de 1989<sup>3</sup>, et les enjeux de 2002<sup>4</sup> concernant l'évaluation des risques



<sup>1</sup> Loi du 11 octobre 1946.

<sup>2</sup> Décret du 28 juillet 2004.

<sup>3</sup> Directive 89/391/CEE du Conseil, du 12 juin 1989, concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail.

professionnels en entreprise, ont permis d'inscrire la gestion du risque dans le dispositif réglementaire.

La médecine du travail a été organisée de façon normative. Pendant 60 ans, elle s'est focalisée sur une approche individuelle. Notre Société a souhaité que le collectif « médecine du travail » développe une problématique liée à l'aptitude professionnelle. Si la loi de 1946 précise que la première mission du médecin du travail est d'éviter l'altération de la santé du salarié du fait de son travail, il n'est nulle part écrit de limiter son activité à la seule aptitude. Il faut faire un constat : notre système accuse aujourd'hui des problèmes de fonctionnement. Les services de santé au travail sont devenus, au fil des ans, des services de gestion de visites médicales ; ils ne peuvent prétendre à répondre aux besoins de santé des entreprises sans une profonde évolution.

## Une nouvelle logique de prévention

L'opinion publique est de plus en plus sensible aux crises sanitaires survenues dans le monde du travail. Le lien entre conditions de travail et santé est reconnu. La mise en cause accrue de la responsabilité des préventeurs révèle l'inquiétude sociale sur les risques au travail. La loi de santé publique de 2004<sup>5</sup> a apporté des réponses coordonnées. La présentation de la santé de l'individu, de la santé comprise comme un tout, nous concerne : la santé publique, la santé environnement, et la santé travail sont imbriquées. La santé au travail fait partie de la santé publique et des politiques de santé. Plusieurs plans nationaux ont été définis<sup>6</sup>. Le

<sup>4</sup> Loi du 17 janvier 2002.

<sup>5</sup> Loi du 9 août 2004.

<sup>6</sup> Plan national de santé publique, Plan national de santé au travail, Plan national de lutte contre le cancer, Plan national de lutte pour limiter l'impact sur la santé de la violence, des comportements à risque et des conduites addictives, Plan national santé environnement, Plan national de lutte pour améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques...

premier Plan de santé au travail, rendu public en février 2005, nous permet de mieux structurer les ressources et le dispositif de prévention<sup>7</sup>. A côté des plans, la mise en place de systèmes d'observation et d'agences indépendantes, comme l'Afsset<sup>8</sup>, permet l'amélioration des connaissances. Bien sûr, si l'Etat a l'obligation de s'assurer de l'application des réglementations, il fixe aussi des orientations, et propose aux services de santé au travail, avec le soutien des partenaires sociaux, de s'organiser.

En région, les DRTEFP, directions régionales du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, services déconcentrés du ministère du Travail, collaborent avec les Ddass, les Drass, les Drire, et la Sécurité sociale. La mise en place des Comités régionaux de prévention des risques professionnels (CRPRP) confirme ce rapprochement entre acteurs institutionnels et intégrera la Révision générale des politiques publiques (RGPP)<sup>9</sup>. La spécificité de la santé au travail ne disparaît pas, elle relève des acteurs de l'entreprise, des responsables, des financeurs et des bénéficiaires. Dans ce contexte, la



<sup>7</sup> Le Plan de santé au travail 2005/2009 comprend 23 actions organisées autour de 4 objectifs : Développer les connaissances des dangers, des risques et des expositions en milieu de travail ; renforcer l'effectivité du contrôle ; refonder les instances de concertation du pilotage de la santé au travail ; encourager les entreprises à être acteur de la santé au travail.

<sup>8</sup> Afsset, Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail.

<sup>9</sup> Les Directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (Direccte), remplaceront en 2010 les directions régionales et départementales de l'emploi, du travail et de la formation professionnelle (DRTEFP et DDTEFP), et les divisions développement industriel (DDI) des Drire.

démarche d'évaluation des risques est structurante d'une action de prévention en entreprise. Bien sûr, l'évaluation des risques n'a de sens que si elle débouche sur un plan d'action. Si la réalisation du document unique n'est pas de leur responsabilité, les médecins du travail doivent cependant développer des actions en milieu de travail et jouer le rôle de conseiller, ce qui les amène à recenser et à analyser ces risques ; la santé au travail ne se résume plus à la visite médicale.

Aujourd'hui, nous sommes amenés à répondre à une nouvelle logique de prévention, qui doit inclure le contexte environnemental dans lequel évoluent les citoyens, dans leur approche de la santé tout au long de la vie. Malgré le décret de 2004, l'action en milieu de travail reste, aujourd'hui encore, trop timorée, alors même que cette démarche devrait représenter 1/3 de notre activité. Il existe pourtant une vraie demande des TPE et des PME concernant la gestion des risques professionnels. Comment répondre au mieux à cette demande, sachant que la population vieillit et que des risques émergents apparaissent ?

### Une situation préoccupante qui a justifié de nombreux rapports

Dans ce contexte, de nombreuses propositions visant à améliorer le système de santé-travail ont été formulées. Le rapport rendu par Hervé Gosselin en janvier 2007<sup>10</sup>, a proposé de supprimer l'aptitude systématique pour certaines visites : je confirme cette approche, il faut maintenir la « visite d'aptitude ou de non contre-indication » à l'embauche, en cas de procédure de maintien à l'emploi, mais il faut abandonner la visite périodique pour la transformer en un suivi de santé simple ou renforcé, défini par le médecin du travail et son équipe, en fonction de protocoles et de référentiels.

<sup>10</sup> *Aptitude et inaptitude médicale au travail : diagnostic et perspectives* Rapport réalisé par Hervé Gosselin, Conseiller à la Chambre sociale de la Cour de cassation, pour le Ministre délégué à l'Emploi, au travail et à l'insertion professionnelle des jeunes, janvier 2007.

Le rapport rendu en octobre 2007 sur le bilan de la réforme de la médecine du travail, à la rédaction duquel j'ai participé, au côté de Françoise Conso, avec le concours de l'Igas et de l'IGEANR<sup>11</sup>, a préconisé de recentrer l'activité des médecins du travail sur la prévention, en leur permettant de déléguer certaines tâches. Nous insistions sur la priorité à donner à l'action de prévention en milieu de travail et propositions que les médecins du travail mettent en place des projets de prévention en entreprise, avec un plan pluriannuel de santé au travail. Le rapport proposait également de donner une base juridique à la délégation de tâches du médecin vers d'autres catégories de professionnels, en développant notamment une qualification d'infirmier spécialisé en médecine du travail. Nous avons avancé l'idée, enfin, que l'on remplace l'agrément des services de santé au travail par une "accréditation" basée sur leur capacité d'intervention. Dans un avis adopté le 27 février 2008, le Conseil économique et social a proposé lui aussi un ensemble d'évolutions concernant les missions des services de santé au travail, le métier des médecins du travail, le financement et la gouvernance du système, ainsi que la maîtrise de la contrainte démographique<sup>12</sup>.

Dans ce contexte de discussions menées entre 2008 et 2009 par les partenaires sociaux pour « mieux répondre au besoin de santé des travailleurs, des entreprises », une trentaine d'enseignants, membres du Collège national des enseignants de médecine et santé au travail, ont eux aussi souhaité donner leur point de vue en faisant douze propositions de réflexion dans une note qu'ils ont adressé le 08 juin 2009 aux partenaires sociaux. Les enseignants

---

<sup>11</sup> *Le bilan de réforme de la médecine du travail*, Rapport établi par Claire Aubin, Régis Pélissier, Pierre De Saintignon, membres de l'Inspection générale des affaires sociales, Jacques Veyret, membre de l'Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche, Françoise Conso, Professeur de médecine honoraire, Paul Frimat, Professeur de médecine, octobre 2007.

<sup>12</sup> *L'avenir de la médecine du travail*, Avis présenté par Christian Dellacherie, Conseil économique et social, mars 2008.

insistent sur la place et sur le rôle de la santé-travail dans les politiques de santé, et réaffirment que le médecin du travail, aidé par une équipe d'intervenants en prévention, est le spécialiste unique des interactions entre conditions de travail et santé en entreprise, et souhaitent le maintien de formations diplômantes spécialisées<sup>13</sup>.

Comment synthétiser l'ensemble de ces propositions ? On pourrait concevoir, comme cela peut se voir déjà dans certaines expérimentations, que notre organisation engage l'employeur à créer un plan santé-travail pour son propre établissement. Ce plan serait négocié entre l'entreprise et le service de santé au travail. Il serait élaboré par le médecin du travail et l'équipe de santé-travail, dans le cadre d'un projet de santé publique, à partir du document unique et de la fiche d'entreprise. La mise en place de ce type de plan doit être méthodique. Avec ce mode d'organisation, ce sont les médecins du travail qui déterminent la priorité à traiter ; pour y parvenir, ils doivent pouvoir s'appuyer sur un personnel formé. A ce niveau d'intervention, toute démarche doit être négociée avec les entreprises, les CHSCT et les CE ; l'employeur d'une entreprise de moins de 10 salariés a la même obligation, il devrait pouvoir appliquer ce plan, après avis du CRPRP, auquel participent les partenaires sociaux.

### **Les pratiques ne sont pas standardisées**

Je pense que le vrai défi, dans les 5 ans, pour les services de santé au travail, sera de fonctionner par projet. Le médecin du travail devra devenir le manager d'une équipe. Au niveau des TPE, il faudra réunir une partie des informations contenues dans le document unique et dans la fiche d'entreprise, sans pour autant enlever la responsabilité de l'employeur et du médecin du travail. Des équipes

---

<sup>13</sup> Ces enseignants appartiennent aux universités respectives d'Amiens, Angers, Bordeaux, Brest, Caen, Clermont-Ferrand, Grenoble, Lille, Lyon, Marseille, Nancy, Nantes, Poitiers, Rouen, Strasbourg, Toulouse, et Paris (Cochin, Créteil, Versailles).

de santé au travail se mettent en place : un médecin du travail doit pouvoir déléguer une série d'actes à des infirmiers ou à d'autres personnels. Des projets émergent, des équipes se construisent. Bien sûr, si de nouveaux métiers apparaissent, il n'est pas nécessaire que tous les intervenants en santé au travail, qu'ils s'agissent d'infirmiers, d'ergonomes, d'hygiénistes industriels, de psychologues, d'intervenants en secourisme et en gestes et postures, de chimistes et de toxicologues, soient labellisés IPRP (Intervenant en prévention des risques professionnels). Cette procédure de « labellisation » est à revoir.

Parmi les difficultés évoquées par les médecins du travail, reviennent de façon récurrente le problème de temps et le problème d'accès aux informations, dans le domaine AT/MP ou dans les domaines toxicologiques (produits utilisés, fiches de données toxicologiques...). Les personnes interrogées notent des difficultés de collaboration avec les entreprises, surtout dans le domaine de la prévention - on a l'impression que rien ne suit les constatations qui peuvent être faites et les avis donnés. Des résistances, l'indifférence des employeurs et des salariés, sont relevées, ainsi que le problème du coût financier ou du retentissement des propositions de prévention sur le « process » du travail (automatisation, délocalisation...).

Dans nos pratiques professionnelles, plusieurs points font encore défaut. Tout d'abord, l'approche des problèmes reste très individuelle, les informations privilégient l'individu, ce qui est nécessaire, mais incomplet : il est important d'appréhender l'information de façon collective et de la restituer collectivement. L'audiométrie, par exemple, est restituée individuellement, mais il



reste difficile de rendre collectivement l'état audiométrique de 100 salariés d'une même entreprise, en fonction du niveau sonore et du port des protections... Bref, nous ne savons pas organiser des informations dont employeurs et partenaires sociaux auraient besoin pour aider les décisions de prévention. Nous sommes face à un déficit de traitement collectif des informations au sens large, quelque soit le sujet, d'où la difficulté de communiquer sur ces risques. Nous sommes en retard sur ce point. C'est également vrai dans le domaine des risques psychosociaux, où le médecin est confronté au déni des entreprises, parce que c'est un sujet délicat et confidentiel avec des implications de personnes, parce que ça touche à l'organisation du travail etc. L'expérience montre que l'approche collective par questionnaires appropriés permet pourtant de poser, d'objectiver, et, surtout, de faire accepter les diagnostics.

Le suivi médical, malgré les modifications de la loi, reste « chronophage » ; il est devenu plus complexe. De nouvelles obligations sont apparues ; il y a de moins en moins de médecins du travail aussi<sup>14</sup> ; il y a trop de tâches administratives - le modèle inadapté des fiches d'entreprises, par exemple, peut être souligné ; le travail du médecin est dispersé et morcelé. Il lui manque des outils de traitement de l'information. Le manque de coordination et d'échanges entre acteurs de la santé au travail, entre les services, est également mis en évidence. Il est d'ailleurs suggéré par certains que la coordination, à l'échelon régional, soit faite par un organisme ou par une structure qui pourrait servir de référence. Le manque de partenariat avec les professions, avec les chambres professionnelles, avec les branches professionnelles est, enfin, fréquemment soulevé. Il n'y a pas de consensus, pas de projet coordonné, nos pratiques ne sont pas standardisées.

<sup>14</sup> Si 1700 médecins du travail prendront leur retraite d'ici 5 ans, seuls 370 nouveaux médecins du travail seront formés dans la même période. Il faut faire un constat : 3 médecins du travail sur 4 ont aujourd'hui plus de 50 ans.

Les idées, pourtant ne manquent pas. Au niveau des suggestions, on entend régulièrement proposer une approche par branche professionnelle, notamment pour les très petites entreprises, les artisans, etc., il y a une demande, des métiers sont cités de façon classique, le BTP, par exemple, avec ses services professionnels et le GNM-ST-BTP<sup>15</sup>. Une enquête menée en Picardie entre 2005 et 2006 par Pierre Guisnet, médecin du travail Asmis Amiens, pour l'Aramie, a permis de mettre en évidence que de nombreuses évolutions venant du terrain étaient souhaitées par l'ensemble d'un territoire. Certains, dans cette enquête, proposent de donner d'avantage de priorité au travail précaire, aux sous-traitants et à l'intérim. Au niveau des expositions, les CMR, le travail posté, les facteurs psychosociaux sont signalés, ainsi que les facteurs organisationnels. En termes de santé publique, les interrogations portent sur les addictions, sur l'alimentation, et sur le vieillissement, avec quelques interventions concernant le cancer. Des modalités d'action sont pourtant proposées : normaliser et centraliser les outils, standardiser les méthodes, créer des référentiels par métiers, créer des références opposables en santé-travail et des guides de bonnes pratiques.

### **Il faut identifier les besoins réels de l'entreprise et du salarié**

Les années 90 et les directives européennes ont fait passer l'entreprise d'une obligation de moyens à une obligation de résultats en matière d'hygiène et de sécurité. Parallèlement, la responsabilité pénale de l'entreprise et de ses dirigeants a été ré-affirmée dans ce domaine. Il nous faut organiser un service plus pertinent et plus cohérent pour répondre à cette situation. Car, si les enjeux de la santé et de la sécurité dans les entreprises ont considérablement évolué, ils peuvent parfois menacer l'existence de l'entreprise. La prévention devient de plus en plus complexe, s'agissant d'évaluer la probabilité d'occurrence d'un accident, d'une maladie professionnelle et leurs conséquences. Ainsi, l'intérêt porté

---

<sup>15</sup> GNM-ST-BTP, Groupement national multidisciplinaire de santé au travail dans le BTP.

à la prévention s'est considérablement renforcé, et la mise en place de cette démarche se construit. En effet, dès que l'on propose et que l'on construit avec l'entreprise une démarche participative adaptée à sa culture et à sa structure, une des conditions de réussite semble atteinte. Bien sûr, encore faut-il prendre le temps de connaître l'entreprise, de connaître son histoire, et de prendre également le temps de faire reformuler la demande qui nous est posée pour identifier quels sont les besoins réels de l'entreprise. Et là aussi, la pluridisciplinarité est intéressante.

Il faut intégrer la notion de parcours de vie, de parcours d'exposition, de parcours de santé ; on sait que les salariés auront de multiples expositions. Comment évaluer leur exposition réelle ? Comment proposer une traçabilité des expositions ? Nous devons assurer le suivi de personnes qui devront travailler de plus en plus longtemps. Il faut mettre en place des recueils de données, il faut pouvoir stocker les informations. Le Plan de santé au travail permet le développement d'expérimentations avec les partenaires sociaux. Sous contrôle de la DRTEFP, avec les services de santé au travail qui veulent s'y investir, nous devons entreprendre ces expérimentations. Il faut parler alors de démarche de gestion de projet. Il faut mettre en place des protocoles et des méthodes d'évaluation. Ne serait-il pas souhaitable d'adapter le suivi en fonction des résultats de l'évaluation des risques et non en fonction de la seule connaissance de la présence du risque ? Des expérimentations reprenant ces protocoles « consensuels » permettraient une véritable avancée.

### **De nouveaux modes d'action sont à créer**

Il faut innover, et pour cela il y a deux pistes : utiliser les commissions médico-techniques, pour mettre en place des politiques de service, et développer la pluridisciplinarité dans le respect des personnes. La priorité, aujourd'hui, est bien d'agir en entreprise, par des mesures de prévention primaire. La volonté du législateur est claire sur ce point. L'action en entreprise doit représenter 150 demi-journées d'intervention par an pour le

médecin du travail. L'évolution de la santé au travail tourne autour d'une prestation globale associant une démarche individuelle et une démarche collective. Si, effectivement, dans les années qui viennent, de nombreux médecins du travail seront partis en retraite, le médecin du travail ne pourra plus travailler tout seul. Il sera nécessaire d'étoffer l'équipe de santé en introduisant de nouvelles spécialités, l'infirmière de santé au travail, par exemple ; il s'agit de nouveaux métiers qui permettront au médecin du travail d'être assisté sur certaines prestations. Ce type d'évolution doit être appuyé.

La mobilisation du conseil d'administration, dans les services de santé au travail (SST), est un autre facteur déterminant. Derrière le CA, c'est la compétence du directeur de SST qui est renforcée. Son rôle, pour la mise en place de projets, est essentiel. Un tandem s'est constitué peu à peu, qui associe le médecin du travail au directeur. Le médecin coordonne le projet et le directeur du service facilite le montage des dossiers. Les uns et les autres, qui se sont parfois heurtés par le passé, ont aujourd'hui appris à se connaître et à se comprendre. Il faut intégrer la notion de temps, elle est capitale si nous voulons marquer des évolutions. La demande des entreprises a changé depuis le texte du décret portant la réforme de la médecine du travail ; face à la pénurie de médecins du travail, les SST ont pris les devants pour imaginer de nouvelles organisations et ont proposé de nouvelles prestations.

### De nouveaux modes d'action sont expérimentés

Passer de la médecine du travail à la santé au travail, ce n'est pas qu'un glissement sémantique : les entreprises et les salariés nous demandent aujourd'hui d'être présents sur le terrain, ce qui



implique l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire au delà des compétences propres du médecin du travail. Notre système, finalement, doit s'organiser aujourd'hui autour de quatre axes. Notre compétence se joue, tout d'abord, au niveau des conditions de travail. Il est donc nécessaire, en premier lieu, que les services de santé au travail participent à l'évaluation des risques professionnels en entreprise et qu'ils développent une démarche de prévention. Le deuxième axe important à renforcer porte sur l'adaptation des postes de travail, sur le maintien dans l'emploi et le handicap. La politique de santé publique nous demande, ensuite, de fonctionner par programmes : les services de santé au travail doivent être en mesure d'identifier une situation, et de mettre en place des protocoles et de les évaluer. Il est nécessaire, enfin, de développer les indicateurs collectifs et de conforter le rôle de vigilance que devraient remplir les services de santé au travail.

### Un document de valorisation Nord – Pas-de-Calais / Picardie ?

C'est sur la base des différents rapports, avis et propositions rendus entre 2007 et 2009, que j'ai eu l'idée, en m'appuyant sur la logistique de l'ISTNF, de réaliser le présent écrit. La réforme de la médecine du travail pose, en région, la question des ressources des services de santé au travail : les médecins du travail constituent le premier réseau des préventeurs en région ; ce réseau est renforcé aujourd'hui par la pluridisciplinarité : l'offre renouvelée des médecins du travail et des IPRP doit permettre aux entreprises de bénéficier de conseils. Des chartes de contractualisation sont passées entre les DRTEFP et les services de santé au travail, y compris avec la Cram Nord-Picardie. Dans ce contexte, le nord de la France a su faire preuve de sa capacité à mobiliser les acteurs de prévention. Sur le champ de la santé au travail, le positionnement existe depuis plusieurs années : dans le Nord – Pas-de-Calais et la Picardie, les services de santé au travail ont anticipé l'évolution des pratiques.

A la suite du livre blanc "Réflexions et propositions pour une réforme de la médecine du travail" réalisé en 1999 dans le Nord –

Pas-de-Calais et la Picardie, des directeurs de services, médecins spécialistes, infirmiers et techniciens, secrétaires médicales et représentants syndicaux se sont associés pour imaginer de nouvelles prestations de santé au travail<sup>16</sup>. Ces réflexions ont proposé de nouveaux modes d'action. Depuis 2002, dix projets ont été mis en chantier par les services de santé au travail. Ces expérimentations portaient concrètement sur l'évaluation des risques, le suivi médical adapté, les prestations globales en santé travail, et le conseil auprès des très petites entreprises. Ces travaux ont permis de mettre en évidence l'émergence de dynamiques d'acteur, d'équipes, de service, de partenariat externe, avec des administrations, ou des organisations professionnelles, et enfin de dynamiques d'entreprise. Les réflexions menées par les acteurs du Nord – Pas-de-Calais et de la Picardie ont été, depuis, confortées. Ces expérimentations ont permis d'inciter l'ensemble des services et des équipes à innover, pour mieux répondre aux besoins de leurs adhérents. Ils contribuent ainsi à changer l'image de la discipline auprès des entreprises.

### Une organisation régionale en développement

Les services de santé au travail du Nord – Pas-de-Calais et de Picardie ont mis en place deux plateaux techniques : le Cisst<sup>17</sup> pour la métropole lilloise et le Gisset<sup>18</sup>, qui couvre une partie des deux régions Nord – Pas-de-Calais et Picardie. L'ISTNF, de son côté, a passé des conventions d'expertise et de mutualisation de moyens avec le CHRU de Lille concernant l'activité du Centre régional de

---

<sup>16</sup> *Bilan des 10 expérimentations des services et équipes de santé au travail du Nord de la France (2002-2004)*, document édité par l'ISTNF, et réalisé par Paul Frimat et Matthieu Méreau (Méthodes et Médiation). Ce programme était soutenu par le ministère du Travail, l'Union européenne, le Conseil régional Nord – Pas-de-Calais et les Services de santé au travail (Alset Béthune, Amest Lille, Asmis Amiens, Astav Valenciennes, Cedest Coudekerque-Branche, Médisis Beauvais, MTA Saint-Quentin, Française de mécanique Douvrin).

<sup>17</sup> Cisst, Centre interservices de santé travail.

<sup>18</sup> Gisset, Groupement inter-services santé et travail.

toxicologie professionnelle et environnementale, le Centre de réponses/conseils, et le Centre téléphonique régional d'aide et d'orientation « Santé emploi info services », qui a été mis en place en 2006 et qui contribue au maintien au travail des personnes victime d'une maladie chronique. A cela s'ajoutent des projets de recherche. Le Gip-Cereste Nord – Pas-de-Calais<sup>19</sup>, qui porte des études sur les toxiques professionnels et environnementaux (et en particulier les cancers professionnels), sur l'impact des mutations technologiques et organisationnelles sur la santé, sur le droit de la santé au travail. L'université de Lille 2 porte également le projet Evrest, en lien avec l'ISTNF, les médecins du travail et les services de santé au travail<sup>20</sup>.

Dans le Nord – Pas-de-Calais et en Picardie, des groupes de travail spécifiques ont été créés, avec l'appui des médecins inspecteurs régionaux du travail et des personnels hospitalo-universitaires, pour accompagner, notamment, les thématiques cancers, maintien dans l'emploi, risques psychosociaux et addictions. Ces groupes, animés par des médecins du travail, et coordonnés, dans le Nord – Pas-de-Calais, avec des chargés de projet ISTNF, permettent de déployer des référents sur l'ensemble du territoire régional. Les actions portées par ces groupes facilitent la réalisation d'outils de prévention et la diffusion des connaissances acquises. Le réseau santé-travail s'est également impliqué dans les Programmes régionaux de santé dans les domaines spécifiques des cancers, des conduites addictives et de la prévention cardiovasculaire. Une mission de coordination des projets menés par les équipes de santé au travail a été demandée à l'équipe de l'ISTNF ; celle-ci va, depuis plusieurs années, à la rencontre des acteurs de terrain pour les soutenir dans leur démarche et pour organiser, avec eux, le suivi et

---

<sup>19</sup> Gip-Cereste, Groupement d'intérêt public Centre d'études et de recherche en santé travail environnement.

<sup>20</sup> Le projet Evrest (Evolution et relations en santé au travail) permet de mettre en place un observatoire pluriannuel par questionnaire dont l'objectif est l'étude dynamique de différents aspects du travail et de la santé des salariés.

l'évaluation de leurs projets. Cette politique est soutenue et confortée par les partenaires institutionnels des politiques régionales de santé et différents décideurs régionaux (GRSP<sup>21</sup>, DRTEFP, Cram, Conseil régional, Agefiph...).

Alors que les partenaires sociaux ont discuté de l'avenir de la Santé au travail au cours de la 8<sup>e</sup> et ultime séance de négociation sur la santé au travail, le 11 septembre 2009, sans parvenir à valider un texte commun, il nous a semblé nécessaire de montrer comment les professionnels de santé au travail, dans le Nord – Pas-de-Calais et la Picardie, depuis le texte de réforme de 2004, avaient pu adapter leur façon de travailler et la faire évoluer. Avec l'ISTNF, en allant à la rencontre des équipes de santé au travail, nous avons relevé des organisations et repéré des actions qui sont autant de marqueurs à prendre en compte pour imaginer la santé au travail de demain. Bien sûr, le présent ouvrage n'a pas pour vocation de ne recenser que les cas intéressants ou de valoriser tel service au détriment de tel autre. Il ne s'agit pas non plus d'un catalogue. Avec l'ISTNF, nous avons simplement voulu montrer des avancées, des actions, des projets novateurs, aboutis ou en cours de réalisation, en un mot nous avons voulu donner une image dynamique et novatrice de notre discipline, malgré la difficulté réelle d'exercice.

Le dénominateur commun à ces actions reste, dans la majeure partie des cas, les TPE, car elles représentent plus de 80% des entreprises ; les porteurs d'action sont donc essentiellement des services interentreprises. Plusieurs de ces actions ont déjà fait l'objet d'une évaluation, ont été présentées en région ou sont en

<sup>21</sup> GRSP, Groupement régional de santé publique (Etat, Assurance maladie).



cours d'achèvement. Certaines d'entre elles ont été accompagnées par l'ISTNF dans leur mise en œuvre, ou ont déjà été médiatisées sur [istnf.fr](http://istnf.fr) ; pour nous aider à réaliser ce document, nous nous sommes appuyés sur les rapports, comptes-rendus et diaporamas disponibles. Des entretiens ont été réalisés avec des directeurs de service, des médecins du travail, des intervenants en prévention, afin d'éclairer l'état d'avancement de certaines actions. Les rencontres opérées sur le terrain montrent une grande diversité d'organisation des équipes. Il n'y a pas un modèle d'intervention particulier, mais chaque action contribue à renforcer l'organisation des équipes de santé au travail et participe à la modélisation d'une façon de travailler, à destination d'un type d'entreprise ou d'une branche professionnelle.

La plupart des actions débouche sur la création d'outils et sur la mise en place de formations. Dans leur mise en œuvre, les actions font intervenir différents personnels : secrétaires, assistantes, infirmières, ergonomes, psychologues, toxicologues, médecins du travail, directeurs de service. Si tous les SST sont confrontés au problème de la diminution du nombre de médecins, la place des IPRP au sein des services est traitée de façon très disparate selon les services de santé au travail. Tantôt, les actions de prévention sont externalisées auprès d'un organisme labellisé IPRP avec lequel le SST a passé un conventionnement, tantôt les SST ont constitué un plateau technique sous la forme d'un groupement d'intérêt économique, tantôt les SST ont recruté un personnel IPRP qui leur est propre. A chaque fois, la question de la délégation de tâches est posée. Là encore, les réponses données par les SST sont variables.

Les différentes actions que nous rapportons ci-après permettent de mettre en évidence des organisations qui se jouent à différents niveaux, entre des entreprises et des acteurs de prévention d'une part, et entre des services de santé au travail et divers préventeurs d'autre part. Les projets retenus font parfois la promotion de grandes actions territoriales, mais nous avons également voulu privilégier plusieurs petites actions ciblées. Certains projets valorisés entrent dans le cadre des Politiques régionales de santé.

Dans le Nord – Pas-de-Calais et la Picardie, l'organisation régionale des SST connaît d'importantes transformations. Certains SST ont fusionné entre eux ou sont sur le point de le faire, il faut en tenir compte, car les organisations relevées seront sans doute amenées à évoluer dans les années qui viennent : le descriptif proposé ici ne doit pas être compris comme le reflet de situations figées, mais comme la mise en application de dynamiques d'évolutions futures.

Dix sept projets sont présentés, leur ordonnancement n'est pas hiérarchisé. Merci aux équipes et aux services de santé au travail pour l'aide qu'ils ont bien voulu apporter à ce travail d'écriture.

La santé au travail est en marche, au service de chacun, sachons convaincre pour mieux avancer.

### Dix sept actions portées dans le Nord – Pas-de-Calais et la Picardie

1. **Les nouveaux métiers : infirmiers et assistants de santé-travail** (ISL, ISTNF, Pôle Santé Travail Lille/Douai)
2. **Information et valorisation des réseaux de santé-travail sur istnf.fr** (ISTNF)
3. **Une réorganisation de service inscrite dans une démarche de progrès** (STFA Caëstre)
4. **Evaluation des risques : méthode d'intervention liant IPRP et médecins** (Simup Halluin)
5. **Une action de branche : cafés-hôtels-restaurants-discothèques** (Pôle Santé Travail Lille/Douai)
6. **Une enquête et une démarche de branche : addictions et transports routiers** (groupe régional Addictions et entreprise)
7. **Une action concertée entre préventeurs : benzène et garages** (Astav Valenciennes)
8. **Un suivi post professionnel dérogatoire mais exemplaire** (CHRU Lille, ISTNF, AST62-59 Hénin)
9. **Un plan de prévention pour travailler par projets avec les entreprises** (MTA Saint-Quentin)
10. **Un réseau, une représentation régionale : action violences externes** (Picardie Santé Travail)
11. **L'accueil petite enfance, un projet pluridisciplinaire transférable** (Asmis Amiens)
12. **Le maintien dans l'emploi, le réseau régional Santé-travail-handicap : une politique régionale coordonnée** (groupe régional Santé-travail-handicap)
13. **Place d'un service de santé au travail dans les politiques de santé publique : dépistage du cancer colorectal** (AST62-59 Béthune)
14. **Une action de branche portée par un bassin d'emploi : TMS et mareyeurs** (Astil 62, Sise Coquelles)
15. **Le suivi d'indicateurs en santé-travail : une politique régionale volontaire** (groupe régional Evrest)
16. **Atlas santé-travail régional : une démarche concertée** (DRTEFP Nord – Pas-de-Calais, Cram Nord-Picardie, et les services de santé au travail)
17. **Un centre de pathologie professionnelle et des services mutualisés au service d'une région** (CHRU Lille, ISTNF)