

# CONTEXTE ET EVOLUTION DES SERVICES DE SANTE AU TRAVAIL

JF Caillard – P Frimat

29<sup>èmes</sup> JOURNEES NATIONALES DE  
SANTE AU TRAVAIL DANS LE  
BATIMENT ET LES TRAVAUX  
PUBLICS

Deauville 13 juin 2007

# **CONTEXTE ET EVOLUTION DES SERVICES DE SANTE AU TRAVAIL**

- 1. LA PROTECTION DE LA SANTE DE L'HOMME  
AU TRAVAIL, LE TRAVAIL, LA MAIN-  
D'ŒUVRE, LES PATHOLOGIES**
- 2. LA REPONSE DES POUVOIRS PUBLICS**
- 3. LA REPONSE DE LA MEDECINE DU TRAVAIL**

# **CONTEXTE ET EVOLUTION DES SERVICES DE SANTE AU TRAVAIL**

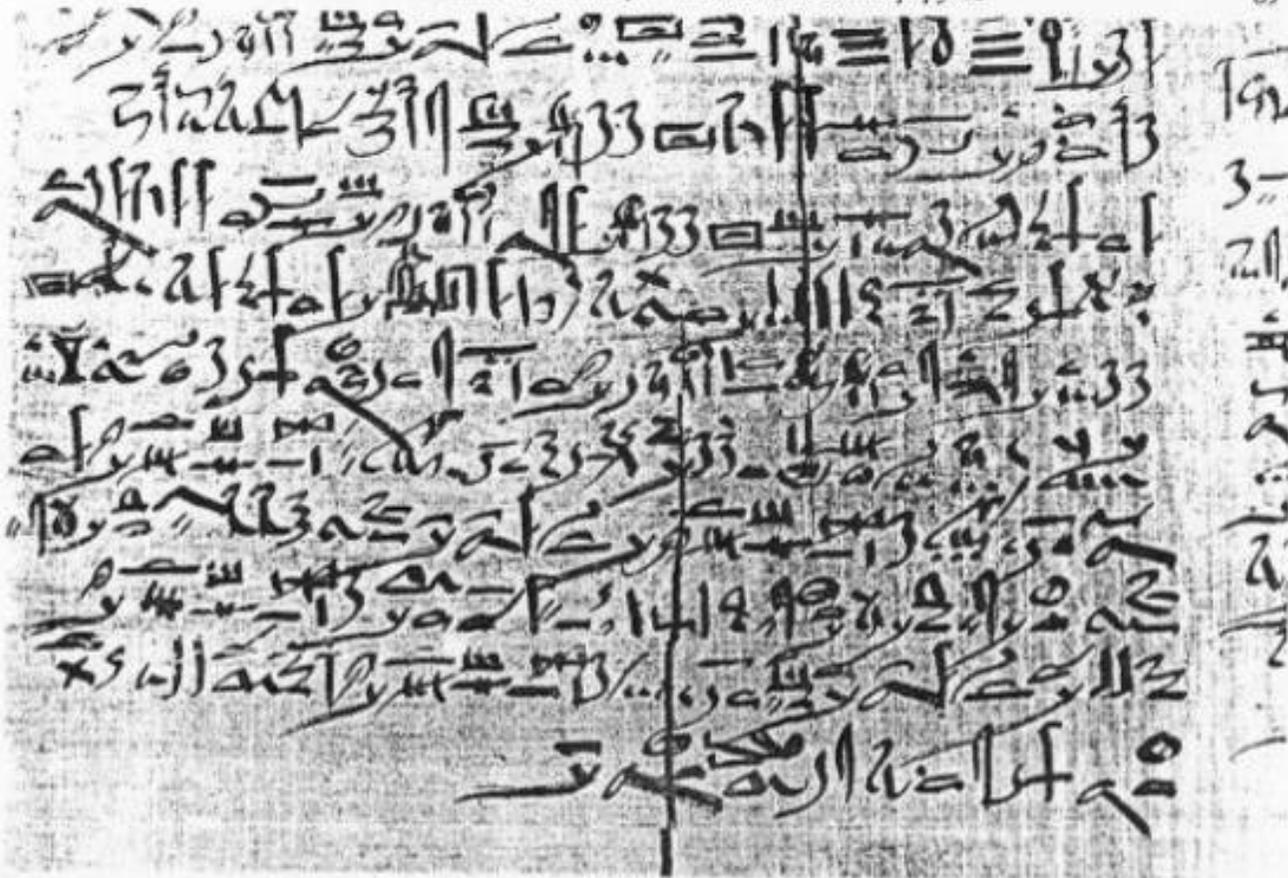
- 1. LA PROTECTION DE LA SANTE DE L'HOMME  
AU TRAVAIL, LE TRAVAIL, LA MAIN-  
D'ŒUVRE, LES PATHOLOGIES**

# L'Histoire

## Imothesp (2500 av JC)

*History of occupational medicine: relevance of Imhotep and the Edwin Smith papyrus*

69



*Final portion of the Edwin Smith papyrus containing the incomplete case of back pain (courtesy of the New York Academy of Medicine).*

# L 'Histoire

1700 Ramazzini .....

1840 Cl Bernard

1841 Villermé.....

1916 J. Leclerc, P. Mazel)

1946 – 1979 – 1988 – 2004: évolution  
réglementaire des services de médecine  
/ santé au travail

# L 'Histoire

## Fin XIXème siècle

- Lutte contre les fléaux sanitaires et sociaux (population ouvrière) - premières mesures de sécurité

## Début XXème siècle

- Identification des effets des risques professionnels : objectif d'indemnisation et premières actions de prévention
- Détermination de l'aptitude au travail : salarié adapté à sa fonction et non dangereux pour les autres

## Les années 1970

- L'introduction de l'ergonomie

## Les années 1980

- L'introduction de l'épidémiologie - le concept de santé au travail

## Les années 1990 et 2000

- L'influence européenne : **primauté de la prévention primaire et de l'action sur le milieu – multidisciplinarité**

# La formation des médecins du travail au service de la population salariée

24 millions de salariés – 12 millions de retraités

1930 ... Premiers enseignement

1957: CES en une année

1977: CES en deux années

1982: Internat

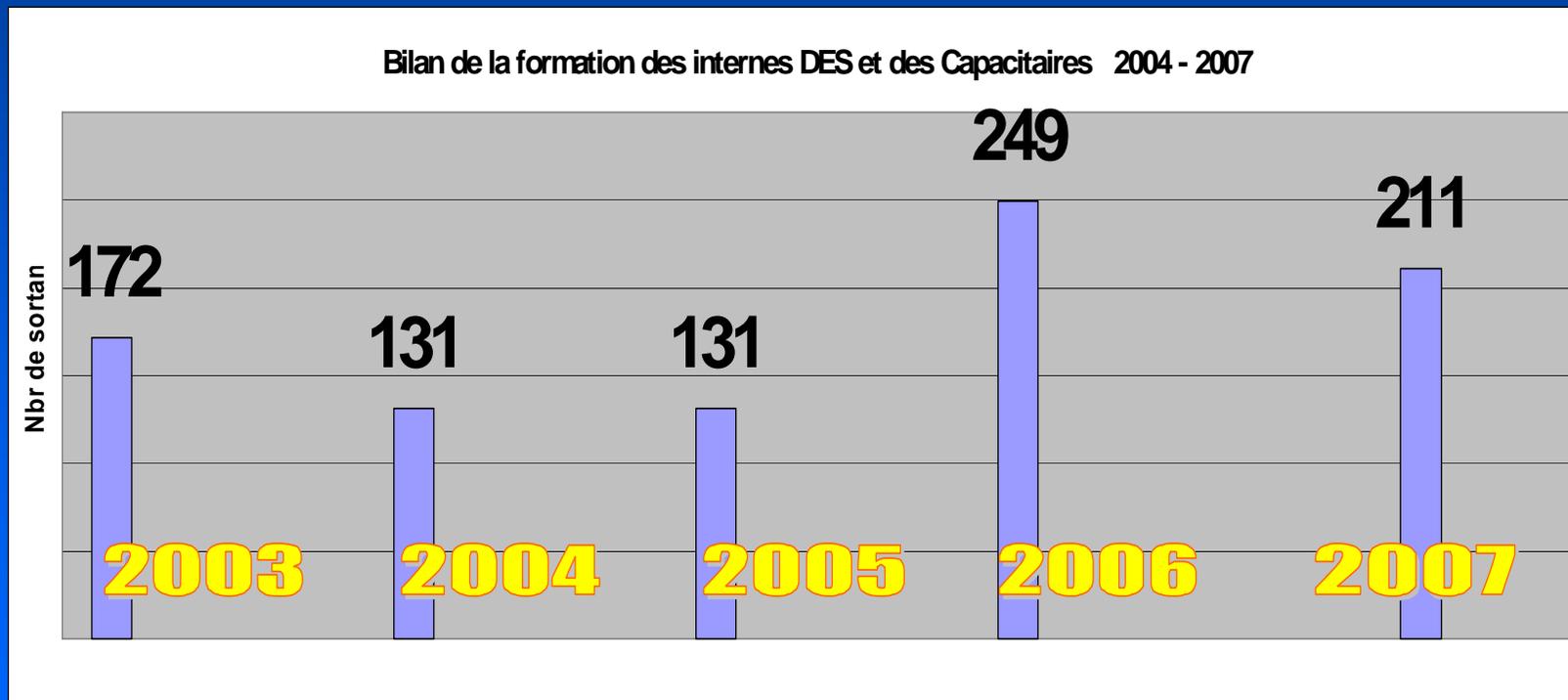
Plusieurs centaines  
de nouveaux diplômés/an

Moins de 200 nouveaux diplômés/an

1998 → 2004 : 1300 médecins formés  
par la régularisation

# La formation des médecins du travail au service de la population salariée

Estimation du besoin actuel: 300 par an minimum



DES

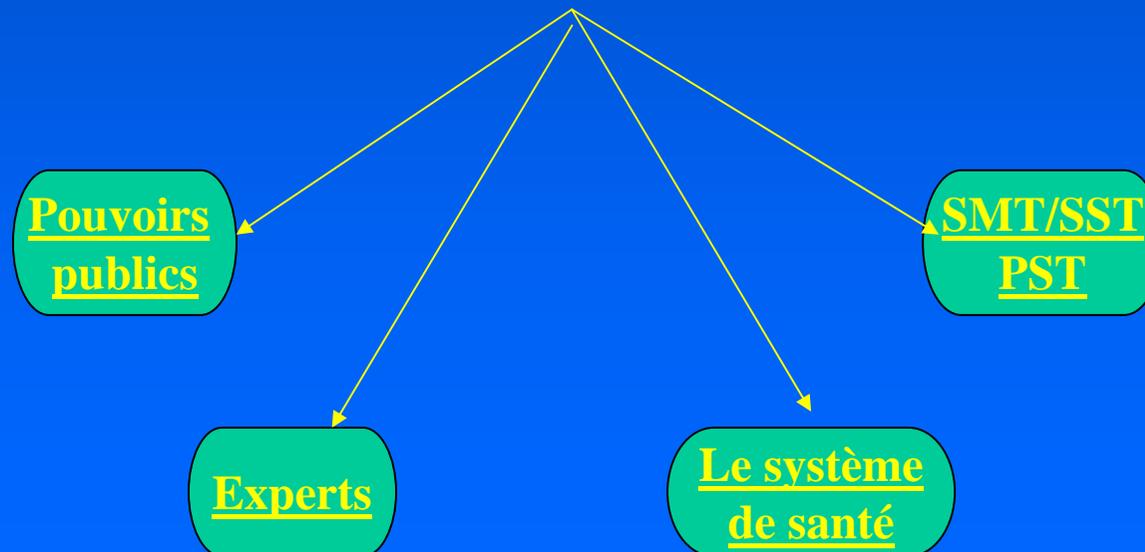
DES + Capacité (90 et 87 en 2006  
90 attendus en 2007, dernière session)

# Évolution du travail

- Globalisation
- Financiarisation
- Nouvelles technologies
- Flexibilité
- Pression du temps
- Diminution de la taille des entreprises
- Vieillesse – féminisation
- Migrations

# Nouvelles demandes sociales

- Individus et société
  - Exigences de santé et de bien-être (mythe du risque zéro) – d'équilibre vie au travail/vie privée – de protection de l'environnement
  - Désir de participer aux décisions qui les concernent besoin de connaissance, de confiance et de fiabilité envers :



# « Judicialisation » de la société

Effets des crises sanitaires (transfusion –  
vache folle – amiante)

- La responsabilité de l'état
- La responsabilité civile (employeurs)
- La responsabilité pénale (tous les acteurs)  
    « faute inexcusable de l'employeur »
- Le principe de précaution

# L'évolution des pathologies

- Nouvelles épidémies, nouvelles menaces (Sida – SRAS – Grippe aviaire)
- Augmentation de la prévalence des maladies chroniques (effets du vieillissement), des maladies d'origine environnementales et comportementales
- Persistance de fortes inégalités sociales de santé
- Croissance incessante des dépenses de santé

# L'évolution des risques et des pathologies professionnelles

\* La permanence des risques traditionnels révélés par les enquêtes d'exposition et l'observation des pathologies professionnelles identifiées:

- . Agents physiques, chimiques et biologiques

\* L'importance des effets à long terme de certaines expositions:

- . Cancers
- . Maladies chroniques
- . Reprotoxicité

# L'évolution des risques et des pathologies professionnelles

- La confirmation de la réalité croissante des atteintes à la santé mentale et de ses effets somatiques et du rôle des facteurs psychosociaux et organisationnels: **alerte majeure** dans un monde du travail ou paradoxalement ce sont les fonctions mentales qui sont de plus en plus sollicitées

# L'intrication des déterminants professionnels et extra-professionnels dans la survenue des maladies

Transports

Tabac - alcool - drogues

Conditions d'habitat

Activités de loisirs

Situation familiale

Sports

Relations sociales

Travail « extra »



Risques professionnels

# **CONTEXTE ET EVOLUTION DES SERVICES DE SANTE AU TRAVAIL**

## **2. LA REPONSE DES POUVOIRS PUBLICS**

# L'organisation de l'observation de la santé et de la sécurité sanitaire au plan national

- Institut national de la veille sanitaire
- Les agences de sécurité sanitaire (loi du 1er juillet 1998)
  - De l'alimentation (AFSSA)
  - Des médicaments et des produits de santé (AFSSAPS)
  - ← De l'environnement (AFSSE) devenue AFSSET
- En addition aux établissements scientifiques et techniques (INRS, INSERM, INERIS....)

**La santé au travail est un sujet de sécurité sanitaire**

# Une nouvelle impulsion à la politique de santé publique et à l'approche préventive des événements de santé

Loi d'orientation de santé publique (août 2004)

définissant des objectifs :

70 problèmes de santé, leurs déterminants, et les stratégies de santé publique

- Alcool - tabac - substances psycho-actives
- nutrition
- **risques professionnels** - santé et environnement
- précarité et inégalités
- déficiences et handicaps
- affections maternelles et santé péri-natale
- maladies infectieuses
- tumeurs malignes
- pathologies d'organe
- maladies rares
- traumatismes

# Un fonctionnement par plans

## Loi d'orientation de la loi de finances

### (LOLF)

- Cancer
- Plomb
- Asthme
- Bruit
- Ethers de Glycol
- Violence
- PNSE
- Plan Santé Travail

– Des déclinaisons régionales: PRSE – PST (ORST-CRPRP)

– Plans d'actions stratégiques de l'état en région (PASER)

→ Contrats de Plan Etat – Régions ( CPER)

# Les « nouveaux » services de santé au travail (PST)

- Évaluation des risques – veille sanitaire
- Multidisciplinarité
- Allègement du rythme de la surveillance médicale
- Nouvelle répartition des temps de travail (temps connexe, destiné notamment à la communication – négociation)

# Les « nouveaux » services de santé au travail (PST)

- Encouragement de l'expérimentation et de l'innovation
- Évolution du système de collecte des cotisations « employeurs » rompant avec le système « individu-visite-aptitude-cotisation » (notion de prestation « de base » et « supplémentaire » -> contractualisation)
- Réforme de l'aptitude médicale au travail

# De nouveaux textes applicables à la médecine du travail

Prédominance de l'évaluation des risques et de la prévention primaire, exercée en multidisciplinarité

- Décret n° 2003-546 du 24 juin 2003, Arrêté du 24 décembre 2003, Circulaire du 13 janvier 2004 relatifs à la mise en oeuvre de l'obligation de pluridisciplinarité dans les services de santé au travail
- Décret n° 2004-760 du 28 juillet 2004 relatif à la réforme la médecine du travail

Y-A-T-IL EU UN  
CHANGEMENT DES  
PRATIQUES ISSUES DE LA  
PARUTION DE CES TEXTES

?

# LA REPONSE DE LA MEDECINE DU TRAVAIL

1. La mise à disposition des compétences et l'élaboration de guides de bonnes pratiques
2. Le fonctionnement par programmes
3. L'évolution de la surveillance de la santé
4. Le développement des synergies et le travail en collaboration
5. La promotion de la capacité de travail [employabilité] et le développement de cultures de santé en entreprise

# La réponse de la médecine du travail: principes généraux

- Maintenir la santé au travail sous la responsabilité des professionnels de santé en acceptant une redistribution des rôles des PST et de la taille des populations à surveiller
- Accepter de passer d'une pratique individuelle à une pratique en collaboration: ne plus tout faire soi-même et déléguer y compris la surveillance médicale et développer et mettre en réseau les compétences nécessaires
- Fonctionner par projets/programmes, y compris pour la surveillance médicale
- Développer les expérimentations

## La mise à disposition des compétences et l'élaboration de guides de bonnes pratiques

L'évolution rapide des connaissances et le besoin de compétence des professionnels de santé au travail

- Développement de la recherche en santé au travail (y compris en évaluation) et mise à disposition rapide des résultats
- Disponibilité du savoir sur les réseaux documentaires dont il faut maîtriser l'utilisation

# L'évaluation des pratiques professionnelles et l'élaboration de recommandations (guides de bonnes pratiques) en lien avec l'amélioration de la qualité des services et du service rendu

- EPP = démarche en cours pour toutes les médecins dans toutes les spécialités médicales
- L'assouplissement du cadre réglementaire au profit de **recommandations** de bonnes pratiques fondées:
  - sur les preuves scientifiques (Cochrane OH Field: revue de la littérature scientifique sur l'efficacité des interventions en santé au travail (10 protocoles écrits en 2005))
  - Les échanges entre « pairs »
- Référentiels d'auto-évaluation des SIST du CISME (France)

# Le fonctionnement par programmes

- Au plan national
  - Objectifs LSP – PNSE – PST
  - Branches professionnelles
- Au plan régional
  - GRSP – PRSE – PRST : rôle des ORST et CRPRP
- Au plan du service de santé au travail
  - gestion des informations sur les risques et la santé au plan collectif - plan d'activité contractualisation avec les DRTEFP - intérêt des CMT – du « temps connexe »

# Le travail en coopération

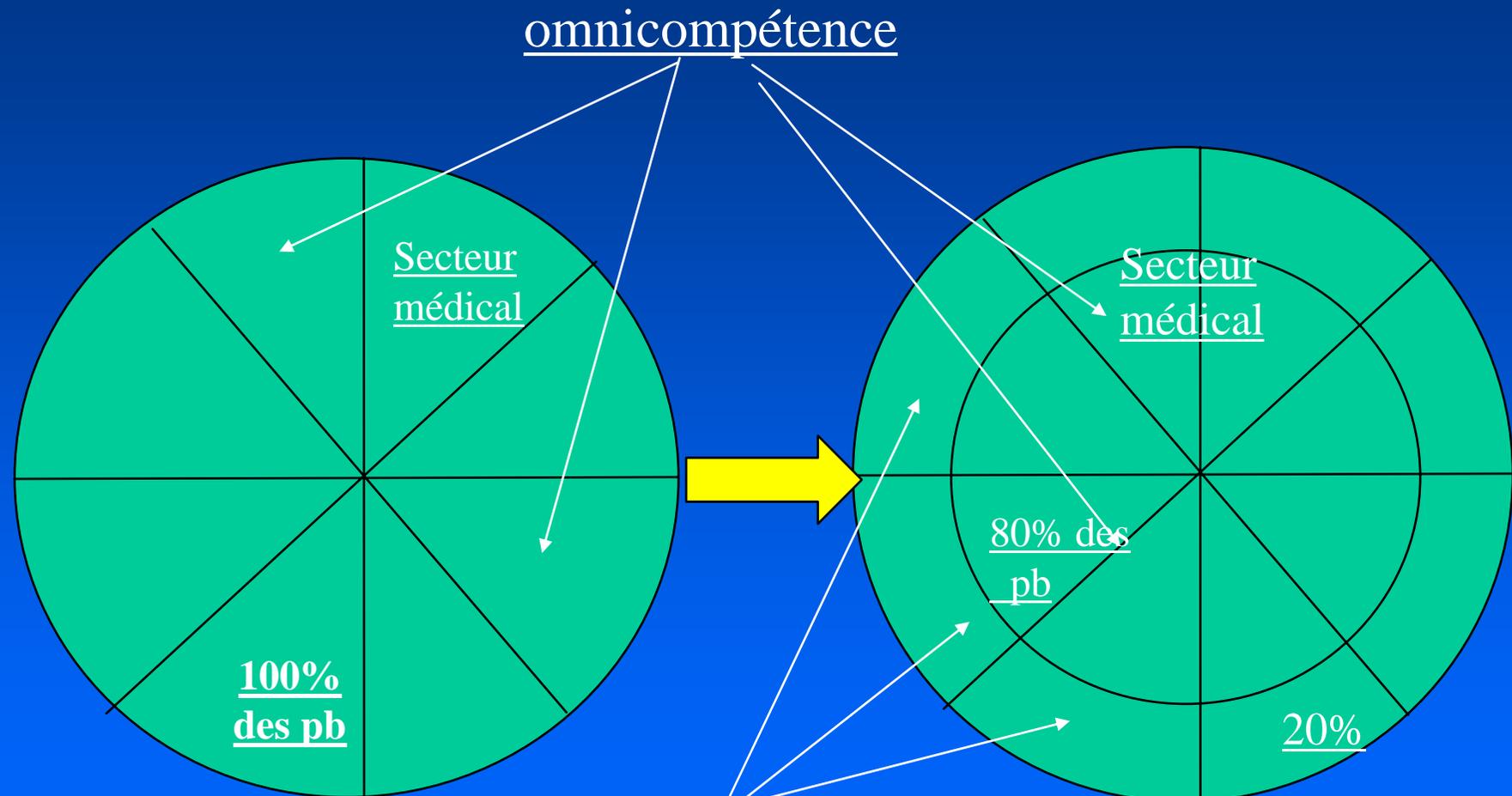
- **Objectif :**

- mettre au service des bénéficiaires des services de santé au travail l'ensemble des connaissances et des compétences utiles et nécessaires à l'atteinte des objectifs de prévention (évaluation des risques – fixation et hiérarchisation des objectifs – programmation – action – évaluation)
- permettre au médecin du travail, à côté de son action au service des personnes, de se placer dans un rôle de « gestionnaire » de projets de santé au travail (indépendance du médecin → de l'équipe)

- **Réalisation :**

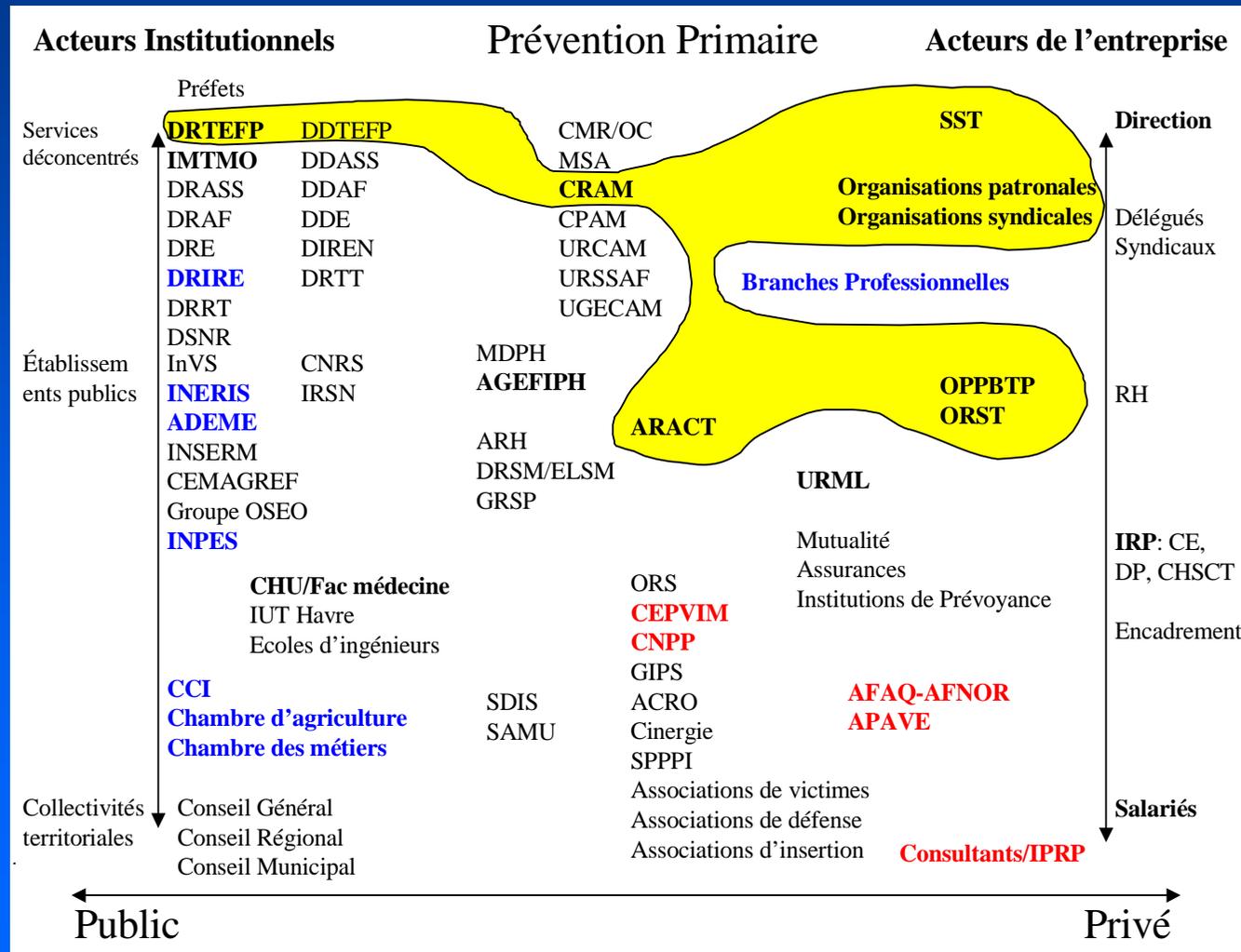
- coopération interne aux services – à l'entreprise
- coopération externe

# Développer et mettre en réseau les compétences de haut niveau dans l'ensemble des champs de la santé au travail au sein des SST



Compétences spécialisées: MédTra-  
Infirmières -Psycho – Ingénieur/Techn sécurité –  
IPRP ....

# Mettre en œuvre de synergies et travailler en coopération à l'extérieur des services



- Ces évolutions .... Est-ce qu'on les observe aujourd'hui ?

# LES DIFFICULTES ACTUELLES

- Le contexte nouveau des organisations de travail et des effets sur la santé (notamment santé psychique)
- Le changement de mode opératoire pour un certain nombre de médecins du travail peu familiers avec le travail de terrain et la primauté de la prévention primaire
- Le temps nécessaire à l'effectivité du travail en coopération (interne, dont les CMT) et externe
- Le non effet véritable de la réforme de la médecine du travail en terme d'allègement de la tâche de surveillance médicale
- La rareté de la ressource médicale

Le non effet véritable de la réforme de la médecine du travail en terme d'allègement de la tâche de surveillance médicale malgré une nette tendance au rééquilibrage des missions au profit de l'action de terrain (Pr P Frimat- Mission IGAS)

- Effet « pervers » de la SMR (constat d'échec de la prévention primaire)
- Diminution d'examens médicaux annuels mais augmentation des examens non périodiques, notamment VR et VPR (cf R. Gosselin) [tendance à la dé-systématisation de l'acte médical]
- Augmentation fréquente du temps d'examen médical (situations sociales complexes – souffrance psychique – demande d'information et de conseil...)
- Demande croissante d'intervention sur la gestion des risques

**Quelques propositions pour  
atténuer ces difficultés**

## L'évolution des modalités de surveillance de la santé

- Abandonner la périodicité annuelle **systematique pour tous** quelques soient les risques
- **Adapter périodicité et contenu** des examens au risques professionnels et individuels
- **Ne pas tout faire soi-même**

## L'évolution des modalités de surveillance de la santé

- Organiser des **consultations « ouvertes » et non programmées** à la demande des salariés
- Créer ou recourir à des **consultations spécialisées** en lien étroit avec les services
- **Organiser la production des informations** sur les risques et la santé à des fins de connaissance et d'aide à la décision

## Ne plus tout faire soi-même et déléguer y compris la surveillance médicale

- Faire appel aux infirmières d'entreprises diplômées en santé au travail
- Utiliser les techniques de simplification des examens de dépistages: questionnaires – protocoles – chaînes d'examens
- Développer le recours aux consultations spécialisées (ex: santé psychique)
- Principe: sous la responsabilité du médecin
  - écoute – conseil - prescriptions « systématiques » par les infirmières
  - envoi aux médecins si nécessaire (critères)
  - continuité du suivi

# Les objectifs globaux (mondiaux)

## Comité mixte OMS-BIT sur la médecine du travail - révision 1995)

**3 principaux objectifs de la Santé au Travail visant à harmoniser les besoins des travailleurs et des entreprises et à promouvoir la santé au travail**

1. la maintenance et la promotion de la santé des travailleurs et de leur capacité de travail

2. l'amélioration du travail et de son environnement tel qu'il soit compatible avec la santé et la sécurité.

3. le développement d'organisations de travail et d'une culture de travail dans une direction qui est en faveur de la santé et de la sécurité et qui, de ce fait, promeuvent un climat social positif et une facilitation des processus susceptibles d'améliorer la productivité et les entreprises.

# L'expérimentation, une solution ?

Expériences dans le Nord-Pas-de-Calais

## EN REGION NORD-PAS-DE-CALAIS-PICARDIE

- Que fait-on ?
- On laisse faire... ou consensus
- Que propose-t-on aux partenaires ?
- Comment placer les services de Santé-Travail au cœur de la politique régionale de Santé-Travail ?
- Comment éviter... une démarche « parapluie »...  
précaution ?

## UNE DEMARCHE EXPERIMENTALE

- **Historique : le groupe des 40**
- **Dès 2002 → démarche d'évaluation du risque en particulier vers les TPE**
- **En 2005 → mise en place de groupe de réflexion SMR**

**En liaison avec la DRTEFP, les MIRTMO,  
la Commission Régionale de Médecine du  
Travail**

# A/ LA DEMARCHE D'EVALUATION DU RISQUE DANS LES TPE

→ **Démarche Café, Hôtel, Restaurant**

→ **Démarche Peintre**

# Premiers résultats

## ■ Région Nord Pas-de-Calais

- 1 400 entreprises de 0 à 10 salariés concernées
- 12 services de santé au travail engagés
- 3 CFA impliqués
- Suivi médical effectué pour 36 % des artisans invités

# Difficultés à surmonter

- ✚ **Cultures et langages différents**
- ✚ **Multiples interlocuteurs**
- ✚ **Investissement personnel important**
- ✚ **Coût pour le Service de Santé au Travail**

## B/ LES GROUPES DE REFLEXION

- **Les démarches de consensus**
  - a) **Le travail sur écran**
  - b) **La fiche d'entreprise dans les TPE**
  - c) **Les CMR**

**Comment s'organiser pour la S.M.R.**

## B1/ LES DEMARCHES DE CONSENSUS

- **Quel suivi SMR dans le travail sur écran**
- **Proposition méthodologique faite par un SST élargi (MIRTMO, ISTNF...)**
- **Mise au point d'un outil**
- **Expérimentation élargie au niveau régional**
- **Accord de la Commission Régionale de Médecine du Travail**

## Evaluer les conditions de travail sur écran d'un salarié à l'aide un score

(saisir la valeur)  
 (choisir la valeur)  
 (cocher les cases)

<b>date :</b>	(par défaut la date du jour est mise dans "tous les scores")		
<b>nom :</b>	zazi		
<b>prénom :</b>	pol		
<b>entreprise :</b>	marché		
<b>service :</b>	alcool		
<b>poste :</b>	télégraphe		
<b>Classement a priori :</b>	Etude de poste	( Choisir dans la liste déroulante le classement souhaité)	
<b>Temps passé :</b>	2	Passé sur écran, par séquences continues	0 => 0 à 4 h 1 => 4 à 5 h pas tous les jours 2 => 4 à 5 h tous les jours 3 => 6 à 7 h moins de 4 jours / sem 4 => 6 à 7 h 4 ou 5 jours / sem
<b>quotas , délais, ... :</b>	1	Existence de quotas journaliers, notions de délais à respecter (critères objectifs et non stress perçu)	0 => non 1 => oui
<b>Analyse qualitative du travail :</b>	1		0 => non répétitif, ni contrainte 1 => pénibilité laissée à l'appréciation 2 => du médecin du travail 3 => saisie répétitive téléopérateur, PAO, CAO, GAO
<b>Ergonomie :</b>	2	VRAI <input type="checkbox"/> mouvement répétés de la tête VRAI <input type="checkbox"/> éblouissement, de reflet VRAI <input type="checkbox"/> distance oeil écran incorrecte VRAI <input type="checkbox"/> siège non adapté VRAI <input type="checkbox"/> pas d'appui possible des avant-bras	Réponses Positives (RP) 0 à 2 RP => poste adapté, score 0 3 RP => insuffisant, score 1 4 ou 5 RP => très insuffisant, score 2
<b>Résultats et scores :</b>	6	0 à 4 : Non SMR	
<b>Classement calculé</b>	Etude de poste	5 à 6 : Etude de poste	<b>Ajouter aux autres scores</b>
<b>Classements égaux</b>	VRAI	7 à 10 : SMR	

## La fiche d'entreprise dans les T.P.E.

- **Quelle procédure ?**
- **Quelle place pour l'IPRP ?**

**⇒ Quelle priorité → les nouveaux adhérents**

### **Les C.M.R.**

- **Identification**
- **Action concertée (DRTEFP, CRAM...)**

## B2/ MISE EN PLACE DU GROUPE REGIONAL SMR

### **Importance de la démarche méthodologique**

- **Au niveau du service**
  - **place de la commission médico-technique**
  - **place des propositions du médecin**
  - **quel suivi SMR ?**  
**terrain, médical...**

- **Au niveau régional**

- **Suivi DRTEFP, Commission Régionale**

- **Expérimentation**

- Evaluation**

- Diffusion régionale**

- **Diffusion des outils**

- Utilisation site [istnf.fr](http://istnf.fr)**

- Journée d'information délocalisée**

## En guise de conclusion:

Des propositions globales d'évolution:

Les équipes médicales coopératives (SNPST)

- Un médecin – 2 infirmières spécialisées – 2 assistantes aux statuts similaires (indépendance)
- Délégation de beaucoup d'actes sous la responsabilité pleine ou partagée du médecin et fonctionnement par protocoles
  - Évaluation des risques
  - Surveillance médicale
  - Représentation dans les instances

## En guise de conclusion:

Des propositions globales d'évolution

Les équipes médicales coopératives (SNPST)

- Liens étroits avec les IPRP et autres PST, internes ou externes
- Temps pour les études (notamment veille sanitaire)
- Temps d'échanges et de concertation
- Planification et confrontation des pratiques
- Expérimentations

# CONCLUSION

- Un (des) services de santé au travail est un acteur fort de la santé publique dans une région et doit se faire reconnaître comme tel
- Les professionnels de santé au travail sont des acteurs forts de la santé publique au bénéfice premier des individus et des entreprises
- Le coût du « service » en santé au travail doit être « juste », c'est à dire adapté aux différents niveaux requis

# CONCLUSION

- De nouvelles organisations sont à imaginer, au départ sous la forme **d'expérimentations** qui doivent être évaluées, confrontées à d'autres avant de se généraliser.
- Il est urgent de commencer ...
- Une nouvelle réforme pourrait, en prenant en compte les résultats de ces innovations, déboucher sur un système plus efficient, mieux reconnu, plus intéressant pour les professionnels et les parties prenantes