

UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année 2025

THESE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Perception de l'effectivité des missions des SPST :
enquête dans les Hauts de France.**

Présentée et soutenue publiquement le mercredi 15 octobre
2025
à 14 :00 au pôle Formation de la Faculté de Médecine Henri
WAREMBOURG

Par Jean KIEFFER

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Sébastien HULO

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Joris FACQ

Madame la Docteure Alexandra SALEMBIER-TRICHARD

Directeur de thèse :

Madame la Professeure Sophie FANTONI-QUINTON

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

ANACT	Agence Nationale pour l'Amélioration des conditions de travail
ANSES	Agence Nationale de Sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'Environnement et du travail
AT/MP	Accidents du Travail / Maladies Professionnelles
CSE	Comité Social et Économique
DARES	Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques
DRH	Directeur/Directrice des Ressources Humaines
HAS	Haute Autorité de Santé
HDM	Histoire de la maladie
IDEST	Infirmier(ère) Diplômé(e) d'État en Santé au Travail
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
INRS	Institut National de Recherche et de Sécurité pour la prévention des AT/MP
MDT	Médecin du Travail
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PST	Plan Santé au Travail
QVT	Qualité de Vie au Travail
RPS	Risques Psychosociaux
SA	Service Autonome
SPST	Service de Prévention et de Santé au Travail
SPSTI	Service de Prévention et de Santé au Travail Interentreprises
MIGAC	Troubles Musculosquelettiques
OMS	Organisation Mondiale de la Santé

Table des matières

Avertissement.....	2
Liste des abréviations.....	3
Table des matières.....	4
Introduction.....	6
Matériel et méthodes.....	9
1. Population étudiée.....	9
2. Outils de recueil.....	9
3. Variables étudiées.....	10
4. Traitement des données.....	11
5. Analyse statistique.....	11
Résultats.....	13
1. Caractéristiques des médecins du travail.....	13
2. Mise en œuvre des missions réglementaires.....	15
2.1. Suivi individuel de l'état de santé.....	15
2.2. Maintien en emploi.....	15
2.3. Actions en milieu de travail.....	16
2.4. Veille sanitaire.....	16
2.5. Actions de santé publique.....	17
3. Adéquation perçue avec les besoins du terrain.....	18
4. Freins principaux.....	18
5. Pistes d'amélioration.....	20
5.1. Renforcement des moyens humains.....	20
5.2. Amélioration de la pluridisciplinarité.....	20
5.3. Renforcement du lien avec les entreprises.....	21
6. Une mise en œuvre inégalement structurée mais des axes d'action partagés.....	22
7. Questionnaire DRH – Vision des employeurs.....	23
7.1. Caractéristiques des répondants.....	23
7.2. Perception de la qualité des missions du SPST.....	25
7.3. Adéquation perçue entre les missions du SPST et les besoins de l'entreprise.....	25
7.4. Attentes et axes d'amélioration identifiés.....	26
7.5. Commentaires libres.....	26
8. Conclusion.....	27
9. Croisement des regards médecins / DRH.....	27
Discussion.....	29
1. Synthèse des résultats.....	29

2. Points forts et limites de l'étude.....	31
3. Perspectives d'avenir.....	32
Conclusion.....	34
Bibliographie.....	36
Annexes.....	37

I. INTRODUCTION

La prévention des risques professionnels et la promotion de la santé constituent [1] depuis plusieurs décennies des axes majeurs des politiques publiques françaises. Dans un monde du travail en constante évolution, marqué par la transformation des métiers, l'allongement des carrières, et l'émergence de risques nouveaux [13] notamment psychosociaux, la santé des travailleurs s'impose comme un pilier essentiel du bien-être et de la performance collective des entreprises.

Pour répondre à ces enjeux, les services de prévention et de santé au travail (SPST) occupent une place stratégique. Encadrés par le Code du travail, ces services – qu'ils soient autonomes ou interentreprises – ont pour mission de veiller à la santé physique et mentale des salariés tout au long de leur parcours professionnel. Leur action dépasse le simple cadre des visites médicales, pour s'inscrire dans une démarche globale et pluridisciplinaire. Celle-ci s'articule autour de cinq missions réglementaires clés : le suivi individuel de l'état de santé, le maintien en emploi, la prévention de la désinsertion professionnelle, les actions en milieu de travail, ainsi que la veille sanitaire et les actions de santé publique [1].

Ce cadre réglementaire, aussi structurant soit-il, ne garantit pas une mise en œuvre homogène et effective sur le terrain [10].

Dans cette perspective, plusieurs rapports institutionnels ont mis en lumière des écarts entre la norme et la pratique, écarts qui varient selon le type de service. Le rapport IGAS de 2019 [8] souligne que les services autonomes, souvent implantés dans de grandes structures industrielles, bénéficient d'une meilleure connaissance du terrain, d'une proximité avec les salariés et d'une gouvernance plus réactive, favorisant des actions de prévention intégrées et ciblées. À l'inverse, les services interentreprises

(SPSTI), majoritaires sur le territoire et particulièrement présents auprès des TPE-PME, reposent sur une logique de mutualisation qui leur permet de mobiliser des compétences variées (ergonomes, psychologues, IDEST...), mais qui génère aussi des contraintes : dispersion géographique, difficulté à personnaliser les accompagnements et charge administrative importante. La Cour des comptes et la DGT [2,14] alertent notamment sur le risque de dilution de la mission de prévention dans les SPSTI, parfois réduits à une logique de volume et de conformité, au détriment d'une action réellement préventive.

Ces constats appellent à une analyse différenciée, contextualisée et centrée sur les réalités de terrain. C'est précisément l'ambition de cette thèse : explorer, à travers les regards croisés des médecins du travail et des directions d'entreprise, l'effectivité des missions des SPST en tenant compte de cette différence entre services autonomes et interentreprises.

Contrairement aux rapports existants, cette étude adopte une démarche complémentaire fondée sur le vécu subjectif des acteurs de terrain. Elle vise à comprendre comment les missions sont perçues, appropriées et mises en œuvre dans la diversité des contextes professionnels. En s'intéressant aux perceptions croisées des deux parties prenantes principales – les médecins du travail, garants de l'application réglementaire, et les DRH, principaux bénéficiaires ou interlocuteurs – ce travail cherche à identifier les leviers d'amélioration concrets, souvent absents des rapports techniques ou juridiques.

L'ancrage régional – les Hauts-de-France – renforce la pertinence de cette analyse. Il s'agit d'un territoire contrasté, à la fois marqué par un tissu industriel dense, la présence de grandes entreprises disposant de services autonomes, mais aussi par un réseau étendu de SPSTI. Cette diversité permet de croiser des situations variées et

d'appréhender avec finesse les spécificités locales qui influencent la mise en œuvre des missions réglementaires.

L'approche méthodologique retenue combine deux questionnaires distincts, adressés respectivement aux médecins du travail et aux directions des ressources humaines. Conçus autour d'items fermés type échelle de Likert, ces outils visent à capter la perception des répondants de manière à la fois rigoureuse, lisible et exploitable. L'analyse croisée des deux volets permettra d'identifier les convergences et les décalages entre les attentes des entreprises et la réalité du terrain telle que vécue par les professionnels de santé au travail.

Ce travail ambitionne, à travers des données contextualisées et une lecture qualitative enrichie, d'alimenter la réflexion sur l'évolution du système de santé au travail français, dans un contexte de réforme profonde et de redéfinition des équilibres entre prévention individuelle et collective.

II. MATERIEL ET METHODES

1. Population étudiée

L'étude s'est intéressée à deux catégories d'acteurs clés du système de santé au travail : les médecins du travail exerçant dans les services de prévention et de santé au travail (SPST), qu'ils soient autonomes ou interentreprises, et les directeurs des ressources humaines (DRH) ou responsables d'entreprise en lien avec ces services. Tous les répondants devaient exercer en région Hauts-de-France.

2. Outils de recueil

Les données ont été recueillies au moyen de deux questionnaires construits spécifiquement pour cette étude : l'un à destination des médecins du travail, l'autre à l'intention des DRH ou responsables d'entreprise. Les questionnaires visaient à collecter des données à la fois qualitatives et quantitatives sur la mise en œuvre effective des cinq missions réglementaires des SPST, telles que définies par le Code du travail [10]. La majorité des items reposaient sur des échelles de Likert à cinq modalités, allant de « tout à fait d'accord » à « pas du tout d'accord », permettant d'apprécier le degré d'adhésion ou de mise en œuvre perçu pour chacune des missions.

La diffusion initiale a été réalisée de manière individuelle, par voie électronique, en s'appuyant sur un réseau professionnel constitué au fil des stages d'internat. Toutefois, le taux de réponse s'est rapidement avéré insuffisant, en particulier du côté des DRH. Afin d'élargir le périmètre de diffusion, un appui a été sollicité auprès de la DREETS des Hauts-de-France. Grâce à l'intervention du médecin inspecteur du travail, le Dr VERQUIN, les questionnaires ont pu bénéficier d'une diffusion

institutionnelle élargie, permettant d'atteindre un volume de réponses satisfaisant chez les médecins du travail. Le questionnaire adressé aux médecins du travail est présenté en annexe 1, celui destiné aux DRH en annexe 2.

Concernant les DRH, une collaboration avec la Cité des entreprises de la région a permis d'obtenir un échantillon de 20 répondants. Le recueil des réponses de la part des entreprises s'est néanmoins révélé difficile : peu d'entre elles ont manifesté un intérêt spontané pour cette enquête universitaire, ce qui a limité le nombre total de retours.

Deux bases de données distinctes ont été constituées et exploitées séparément.

3. Variables étudiées

Pour les médecins du travail, les critères d'analyse comprenaient :

- l'ancienneté dans le métier (recodée en trois classes : < 5 ans, 5 à 15 ans, > 15 ans),
- le type de SPST (autonome ou interentreprises),
- l'existence ou non d'une transition entre ces deux types de service au cours de la carrière.

Pour les DRH, les variables retenues incluaient :

- la taille de l'entreprise (recodée en trois classes : < 50 salariés, 50 à 249, ≥ 250),
- le type de SPST utilisé (autonome ou interentreprises),
- l'ancienneté du partenariat avec le service (recodée en trois classes : < 3 ans, 3 à 10 ans, > 10 ans),
- l'existence ou non d'un changement récent de prestataire.

4. Traitement des données

Les réponses ont été extraites des Google Forms sous forme de tableaux, puis nettoyées et structurées dans Excel. Les doublons, réponses incomplètes et incohérentes ont été écartés. Les variables issues des échelles de Likert (majoritairement de 1 à 5) ont été recodées numériquement, afin de permettre une exploitation statistique et des comparaisons transversales.

Les données ont été organisées par lignes (répondants) et colonnes (variables), avec une structuration propre à chaque questionnaire. Pour les médecins du travail, trois variables principales ont structuré les sous-groupes d'analyse : le type de service, l'ancienneté, et la transition de modèle. Pour les DRH, quatre dimensions ont été croisées : la taille de l'entreprise, le type de SPST, l'ancienneté du partenariat et l'existence ou non d'une transition récente.

Cette structuration a permis une lecture différenciée de la mise en œuvre des missions selon les profils de répondants, internes (médecins) et externes (entreprises).

5. Analyse statistique

L'étude, observationnelle et transversale, a mobilisé une double approche : descriptive, dans un premier temps, puis analytique.

L'analyse descriptive s'est appuyée sur des statistiques simples (fréquences, pourcentages, moyennes), permettant d'appréhender les niveaux de mise en œuvre des missions (pleine, partielle, faible) et d'identifier les grandes tendances.

Des tableaux de contingence ont été réalisés pour croiser certaines variables clés (ex. : type de service et perception du suivi de santé ; ancienneté du médecin et ressenti sur les moyens à disposition).

Enfin, les réponses libres ont fait l'objet d'une lecture qualitative thématique manuelle, avec une extraction des freins, leviers ou pistes d'amélioration récurrents. Cette analyse a permis de compléter la lecture quantitative en apportant des éléments de compréhension plus contextuels et ancrés dans le vécu des répondants.

Toutes les analyses ont été réalisées sous Microsoft Excel®.

III. RESULTATS

Au total, 76 médecins du travail et 20 responsables d'entreprise (DRH ou équivalents) ont répondu aux questionnaires. Cette différence de participation, liée à une mobilisation plus difficile du côté des entreprises, explique le déséquilibre entre les deux échantillons.

1. Caractéristiques des médecins du travail

76 médecins du travail ont participé à l'enquête. Une majorité exercent en SPST interentreprises (n = 67, soit 88 %), contre 9 (12 %) en service autonome.

L'ancienneté est hétérogène : 29 % exercent depuis plus de 15 ans, 25 % entre 5 et 10 ans, et 16 % depuis moins de 2 ans. Seuls 17 % des répondants ont connu une transition entre SPST autonome et interentreprises.

Tableau 1 : Caractéristiques des 76 médecins du travail ayant répondu

Caractéristiques	N (%)
Exercent en SPST interentreprises	67 (88 %)
Exercent en SPST autonome	9 (12 %)
Ancienneté < 2 ans	12 (16 %)
Ancienneté 2–5 ans	16 (21 %)
Ancienneté 5–10 ans	19 (25 %)
Ancienneté 10–15 ans	7 (9 %)
Ancienneté > 15 ans	22 (29 %)
Ont connu une transition de modèle de SPST	13 (17 %)
N'ont connu qu'un seul modèle de SPST	63 (83 %)

2. Mise en œuvre des missions réglementaires



2.1 Suivi individuel de l'état de santé

C'est la mission la mieux perçue : 92 % des médecins jugent qu'elle est bien mise en œuvre, dont 68 % « tout à fait d'accord ». Elle reste au cœur de l'activité médicale, portée par des obligations réglementaires fortes et une organisation rodée.

2.2 Maintien en emploi

85 % des répondants expriment un avis favorable. Cette mission semble bien intégrée dans la pratique, notamment à travers des pré-reprises, aménagements ou reclassements. Quelques réserves émergent dans les petites structures ou en l'absence d'équipe pluridisciplinaire.

2.3 Actions en milieu de travail

La perception de cette mission est nettement plus nuancée : seuls 43 % des médecins estiment qu'elle est réellement assurée, tandis que 38 % évoquent une mise en œuvre partielle. Enfin, 19 % considèrent que cette mission n'est pas remplie. Ces résultats traduisent une forte variabilité dans l'évaluation de cette mission par les répondants, contrastant avec le consensus observé pour le suivi individuel de l'état de santé ou le maintien en emploi.

2.4 Veille sanitaire

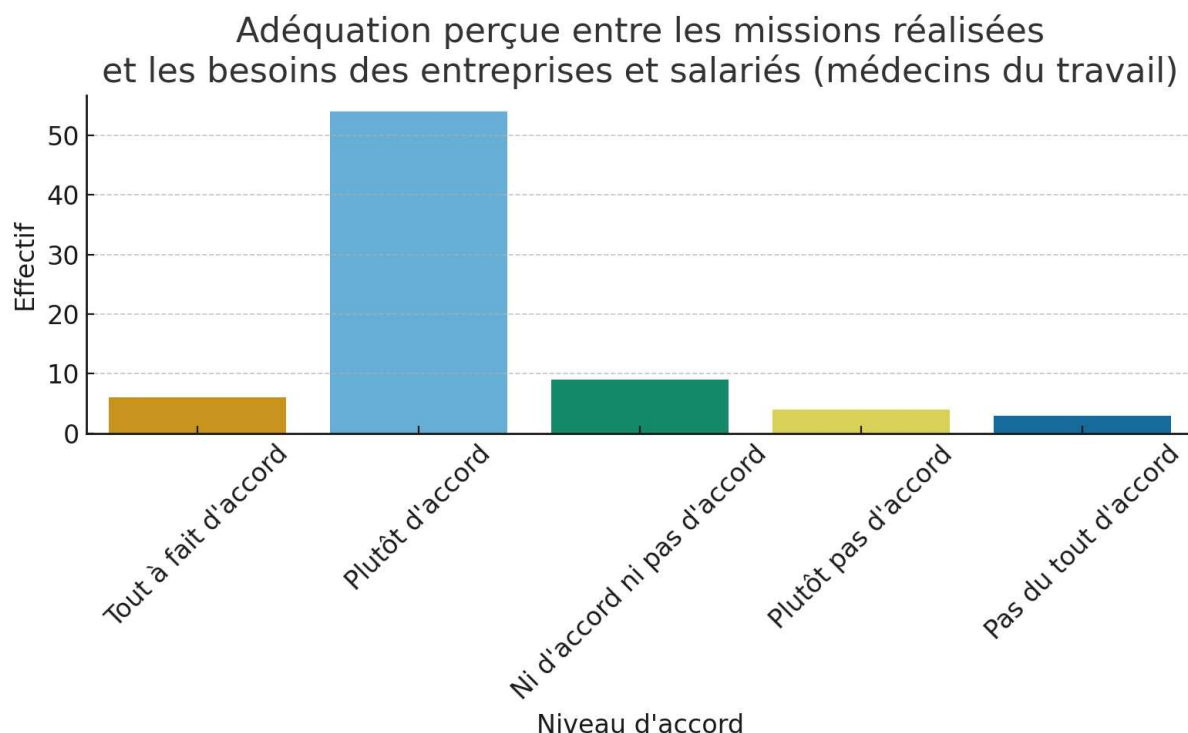
La veille sanitaire constitue l'une des cinq missions réglementaires des services de prévention et de santé au travail. Elle vise à identifier, signaler et surveiller les risques sanitaires émergents liés aux environnements professionnels. Cette mission inclut notamment la détection précoce d'événements inhabituels ou de pathologies en lien potentiel avec le travail (maladies professionnelles nouvelles, expositions collectives, signaux faibles...), le signalement aux autorités sanitaires (DREETS, SPF, ANSES...), et la participation à des dispositifs de surveillance épidémiologique.

Pourtant, cette mission reste peu visible et insuffisamment investie dans la pratique quotidienne. Dans l'enquête, moins de 45 % des médecins du travail déclarent qu'elle est mise en œuvre dans leur structure.

2.5 Actions de santé publique

Les actions de santé publique, inscrites dans les missions des SPST, visent à améliorer la santé des travailleurs au-delà du suivi individuel. Dans l'enquête, seuls 47 % des médecins estiment que cette mission est réellement mise en œuvre dans leur structure, ce qui en fait l'une des moins investies, au même niveau que la veille sanitaire. Les initiatives recensées concernent principalement des campagnes de sensibilisation (addictions, sommeil, nutrition, risques cardiovasculaires...), des actions de dépistage (troubles musculosquelettiques, troubles auditifs...), ainsi que la participation ponctuelle à des campagnes nationales ou régionales (vaccination antigrippale, prévention du cancer).

3. Adéquation perçue avec les besoins du terrain



79 % des médecins jugent que les missions réalisées répondent aux besoins des entreprises et des salariés. Cependant, 21 % adoptent une position neutre ou critique, traduisant un décalage entre missions théoriques et attentes réelles dans certains contextes.

4. Freins principaux

Les médecins interrogés identifient plusieurs freins majeurs, principalement d'ordre organisationnel et structurel.

Le manque de temps et la surcharge de travail figurent au premier rang. Ils découlent d'un empilement de tâches — consultations obligatoires, dossiers à traiter,

déplacements multiples — qui réduit la disponibilité pour les actions de prévention collective. Celles-ci exigent pourtant préparation, concertation et travail en équipe.

Le déficit de personnel qualifié constitue un autre obstacle majeur. L'absence ou l'insuffisance d'IDEST, d'assistants médicaux ou de collaborateurs en prévention limite les possibilités de délégation et ralentit la dynamique pluridisciplinaire notamment dans les SPST interentreprises.

Une communication insuffisante avec les entreprises est également mise en cause. Plusieurs médecins déplorent un dialogue restreint, un flou des rôles et une implication limitée des employeurs. Ce déficit relationnel entrave la construction de projets collectifs et nuit à la pertinence des actions proposées.

Enfin, la lourdeur des tâches administratives constitue un frein transversal. Le remplissage de bases de données, le reporting et des obligations réglementaires parfois mal coordonnées sont perçus comme chronophages, empiétant sur le temps médical et contribuant à la démotivation des équipes.

Face à ces constats, plusieurs leviers d'amélioration sont identifiés. Parmi les 76 médecins interrogés, 24 ont laissé un commentaire libre, soit près d'un tiers de l'échantillon. Ces réponses, bien que parfois brèves, confirment et enrichissent les tendances mises en évidence dans les questions fermées.

La surcharge chronique de travail est ainsi fréquemment mentionnée comme un facteur limitant les missions collectives. Elle entraîne une perte de sens et alimente une logique de productivité au détriment de la prévention.

Enfin, la reconnaissance insuffisante du rôle du médecin constitue un autre point récurrent. Plusieurs praticiens regrettent une vision réductrice de leur mission, trop souvent cantonnée aux seules visites médicales, au détriment de leur expertise en prévention.

5. Pistes d'amélioration

En résumé, les données recueillies dessinent une dynamique contrastée autour de trois axes principaux, révélateurs des leviers structurels à activer pour améliorer la mise en œuvre des missions des SPST.

5.1. Renforcement des moyens humains

De nombreux médecins soulignent la nécessité d'une augmentation des effectifs, tant médicaux que paramédicaux et administratifs. De même, plusieurs praticiens évoquent un besoin urgent de « recentrage sur le cœur de métier », afin de libérer du temps pour les actions de prévention. Cela implique une meilleure répartition des tâches, un soutien administratif accru et une gestion plus ciblée des visites réglementaires jugées parfois excessives.

5.2. Amélioration de la pluridisciplinarité

Le développement d'une véritable dynamique d'équipe est identifié comme un levier prioritaire. Les médecins appellent à une coordination plus régulière entre les différents professionnels des SPST (ergonomes, psychologues, assistants sociaux, infirmiers...), avec des temps de concertation formalisés et une meilleure lisibilité des rôles de chacun. Une pluridisciplinarité bien structurée est perçue comme une réponse à l'isolement professionnel, mais aussi comme un facteur clé d'efficience dans la prise en charge globale des situations de travail.

5.3. Renforcement du lien avec les entreprises

Enfin, les médecins insistent sur la nécessité de reconstruire un partenariat plus actif et plus clair avec les entreprises. Cela passe par une communication renforcée, un accès facilité aux interlocuteurs clés, et une implication plus directe des employeurs dans la définition des priorités de prévention. Certains praticiens plaident aussi pour une meilleure reconnaissance de leur rôle stratégique, au-delà de la seule conformité réglementaire. Repositionner le médecin comme un acteur central du dialogue social et de la performance durable de l'entreprise est vu comme un enjeu crucial.

Plusieurs commentaires formulent aussi des pistes très concrètes d'amélioration : mise en place de temps dédiés aux actions en milieu de travail, meilleure structuration de la coordination pluridisciplinaire, ou encore valorisation d'indicateurs qualitatifs. Il peut s'agir du nombre d'actions collectives co-construites, du taux de satisfaction après intervention, du climat de travail perçu ou du maintien en emploi réussi. Ces éléments, difficilement mesurables par les outils actuels centrés sur des indicateurs quantitatifs (nombre de visites, délais, ratios...), permettraient de mieux refléter la valeur ajoutée des SPST sur le terrain. Ces propositions illustrent un engagement fort des professionnels à faire évoluer leur pratique malgré un contexte de contraintes organisationnelles.

6. Une mise en œuvre inégalement structurée mais des axes d’actions partagés

Les résultats du questionnaire destiné aux médecins du travail mettent en lumière une dynamique contrastée dans la mise en œuvre des missions réglementaires des SPST. Les missions les plus classiques, historiquement portées par la profession — comme le suivi individuel de l’état de santé et le maintien en emploi — apparaissent comme les mieux assurées, bénéficiant d’une reconnaissance institutionnelle forte, d’un cadre réglementaire clair et de circuits bien établis.

À l’inverse, les missions plus collectives et transversales, telles que la veille sanitaire ou les actions de santé publique, restent moins investies ou moins formalisées. Leur mise en œuvre est perçue comme plus théorique, souvent entravée par un manque de temps, de coordination, de formation ou de reconnaissance concrète.

Toutefois, les médecins interrogés formulent des leviers d’amélioration clairs et convergents. Ceux-ci s’articulent autour de trois axes : renforcer les ressources humaines, structurer le travail en équipe pluridisciplinaire, et revaloriser le partenariat avec les entreprises. Ces propositions, issues du terrain, traduisent à la fois un engagement professionnel fort et une volonté d’évolution du système.

Afin d’enrichir cette analyse et de croiser les regards, une enquête complémentaire a été menée auprès de 20 responsables d’entreprise (DRH ou équivalents). Ce second questionnaire, construit en miroir de celui des médecins du travail, visait à recueillir la perception des employeurs quant à la pertinence, la visibilité et l’utilité des missions réalisées par les SPST dans leur organisation.

La confrontation de ces deux points de vue permet de mieux appréhender les écarts de perception, les points de convergence et les axes de dialogue à renforcer pour améliorer l'adéquation entre offre de service et besoins réels des entreprises.

7. Questionnaire DRH – Vision des employeurs

7.1 Caractéristiques des répondants

Vingt responsables d'entreprise ont répondu au questionnaire. Cette population couvre une large diversité de tailles d'entreprise : 40 % des répondants représentent des structures de plus de 500 salariés, 25 % des entreprises de moins de 50 salariés, 20 % entre 250 et 500, et 15 % entre 50 et 249. La moitié sont rattachés à un service de santé au travail interentreprises (SPSTI), 40 % à un service autonome (SA), et 10 % ne savent pas répondre à cette question. La durée du partenariat avec le SPST est dans 75 % des cas supérieure à dix ans, traduisant une relation généralement ancienne et stable. Seul un répondant signale un changement récent de type de SPST.

Tableau 2- Caractéristiques des DRH

Caractéristique	N (%)
< 50 salariés	5 (25 %)
50–249 salariés	3 (15 %)
250–500 salariés	4 (20 %)
> 500 salariés	8 (40 %)
Rattachés à un SPST interentreprises	10 (50 %)
Rattachés à un SPST autonome	8 (40 %)
Ne savent pas	2 (10 %)
Rattachement au SPST > 10 ans	15 (75 %)
Rattachement 5–10 ans	1 (5 %)
Rattachement 2–5 ans	1 (5 %)
Rattachement < 2 ans	1 (5 %)
Ne savent pas	2 (10 %)
Ont changé de SPST récemment	1 (5 %)
Pas de changement	15 (75 %)
Ne savent pas	4 (20 %)

7.2 Perception de la qualité des missions du SPST

Une majorité des DRH interrogés estime que les missions réalisées par leur SPST sont de qualité : 60 % se déclarent "plutôt d'accord" avec cette affirmation, et 15 % "tout à fait d'accord", soit un total de 75 % d'opinions favorables. À l'inverse, seuls 10 % expriment une forme de désaccord. Enfin, 15 % adoptent une position neutre.

7.3 Adéquation perçue entre les missions du SPST et les besoins de l'entreprise

Les tendances observées à la question précédente se confirment ici. 75 % des DRH jugent que les missions réalisées par leur SPST répondent aux besoins en matière de santé et sécurité au travail (8 % tout à fait d'accord, 67 % plutôt d'accord). Toutefois, 10 % expriment un désaccord explicite, et 15 % se montrent neutres.

7.4 Attentes et axes d'amélioration identifiés

Les réponses à la question ouverte sur les pistes d'amélioration révèlent trois axes prioritaires pour les employeurs :

- Une meilleure communication avec le SPST, souhaitée par 50 % des répondants, afin de faciliter l'échange d'informations, la planification des interventions et la compréhension réciproque des enjeux.
- La stabilité des interlocuteurs médicaux (40 %) est également citée comme une condition essentielle pour assurer un suivi cohérent, renforcer la relation de confiance et favoriser l'appropriation des problématiques de terrain.
- L'adaptation des actions au secteur d'activité (20 %) apparaît enfin comme un levier de personnalisation, notamment dans les secteurs à risques spécifiques ou soumis à des exigences réglementaires particulières.

A l'inverse, 20 % des répondants estiment que la situation est satisfaisante et ne nécessitent pas de changement majeur. D'autres ont exprimé des besoins ponctuels (changement de médecin, ajustement de l'offre), mais sans motif généralisable.

7.5 Commentaires libres

Seuls deux répondants (10 %) ont formulé un commentaire libre, reflétant des avis très contrastés. Compte tenu de leur faible nombre et de leur hétérogénéité, ces retours isolés n'apportent qu'un éclairage limité et ne permettent pas d'en tirer une analyse généralisable.

8. Conclusion

Les résultats du questionnaire DRH confirment une appréciation globalement favorable du service rendu par les SPST, notamment sur la qualité des interventions et leur adéquation aux besoins. Toutefois, les réponses pointent également des attentes récurrentes : amélioration de la communication, stabilité des interlocuteurs, et meilleure prise en compte du contexte d'activité. Ces observations font écho aux constats exprimés par les médecins du travail, renforçant l'idée d'une nécessaire convergence des efforts entre acteurs internes et externes au service pour améliorer la lisibilité, la pertinence et l'impact des actions de prévention en entreprise.

9. Croisement des regards médecins / DRH

L'analyse croisée des questionnaires médecins et DRH met en évidence que 79 % des médecins et 75 % des responsables d'entreprise jugent que les actions mises en œuvre répondent aux besoins du terrain. Ce consensus traduit une reconnaissance commune de l'utilité du SPST, mais masque des nuances importantes sur la nature des missions perçues comme réellement effectives.

Les missions dites classiques, telles que le suivi individuel de l'état de santé ou le maintien en emploi, bénéficient d'une mise en œuvre solide et sont bien identifiées tant par les professionnels de santé que par les employeurs. À l'inverse, les missions plus collectives ou transversales, comme la veille sanitaire ou les actions de santé publique, apparaissent comme plus marginales. Les médecins soulignent leur faible structuration et leur mise en œuvre encore partielle ; côté DRH, ces missions sont peu mentionnées, traduisant un déficit de visibilité ou de lisibilité dans leur déploiement.

Ces constats révèlent une forme de discontinuité organisationnelle qui entrave la fluidité du partenariat et affaiblit l'impact des actions préventives.

Les deux groupes appellent à un lien renforcé entre SPST et entreprises. Les médecins souhaitent une reconnaissance accrue de leur rôle, les DRH réclament un dialogue plus régulier et des équipes stables.

Ces résultats, issus de deux populations distinctes mais complémentaires, permettent de dresser un état des lieux nuancé de la mise en œuvre des missions réglementaires des SPST en région Hauts-de-France. Si l'adéquation globale entre l'offre de service et les besoins exprimés apparaît satisfaisante, les écarts observés entre certaines missions, ainsi que les freins structurels récurrents, soulignent l'intérêt d'une analyse plus approfondie. La discussion qui suit vise à mettre en perspective ces constats avec les données de la littérature, à explorer les leviers d'action identifiés, et à réfléchir aux pistes concrètes pour améliorer l'efficacité, la visibilité et la pertinence du service de santé au travail dans son ensemble.

IV. DISCUSSION

1. Synthèse des résultats

Les résultats de cette étude montrent une perception globalement favorable de la mise en œuvre des missions réglementaires des SPST par les médecins du travail. Le suivi individuel de l'état de santé et le maintien en emploi sont les missions les mieux perçues, tant par leur fréquence que par leur ancrage dans la pratique médicale. À l'inverse, les actions en milieu de travail, la veille sanitaire et les actions de santé publique apparaissent moins bien structurées ou moins systématiquement mises en œuvre. Ces résultats révèlent une dynamique contrastée entre missions classiques et missions collectives, qui nécessitent des conditions structurelles plus favorables (temps, coordination, reconnaissance institutionnelle) [4]. Ce constat rejoint les observations de la HAS [10], qui souligne l'ancrage opérationnel des missions individuelles, mais pointe le manque de formalisation des volets collectifs.

Les principaux freins identifiés relèvent de facteurs structurels : surcharge de travail, déficit de personnel qualifié, lourdeurs administratives, et manque de communication avec les entreprises. Ces constats font écho aux analyses de l'IGAS [8], qui dénoncent la persistance d'un modèle « centripète », concentré sur les visites, au détriment des missions de prévention collective. Malgré la réforme de 2021, la pluridisciplinarité reste souvent théorique [2,9], freinée par un déficit de moyens et un manque de lisibilité des rôles.

Malgré ce contexte contraint, les médecins formulent des leviers d'amélioration convergents : renforcement des moyens humains, structuration du travail en équipe pluridisciplinaire, et revalorisation du partenariat avec les entreprises. Ces propositions traduisent une volonté forte d'évolution du système et d'efficacité accrue. Elles

rejoignent les préconisations du rapport Lecocq [1], qui insiste sur un pilotage plus stratégique et une gouvernance adaptée aux enjeux contemporains de prévention, mais aussi les travaux de Roth et al. [11], qui alertent sur un risque d'essoufflement du modèle français en l'absence de repositionnement clair du rôle médical.

Du côté des employeurs, les résultats du questionnaire adressé aux responsables d'entreprise (DRH) montrent une perception globalement positive du service rendu. Toutefois, des marges de progression sont identifiées, notamment en matière de stabilité des interlocuteurs, de lisibilité des actions et d'adaptation au contexte sectoriel. Ce constat fait écho aux recommandations de l'INRS [5], qui encourage à un partenariat durable et à la valorisation des apports concrets des SPST sur le terrain.

La discussion croisée des deux questionnaires révèle une convergence partielle mais significative. Le niveau global d'adéquation perçue est proche. Cette symétrie masque toutefois des écarts qualitatifs : les employeurs valorisent avant tout la disponibilité, la réactivité et la continuité, tandis que les médecins dénoncent un manque de temps, un isolement professionnel et une reconnaissance insuffisante de leur rôle stratégique. Ces tensions traduisent la fragilité d'un système qui peine encore à dépasser une logique de conformité.

2. Points forts et limites de l'étude

Cette étude présente plusieurs atouts. Elle repose sur une double enquête croisée, menée à la fois auprès des médecins du travail et des responsables d'entreprise, permettant une analyse comparative inédite des perceptions des deux acteurs clés des SPST. La construction parallèle des deux questionnaires, centrée sur les missions réglementaires, renforce la cohérence de l'approche et la pertinence des comparaisons. Par ailleurs, le taux de réponse relativement élevé parmi les médecins du travail confère une robustesse statistique aux résultats obtenus.

Cependant, certaines limites doivent être soulignées. D'une part, la représentativité de l'échantillon de DRH reste limitée ($n = 20$), ce qui invite à la prudence dans la généralisation des résultats. D'autre part, l'étude repose sur des données déclaratives, susceptibles d'être influencées par des biais de perception ou de désirabilité sociale. Enfin, le contexte régional des Hauts-de-France, bien qu'instructif, pourrait ne pas refléter l'ensemble des dynamiques nationales en matière de santé au travail. Ce constat rejoint les disparités observées à l'échelle internationale. Krakov et al. [16] soulignent en effet que l'organisation et l'accessibilité des services de santé au travail varient fortement selon les contextes économiques et les ressources disponibles, ce qui limite la comparabilité entre pays.

3. Perspectives d'avenir

Par ailleurs, les SPST sont appelés à jouer un rôle stratégique dans l'accompagnement des mutations du travail : généralisation du télétravail, transition écologique, vieillissement de la population active [12,13]. Ces transformations renforcent le besoin de services agiles, capables d'intervenir à l'interface entre santé, organisation et performance. Pourtant, certaines missions restent mal identifiées ou peu appropriées, tant côté SPST que côté entreprise. La veille sanitaire et les actions de santé publique illustrent cette difficulté : elles souffrent d'un manque de coordination, d'indicateurs dédiés et de reconnaissance institutionnelle [6]. Ce déficit de lisibilité a été mis en évidence par la Cour des comptes et par la DGT [2,14], qui plaident pour une intégration plus forte de ces missions dans les projets de service.

Enfin, la dynamique d'amélioration se joue à l'interface entre le SPST et l'entreprise. Des deux côtés, un besoin de dialogue renforcé, de construction collective des priorités et de clarification des rôles est exprimé. Ces enjeux ne sont pas spécifiques au contexte français. L'expérience coréenne des *Workers' Health Centers*, décrite par Kong et al. [17], illustre par exemple comment des dispositifs dédiés aux micro et petites entreprises peuvent améliorer l'équité d'accès aux actions de prévention.

La formalisation de temps d'échange, la stabilisation des équipes, ou la valorisation des indicateurs qualitatifs (impacts sur le maintien en emploi, satisfaction des acteurs, construction d'actions collectives) apparaissent comme autant de leviers à mobiliser. Ces axes sont cohérents avec les orientations du 4e Plan Santé au Travail (2021-2025), qui promeut une gouvernance partagée et une meilleure implication des partenaires sociaux. Ils rejoignent également les recommandations de l'ANSES [15], qui souligne l'intérêt de construire des indicateurs santé-travail transversaux pour mieux évaluer l'action des SPST.

La démographie médicale rend ces enjeux d'autant plus pressants : entre 2015 et 2018, les SPSTI ont perdu près de 20 % de leurs médecins du travail [3]. Ce contexte alimente la tension entre missions attendues et missions réalisables, et renforce l'urgence d'un repositionnement stratégique de la prévention. Il invite à tirer parti de toutes les compétences disponibles dans les équipes et à repenser la logique de service.

Ces résultats, conjugués aux apports de la littérature, convergent vers une exigence partagée : bâtir un système plus lisible, plus collaboratif, plus stratégique. L'efficacité réelle des SPST dépend désormais de leur capacité à opérer un changement de culture : d'un modèle centré sur la conformité réglementaire à un modèle fondé sur la prévention concertée, l'agilité organisationnelle et l'utilité sociale.

À la lumière de ces constats, la conclusion de ce travail propose une synthèse des résultats et une réflexion sur les conditions d'un renforcement durable de l'efficacité des services de santé au travail.

V. CONCLUSION

Ce travail visait à évaluer la perception de l'effectivité des missions réglementaires des services de prévention et de santé au travail (SPST) dans les Hauts-de-France, à travers une double enquête menée auprès des médecins du travail et des responsables d'entreprise. Les résultats montrent une perception globalement favorable, tant du côté des professionnels de santé que des employeurs, concernant les missions réalisées et leur adéquation avec les besoins du terrain.

Cependant, cette perception positive masque des disparités significatives dans la mise en œuvre réelle des missions. Ces écarts révèlent les limites d'un modèle encore trop centré sur la conformité réglementaire, au détriment d'une approche de prévention globale, transversale et contextualisée.

Les freins identifiés sont principalement structurels. Face à ces contraintes, les leviers proposés convergent : renforcement des effectifs, développement du travail pluridisciplinaire, et meilleure articulation entre SPST et entreprises. Ces propositions font écho aux recommandations institutionnelles récentes et aux évolutions attendues du système.

Les perspectives à venir renforcent l'enjeu d'une transformation profonde des SPST. Les mutations du travail exigent des services plus agiles, capables d'anticiper les risques et de construire des solutions de prévention avec les entreprises. Dans ce

contexte, les SPST doivent repenser leur gouvernance, valoriser les indicateurs qualitatifs et renforcer leur lisibilité auprès des employeurs comme des salariés.

L'enjeu n'est plus seulement de garantir la conformité aux textes, mais d'affirmer la valeur ajoutée des SPST dans la performance globale des organisations et la santé durable des travailleurs. À ce titre, le repositionnement stratégique de la mission médicale, la stabilisation des équipes et l'implication des partenaires sociaux seront des leviers majeurs pour répondre aux attentes du terrain.

En somme, cette étude plaide pour un changement de culture : passer d'un modèle centré sur l'obligation à un modèle fondé sur la pertinence, l'efficacité et l'utilité sociale. C'est à cette condition que les services de santé au travail pourront pleinement jouer leur rôle dans les transformations en cours et contribuer à construire un monde professionnel plus sain, plus durable et plus équitable. Cette évolution suppose également de repenser l'organisation du travail non plus comme une source de contraintes, mais comme un levier central de santé et de qualité de vie, ainsi que le soulignent Coutrot et Gollac [7].

VI. BIBLIOGRAPHIE

1. Lecocq P, Dupuis JM, Forest J. Santé au travail : vers un système simplifié pour une prévention renforcée. Rapport au Premier ministre. Paris: La Documentation française; 2018.
2. Cour des comptes. La santé au travail : prévenir plutôt que guérir. Rapport public annuel 2021. Paris: Cour des comptes; 2021.
3. DARES. La santé au travail en 2022 – Portrait statistique. DARES Résultats. 2022;(066).
4. Leclercq A, Trontin C, Niedhammer I. Le travail des médecins du travail : entre mission individuelle et prévention collective. Arch Mal Prof Environ. 2019;80(4):384-93.
5. INRS. Dialogue social et santé au travail – Bilan et perspectives. Paris: Institut national de recherche et de sécurité; 2018.
6. Baril Gingras G, Bellemare M, Brun JP. Conditions de succès des interventions en milieu de travail : revue de la littérature scientifique. Relat Ind. 2015;70(4):757-83.
7. Coutrot T, Gollac M. Le travail peut-il devenir supportable ? Paris: La Découverte; 2020.
8. IGAS. Les services de santé au travail interentreprises : diagnostic et perspectives d'évolution. Paris: Inspection générale des affaires sociales; 2019.
9. COCT. Avis du Conseil d'orientation des conditions de travail sur la pluridisciplinarité dans les SPST. Paris: Ministère du Travail; 2022.
10. HAS. Guide d'aide à la mise en œuvre des missions de santé au travail. Saint-Denis La Plaine: Haute Autorité de Santé; 2021.
11. Roth P, Desmet M, Giraud L. Réforme des SPST : quel avenir pour la médecine du travail ? Santé Publique. 2022;34(3):345-58.
12. OMS. Cadre mondial pour les services de santé au travail. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2022.
13. ANACT. Les mutations du travail : quelles implications pour la prévention des risques professionnels ? Paris: Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail; 2023.
14. DGT. Rapport sur la mise en œuvre de la réforme des SPSTI. Paris: Direction générale du Travail; 2023.
15. ANSES. Proposition d'indicateurs intégrés santé-travail. Maisons-Alfort: Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail; 2020.
16. Krakov AO, et al. Disparities in occupational health services: an international comparative analysis. J Occup Med Toxicol. 2023;18:21.
17. Kong JO, et al. Challenges from 14 years of experience at Workers' Health Centers in basic occupational health services for micro and small enterprises in Korea: a narrative review. Ewha Med J. 2025;48(1):e7.

VII. ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire Médecin du travail :

Ce questionnaire vise à recueillir l'avis des médecins du travail sur la mise en œuvre des missions des services de santé au travail. Il est anonyme et s'inscrit dans le cadre d'un travail de thèse.

1. Quel est le type de service de santé au travail dans lequel vous exercez ?

- ☐ Service autonome (SA)
- ☐ Service interentreprises (SIE)

2. Depuis combien de temps exercez-vous dans ce service ?

- ☐ Moins de 2 ans
- ☐ Entre 2 et 5 ans
- ☐ Plus de 5 ans

3. Êtes-vous passé d'un service autonome à un service inter-entreprise ou inversement ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

4.1. La transition a favorisé la communication avec les entreprises.

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ Plutôt d'accord
- ☐ Ni d'accord ni pas d'accord
- ☐ Plutôt pas d'accord
- ☐ Pas du tout d'accord

4.2. La transition a renforcé la qualité des missions réalisées.

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ Plutôt d'accord
- ☐ Ni d'accord ni pas d'accord
- ☐ Plutôt pas d'accord
- ☐ Pas du tout d'accord

5. Disposez-vous des moyens nécessaires (humains, matériels, organisationnels) pour réaliser vos missions ?

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ Plutôt d'accord
- ☐ Ni d'accord ni pas d'accord
- ☐ Plutôt pas d'accord
- ☐ Pas du tout d'accord

6. Parmi les missions suivantes, lesquelles sont pleinement mises en œuvre dans votre service ? (plusieurs réponses possibles)

1. Suivi individuel de l'état de santé (visites médicales, aptitude, suivi renforcé)
 - ☐ Totalement
 - ☐ Partiellement
 - ☐ Pas du tout ou très peu
2. Maintien en emploi / prévention de la désinsertion (pré-reprise, aménagements, mi-carrière)
 - ☐ Totalement
 - ☐ Partiellement
 - ☐ Pas du tout ou très peu
3. Actions en milieu de travail (visites de site, études de poste, fiches d'entreprise)
 - ☐ Totalement
 - ☐ Partiellement
 - ☐ Pas du tout ou très peu
4. Veille sanitaire (repérage de risques, signalement de pathologies, remontée d'alertes)
 - ☐ Totalement
 - ☐ Partiellement
 - ☐ Pas du tout ou très peu
5. Actions de santé publique (prévention TMS/addictions, campagnes de vaccination)
 - ☐ Totalement
 - ☐ Partiellement
 - ☐ Pas du tout ou très peu

7. Selon vous, quels sont les principaux freins à la bonne réalisation de vos missions ? (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Manque de moyens humains
- ☐ Manque de temps ou surcharge de travail

- ☐ Organisation interne au service
- ☐ Relations avec l'employeur / entreprises
- ☐ Communication insuffisante avec les autres professionnels
- ☐ Aucun frein identifié
- ☐ Autre : _____

8. Selon vous, quelles actions permettraient d'améliorer la mise en œuvre des missions du SPST ? (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Organisation des réunions régulières entre médecins, IPRP et l'employeur
- ☐ Renforcer la pluridisciplinarité
- ☐ Former les médecins aux risques spécifiques de leur secteur d'activité
- ☐ Renforcer la présence médicale pour les visites et actions en milieu de travail
- ☐ Autre : _____

9. Les missions réalisées par votre service répondent-elles aux besoins des entreprises et des salariés ?

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ Plutôt d'accord
- ☐ Ni d'accord ni pas d'accord
- ☐ Plutôt pas d'accord
- ☐ Pas du tout d'accord

10. Souhaitez-vous ajouter un commentaire ou une précision concernant votre expérience dans le service de santé au travail ?

Annexe 2 : Questionnaire DRH :

Ce questionnaire vise à recueillir l'avis des responsables de direction des entreprises sur la mise en œuvre des missions des services de santé au travail. Il est anonyme et s'inscrit dans le cadre d'un travail de thèse.

1. Quelle est la taille de votre entreprise ?

- ☐ Moins de 50 salariés
- ☐ 50 à 249 salariés
- ☐ 250 à 499 salariés
- ☐ 500 salariés et plus

2. Quel est le type de service de santé au travail auquel votre entreprise est rattachée ?

- ☐ Service autonome (SA)
- ☐ Service interentreprises (SIE)
- ☐ Je ne sais pas

3. Depuis combien de temps votre entreprise est-elle rattachée à ce type de service ?

- ☐ Moins de 2 ans
- ☐ Entre 2 et 5 ans
- ☐ Plus de 5 ans
- ☐ Je ne sais pas

4. Votre entreprise a-t-elle changé de type de service de santé au travail (autonome ↔ interentreprises) ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

4.1. La transition a permis une amélioration de la réactivité du service.

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ Plutôt d'accord
- ☐ Ni d'accord ni pas d'accord
- ☐ Plutôt pas d'accord
- ☐ Pas du tout d'accord

4.2. La transition a facilité la communication entre l'entreprise et le service.

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ Plutôt d'accord
- ☐ Ni d'accord ni pas d'accord

- ☐ Plutôt pas d'accord
- ☐ Pas du tout d'accord

4.3. La transition a permis un meilleur accompagnement des salariés.

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ Plutôt d'accord
- ☐ Ni d'accord ni pas d'accord
- ☐ Plutôt pas d'accord
- ☐ Pas du tout d'accord

4.4. La transition a eu un impact positif sur l'adaptation du service à notre secteur d'activité.

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ Plutôt d'accord
- ☐ Ni d'accord ni pas d'accord
- ☐ Plutôt pas d'accord
- ☐ Pas du tout d'accord

4.5. La transition a eu un impact positif sur les coûts liés à la santé au travail.

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ Plutôt d'accord
- ☐ Ni d'accord ni pas d'accord
- ☐ Plutôt pas d'accord
- ☐ Pas du tout d'accord

5. Êtes-vous globalement satisfait du service de santé au travail auquel votre entreprise est rattachée ?

- ☐ Très satisfait
- ☐ Satisfait
- ☐ Peu satisfait
- ☐ Pas du tout satisfait
- ☐ Sans avis

6. À quelle fréquence êtes-vous en contact avec le service de santé au travail ?

- ☐ Plusieurs fois par mois

- ☐ Environ une fois par mois
- ☐ Quelques fois par an
- ☐ Rarement
- ☐ Jamais

7. Selon vous, quel est le principal atout du service de santé au travail de votre entreprise ?

- ☐ Réactivité
- ☐ Expertise médicale
- ☐ Accompagnement dans le maintien en emploi
- ☐ Connaissance de l'entreprise
- ☐ Disponibilité des professionnels
- ☐ Autre : _____

8. Selon vous, quel est le principal point faible du service de santé au travail de votre entreprise ?

- ☐ Manque de disponibilité
- ☐ Manque de communication
- ☐ Manque de connaissance du terrain
- ☐ Manque de stabilité des interlocuteurs
- ☐ Manque de réactivité
- ☐ Autre : _____

9. Parmi les missions suivantes, lesquelles sont pleinement assurées par votre service de santé au travail selon vous ? (plusieurs réponses possibles)

1. Suivi individuel de l'état de santé (visites médicales, aptitude, suivi renforcé)
 - ☐ Totalement
 - ☐ Partiellement
 - ☐ Pas du tout ou très peu
2. Maintien en emploi / prévention de la désinsertion (pré-reprise, aménagements, mi-carrière)
 - ☐ Totalement
 - ☐ Partiellement
 - ☐ Pas du tout ou très peu
3. Actions en milieu de travail (visites de site, études de poste, fiches d'entreprise)
 - ☐ Totalement
 - ☐ Partiellement

- ☐ Pas du tout ou très peu
- 4. Veille sanitaire (repérage de risques, signalement de pathologies, remontée d'alertes)
 - ☐ Totalement
 - ☐ Partiellement
 - ☐ Pas du tout ou très peu
- 5. Actions de santé publique (prévention TMS/addictions, campagnes de vaccination)
 - ☐ Totalement
 - ☐ Partiellement
 - ☐ Pas du tout ou très peu

10. Selon vous, quels sont les principaux freins à la bonne réalisation des missions du service de santé au travail dans votre entreprise ? (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Manque de moyens humains du service
- ☐ Manque de temps ou de disponibilité des professionnels
- ☐ Manque de clarté sur les missions attendues
- ☐ Communication insuffisante avec le service
- ☐ Organisation interne à l'entreprise
- ☐ Aucun frein identifié
- ☐ Autre : _____

11. Selon vous, quelles actions permettraient d'améliorer la mise en œuvre des missions du service de santé au travail dans votre entreprise ? (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Renforcer la communication entre l'entreprise et le SPST
- ☐ Mieux adapter les interventions au secteur d'activité de l'entreprise
- ☐ Favoriser la stabilité du référent médical / interlocuteur
- ☐ Rien, la situation est satisfaisante
- ☐ Autre : _____

12. Globalement, pensez-vous que les missions du service de santé au travail sont réalisées avec un bon niveau de qualité ?

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ Plutôt d'accord
- ☐ Ni d'accord ni pas d'accord

- ☐ Plutôt pas d'accord
- ☐ Pas du tout d'accord

13. Les missions réalisées par le service de santé au travail répondent-elles à vos besoins en matière de santé et sécurité au travail ?

- ☐ Tout à fait d'accord
- ☐ Plutôt d'accord
- ☐ Ni d'accord ni pas d'accord
- ☐ Plutôt pas d'accord
- ☐ Pas du tout d'accord

14. Souhaitez-vous ajouter un commentaire ou une précision concernant votre expérience avec le service de santé au travail ?

AUTEUR : Nom : KIEFFER **Prénom :** Jean

Date de Soutenance : 15/10/2025

Titre de la Thèse : Perception de l'effectivité des missions des SPST : enquête dans les Hauts de France.

Thèse - Médecine - Lille 2025

Cadre de classement : Médecine et santé au travail

DES + FST ou option : Médecine et santé au travail

Mots-clés : Santé au travail, SPST, missions réglementaires, effectivité, gouvernance, Hauts de France, prévention

Résumé : Les services de prévention et de santé au travail (SPST) ont pour mission de préserver la santé des salariés à travers cinq axes réglementaires : suivi individuel, maintien en emploi, actions en milieu de travail, veille sanitaire et actions de santé publique. Toutefois, l'effectivité perçue de ces missions reste peu documentée. Cette thèse évalue leur mise en œuvre concrète dans les Hauts-de-France, selon le double regard des médecins du travail et des employeurs.

Deux questionnaires distincts, construits en miroir, ont été diffusés entre avril et juillet 2025. Le premier a recueilli 76 réponses de médecins du travail, le second 20 réponses de responsables d'entreprise (DRH ou équivalents). Les questions portaient sur la réalisation effective des missions, les freins et leviers perçus, ainsi que l'adéquation aux besoins du terrain.

Les résultats montrent une dynamique contrastée. Le suivi individuel et le maintien en emploi sont jugés bien assurés par une majorité de médecins. À l'inverse, la veille sanitaire et les actions de santé publique apparaissent moins bien structurées, peu visibles ou insuffisamment coordonnées. Les principaux freins relèvent du manque de temps, de personnel qualifié, de lourdeurs administratives et d'un déficit de lien avec les entreprises.

Les employeurs interrogés se montrent globalement satisfaits de leur SPST, mais expriment des attentes claires en matière de communication, de stabilité des interlocuteurs et de meilleure adaptation aux spécificités de leur secteur. La discussion croisée met en évidence une convergence partielle des perceptions, mais surtout un besoin partagé de renforcer la lisibilité, la co-construction et l'efficacité des actions menées.

Cette étude souligne enfin l'intérêt d'une gouvernance renouvelée, centrée sur le partenariat, l'interdisciplinarité et l'adaptation aux enjeux émergents du monde du travail.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Sébastien HULO

Assesseurs : Monsieur le Docteur Joris FACQ
Madame le Docteur Alexandra SALEMBIER-TRICHARD

Directeur : Madame le Professeur Sophie Fantoni-Quinton