

# **POUR UNE SANTE AU TRAVAIL REFORMEE ET EFFICACE dans les Services Interentreprises**

## **PROPOSITIONS de « SANTE AU TRAVAIL CFE CGC »**

CFE-CGC Santé au travail,  
Syndicat général des médecins du travail et des professionnels des Services de santé au travail CFE-CGC,  
39, rue Victor Massé, 75009 PARIS – Tél. : 01 48 78 80 41 – Fax : 01 40 82 98 95  
courriel : [santeautravail@ffascefcgc.com.fr](mailto:santeautravail@ffascefcgc.com.fr) – site : <http://www.medecinedutravail-syndicat.org>

## SOMMAIRE

<u>INTRODUCTION</u> .....	4
<u>1. GOUVERNANCE, PILOTAGE ET FINANCEMENT DES SERVICES</u> .....	5
<u>FINANCEMENT DES SERVICES</u> .....	5
<u>GOUVERNANCE ET PILOTAGE</u> .....	5
<u>1.1 Gouvernance générale de la santé au travail</u> : .....	5
<u>1.1.1. Structures régionales paritaires de santé au travail</u> .....	6
<u>1.1.2. Pilotage régional de la santé au travail</u> .....	7
<u>1.2 Gouvernance et contrôle des services : paritaire</u> .....	7
<u>1.2.1. La gestion paritaire des services</u> .....	7
<u>1.2.2 Représentants des médecins dans la gestion des services</u> :.....	8
<u>1.2.3 Pilotage de la santé au travail dans les services</u> .....	9
<u>1.2.3.1 rôles respectifs du service et de la CMT</u> .....	9
<u>1.2.3.2. Etudes et actions en milieu de travail réalisées dans les services</u> .....	9
<u>1.2.3.3. la contractualisation avec les tutelles pour études et interventions</u> .....	10
<u>1.2.3.4. Les conventions de pluridisciplinarité</u> .....	11
<u>1.3 Contrôle de fonctionnement et de gestion des services</u> .....	11
<u>1.3.1. Les commissions de contrôle</u> .....	11
<u>1.3.2. Le commissaire aux comptes</u> .....	11
<u>1.3.3. Contrôle interne</u> .....	12
<u>1.3.3.1. Comité d' Entreprise</u> .....	12
<u>1.3.3.2. Commission médico technique (CMT) du Service de santé au travail</u> ...	12
<u>1.3.4 Contrôle de la tutelle</u> .....	13
<u>2. RECOUVREMENT DES COTISATIONS</u> .....	14
<u>2.1 organisme collecteur</u> .....	14
<u>2.2. Assise de la cotisation</u> .....	14
<u>2. 3. taux des cotisations</u> .....	14
<u>3 DOCUMENTS MEDICO PROFESSIONNELS</u> .....	15
<u>3.1 La fiche d'aptitude ou Notice de Santé au Travail</u> .....	15
<u>3.2 La fiche individuelle d'emploi, de conditions de travail et de nuisances (FECN, équivalent d'une fiche de poste)</u> .....	18
<u>4. DAVANTAGE DE MOYENS POUR L'ACTIVITE DES MEDECINS</u> .....	19
<u>4.1. Aide lors de la visite médico professionnelle du salarié</u> .....	19
<u>4.1.1 Rôle de la secrétaire médicale en santé au travail</u> .....	19
<u>4.1.2. Les infirmières en santé au travail</u> .....	19
<u>4. 2. Activité en milieu de travail, actions et recueil d'informations sur les postes de travail individuels des salariés de l'entreprise, connaissance et prévention des risques, amélioration des conditions de travail</u> .....	20
<u>4.2.1.. Assistant (e) en Santé au Travail (ou Intervenant en Santé au travail)</u> .....	20
<u>4.2.2.. Les intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP)</u> .....	20
<u>5 LES INTERVENANTS EN PREVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS (IPRP)</u> .....	20
<u>6. FONCTIONNEMENT INTERNE DES SERVICES DE SANTE AU TRAVAIL</u> .....	21
<u>6.1 Un pôle administratif</u> .....	22
<u>6.2. Un pôle médico-professionnel</u> .....	22
<u>6.3 Un pôle d'expertise technique</u> : .....	22
<u>7 SUIVI DES SALARIES A CONTRATS ATYPIQUES</u> .....	23
<u>7.1. Salariés déplacés en province</u> .....	23
<u>7.2 intérimaires</u> .....	24
<u>7.3 salariés saisonniers</u> .....	24
<u>7.4 travailleurs à domicile</u> .....	24

<u>8 LES DOSSIERS EN SANTE AU TRAVAIL</u> .....	24
<u>8.1. LE DOSSIER MEDICO PROFESSIONNEL INDIVIDUEL</u> .....	24
<u>8.2. DOSSIER PROFESSIONNEL ET DE SANTE D'ENTREPRISE)</u> .....	25
<u>8.2.1. Données à destination de l'entreprise</u> .....	25
<u>8.2.2. Données nominatives ou confidentielles</u> .....	25
<u>9. PRECONISATIONS CONCERNANT LES EFFECTIFS EN CHARGE ET LA PERIODICITE DES VISITES</u> .....	25
<u>9.1. effectifs en charge</u> .....	25
<u>9.2 Il faut un plan de priorité des visites :</u> .....	26
<u>9.2.1.D'abord les visites non périodiques :</u> .....	26
<u>9.2.2. Puis les visites périodiques:</u> .....	26
<u>9.2.2.1. SMR : visites soumises à réglementation spéciale</u> .....	26
<u>9.2.2.2 Visites non SMR</u> .....	26
<u>CONCLUSION</u> .....	27
<u>BIBLIOGRAPHIE</u> .....	28

## **INTRODUCTION**

[Retour au SOMMAIRE](#)

Nous sommes à la veille d'une étape importante de la réforme de la Santé au Travail.

Bien que la médecine du travail ait bénéficié de multiples rapports et de quelques réformes, aucune d'entre elles n'a été consacrée à la cause première de ces dysfonctionnements : "la gouvernance des services de santé au travail".

De toutes les institutions de santé au travail (Aract, Cram; Oppbtp; Inrs, Eurogip, Cat ..) la médecine du travail est la seule qui ne soit pas réellement paritaire. En conséquence les textes fondateurs de la médecine du travail, remarquablement bien faits, n'ont jamais été appliqués, du moins dans leur esprit initial.

L'article fondateur dit (L.4622-2 et -3 du nouveau code du travail): "Les services de santé au travail sont assurés par un ou plusieurs médecins qui prennent le nom de "médecins du travail" et dont le rôle exclusivement préventif consiste à éviter l'altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail, notamment en surveillant les conditions d'hygiène du travail, les risques de contagion et l'état de santé des travailleurs"....

La réalité nous oblige à constater que l'on est loin de cette conception initiale. En fait : " les services de santé sont un conseil d'employeurs locaux qui impriment leurs priorités et leurs conceptions de la santé au travail à leurs salariés et aux médecins du travail qu'ils recrutent"

L'organisation systématique du service en fonction d'une conception médicalisante et psychologisante des employeurs qui renvoie, de fait, les problèmes de santé à la seule responsabilité des salariés. Elle met ainsi plus l'accent sur le médecin des travailleurs s'occupant de leur santé à l'occasion du travail plus que sur le médecin du travail cherchant les traces des effets du travail sur la santé pour proposer la modification des conditions de travail. Ainsi ne sont pas recherchées, en priorité, les causes premières liées au travail et ses caractéristiques ce qui, pourtant, serait la bonne démarche dans un processus de recherche de qualité. L'accent est systématiquement mis sur la capacité d'adaptation des salariés. La Fiche d'entreprise, véritable audit de l'entreprise par le médecin du travail est, par exemple, rarement demandée.

Les craintes s'accumulent légitimement devant l'introduction de plus en plus massive, sur les lieux de travail, de nombreux produits chimiques dont la dangerosité n'est pas réellement évaluée.

Les bouleversements de la vie psycho-sociale s'accroissent de plus en plus, au travail et dans la cité, après la révolution industrielle du travail tertiaire par l'introduction des Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication ainsi que par la financiarisation de l'économie.

La révélation de graves affaires professionnelles liées aux cancers, aux troubles musculo-squelettiques, au stress, aux allergènes, aux suicides et aux harcèlements appelle une réforme de la santé au travail urgente.

Non seulement la souffrance importante devrait motiver nos politiques mais également les dépenses santé inutiles puisque le Bureau International du Travail (BIT) les estime de l'ordre de 3 à 5% du Produit Intérieur Brut, ce sont des dizaines de milliards d'euros qui impactent l'assurance maladie dont il est question.

Devant ces situations qui touchent directement le coeur de l'entreprise et de la société, les partenaires sociaux sont amenés à élargir leur champ de préoccupations habituelles au-delà de l'emploi ou des salaires vers la santé au travail.

D'autre part, le fonctionnement des services de santé au travail est déstabilisé par la pénurie de médecins entrant dans la profession. L'état de non-droit ainsi créé est préjudiciable dans l'immédiat, mais surtout est lourd de danger pour le futur.

Les expérimentations de fonctionnements atypiques, sans médecin du travail ou avec un médecin réduit à sa plus simple expression, peuvent se comprendre dans le cadre d'une économie provisoire de crise. Ne rien faire, ou laisser faire amènerait à pérenniser ce qui ne peut être qu'un traitement provisoire.

C'est pourquoi il est également nécessaire et urgent de renforcer l'attractivité du métier de médecin du travail en améliorant :

le renouvellement des filières de formation initiale,

la formation médicale continue,

les moyens attribués et les conditions d'exercice du métier, dont le respect fondamental de l'indépendance technique dans toutes ses missions,

De même pour les IPRP, il faut prévoir un nombre suffisant, une procédure d'habilitation renforcée avec des compétences clairement définies, une formation continue régulière, des moyens techniques et une indépendance renforcés.

Par ailleurs, il ne faut pas non plus oublier d'attribuer des moyens administratifs suffisants et indispensables au bon fonctionnement des services

[Retour au SOMMAIRE](#)

## **1. GOUVERNANCE, PILOTAGE ET FINANCEMENT DES SERVICES**

### **FINANCEMENT DES SERVICES**

La gouvernance est étroitement liée aux modalités de financement des services..

Le Conseil Economique et Social s'est positionné de façon très explicite en la matière : il écrit : « un financement public nous semble devoir être écarté. La spécificité de la médecine du travail, et plus largement de la santé au travail, est directement liée aux conditions de travail en entreprise, sous la responsabilité de l'employeur. La préservation de la santé des salariés fait partie inhérente de la relation contractuelle de travail et la source du financement qui en résulte doit être maintenue, car elle renvoie à la responsabilité directe de l'employeur »

Nous faisons nôtre cette remarque indiquant que la médecine du travail doit rester spécifique dans son champ d'activité médico professionnel , et que ses attaches avec la Sécurité Sociale doivent rester limitées aux nécessités de la traçabilité et du suivi notamment post professionnel qui en découle.

### **GOUVERNANCE ET PILOTAGE**

[Retour au SOMMAIRE](#)

#### **1.1 Gouvernance générale de la santé au travail :**

La création des Agences Régionales de Santé (ARS) a été l'occasion d'envisager de rattacher la gouvernance de la santé au travail à celle de la santé publique .. Notre syndicat formule que l'intégration complète de la santé au travail à la santé publique aurait trois inconvénients :

1. l'affaiblissement corrélé de sa mission de prévention des risques professionnels et

- d'amélioration des conditions de travail sur le terrain
2. le passage sous l'autorité du ministère de la santé, où sa mission deviendra extrêmement peu importante par rapport aux objectifs des structures de santé publique, alors qu'elle doit demeurer spécifique.
  3. le risque de paiement par le contribuable de la santé au travail en place de l'employeur, qui doit rester gestionnaire du risque.

Nous pensons qu'il serait plus réaliste que soit créée une structure de coordination entre les deux ministères de la santé et du travail permettant de renforcer les actions nationales visant les risques professionnels.

La mise en place du COCT et de ses commissions permanentes et spécialisées devrait définir les orientations du plan santé travail national.. Nous souhaitons la réinstitution de la commission médecine du travail et de la commission Risques spécifiques au secteur du BTP.

[Retour au SOMMAIRE](#)

### **1.1.1. Structures régionales paritaires de santé au travail.**

Il s'agirait de structures à gestion paritaire par les partenaires sociaux, au niveau de la région et simplement sous le contrôle de l'état. La collecte des cotisations pourrait être faite par l'Union régionale de sécurité sociale et des allocations familiales, et les fonds seraient redistribués aux différents services de santé au travail par la structure régionale paritaire de santé au travail.

La présence des partenaires sociaux dans cette SRPST devrait être gage de choix plus adaptés et d'une meilleure fonctionnalité.

Cette notion de structure régionale paritaire de santé au travail, dont le rôle serait semblable ou parallèle aux CRPRP, peut se concevoir de différentes façons :

- 1. Elle peut être cantonnée à un rôle de concertation et de coordination des services à l'échelon régional donc sans que cela n'implique le recueil et la redistribution des cotisations des services de santé au travail.
- 2. Elle peut prévoir la collecte des cotisations, les fonds seront redistribués aux différents services de santé au travail selon des modalités à définir dont taille et type de population suivie, etc.
- 3. Elle pourrait même être employeur direct des médecins et des IPRP qu'elle mettrait à disposition dans les différents services locaux selon des modalités à définir ....

Tout le problème est de savoir si cet échelon de contrôle régional paritaire sera pertinent et efficace.

En tout cas, il ne pourra pas remplacer le contrôle réglementaire qui est du rôle régalien de l'état par le moyen de la direction régionale du travail.

Dans ce cadre de fonctionnement, la structure régionale paritaire peut se concevoir en conservant les services actuels.

Si l'on reprend l'hypothèse 2, :

A ce jour, la taille des SSTI est très diverse allant de quelques médecins du travail à plusieurs centaines.

La pluridisciplinarité, les ressources humaines et matérielles notamment l'informatique médicale sont très inégalement répartis, de même que les montants et des modes de cotisations.

Le principe démocratique de l'égalité de traitement sur le territoire oblige à repenser l'organisation de la santé au travail, le niveau régional apparaissant comme le plus pertinent du fait des particularités régionales de certains risques et maladies professionnels.

Elle oblige d'autre part à se pencher sur la notion de taille critique des SST, élément clé de l'égalité de traitement en termes de moyens.

Si l'on se penche uniquement sur la notion de taille critique sans penser gouvernance régionale, il se produira un phénomène de fusions de services, anarchiques uniquement fondés sur la répartition des pouvoirs sans vision d'unicité du service rendu.

La structure régionale paritaire peut prendre la forme d'un Etablissement public Administratif sous tutelle d'un conseil d'administration strictement paritaire avec présidence alternée, associant des représentants qualifiés avec voix consultative (par exemple des médecins du travail, des représentants de l'ETAT, des

CRAM..) détenant sous son contrôle un budget issu d'une cotisation forfaitaire pouvant être adaptée aux besoins et aux souhaits des branches professionnelles aurait comme avantages :

D'uniformiser le droit à la santé au travail des salariés sur tout le territoire.

De mettre fin à des situations de concurrence, de lutte de pouvoirs

Avoir une transparence du montant et de l'utilisation des fonds collectés

D'éviter l'anarchie des fusions de service en dehors de toute notion de service rendu

De pouvoir conserver le tissu actuel des SST et de permettre des économies d'échelles très importantes du fait des économies de gestion, de moyens développés au niveau régional et non plus pluri local.

De permettre, sans heurts à certaines branches professionnelles comme celle du BTP de développer une Santé au travail professionnelle à l'échelle d'une région en associant l'OPPBT

De redonner la voix aux partenaires sociaux et aux branches professionnelles qui ont une compétence en matière de Santé au travail (les accords santé au travail des branches ont été ignorés, piétinés par les administrations locales des SST).

De donner un statut, et des moyens à la hauteur de leur importante mission aux représentants des organisations de salariés nommés et formés régulièrement dans le cadre des centres de formation de leurs organisations syndicales.

Cette question de l'appropriation de la gouvernance régionale par les partenaires sociaux est essentielle, faute de quoi, le niveau régional étant indispensable, elle sera détournée au profit de CISME régionaux pilotés par les directeurs de services des SST, les organisations salariées mises au placard réduites à entériner localement des décisions prises ailleurs.

[Retour au SOMMAIRE](#)

### **1.1.2. Pilotage régional de la santé au travail.**

Le document d'orientation sur la poursuite de la réforme du ministère du travail du 29 Juillet 2008 propose de confier aux comités régionaux de la prévention des risques professionnels (CRPRP) la définition des orientations régionales des SST, à partir des orientations et priorités nationales, complétées par les priorités locales.

Les services de l'état (DRTEFP) et l'assurance maladie branche AT/MP (CRAM) prévoient de contractualiser avec les services médicaux des conventions d'objectifs et de moyens. Ces conventions prévoiraient ultérieurement des obligations que les SST devraient remplir.

Cette notion de pilotage régional par la représentation de l'état et de la caisse d'assurance maladie se conçoit en cas de gouvernance régionale par une structure paritaire de santé, mais tout autant en l'absence de toute structure régionale constituée. Notre syndicat souhaite qu'il y ait une instance régionale paritaire de pilotage du type CRPRP. La place des Observatoires régionaux de Santé au travail (ORST) dans ce pilotage serait à redéfinir en support du CRPRP.

[Retour au SOMMAIRE](#)

## **1.2 Gouvernance et contrôle des services : paritaire**

Cette déclinaison se fait lorsque la gouvernance régionale n'est pas l'employeur des médecins (hypothèses 1 et 2 du point 1.1.1.).

La gouvernance des services de santé au travail que nous proposons est à gestion paritaire qui comme son nom l'indique a une parité de représentation au CA et à la Commission de Contrôle (Dans les services paritaires actuels, la Commission de Contrôle n'existe pas car le CA étant paritaire est censé en faire office, mais il y a des dysfonctionnements importants par insuffisance du contrôle social).

[Retour au SOMMAIRE](#)

### 1.2.1. La gestion paritaire des services

Dans ce type de gestion, les partenaires sociaux salariés sont présents au CA en nombre égal avec les représentants employeurs.

Les représentants des employeurs et le ministère ont très clairement indiqué qu'ils souhaitaient que la présidence ne soit pas alternante, mais qu'elle soit toujours patronale.

Les délégations syndicales salariées, en tout cas la CFE-CGC, demandent que cette présidence soit alternée.

Dans la gestion paritaire, il n'existe pas dans l'état actuel des textes de commission de contrôle. Le législateur ayant probablement considéré que le conseil d'administration paritaire est capable de faire son auto-critique donc son auto-contrôle. Le CA assure la représentativité des salariés et leur pouvoir d'intervention.

Il apparaît que cela crée un manque fonctionnel important puisqu'il n'y a pas de lieu d'étude critique des décisions du CA et de formalisation de ses discussions.

Il faut créer une commission de contrôle dans les services paritaires : il est souhaitable que les services paritaires aient aussi une commission de contrôle qui se réunirait à qualité. Elle pourrait être composée des mêmes membres du CA, et elle pourrait émettre des avis et demandes comme la CC des services patronaux. Cette CC devra produire un compte rendu qui sera diffusé à tous ses membres.

La notion de gestion paritaire est d'une part peu encadrée par les textes (loi associations 1901) et d'autre part entraîne une certaine dilution de la responsabilité des employeurs puisqu'ils peuvent alléguer que dans certaines dispositions et choix d'orientations de prévention par le service médical, il y a une responsabilité conjointe des employeurs et des salariés. C'est l'intérêt de la création d'une CC avec participation du DRT ou de son représentant.

Le choix du paritarisme au CA est souhaité à la condition de pouvoir être assuré de l'excellence de son fonctionnement et de celui de la CC. Cela implique :

- 1.2.1.1. Le mode actuel de désignation des administrateurs salariés au CA doit être précisé.

Le mode de désignation des membres de la CC est explicité ci dessous en 1.3.1.

Il faudrait que les membres salariés désignés à la CC et au CA soient des salariés bénéficiant d'une certaine protection. Il faut aussi prévoir en plus du maintien de la rémunération lors des réunions à la demande du SST, la rémunération d'un temps préparatoire à définir. Ce sont les confédérations et leur délégations, unions régionales ou départementales qui doivent faire les nominations. Pour cela, les services doivent transmettre la liste de leur adhérents.

Il faut pouvoir compter sur un nombre suffisant de représentants patronaux et salariés, et que ces représentants soient dûment formés et responsabilisés. Formés : les administrateurs et membres des commissions de contrôle doivent être formés par leurs organisations syndicales respectives, et non pas comme actuellement par les services. Responsabilisés :

il faut que les administrateurs du CA du service de santé au travail communiquent avec leurs mandants. Cette communication pourrait prendre la forme des compte rendus de la CC qui seraient adressés aux CHSCT des entreprises adhérentes. Il faut aussi prévoir un pouvoir de saisine à la CC par les CHSCT des entreprises adhérentes.

- 1.2.1.2. Cela implique donc aussi l'existence d'une commission de contrôle dûment authentifiée.

Le document d'orientation sur la poursuite de la réforme du ministère du travail, du 28 Juillet 2008, ouvre la porte à une négociation dans ce sens : il propose de « généraliser la gestion paritaire des conseils d'administration, selon des modalités de présidence à définir; une refonte des conseils d'administration et des commissions de contrôle pourrait être étudiée. »

- 1.2.1.3 tous les sujets traités en CC et en CA doivent être traités dans les deux instances.

- 1.2.1.4 le directeur régional du travail ou son représentant est membre de droit de la CC des SSTI.

- 1.2.1.4. les statuts d'association loi 1901 des SST doivent être réformés, et être complètement adaptés à la gouvernance paritaire : notamment les représentants salariés des organisations syndicales représentatives doivent siéger à l'AG. (voir aussi 1.3.1. Les commissions de contrôle)

### **1.2.2 Représentants des médecins dans la gestion des services :**

Dans les textes antérieurs à 2008, la présence des médecins au CA est prévue avec voix consultative lorsqu'il se réunit pour débattre de sujets relatifs à l'organisation et au fonctionnement des Services médicaux du travail. Cette disposition de présence au CA n'a pas été reprise lors de la réécriture du code du travail en 2007-2008 (transformation de l'art.R241-27 alinéa 1 en R4623-18). La CFE CGC a demandé en 2008 la réécriture dans le nouveau texte de cette disposition. Nous demandons également que la présence des délégués des médecins (titulaires et suppléants) y soit obligatoire à toutes les séances quels que soit les sujets traités.

Nous précisons que ces textes font référence aux délégués des médecins.

Nonobstant ces textes, les médecins sont aussi représentés dans le cadre de la commission médico technique, qui représente à la fois les médecins et les Intervenants en Prévention des Risques Professionnels (IPRP).

Nous souhaitons que la commission médico technique à qualité soit présente aux réunions du CA et de la CC sous réserve que tous ses membres (médecins et IPRP) en bénéficient des mêmes garanties d'indépendance .

[Retour au SOMMAIRE](#)

### **1.2.3 Pilotage de la santé au travail dans les services**

La réforme du 28 Juillet 2004 devait laisser le médecin du travail au centre du dispositif et lui permettre d'accroître son action en milieu de travail. Ce texte contient tous les ingrédients d'un bon pilotage du SST. L'organisation des services y est sous le contrôle de l'administration de tutelle. Encore aurait-il fallu appliquer ce texte. Nous présentons ici l'interprétation qu'il aurait convenu que les services en fassent et que la tutelle et les partenaires sociaux auraient dû exiger partout :

#### **1.2.3.1 rôles respectifs du service et de la CMT**

Le rôle du conseil d'administration du service , de son Président et du Directeur qu'il mandate, est de mettre en place et à la disposition des entreprises adhérentes, les moyens humains et matériels de répondre à leurs obligations en matière de Santé au Travail .

Il n'appartient pas à un Conseil d' Administration de SST de fixer librement une politique qui pourrait être contraire à la loi et aux orientations du Plan Santé au travail.

L'article L4622-2 (L 241-2 ancien) stipule que « les services de Santé au travail sont assurés par des médecins .. » et l'art D4622-23 (Art. R 241-12 ancien) précise encore que les services de Santé au travail « ont pour objectif exclusif la pratique de la médecine du travail »

L' Article R4623-35 (Art. R 241-1-7 ancien) donne mission à l' Administration des services (CA, président, directeur) de coordonner et organiser la collaboration de ces deux types d'intervenants , en respectant leur indépendance technique, ceci sous le contrôle des C.E. ou des commissions de contrôle dans lesquels siègent les représentants des « usagers » employeurs et salariés (Art. R 241-15 ancien et art D4622-43 nouveau) ). Ainsi, le Conseil d'Administration des services ne doit pas se substituer aux intervenants, d'autant qu'une commission médico technique est prévue à cet effet. La commission médico-technique (CMT) réunit les personnels professionnels des services, c'est-à-dire médecins du travail et IPRP, en contact direct avec les entreprises, dont ils peuvent apprécier les besoins, notamment par l'intermédiaire des partenaires sociaux des entreprises concernées. Cette analyse des besoins doit prendre en compte les accords sur les conditions de travail qui auraient pu être conclus dans certaines branches professionnelles , et enfin l'avis des Commissions de contrôle, où sont représentés employeurs et salariés et à qui les avis de la Commission médico-technique et les plans d'activité des médecins du travail doivent être soumis, comme le précise la circulaire du 7 Avril 2005.

Ce sont donc bien ces professionnels des services de Santé au travail (médecins du travail et IPRP) qui agissent dans les entreprises dont ils ont la charge en tant que « conseillers » de l'entreprise . Leurs avis qui doivent permettre de définir les besoins sont ensuite soumis au Conseil d'administration notamment

si des moyens financiers particuliers sont nécessaires . La politique budgétaire découle des besoins exprimés et reconnus par les différentes instances ci-dessus désignées .Une programmation pluriannuelle est éventuellement à envisager.

Le rôle du président et de la Direction qui l'assiste est de faciliter tous ces processus de concertation ou de consultation pour la mise au point d'une stratégie du Service telle qu'elle donne une suite efficace aux conclusions des professionnels.

[Retour au SOMMAIRE](#)

### **1.2.3.2. Etudes et actions en milieu de travail réalisées dans les services.**

Les études et actions en milieu de travail doivent être initialisées par les médecins du service individuellement ou en réunion, qu'elles soient de secteur, intersecteur ou de commission médico-technique, à la suite de leurs constatations et notamment celles de leurs rapports annuels et ou de leur plans d'activités.

Ils peuvent aussi prévoir des études répondant aux demandes d'organismes extérieurs : INVS (Institut National de Veille Sanitaire : organisme d'état), ORST (Observatoire Régional de Santé au Travail: organisme paritaire) et Commission régionale de Prévention des Risques Professionnels(organisme d'état),

L'organisation d'études ou d'actions collectives peut être mise en place par la Commission médico-technique. La commission médico-technique doit garder toute liberté de choix, d'orientation et de priorité. La direction du service devant fournir les moyens techniques de réalisation, sans intervenir directement dans les protocoles d'étude ou d'intervention. S'il y a discordance de points de vue de la direction et de la commission médico technique sur l'intérêt et le coût de ces études, il serait opportun de prévoir la réunion d'une commission extraordinaire de la commission médico technique pour essayer une concertation pour exprimer de façon complète l'avis de chacun, avant saisine du MIRTMO.

Les groupes d'étude et d'action devraient pouvoir demander une contractualisation avec la tutelle et ou une convention de pluridisciplinarité.

Les actions pluridisciplinaires peuvent être réalisées dans les mêmes conditions par un groupe de médecins du travail et d'IPRP.

Le volontariat doit être le mode normal d'entrée dans ces études et actions pour les médecins.

Chaque médecin du service a la liberté de concevoir et de réaliser une étude ou une action de son propre chef, ou en groupe restreint et informel.

Tout groupe d'étude ou d'action constitué devrait se faire connaître de la CMT, organiser son fonctionnement selon des règles adaptées, désigner un rapporteur qui soumettra ses conclusions pour mise au point et validation par l'ensemble du Groupe de travail avant présentation à la CMT puis à la commission de contrôle et publication éventuelle dans une société de médecine du Travail. La direction du service ne doit pas intervenir dans l'élaboration des protocoles ni dans la rédaction des conclusions de ces études et propositions d'actions qui restent de la responsabilité du groupe de travail.

Les groupes d'étude concernant des problèmes pouvant intéresser l'ensemble des médecins du service doivent passer par le canal de la CMT. Tous les médecins du service et les IPRP doivent être conviés à collaborer à la réalisation de ces études qui pourront être ainsi plus importantes.

La CMT peut aussi s'auto-saisir pour initier une étude collective qu'elle pense devoir être réalisée par le service.

Aucune publication ne peut être faite au nom du service sans que la commission médico-technique ait été informée et consultée. Cependant, les médecins ne peuvent être entravés par les avis de la CMT. Ces études doivent aussi , bien entendu faire l'objet d'une présentation aux entreprises concernées et à leurs CHSCT notamment, qui devraient les prendre en compte et veiller à leur application pour l'amélioration des conditions de travail des salariés des entreprises. ( le médecin du travail ne doit pas se substituer aux représentants du personnel des entreprises !)

[Retour au SOMMAIRE](#)

### **1.2.3.3. la contractualisation avec les tutelles pour études et interventions**

Si l'on souhaite obtenir une amélioration de la Santé au travail et de la prévention en entreprise, l'effort

doit porter sur toutes les parties, notamment sur celles qui ont le pouvoir de décision.

Qu'apportera le dispositif de contractualisation cité par le Plan Santé au Travail ??

Dans un contrat il y a au moins deux parties qui doivent apporter chacune un engagement et une participation – :

Il ne doit donc pas donner des directives d'action au médecin du travail sans que les autres parties prenantes ne soient concernées : le milieu de l'entreprise, les branches professionnelles, le corps de tutelle qui devrait s'engager à soutenir les études, les actions et surtout leurs résultats et applications réelles en milieu de travail ; car il est évident que des difficultés avec certaines entreprises sont à prévoir. La motivation des participants à ces études et enquêtes dépend beaucoup des suites qui leur seront données et de la perception de leur utilité.

Les CMT et les CRPRP en concertation doivent à notre sens être à l'origine de la fixation d'objectifs et de contrats pour leur réalisation.

Les CMT doivent donner un avis avant signature de contrat (pour vérifier la faisabilité).

[Retour au SOMMAIRE](#)

#### **1.2.3.4. Les conventions de pluridisciplinarité**

Des conventions peuvent être signées par la direction du service avec des organismes comme CRAM (Caisse Régionale d'Assurance Maladie), INVS (Institut National de Veille Sanitaire), OPPBTP, ARACT. En première lecture, tout ce qui est projet et tout ce qui est pluridisciplinaire doit être discuté au niveau de la CMT. A première vue, ces propositions de conventions doivent donc être soumises à la CMT pour consultation avant signature. L'efficacité de ces collaborations dépend étroitement des discussions préalables en Commission médico-technique, elles doivent être évaluées et modifiées dans cette instance.

Mais en fait, le décret de Juillet 2004 et la circulaire d'avril 2005 exigent bien plus en indiquant bien que leur contenu doit être proposé par la commission médico-technique, et que la CMT peut s'auto-saisir, ou être saisie par des groupes d'étude internes et rechercher une convention qu'elle souhaite soumettre à la signature de la direction.

[Retour au SOMMAIRE](#)

### **1.3 Contrôle de fonctionnement et de gestion des services**

L'amélioration du contrôle est probablement la voie la plus intéressante pour diminuer les risques de dérives économiques ou financières de certains services.

Il apparaît que déjà de nombreuses modalités de contrôle existent, mais souvent elles ne sont pas aussi efficaces qu'elles devraient l'être. Il faut que le contrôle soit réel, pertinent et réactif.

[Retour au SOMMAIRE](#)

#### **1.3.1. Les commissions de contrôle,**

que nous avons abordé ci dessus ont fait l'objet ces dernières années de discussions et de mises au point sur leur efficacité et leur pertinence avec les DRTEFP.

Il apparaît qu'elle peuvent être efficaces si elles sont organisées par les partenaires sociaux avec suffisamment de sérieux et de persévérance. L'effort serait donc d'améliorer le fonctionnement de ces commissions qui, rappelons-le, sont majoritairement à représentants salariés (2/3 représentants salariés et 1/3 représentants employeurs). Notamment grâce :

à une institutionnalisation des échanges entre les représentants des salariés dans les entreprises (DS DP CHSCT CE) et les administrateurs et membres des CC.

- Les membres des commissions de contrôle devraient être nommés par les confédérations ou leur désignation être confirmée par les confédérations parmi les salariés actifs des entreprises surveillées par le SST (et non pas par les unions locales), afin de pouvoir être révoqués par les confédérations. Cette centralisation devrait permettre un meilleur contrôle de la conformité des activités des membres de CC aux buts poursuivis par l'organisation. Pour ce faire, les listes des entreprises adhérentes aux SST doivent être communiquées aux confédérations.

Une autre possibilité serait que si les services sont régionaux et paritaires, il serait alors souhaitable que la

CC soit formée des salariés des entreprises adhérentes et qu'à l'inverse le CA régional soit désigné par les UR des confédérations. Certains pensent que ces salariés pourraient être pris dans les CHSCT des entreprises adhérentes sans que cela ne soit une obligation.

Rendre obligatoires les accords de répartition des sièges entre les partenaires sociaux, les membres salariés des CC doivent être formés par leurs organisations syndicales et non pas par les services ou leurs émanations.

– (voir également 1.2.1 la gestion paritaire)

Le directeur régional du travail ou son représentant doit être membre de droit de la CC des SSTI.

### **1.3.2. Le commissaire aux comptes :**

il est obligatoire, il existe dans 9 services sur 10. Il est opportun d'exiger que tous les services soient dotés d'un commissaire aux comptes. Le commissaire aux comptes est chargé de la bonne imputation comptable des dépenses, mais en aucun cas ne se fait juge du bon fondement des choix qui ont présidé à ces dépenses. Il n'est garant que d'une comptabilité sincère et loyale, ce qui est nécessaire mais n'est pas suffisant.

[Retour au SOMMAIRE](#)

### **1.3.3. Contrôle interne.**

#### **1.3.3.1. Comité d' Entreprise**

Le Comité d' Entreprise du Service de Santé au travail (si plus de 50 salariés) exerce un contrôle comptable et financier sur le service, assisté dans les entreprises de plus de mille salariés par sa commission économique.

Il devrait être obligatoire de faire réaliser chaque année une expertise. La possibilité de ce contrôle existe de par la loi dans le fonctionnement des CE. Il est souhaitable que cela soit généralisé de façon obligatoire et réglementaire et non pas laissé à l'appréciation variable et peut être pas toujours aussi libre qu'il serait souhaitable du CE ; le coût de cette expertise ne devant pas amputer celui du CE , et il sera pris en charge par le service.

[Retour au SOMMAIRE](#)

#### **1.3.3.2. Commission médico technique (CMT) du Service de santé au travail**

La Commission médico-technique (CMT) doit avoir un rôle déterminant dans l'orientation et le fonctionnement des services. (voir aussi [1.2.3 Pilotage de la santé au travail dans les services](#)):

##### **1.3.3.2.1. Création et composition de la CMT (en référence a l'article D4622-74 et -75)**

La CMT a des attributions consultatives. Mais les représentants des médecins et des IPRP doivent, en accord avec cet article proposer les missions prioritaires des services.

Ce n'est pas à la direction du service de proposer les missions prioritaires.

art. 95 du code de déontologie : En aucune circonstance le médecin ne peut accepter de limitation a son indépendance professionnelle de la part de l'organisme ou de l'entreprise qui l'emploie. ==> la CMT est une instance consultative, elle peut décider d'actions prioritaires, mais qui ne peuvent s'imposer aux médecins au titre de leur exercice individuel. Cet article 95 a tout son sens quand la CMT a été élue voire « désignée » sans représentativité réelle (notamment si les médecins dits « coordonnateurs » de certains services y sont majoritaires ou à voix prépondérantes).

Les intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP) doivent bénéficier d'un statut d'indépendance similaire à celui du médecin du travail afin de les mettre à l'abri de pressions des services ou des employeurs. L'indépendance des IPRP doit être garantie par un statut de salarié protégé.

Les délégués des médecins sont élus pour 3 ans par les médecins de leurs secteurs respectifs. Les délégués des IPRP sont élus pour 3 ans. Les IPRP (si leur effectif est de moins de 8) ou les délégués des

IPRP (à partir de 8) sont également élus pour 3 ans.

#### 1.3.3.2.2. Fonctionnement de la CMT

Les délégués des médecins du travail et des IPRP élus pour 3 ans et participant à la CMT doivent élaborer en concertation un règlement interne de fonctionnement qui définit : l'élection d'un secrétaire pour 3 ans, les modalités de l'établissement de l'ordre du jour, l'approbation en séance et la diffusion de compte rendus, avec du temps dédié pour des réunions préparatoires.

La CMT doit être consultée et donner un avis avant décision :

- sur les protocoles de coopération entre médecins et IPRP,
- sur le contenu et la signature de conventions (les conventions d'intervention directe d'un IPRP a la demande d'un adhérent, les conventions avec la CRAM, ARACT, l'OPBTP, INVS, GRSP, etc..), ou de contrats avec les tutelles ,
- sur les campagnes de prévention,
- sur les orientations des groupes de travail .
- sur les compétences nécessaires pour les IPRP (et non sur la personne elle même) en fonction des besoins remontés par les adhérents.

Le budget de fonctionnement de la CMT est inclus dans celui du service.

#### 1.3.3.2.3. PRESENCE DE LA CMT A LA COMMISSION DE CONTROLE (CC) ET AU CA :

La réécriture de l'article R241-27 en R4623-18 a fait disparaître la présence des médecins du travail dans les CA . Donc ni les médecins ni les médecins délégués ni la CMT n'assistent aux CA des services paritaires.

La CFE CGC demande la réécriture de ces articles à droit constant, et demande que la participation des délégués des médecins au CA se fasse quel que soit l'ordre du jour.

La CFE CGC demande l'institution d'une commission de contrôle se réunissant comme telle avec un ordre du jour et un compte rendu spécifique.

Les employeurs demandent avec insistance que le CA paritaire soit à présidence employeurs. La CFE CGC demande que la présidence soit alternée entre salariés et employeurs.

Dans tous les cas, tous les sujets traités en CC doivent être traités en CA.

Les délégués des médecins présents au CA doivent s'entendre par la totalité des membres élus titulaires ET suppléants. La participation des délégués des IPRP pourrait se concevoir sous réserve qu'ils bénéficient d'une garantie d'indépendance et d'une déontologie semblable à celle des médecins.

En cas de désaccord majeur entre les choix du CA et les préconisations des délégués des médecins, ceux-ci doivent pouvoir en référer à une tutelle (direction régionale du travail). C'est une des raisons pour laquelle il nous paraît indispensable de conserver le contrôle et l'agrément des services par la Direction du Travail.

Conclusion :

Il est à noter que le CE du service n'a pas compétence à juger de la mission des services, ni de son application.

La commission médico technique, elle, a un rôle réel de choix d'action et d'orientation pour assurer la stratégie et la qualité du service.

[Retour au SOMMAIRE](#)

#### 1.3.4 Contrôle de la tutelle

Il a pour objet d'assurer l'obligation de contrôle de l'état pour le respect de la réglementation et le bon fonctionnement des services dans toutes leurs composantes, et notamment pour l'appréciation de la qualité du service rendu. Ce contrôle ne devra pas être uniquement sur documents. Ce contrôle existe déjà et pour l'essentiel est exercé par le médecin inspecteur du travail qui a en charge le service. Il est fondé sur les documents produits par le service (rapports des médecins du travail et rapports administratifs et financiers de la direction) . Le médecin inspecteur donne un avis à la direction du service et lui fait ses remarques. Il

est souhaitable que la tutelle exerce une surveillance par audit direct des personnels des services. Il est particulièrement souhaitable que le directeur régional du travail ou son représentant assiste régulièrement aux réunions de la CC et éventuellement du CA , en présence de la CMT.

Les moyens d'action de la tutelle en cas de dysfonctionnement sont le refus de donner ou de renouveler l'agrément permettant le fonctionnement du service. Ce refus peut être temporaire ou définitif. En fait, il est formulé à ce jour avec circonspection et son efficacité est limitée de ce fait. Il pourrait être plus rigoureux et suivi d'effet en acquérant plus de légitimité par la prise en compte de l'avis de tous les acteurs.

Le ministère du travail propose la suppression de cette procédure d'agrément, car elle est imparfaite et elle implique les services de l'Etat. Lui serait substitué "une convention pluri annuelle signée par les services de santé avec l'état et les CRAM qui fixerait des objectifs quantitatifs et qualitatifs". Même si ces conventions prévoyaient des obligations minimum, elles tendraient vers un système a minima, et il n'y aurait pas de contrôle réel des moyens.

La suppression de l'engagement juridique de l'état qui doit rester le responsable ultime n'est pas légitime.

Nous demandons un système d'agrément maintenu et renforcé, avec sanction en cas de non agrément, et publication de cette sanction, notamment à destination des UD des organisations salariées.

L'agrément ne doit pas être remplacé par une accréditation ou une démarche normative de qualité.

[Retour au SOMMAIRE](#)

## **2. RECOUVREMENT DES COTISATIONS**

La source de financement étant décidée, reste le problème des modalités de son recouvrement.

### **2.1 organisme collecteur**

Actuellement la majorité des services assurent eux -mêmes auprès des entreprises le recouvrement des cotisations.

Des irrégularités ont été signalées de façon récurrente dans un certain nombre de services de médecine du travail dans l'utilisation des fonds collectés.

L'idée est donc venue de séparer radicalement le fonctionnement des services et la collecte financière.

Externalisation du recouvrement des cotisations par l'URSSAF :

L'idée de l'externalisation est née dans ce contexte d'irrégularités de gestion.

La redistribution par l'URSSAF se fera entre les services avec des critères qui restent à définir.

### **2.2. Assise de la cotisation**

Le financement doit être assis sur la masse salariale, éventuellement plafonnée. Le principe général doit être la mutualisation, mais des disparités importantes de risques surveillés dans un secteur d'activité pourrait être prises en compte comme plus onéreuses et nécessiter des cotisations particulières (industrie chimique, BTP, etc...).

En aucun cas les cotisations par paiement à l'acte ne doivent être acceptées. Cela est une obligation d'autant plus que la périodicité des visites n'est plus réglementairement définie mais est fonction de nombreuses données d'appréciation. Il y a nécessité d'inclure dans un coût forfaitaire toutes les prestations liées aux consultations médicales (examens complémentaires, suivi post exposition ainsi que les coûts des prestations pluridisciplinaires (métrologie, ergonomie, toxicologie...), ainsi que les coûts d'information , formations, sensibilisation...). Il y a nécessité d'une mutualisation de ces coûts financiers .

C'est d'ailleurs le souhait du ministère du travail qui dit préférer une cotisation basée sur la masse salariale, car elle serait ainsi déconnectée du nombre de visites médicales.

### **2. 3. taux des cotisations.**

Le taux fixe unique basé sur la masse salariale semble au premier abord avoir l'avantage d'une juste répartition des moyens à l'ensemble des services. Il ne faudrait pas pourtant qu'une solution égalitaire ait comme conséquence l'alignement sur le moins-disant.

Il semble de plus que cette solution présente une certaine rigidité, car le coût de la médecine du travail n'est pas unique, il varie :

- selon les branches professionnelles,
- selon le risque AT et MP,
- selon les risques professionnels nécessitant une surveillance renforcée comme les risques chimiques, CMR, INB et autres.. Ce taux pourrait donc être modulé en fonction des caractères ci-dessus.

[Retour au SOMMAIRE](#)

## **3 DOCUMENTS MEDICO PROFESSIONNELS**

Ces documents sont fort nombreux. Ils ont été prévus par le législateur par strates successives sans s'occuper suffisamment de la concordance des uns avec les autres. Il s'agit entre autres de la fiche d'entreprise du médecin (articles D. 4624-37 à D. 4624-41), du document unique d'évaluation des risques établi par l'employeur Article R4121-1 et L 4121-3., la liste nominative des emplois et des risques Article D4622-68 (R241-25 ancien), le document contractuel pour les entreprises de plus de 50 Article D4622-66 (R241-25 ancien), les plans d'activité des médecins (articles D. 4624-33 à D. 4624-36). Cette liste n'est pas exhaustive et nécessitera une refonte importante ne serait-ce qu'au regard de la généralisation actuelle des nouvelles technologies de l'information. Le dossier médical fera l'objet d'un chapitre spécifique.

Nous nous limiterons aux documents d'actualité pour la réforme :

- la fiche individuelle d'aptitude
- la fiche individuelle d'emploi, de conditions de travail et de nuisances (fiche de poste).

Ces deux documents doivent l'un et l'autre être obligatoires.

La fiche d'aptitude doit être reconsidérée et adaptée aux évolutions de la médecine du travail notamment concernant la modification de la périodicité des visites donc de l'application à des situations de travail de plus grandes durées, et la nécessité d'en connaître les modifications dans le temps.

La fiche de poste est à mettre en oeuvre de façon universelle, alors qu'elle n'est prévue actuellement que dans des cas très limités.

Ce sont des documents opposables en droit, ils sont par nature d'origine pluridisciplinaire, ils impliquent tous les acteurs de l'entreprise, le médecin du travail ayant un avis protecteur spécifique et déterminant pour le salarié, pris individuellement.

Nous allons examiner successivement la fiche individuelle d'aptitude et la fiche individuelle d'emploi, de conditions de travail et de nuisances.

[Retour au SOMMAIRE](#)

### **3.1 La fiche d'aptitude ou Notice de Santé au Travail.**

- La fiche individuelle d'aptitude est un document médico légal.

Il est le moyen réglementaire d'information de l'employeur par le médecin du travail pour préserver la

santé du salarié. Par elle passent les avis de restrictions d'aptitude, les demandes d'adaptation de poste de travail etc.

Par ailleurs, elle donne une sécurité juridique en établissant clairement la responsabilité de l'employeur. Elle est actuellement réglementaire et s'en priver affaiblirait grandement le système préventif de la médecine du travail, à moins de la remplacer par un document lui aussi opposable en droit, dont la formulation serait plus construite en faisant référence à des données clairement définies, et en donnant des conseils et indications de prévention personnalisés de santé.

Mais l'aptitude pour être pertinente doit se rapporter à des activités professionnelles décrites le plus exactement que possible.

Actuellement, le législateur considère que le médecin du travail donne un avis à un poste de travail qu'il est censé bien connaître. Les modes de cette connaissance n'étant pas explicités tous de façon réglementée, ce qui crée une situation n'assurant pas la sécurité juridique du médecin du travail, de l'employeur et du salarié.

Le législateur n'est d'ailleurs pas cohérent, puisqu'il impose au médecin du travail une étude du poste de travail, alors même qu'il est censé être bien connu, et cela chaque fois que le médecin du travail est amené à donner un avis d'aptitude.

Il faut donc une description plus pertinente et certaine.

Cette description doit être l'objet d'une fiche individuelle de poste, qui actuellement n'est pas une obligation généralisée par la réglementation.

C'est la faiblesse du système préventif. Il faut que la fiche individuelle d'emploi, de conditions de travail et de nuisances soit le corollaire de la fiche individuelle d'aptitude à cet emploi.

Ce manque de cohérence et cette absence de document descriptif et opposable en droit sont la cause essentielle de contestations de la notion d'aptitude.

Dans la situation actuelle, la notion d'aptitude est appliquée de façon insuffisamment discriminante pour assurer une bonne prévention des risques et la sécurité de tous.

Par ailleurs, l'aptitude selon les textes fondateurs est de la responsabilité unique d'un médecin spécialisé nommé médecin du travail. Il ne faut pas déréguler l'exclusivité du médecin du travail au bénéfice d'intervenants et professionnels en santé moins qualifiés.

Il importe donc d'analyser ce problème de l'aptitude sous toutes ses composantes et pour tous les intéressés, qui sont en premier lieu le salarié surveillé, en deuxième lieu son employeur, en troisième lieu le médecin du travail, en quatrième lieu les autorités de contrôle, et très particulièrement l'inspection du travail.

La notion d'aptitude doit être considérée pour sa légitimité, son utilité et sa pertinence,.

### 3.1.1. Sa légitimité :

Il est bon de rappeler que la fiche d'aptitude est le document médico-légal central de la surveillance des salariés par la santé au travail française. Elle constitue une véritable possibilité d'adaptation du contrat du travail du salarié, pouvant faire aménager le poste de travail à son état de santé.

Supprimer la fiche d'aptitude entraînerait donc des conséquences extrêmement préjudiciables pour tous les destinataires actuels, sauf à la remplacer par un document médico-légal opposable en droit qui aurait exactement la même finalité et qui éventuellement pourrait avoir un autre nom.

Il s'agit d'un document médico légal qui est le pivot juridique d'informations entre le salarié et l'employeur. Il est indispensable aux deux.

Il est aussi indispensable aux autorités chargées du contrôle, ce contrôle étant nécessaire à une bonne gestion des rapports sociaux.

### 3.1.2. Son utilité :

c'est un outil de communication indispensable pour expliciter à l'employeur les restrictions d'employabilité et les adaptations ou aménagements du poste de travail à prévoir pour le salarié pris individuellement. Il peut s'agir aussi de rappels à l'obligation de port d'équipements de protections individuels. L'importance évidente de ce document médico légal est attestée par les cas de plus en plus

nombreux où un avis est demandé pour des activités particulières comme les travaux en grande hauteur, la conduite des engins, et des demandes spécifiques dans de nombreux textes réglementaires, alors même que ces contraintes font partie intégrante du poste de travail.

Il faut comprendre que la fiche d'aptitude est un document protecteur pour le salarié, mais aussi pour l'employeur si celui-ci sait tenir compte des prescriptions qu'elle comporte.

### 3.1.3. Sa pertinence :

Il y a deux aspects. D'une part un problème de signification des termes employés, et d'autre part un problème pratique de connaissance réelle du poste de travail pour lequel un avis est donné.

#### 3.1.3.1. Signification réelle des notions d'aptitude, de réserves, et d'inaptitude : quelques points de sémantique .

Il a beaucoup été discuté en son temps de la légitimité ou non de donner des avis de non contre indication à des postes dangereux comme le demande parfois le législateur. Il est sûr que ces deux termes sont antinomiques, et que , pris au premier degré, il seraient passibles d'articles du code civil voire pénal rédigés par le même législateur.

Le cas le plus caricatural est celui des produits cancérigènes où il est demandé d'attester de la non contre indication aux travaux qui peuvent y exposer. Il y a eu jurisprudence pour confirmer qu'il s'agit de non contre indication particulière à la personne, qui entraînerait un risque particulier pour elle nonobstant toutes les précautions prises conformément à l'état actuel des connaissances, de la science, et de la technique. Il est certain qu'il serait préférable que le législateur fasse un effort de sémantique.

#### 3.1.3.2. Connaissance du poste de travail : apte à quoi ? Comment le savoir ?

Il n'en va pas de même de la connaissance réelle du poste de travail qui devrait être très améliorée pour que l'aptitude soit réellement bien fondée et pertinente. Le législateur d'ailleurs a convenu de l'importance de cette connaissance des postes de travail par le médecin du travail en prévoyant qu'un tiers de son temps y serait consacré, et depuis le décret de réforme du 28 Juillet 2004 que 150 demi journées devraient y être consacrées chaque année. .

Le médecin du travail est actuellement le meilleur expert généraliste des risques professionnels. Mais pour des expertises, il est prévu par la loi qu'il soit aidé par des intervenants en Prévention des risques professionnels. Il peut aussi être aidé en déléguant certaines activités à des collaborateurs directs, dont les assistants en santé au travail.

[Retour au SOMMAIRE](#)

#### 3.1.4. la notice de santé au travail (NST).

Ce pourrait être la forme renouvelée et développée de l'ancienne fiche d'aptitude.

En fait la notion de fiche est contestable puisqu'elle implique une idée de contrôle externe dont les finalités sont parfois mal perçues . Il est préférable de retenir la notion de notice qui permet à la fois d'être le véhicule d'information de mode opératoire et de conseil aux individus. Il est à remarquer que le terme de notice est celui qui a été retenu dans le texte des risques chimiques en lieu et place du terme de fiche. Il serait donc opportun de remplacer le terme de fiche d'aptitude par celui de notice de santé au travail (NST).

La notion d'aptitude est clairement pertinente de façon conceptuelle, mais souffre de son caractère trop elliptique. Il est nécessaire qu'elle soit confortée par le document clairement défini d'appréciation des risques. La fiche d'aptitude pourrait être remplacée par une notice donnant un avis d'adéquation de l'état de santé du salarié et de son travail réel, connu notamment par la fiche individuelle d'emploi, de conditions de travail et de nuisances fournie par l'employeur, mais aussi par tout autre moyen direct (visites des lieux de travail, entretien avec le salarié etc...) ou indirect par les documents afférents à l'entreprise pouvant être apportés par l'AST, par l'IPRP ou toute autre source.

Cette notice pourrait aussi être le support de conseil de prévention et de sécurité en général. Il s'agit là de la notion d' « ordonnance de prévention » que préconise le ministère du travail dans son document d'orientation du 29 7 2008. Ces conseils pourraient provenir de référentiels selon les métiers et selon les

expositions.

Elle comporterait aussi l'ensemble des informations de l'ancienne fiche d'aptitude et notamment les restrictions d'emploi et les demandes d'adaptations et aménagements du poste de travail. En tout état de cause, le salarié bénéficie d'une concertation avec le médecin et sous le sceau du secret médical.

Il s'agit donc d'un acte médical et de synthèse médico professionnelle qui ne peut être que de la responsabilité exclusive d'un médecin du travail .

De façon pratique, cette fiche devrait se présenter sous forme d'un document normalisé de format A4 qui contiendrait :

- l'identité
- le descriptif de l'emploi,
- la référence à la fiche individuelle d'emploi, de conditions de travail et de nuisances fournie par l'entreprise (voir ci dessous), avec indication de la date de cette notice et /ou indication de prise en compte de la dernière notice qui sera connue.
- les conseils de prévention
- la date de la prochaine visite, qui sera déterminée par le médecin du travail, en tenant compte de l'état de santé du salarié et des informations sur les risques professionnels. En aucun cas le délai ne pourra être supérieur au maximum prévu par la réglementation.
- la date et le paraphe du médecin.

[Retour au SOMMAIRE](#)

### **3.2 La fiche individuelle d'emploi, de conditions de travail et de nuisances (FECN, équivalent d'une fiche de poste).**

Le législateur a prévu pour des professions exposant à des risques particulièrement importants, la rédaction par l'employeur d'une fiche individuelle de poste de travail et de nuisances. Cela est le cas pour le risque chimique, le risque nucléaire en INB, le risque CMR entre autres.

Cette approche rationalisée et tracée des risques professionnels au niveau même de chaque salarié est une solution qu'il faut rendre universelle.

Ce document pourrait être appelé fiche individuelle d'emploi, de conditions de travail et de nuisances (FECN) à la place du terme fiche de poste .

Les informations nécessaires aux employeurs pour la constituer sont déjà disponibles et mises en forme dans le contenu des informations et formations à la sécurité qu'ils dispensent obligatoirement aux salariés (Obligation générale d'information et de formation), et dans le document unique d'évaluation des risques (Cette législation a été renforcée par le décret du 17 Décembre 2008 : Information et formation des travailleurs sur les risques pour leur santé et leur sécurité).

En fait la notion de fiche est contestable puisqu'elle implique une idée de contrôle externe dont les finalités sont parfois mal perçues . Il serait préférable de retenir la notion de notice qui permet à la fois d'être le véhicule d'informations de modes opératoires et de conseils aux individus. Il est à remarquer que le terme de notice est celui qui a été retenu dans le texte des risques chimiques en lieu et place du terme de fiche. De façon pratique, cette notice devrait se présenter sous forme d'un document normalisé de format A4 qui contiendrait :

- l'identité
- le descriptif de l'emploi,
- les risques
- le descriptif des mesures de prévention en rapport
- la date et le paraphe du responsable.

Cette FECN devra être rédigée par l'employeur . Elle doit être transmise à l'équipe médicale, lors ou avant l'embauche du salarié. Elle pourra être également transmise a l'IPRP si besoin.

L'employeur pourra se faire aider par le médecin du travail qui est son conseiller, mais aussi par les assistants en santé au travail du médecin du travail, ou un IPRP.

Cette fiche permettra de donner corps à l'obligation qu'ont les employeurs de par l'art L 461-4 du code de la sécurité sociale sur les procédés de travail dangereux qui prévoit la déclaration des procédés et matériaux susceptibles de provoquer des maladies professionnelles. Elle permettra également de concrétiser les obligations de prévention prévues par le code du travail aux L 4121-1 à L 4121-5 et au L 4522-1.

Cette FECN doit être renouvelée à chaque fois qu'une modification substantielle du poste de travail du salarié est décidée par l'employeur : par modification substantielle, il faudra comprendre de risques de nature différente des précédents, ou une augmentation importante des mêmes risques qui nécessiterait une surveillance différente et possiblement un avis différent (restriction d'aptitude).

Cette méthode de fonctionnement aurait l'avantage de ne plus lier l'appréciation d'un poste de travail uniquement à la date de rédaction de la fiche d'aptitude.

Ce mode de fonctionnement aura aussi l'immense avantage de créer de facto une traçabilité des expositions professionnelles de chaque salarié .

Il est bien certain et connu d'expérience qu'il n'est pas possible d'être exhaustif, mais chaque nouvelle approche du poste de travail permet de le préciser davantage et rien n'interdit une amélioration de l'évaluation de toutes ses composantes.

La FECN aurait le grand avantage pour le salarié de prendre en compte réellement les risques auquel il est exposé , de préconiser les mesures préventives adaptées , de surveiller leur mise en oeuvre effective et efficace, et d'en garder mémoire.

Pour l'employeur , la FECN serait garante d'avoir rempli ses obligations envers son salarié, c'est à dire avoir pris toutes les dispositions prévues par la loi pour la sûreté du travail, et tenu compte de l'avis du médecin du travail.

Pour le médecin du travail, cette fiche serait une description de référence, mais dont il pourra et devra juger de la pertinence à l'aune de son expérience et de ses connaissances.

Cette FECN n'est pas soumise à proprement parler au secret médical, mais elle relève de la confidentialité des données propres au salarié et à l'entreprise.

Cette fiche devrait être la colonne vertébrale du dossier médico professionnel : elle assurera la description des postes de travail successifs du salarié, la traçabilité des expositions et des risques, et des mesures préventives adaptées , elle attestera du suivi ou non de règles de bonne pratique.

Le médecin du travail doit la connaître avant de donner son avis. Aucune visite d'embauche ne devrait être acceptée sans réception préalable de ce document.

[Retour au SOMMAIRE](#)

#### **4. DAVANTAGE DE MOYENS POUR L'ACTIVITE DES MEDECINS**

Du fait de la complexification des techniques industrielles et de l'organisation du travail, des exigences sur la connaissance des risques , et de l'augmentation des effectifs des salariés surveillés par chaque médecin, les médecins du travail doivent de plus en plus être assistés dans leur activité et aidés de façon complémentaire. Les MDT engagent des actions de prévention primaire( rôle de repérage et d'alerte vis à vis de risques) à partir de l'observation des conditions de travail , réalisée notamment au cours de l'établissement de la fiche d'entreprise et lors des examens médicaux individuels. Ils sont également impliqués dans les actions de prévention secondaires (repérage des effets des risques , dépistage des atteintes à la santé , des maladies professionnelles) et dans la prévention tertiaire soit individuelle (aménagement de poste, inaptitude) soit collective(conseils en prévention des risques avérés)

Il faut donc faire évoluer les moyens rattachés à leur activité.

[Retour au SOMMAIRE](#)

## **4.1. Aide lors de la visite médico professionnelle du salarié.**

La connaissance des risques est indispensable lors de la visite médico professionnelle, le recueil de multiples informations demande un travail organisé et coordonné d'équipe.

### **4.1.1 Rôle de la secrétaire médicale en santé au travail.**

Depuis des années il apparaît que le rôle de l'auxiliaire du médecin du travail ne doit pas être confiné uniquement à un rôle administratif. Pour optimiser l'efficacité de la visite, il faut aussi recueillir de nombreuses informations médico-professionnelles et les mettre en forme dans le dossier du salarié avant, pendant et après la visite.

Le plus efficace serait la mise en place d'une fiche individuelle d'emploi, de conditions de travail et de nuisances (FECN) pour chaque salarié. Cette fiche FECN n'est pas encore réglementaire, mais serait une évolution importante pour une meilleure prévention.

Mais d'ores et déjà il faut notifier dans les dossiers les métiers tels que notés par l'employeur dans sa déclaration annuelle d'effectif de son personnel et il faut impérativement noter les demandes particulières et les risques déclarés par l'employeur. Lorsque cette déclaration semble insuffisante ou incorrecte, il faut contacter l'employeur et lui demander des précisions. Cela est de la mission du médecin du travail qui peut déléguer ces tâches administratives à des secrétaires médicales.

### **4.1.2. Les infirmières en santé au travail.**

Un(e) infirmier(e) a une capacité reconnue et qui est même réglementaire dans les infirmeries de grandes entreprises. Mais ce n'est pas de la médecine du travail interentreprises.

En aucun cas le rôle de l'infirmière n'est de remplacer le médecin du travail.

Elle ne doit pas devenir une sorte d'officier de santé dans un service de santé au travail dégradé où le médecin ne serait plus responsable.

Un médecin reste le responsable en droit et le signataire en fait des conclusions médico professionnelles individuelles. Mais il aura de plus en plus à déléguer. Certaines tâches médicales ou médico professionnelles pourraient être déléguées à des infirmières de santé au travail dans le cadre du décret infirmier.

Ce décret infirmier confirme une large capacité d'intervention en santé publique à ce personnel, mais ne lui permet pas d'exercer des actes médicaux ni d'examen cliniques qui concourent à une décision diagnostique.

Il faut rappeler que le législateur a prévu de façon explicite que la médecine du travail doit être faite par un médecin spécialiste appelé médecin du travail.

[Retour au SOMMAIRE](#)

## **4. 2. Activité en milieu de travail, actions et recueil d'informations sur les postes de travail individuels des salariés de l'entreprise, connaissance et prévention des risques, amélioration des conditions de travail**

### **4.2.1.. Assistant (e) en Santé au Travail (ou Intervenant en Santé au travail).**

Un nouveau métier pourrait être créé, qui serait l'Assistant en Santé au travail (AST). L'AST est placé(e) sous l'autorité technique exclusive du médecin du travail.

Un cursus de formation réellement qualifiant reste à définir et à mettre en place (plusieurs formations existent, plus ou moins précises mais en tout cas non encore normalisées). Lors de cette période transitoire, il est important d'être vigilant sur une qualification suffisante de ces personnels pour rendre pérenne leur employabilité.

Pour optimiser ce mode de fonctionnement intégré, il est souhaitable que l'AST soit l'auxiliaire habituelle du médecin

Un rôle qui pourrait être dévolu aux AST serait d'aller dans les petites entreprises pour porter des informations et aider à la rédaction notamment des fiches individuelles d'emploi, de conditions de travail et de nuisances ; cela sera l'occasion de pouvoir connaître les risques réels de l'entreprise et de conseiller l'employeur sur ses obligations, d'informer le médecin du travail de façon aussi pertinente que possible. Il est bien évident que les AST doivent avoir une formation de niveau suffisant pour accomplir toutes les missions qui leur seront dévolues. Les AST restent des collaborateurs de premier niveau aux compétences reconnues et assez polyvalentes, mais en aucun cas ils ne sont des techniciens supérieurs ou des ingénieurs experts comme les IPRP.

Les AST doivent être placés sous la responsabilité d'un médecin du travail.

[Retour au SOMMAIRE](#)

#### **4.2.2.. Les intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP)**

Ils sont les experts qui donnent un avis technique au médecin du travail concernant les risques et leur prévention.

Lorsque c'est le médecin qui est le prescripteur de l'intervention, c'est celui-ci qui fait la synthèse et notamment prend au plan individuel des salariés ou au plan collectif toutes les mesures adaptées (voir chapitre 5 spécifique IPRP).

Cependant, le rôle d'expertise des IPRP n'exclut pas que le médecin continue à utiliser un tiers de son temps à des actions en milieu de travail. Le médecin doit être conforté dans son rôle d'expert médico professionnel propre à faire la synthèse entre l'état de santé d'un ou plusieurs individu et le milieu dans lequel ils travaillent.

[Retour au SOMMAIRE](#)

## **5 LES INTERVENANTS EN PREVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS (IPRP)**

Actuellement, il y a encore très peu d'IPRP dans les services.

Il faut prévoir leur déploiement et faire que leur travail soit coordonné avec celui des médecins du travail .

- Il faut que les IPRP soient intégrés aux Services de Santé au Travail et non mutualisés en GIE .
  - que le coût de la prestation soit intégré dans la cotisation du service: c'est donc un coût forfaitaire pour toutes les interventions de l'IPRP ou à la demande du médecin du travail ou du service. Il y aurait donc une véritable mutualisation des coûts de ces interventions qui seront plus faciles à prescrire par le médecin car elles n'entraîneront pas un coût personnalisé donc directement visible par l'entreprise. Le deuxième aspect du même problème est que l'entreprise aura plus de facilité à déclarer des risques en sachant que leur appréciation par le service de santé au travail n'entraînera pas des coûts supplémentaires.
  - Le SST ne doit pas fonctionner en prestataire de service à la demande des entreprises. Même lorsqu'il y a demande directe d'un employeur d'une action en milieu de travail par un IPRP, les médecins du travail et les IPRP devraient travailler en synergie en vue d'une action efficace et cohérente . Ceci nécessite au préalable l'élaboration de protocoles de collaboration ou de coopération (voir 6.3 Un pôle d'expertise technique).
- Lorsque le médecin est prescripteur de l'intervention de l'IPRP, un projet concerté et commun sera établi , intégrant les objectifs, la pertinence de l'étude ou intervention, sa faisabilité, sa réalisation, et son rendu . La commission médico technique a été conçue notamment pour préparer ce fonctionnement pluridisciplinaire.
- Les IPRP doivent avoir une formation technique et scientifique de niveau suffisant pour effectuer les opérations de mesure et d'évaluation de façon générale dans de bonnes conditions de sûreté ,

d'exactitude et de pertinence.

- Les IPRP doivent être employés à des opérations relevant de leurs compétences.

Il est souhaitable que l'IPRP à qualité n'entre pas en concurrence avec un prescripteur, par exemple médecin, il est donc non souhaitable que l'IPRP soit médecin du travail, car ceci crée un conflit de concurrence lors de l'appréciation d'un niveau de risque et le suivi souhaitable.

Dans le cas où un médecin du travail serait IPRP pour une compétence reconnue et spécifique, il faut qu'à chaque fois qu'il soit interrogé en tant qu'IPRP, il réponde uniquement dans sa compétence et que cela soit précisé clairement dans les protocoles de collaboration et dans les contrats individuels.

- La procédure d'habilitation des IPRP doit être renforcée, notamment au regard des garanties de leur compétences.

- comme les médecins, les IPRP sont à l'intersection de la santé au travail et de l'amélioration de la sûreté du travail. Ils devraient élaborer un rapport d'activité modélisé en fonction de leur discipline spécifique.

Les IPRP de santé au travail, notamment les ergonomes, doivent être intégrés dans le service de santé au travail, du fait qu'ils visent la prévention au travail avant l'optimisation de la production dans les entreprises.

Les intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP) doivent bénéficier d'un statut d'indépendance similaire à celui du médecin du travail afin de les mettre à l'abri de pressions des services ou des employeurs.

L'indépendance des IPRP doit être garantie par un statut de salarié protégé. Leur embauche et leur licenciement doivent, comme actuellement, être soumis aux avis de la commission de contrôle. En cas de licenciement l'inspecteur du travail doit donner son accord en vérifiant qu'il n'y a pas eu d'atteinte à l'indépendance de l'IPRP.

Les IPRP devraient pouvoir bénéficier de l'aide de techniciens interentreprises qui doivent leur être rattachés.

[Retour au SOMMAIRE](#)

## **6. FONCTIONNEMENT INTERNE DES SERVICES DE SANTE AU TRAVAIL**

Nous proposons une structure tripolaire dans laquelle le médecin du travail demeure le pivot et le coordinateur de la protection de la santé au travail.

### **6.1 Un pôle administratif**

Il s'agit de tous les services de support à l'action des professionnels de santé au travail : Direction, Adhésion, compta, secrétariat général, formation, documentation, informatique, moyens généraux, .....)

### **6.2. Un pôle médico-professionnel**

Il est composé d'unités appelées équipes médico-professionnelles.

L'équipe est constituée d'un médecin du travail, d'une secrétaire médicale et d'un nombre d'assistants médico professionnels \* d'un niveau bac +2 au moins \*\*, le nombre d'assistants augmentant avec l'effectif pris en charge. Le médecin assurant les visites médicales et les actions en milieu de travail en collaboration avec ses assistants (recueils d'information, contact avec les entreprises, missionnement sur des CHSCT ou des formations, réalisation d'enquête dans les entreprises en charge ; aide aux entreprises pour fiche de poste et de nuisance, visites des lieux de travail, collecte et élaboration de documents de

prévention, conseil en entreprise .....).

Un(e) infirmier(e) pourrait rejoindre l'équipe médico-professionnelle sur des actes rentrant dans le décret infirmier, par exemple pour gérer des vaccinations professionnelles, des examens complémentaires, ou la gestion de documentations ou rapports médicaux nécessitant une excellente connaissance des termes médicaux, selon des protocoles validés exclusivement par des médecins.

Le médecin initie et répartit ces missions. Il donne son avis sur l'embauche de ses collaborateurs \*\*\*. Il est ainsi le coordinateur de son équipe. Il élabore le rapport d'activité de l'équipe médico professionnelle. Chaque équipe médico-professionnelle doit avoir un groupe d'entreprises dédiées dont elle est responsable, et ceci sur un secteur défini (territoire ou activité).

Les équipes médico-professionnelles doivent être réunies en secteurs géographiques.

Ce mode de répartition permet un fonctionnement favorisant les concertations, les décisions collégiales, les activités communes et le maintien des connaissances.

(\* que l'on pourrait appeler Assistants en Santé au Travail (AST) ou Intervenants en Santé au travail si ces termes n'avaient pas été dévoyés par ailleurs récemment)

\*\* ce bac + 2 doit être une formation médico-professionnelle ou de prévention).

\*\*\*Article R4623-56

- Dans les services de santé au travail interentreprises, un secrétaire médical assiste chaque médecin du travail dans ses activités.

Le secrétaire médical est recruté avec l'accord du médecin du travail.

NOTE :

Cette structuration est raisonnable aussi bien techniquement que financièrement. Actuellement l'équipe médicale est constituée d'un médecin et d'une auxiliaire pour 3000 personnes. A terme elle pourrait évoluer vers un médecin, une secrétaire médicale et 2 assistants médico professionnels selon l'effectif en charge. Cette équipe pourra faire appel à des assistantes sociales qui seront préférentiellement intégrées au service de santé au travail.

[Retour au SOMMAIRE](#)

### 6.3 Un pôle d'expertise technique :

Il est composé d'ingénieurs ou de techniciens ayant des compétences en ergonomie, en toxicologie, en épidémiologie, en métrologie, en psychologie du travail, en hygiène et sécurité du travail,..... : le pôle technique répond aux demandes des médecins ( prestations incluses dans la cotisation)

Ces spécialistes doivent acquérir une qualification d'Intervenant en Prévention des Risques Professionnels (IPRP). La réglementation actuelle leur permet un mode de fonctionnement différent et autonome. Ils travaillent alors à la demande des entreprises.

Il est nécessaire de prévoir une collaboration obligatoire entre le pôle médico-professionnel et l'IPRP, car cela représente un des fondements de la santé au travail au service des salariés et entreprises. Le protocole de collaboration devrait être défini si ce n'est par la CMT, du moins selon un modèle réglementé et non pas par le service. Il comprendra :

- une demande écrite de la part du médecin du travail, ou un avis écrit du médecin du travail sur la demande d'intervention si celle-ci émane directement d'une entreprise adhérente,
- un projet écrit de l'IPRP comprenant les objectifs, la pertinence de l'étude ou intervention, sa faisabilité, sa réalisation, et son rendu
- un avis du médecin sur le projet si le projet n'est pas conjoint,
- la possibilité de demander à la tutelle (MIRTMO) l'arbitrage d'un litige entre les médecins et IPRP
- le rappel des règles de déontologie et de confidentialité les modalités d'une éventuelle réalisation commune de certaines phases de l'analyse ou de l'intervention
- une concertation interne sur les modalités de restitution des résultats à l'entreprise et aux instances du personnel.

Afin de garantir sérieusement son indépendance technique, il est nécessaire que l'IPRP bénéficie d'une protection de salarié protégé, le mettant à l'abri de pressions du service ou des entreprises. La taille des services doit être suffisante afin de pouvoir financer un pôle d'expertise technique quantitativement et qualitativement suffisant, propre au service. Il convient d'exclure la mutualisation entre services en pôles d'expertise (GIE) car ils échappent au contrôle de la demande et au contrôle social.

L'évolution de la santé au travail met l'accent sur l'expertise de la sûreté au travail. La connaissance des risques est nécessaire pour assurer leur meilleure prévention.

Le SSTI est l'interface entre salariés et risques professionnels.

L'organisation présentée répond à une complémentarité nécessaire entre expertise de la santé et expertise des conditions de travail au sein d'un même service, pour éviter toute altération de la santé, seule mission des professionnels des services de santé au travail.

[Retour au SOMMAIRE](#)

## **7 SUIVI DES SALARIES A CONTRATS ATYPIQUES.**

### **7.1. Salariés déplacés en province.**

Il s'agit d'un problème particulièrement important.

Il n'a jamais été bien réglé ; anciennement, les visites dites de réciprocité entre services médicaux du travail permettaient de faire examiner les salariés déplacés près de leur lieu de déplacement tout en laissant le médecin du travail de l'entreprise responsable du suivi général de ce salarié . Les visites de réciprocité ont été supprimées par la circulaire DGT n°1 du 5 Février 2007, en partie du fait d'un fonctionnement qui était très erratique. L'entreprise a maintenant la possibilité d'adhérer sur place chaque fois que l'affectation des salariés concernés y est durable. Cependant, cette circulaire n'a pas été confirmée par une loi.

Ce système présente aussi des inconvénients. Il conviendrait d'encadrer réglementairement la transmission des informations par les différentes personnes et organismes, spécialement pour des salariés exposés à des risques importants

- identification du médecin référent de l'entreprise et des médecins locaux,
- transmission aux différents médecins de la fiche individuelle de poste de travail et de risques professionnels rédigée par l'employeur, de la fiche d'entreprise du médecin référent,
- transmission de la fiche d'aptitude faite par le médecin du travail local,
- informations du médecin référent sur les visites de sites en CHSCT et des séances de l'éventuel CHSCT tenues sur les sites de déplacement,
- et en général de toute information ayant trait à la sûreté du travail et à la santé des salariés éloignés, comme par exemple les maladies professionnelles.

La généralisation de la fiche individuelle d'emploi, de conditions de travail et de nuisances (FECN) améliorera la surveillance des salariés déplacés.

### **7.2 intérimaires**

A ce jour, c'est le médecin de l'entreprise de travail temporaire (ETT) qui voit le salarié. Il n'a pas de fiche individuelle d'emploi, de conditions de travail et de nuisances, pourtant il doit donner un avis à 3 emplois différents sur la même fiche d'aptitude, et non au poste de travail.

De plus, en cas de risque réglementé, c'est le médecin de l'entreprise utilisatrice du salarié temporaire qui doit assurer la Surveillance médicale renforcée.

Tout ce système est lourd et plus théorique que pratique . Il est en fait non réalisé. Il faudrait réformer

cette prise en compte . Une solution serait la production d'une fiche individuelle d'emploi, de conditions de travail et de nuisances qui attesterait des postes de travail que le salarié pourrait occuper. Une nouvelle visite serait nécessaire lors de modifications des risques potentiels.

Le suivi des intérimaires du BTP et de l'industrie devrait être rattaché aux services professionnels de la branche BTP ou aux services autonomes de l'industrie. Si exposition et SMR, la visite d'embauche se fait avant affectation.

Pour les autres, un secteur spécifique intérim régional devrait être envisagé. Il faudrait réfléchir à une durée minimale de mission avant obligation de visite (40 jours ?).

### **7.3 salariés saisonniers**

La proposition du ministère du travail de reprendre une disposition de visite d'embauche différée réservée aux contrats de durée supérieure à 40 jours pourrait faire l'objet d'accords de branche pour certaines professions, mais ne peut pas être généralisée car les expositions à certains risques nécessitent un avis médical, parfois même avant l'affectation dans le cas des SMR.

### **7.4 travailleurs à domicile**

le cas est similaire à celui des salariés saisonniers

[Retour au SOMMAIRE](#)

## **8 LES DOSSIERS EN SANTE AU TRAVAIL**

### **8.1. LE DOSSIER MEDICO PROFESSIONNEL INDIVIDUEL**

Le dossier médicoprofessionnel individuel recueille l'ensemble des paramètres concernant l'emploi, les risques professionnels, les mesures préventives, les données cliniques, le résultat des examens complémentaires et des mesures en milieu de travail, les courriers reçus et émis, les bilans de santé éventuels, et en fait toutes informations accessibles et concourant à une bonne prise en compte de la santé de la personne.

Ce dossier comporte donc deux classes de données complémentaires mais de nature radicalement différente :

- 1. D'une part des données professionnelles de description et d'analyse, qui sont la déclinaison individuelle des risques collectifs. Cette description peut prendre la forme de la fiche individuelle d'emploi, de conditions de travail et de nuisances fournie par l'entreprise, que devrait fournir l'entreprise. Cette description serait complétée des avis et des commentaires du médecin du travail, et de l'étude de poste si besoin.

- 2. D'autre part des données personnelles de santé qui ont trait à des états de santé individuels qui ont été mis en évidence par l'entretien, par l'examen médical ou par examen complémentaire.

Les données professionnelles sont du ressort des rapports entre l'entreprise, le salarié, le médecin du travail, les IPRP et les organismes de contrôle. Elles sont soumises dans cette optique à une obligation de confidentialité (dont le secret industriel) , mais doivent être accessibles à tous les intéressés cités avec des modalités précises d'accès.

Les données personnelles de santé sont soumises au secret médical et ne doivent pas faire l'objet de

communication autre qu'entre le médecin du travail et le salarié.

D'une façon générale, la protection des informations médico-professionnelles vis-à-vis de l'accès des administrateurs des bases de données, des réseaux, et des ordinateurs doit être absolue.

L'ensemble de ces informations assurera une traçabilité de bonne qualité.

Il doit être assuré leur conservation sur une longue période de temps.

[Retour au SOMMAIRE](#)

## **8.2. DOSSIER PROFESSIONNEL ET DE SANTE D'ENTREPRISE**

### **8.2.1. Données à destination de l'entreprise :**

Le médecin collecte et rassemble:

- les données nominatives (professionnelles , métrologiques ou administratives),
- les données collectives de santé (non nominatives) ou autres synthèses anonymes (indices audio collectifs, et autres analyses biométries) pouvant être destinées aux IPRP
- les résultats d'études et intervention collectives (activités, tâches, risques, mesures, interventions d'IPRP)
- les documents afférents (Fiche d'Entreprise, fiches individuelles d'emploi, de conditions de travail et de nuisances, Rapport Annuel d'entreprise, déclaration des catégories et des risques art. D4622-65 et D4622-68 nouveaux (=R241-25 ancien), Document Unique d'Evaluation des Risques , Fiches de données de sécurité, courriers d'entreprise reçus et émis, compte-rendus d'études de poste etc.. ).

### **8.2.2. Données nominatives ou confidentielles**

Certaines données nominatives ou confidentielles (notes personnelles concernant l'entreprise) pourront être conservées par le médecin du travail titulaire de l'entreprise en plus du dossier précédent.

[Retour au SOMMAIRE](#)

## **9. PRECONISATIONS CONCERNANT LES EFFECTIFS EN CHARGE ET LA PERIODICITE DES VISITES .**

### **9.1. effectifs en charge**

Le décret du 28 7 2004 est très précis

effectif : 3300

visites possibles par année : 3200

Si l'on reprend le nombre réel de visites réalisables par an, il se situe généralement entre 1900 et 2000. Le chiffre réglementaire de 3200 est donc théorique.

Le nombre des effectifs surveillés est plafonné a 3300. La réalité de l'évolution des personnels surveillés qui nous est signalée est largement plus importante.

Dans l'hypothèse que cette évolution de la population surveillée par médecin soit inéluctable, que peut-on faire ?

Le décret de 2004 donne un début de piste en prévoyant une visite périodique habituelle biennale, en ne conservant la périodicité annuelle que pour des risques réglementés notamment ceux soumis a la surveillance médicale renforcée. Cette modification permet justement d'arriver à des effectifs de 3300, ces effectifs vont encore selon toute vraisemblance augmenter dans de nombreux services (répartition géographiquement très inhomogène); pour pouvoir suivre le mieux possible ces nouveaux effectifs, il est nécessaire de renforcer la constitution des équipes de santé au travail :

L'augmentation des moyens du médecin a été explicitée dans le chapitre 4. La répartition des tâches a été synthétisée dans le chapitre 6.

[Retour au SOMMAIRE](#)

## **9.2 Il faut un plan de priorité des visites :**

Il faut rechercher les critères qui permettent de conserver une surveillance de qualité, assumée par un médecin du travail responsable, connu de l'employeur et du salarié, qui peuvent le consulter et lui demander conseil.

Il faudra veiller de façon scrupuleuse à la bonne prise en compte des priorités des visites non périodiques.

### **9.2.1. D'abord les visites non périodiques :**

- la visite d'embauche ou la première visite, qui fonde la relation dans les deux sens entre le médecin du travail et le salarié. Elle est l'occasion de la création d'un dossier médico-professionnel individuel comportant la fiche individuelle d'emploi, de conditions de travail et de nuisances (fiche de poste) rédigée par l'employeur et la notice de santé au travail (fiche d'aptitude) rédigée par le médecin du travail. C'est donc l'acte fondateur de la traçabilité professionnelle du salarié. Le document d'orientation du ministère du travail du 29 Juillet 2008 conforte la visite médicale d'embauche en lui donnant une visée préventive (informer le salarié des risques auxquels il peut être exposé et prévoir les mesures de prévention dont il pourrait bénéficier) Elle ne peut donc être réalisée que par le médecin du travail.

- puis les autres visites non périodiques : les visites de préreprise, les visites de reprise de travail après accident, congé maternité ou maladie, les visites à la demande : du salarié, et de l'employeur, et les reconvoqueries par le médecin du travail pour prévenir les inaptitudes et la désinsertion professionnelle et/ou assurer le maintien dans l'emploi.

[Retour au SOMMAIRE](#)

### **9.2.2. Puis les visites périodiques:**

#### **9.2.2.1. SMR : visites soumises à réglementation spéciale**

- les visites réglementées, notamment celles correspondant à une surveillance médicale renforcée ne doivent pas rester systématiquement annuelles, mais doivent avoir une périodicité en rapport avec le risque concerné et faire l'objet d'une confirmation par le médecin de la périodicité retenue (pour beaucoup de SMR, la bonne démarche de surveillance n'est nullement de revoir le salarié de façon rapprochée, mais bien de prévoir des mesures de prévention sur le site de travail ou un suivi particulier par métrologie d'ambiance ou par biométrie). Il ne faut pas lier obligatoirement la SMR avec une augmentation de la fréquence des visites, qui n'est pas obligatoirement pertinente en termes de prévention. Notamment le travail sur écran et le travail de nuit ne justifient pas une visite obligatoirement annuelle.

#### **9.2.2.2 Visites non SMR.**

Le délai entre visites est la variable d'adaptation la plus importante au regard de l'augmentation des salariés en charge. Ce délai doit être plafonné de façon volontariste pour permettre de conserver une obligation de contact interpersonnel entre le salarié et le médecin du travail.

Il faut conserver la notion d'obligation de visite périodique.

Le délai maximal doit être recherché pour assurer à la fois ce contact régulier et aussi toutes les missions nécessaires au médecin du travail.

Par ailleurs, il ne faut pas transférer au médecin une obligation de fixer lui-même la périodicité des visites et lui faire porter une responsabilité qui n'est pas la sienne mais celle de la réglementation

[Retour au SOMMAIRE](#)

## **CONCLUSION**

Notre syndicat Santé au travail propose une réforme de la santé au travail qui obéit aux principes suivants :

- maintien d'une spécificité de la santé au travail par rapport à la santé publique
  - création d'un échelon régional paritaire de coordination, parallèle aux ORST et CRPRP, pouvant éventuellement assurer la redistribution du produit de la cotisation des employeurs, et même la gestion et la direction administrative des médecins du travail et des IPRP.
  - Gouvernance des services de santé au travail par un CA paritaire à présidence alternée
  - le CA et la CC sont sous le contrôle des organisations syndicales représentatives au niveau national.
  - renforcement du contrôle des organisations syndicales sur leurs mandataires, par désignation de représentants formés et compétents
  - renforcement du contrôle de la tutelle, et qu'elle soit membre de droit de la CC
- 
- La CMT doit avoir un rôle et un fonctionnement renforcés
  - la CMT doit assister au CA et à la CC
  - le CA doit décider des moyens demandés par la CMT, en vue de la stratégie de prévention du service après audit de la CMT
  - la validation des priorités et des orientations en santé au travail et la coordination doivent être assurées par la CMT,
  - la CMT doit être en relation directe avec les tutelles notamment lors de la séance de la CC ou par saisine en cas de désaccord avec le CA.
- 
- amélioration de la procédure d'habilitation des IPRP
  - maintien et renforcement de l'indépendance des professionnels de la santé au travail médecins et IPRP
  - maintien de l'aptitude comme un acte médical.
  - maintien de l'action du médecin du travail en milieu de travail.
  - maintien du rôle généraliste des médecins du travail sur le milieu de travail en synergie avec les IPRP.
  - le médecin est fédérateur l'équipe santé au travail, notamment du fait du lien avec sa responsabilité dans la traçabilité dans le dossier médical.
  - un dossier médical mieux sécurisé.
  - protocoles de coopération médecins de travail/IPRP précis et de contenu réglementé
  - Le médecin du travail évite l'altération de la santé du fait du travail et permet le maintien dans l'emploi. Ce sont les seuls spécialistes en capacité de faire le lien entre données de santé et risques, et la nécessité d'une intervention sur les conditions de travail.

Pour cette mise en place , il est nécessaire de prévoir :

- des moyens administratifs supplémentaires pour assurer la liaison avec les entreprises, sous forme d'une équipe santé au travail coordonnée par le médecin du travail.
- de façon prioritaire, la préservation de la démographie des médecins du travail.

[Retour au SOMMAIRE](#)

-----

[Retour au SOMMAIRE](#)

## **BIBLIOGRAPHIE**

- rapport du Conseil économique et Social « L'avenir de la médecine du travail » C Dellacherie 3 3 2008 <http://www.ces.fr/rapport/docton/08030303.pdf> ou <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/084000152/0000.pdf> dont notamment p.20 et 21 Les missions des SST
- [Document d'orientation sur la poursuite de la réforme de la médecine du travail](#) Ministère du travail 29 juillet 2008
- MEDEF : Document de travail plénière du 18.02.2009.doc « Document de travail Le 16 février 2009 REUNION PARITAIRE DU 18 FEVRIER 2009 LE ROLE ET LES MISSIONS DES SERVICES DE SANTE AU TRAVAIL ET DES MEDECINS DU TRAVAIL = propositions du MEDEF présenté en séance du 18 février , publié
- SNPST : [03/03/08 : Pour une nouvelle prévention en santé travail \[242 KB\]](#) février 2008 34 pages, publié
- CGT : Article Le Peuple « Santé au travail : l'avenir de la médecine du travail en négociation » CGT , fichier : « Article Le Peuple Médecine du Travail JF- N.rtf », Jean Francois Naton, Nov 2008 publié
- CGT : [Manifeste pour des Services de Santé au Travail indépendants et efficaces. Collectif « Médecins du Travail » de l'Ugict-Cgt, 2006.](#) « cgt\_medicine\_du\_travail\_chsct\_seitz.pdf » préface de Boltzinger 28 pages 07/2005 du collectif UGICT-CGT des médecins du travail, publié cf notamment p 14 sur les missions
- [Code de la santé publique Partie réglementaire 4e partie Professions de santé Livre III : Auxiliaires médicaux Titre Ier : Profession d'infirmier ou d'infirmière art R4311 et suivants](#)
- [Miroir Social 13 Mars 2009 Pour une gouvernance des services de santé au travail](#)
- Bilan des conditions de travail 2008
- [Décret du 17 décembre 2008 relatif à l'information et à la formation des travailleurs sur les risques pour leur santé et leur sécurité](#)
- [Rapport Lejeune sur la traçabilité](#)

[Retour au SOMMAIRE](#)

-----