

MINISTERE
DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI
ET DE LA
FORMATION PROFESSIONNELLE

DIRECTION DES RELATIONS DU
TRAVAIL

*Sous-Direction des Conditions de Travail
et de la Protection contre les
Risques du Travail*

Bureau C T 3

Personnes chargées du dossier : Mme BUISSON

M. BOISNEL

Circulaire DRT no 89/5

REPUBLIQUE FRANCAISE

le 21 février 1989
1, place de Fontenoy
75700 PARIS
(tél.40.56.60.00)

LE MINISTRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI
ET DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE

à

MESDAMES ET MESSIEURS LES
DIRECTEURS REGIONAUX DU TRAVAIL ET
DE L'EMPLOI

MESDAMES ET MESSIEURS LES MEDECINS
INSPECTEURS REGIONAUX DU TRAVAIL
ET DE LA MAIN D'OEUVRE

MESDAMES ET MESSIEURS LES
DIRECTEURS DEPARTEMENTAUX DU
TRAVAIL ET
DE L'EMPLOI

MESDAMES ET MESSIEURS LES
INSPECTEURS DU TRAVAIL

OBJET : _circulaire relative à l'organisation et au fonctionnement des services
médicaux du travail

Le décret no 88-1198 du 28 décembre 1988, relatif à
l'organisation et au fonctionnement des services médicaux du
travail présente un triple objet :

.../...

En premier lieu, il met fin à une période d'incertitude juridique concernant le fonctionnement de la médecine du travail, ouverte par la suspension, jusqu'au 1er janvier 1989, de la réforme introduite par le décret n° 86-569 du 14 mars 1986. En apportant certains aménagements au texte de 1986, le décret du 28 décembre 1988 doit permettre à celui-ci d'entrer en vigueur dans de bonnes conditions à compter du 1er janvier 1989.

En second lieu, ce texte apporte des améliorations techniques destinées à faciliter la recherche de solutions pratiques, concernant l'unité de la surveillance médicale ou les visites d'embauchage.

Enfin, ce texte tire les premières conclusions des réflexions conduites dans le cadre de la mission d'évaluation menée en 1987 à la demande du ministre des affaires sociales et de l'emploi, par Monsieur DUCAMIN, Conseiller d'Etat et de l'avis émis, le 6 juillet 1988, par le Conseil Economique et Social, sur le rapport de Monsieur ROCHAIX.

La réglementation désormais applicable résulte donc, sur la base du décret du 20 mars 1979, de l'entrée en vigueur de l'ensemble des dispositions du décret du 14 mars 1986 (pour mémoire, la généralisation de la procédure d'agrément et la référence à une durée mensuelle de travail de 169 H pour les médecins du travail n'avaient pas été affectées par la suspension) modifiées et complétées par les dispositions du décret du 28 décembre 1988.

L'économie générale des nouvelles dispositions aujourd'hui applicables peut être présentée autour de 4 thèmes (I)

- le contrôle et les droits des salariés ;
- le rôle et l'indépendance des médecins ;
- l'adaptation du dispositif aux évolutions socio-économiques
- l'amélioration de la gestion des services.

Ces dispositions sont complétées par deux orientations expérimentales (II) -9

- la pluridisciplinarité et la modulation de la visite annuelle.

I - LA NOUVELLE REGLEMENTATION

1. - LE CONTROLE ET LES DROITS DES SALARIES

1.1. - Le renforcement du contrôle des représentants des salariés

1.1.1. - Les choix de service

Les articles R 241-1 et R 241-10-1 ont conféré au comité d'entreprise ou à défaut aux délégués du personnel un droit d'opposition au choix de l'employeur quant à la forme ou au choix du service médical.

1.1.1.1. - Les cas d'opposition

Quatre situations peuvent se produire, dans lesquelles, soit l'avis, soit l'accord de l'une des instances précitées sera sollicité,

L'employeur n'a pas le choix de la forme du service et doit soit constituer un service autonome (temps minimal du médecin du travail supérieur à 169 H par mois), soit adhérer à un service médical interentreprises (temps minimal du médecin du travail inférieur à 20 H par mois). S'il crée un service autonome, celui-ci est placé, en vertu de l'article R 241-3, "sous la surveillance du comité d'entreprise" dès sa mise en place. S'il n'adhérait pas auparavant à un service interentreprises et envisage -de le faire, il est tenu de consulter les représentants du personnel dont l'avis n'est pas assorti d'un droit d'opposition (R 241-10-1, 1°).

* Dès lors que l'employeur a le choix de la forme du service (c'est à dire dès que le temps minimal que doit consacrer le médecin à l'entreprise dépasse 20 h/mois mais demeure inférieur à 169 h/mois) les représentants des salariés se prononcent sur le choix de la forme du service proposé par l'employeur et peuvent s'y opposer dans les conditions prévues à l'article R 241-1. Lorsque la forme du service choisie par l'employeur et approuvée par les représentants du personnel est celle d'un service interentreprises, l'employeur consulte les représentants du personnel 'sur l'identité du service auquel il envisage d'adhérer, pour autant qu'il existe plusieurs services agréés. Dans le cas où il n'existe qu'un seul service médical du travail compétent, cette situation doit être portée à la connaissance des représentants du personnel avant qu'ils ne se prononcent sur la forme du service à choisir.

- Si l'employeur est adhérent à un service interentreprises et souhaite en changer, le comité d'entreprise est consulté et peut s'opposer à la volonté de l'employeur dans les conditions prévues à l'article R 241-10-1 2°
- Enfin, l'effectif de l'entreprise a diminué obligeant, en théorie, l'employeur à renoncer à son service autonome si c'est la formule qui avait été choisie précédemment, et à adhérer à un service interentreprises. Il s'agit alors d'une première adhésion et la consultation des représentants du personnel n'est pas assortie d'un droit d'opposition.

Si en application de l'article R 241-8, le directeur régional saisi par l'employeur autorise celui-ci à maintenir le service médical autonome, les représentants du personnel doivent être consultés mais ne disposent pas d'un droit d'opposition.

1.1.1.2. - La procédure

Lorsque la mise en oeuvre du droit d'opposition requiert une décision administrative, celle-ci est enfermée dans un délai d'un mois à compter de la date d'accusé de réception -de la demande écrite formulée par l'employeur et accompagnée du procès-verbal de la délibération de l'organisme de contrôle. A défaut de réponse dans ce délai, l'autorisation est réputée acquise.

Les autorisations comme les refus d'autorisations doivent être motivés.

En cas de décision implicite, le directeur régional devra fournir les motifs de sa décision dès lors qu'un représentant des salariés en fera la demande écrite dans un délai d'un mois à compter de la naissance de la décision.

1.1.1.3. - La consultation relative au document liant l'entreprise au service médical

L'article R 241-25 dispose que le contenu du document liant l'entreprise au service médical est soumis aux représentants des salariés. Ils peuvent contester les éléments de ce document relatifs au nombre et à la catégorie des salariés, ainsi que ceux relatifs aux risques auxquels ils sont soumis, mais la procédure diffère du droit d'opposition (évoqué ci-dessus au 1.1.1.2.). En cas de contestation, en effet, l'employeur saisit l'inspection du travail qui dispose d'un délai d'un mois pour faire connaître ses observations. La signature du document ne peut intervenir qu'au vu des observations de l'inspecteur ou, à défaut, à l'expiration de ce délai.

1.1.2. - La participation des représentants des salariés dans les services interentreprises

Son amélioration a été recherchée par la revalorisation du rôle de la commission de contrôle :

- dont l'accord est désormais requis pour changer un médecin de secteur géographique ou professionnel (R 241-31) ;
- qui est dotée d'un secrétaire élu, lors de la constitution ,ou du renouvellement de la commission, au sein du collège salarié. _'Secrétaire est co-responsable avec le président du service interentreprises de l'ordre du jour conformément à l'article R 241-16 (cf. 4.2.2. sur le fonctionnement des commissions de contrôle) ;
- dont le rôle s'étend à l'examen des plans d'activité mentionnés à l'article R 241-41-1 (R 241-14) ; la difficulté pratique qui pourrait résulter du nombre de médecins du travail exerçant dans le service peut être levée selon les cas, par le recours aux commissions de secteur (cf. 4.2.1.) ou par l'élaboration de plans d'activité communs (cf. 2.2.).
- qui est informée de l'application des clauses relatives à la médecine figurant dans des accords ou conventions collectifs de branche (c'est le cas, à titre d'exemple, de la convention collective de la pétrochimie) dès lors que des entreprises adhérentes au service entrent dans le champ de telles conventions ou accords.

Cette disposition a essentiellement pour objet de renforcer la politique contractuelle en appelant l'attention sur les clauses relatives à la médecine du travail et en examinant quelles suites leur ont été réservées.

- et qui se voit conférer un pouvoir de proposition en matière d'organisation, de fonctionnement, d'équipement et de budget du service interentreprises par l'article R 241-14. Cette disposition a pour but de dynamiser le rôle joué par les commissions de contrôle en complétant le contrôle a posteriori que leur confiait la réglementation, par la possibilité de développer une fonction plus prospective.

1.2. - Le renforcement des droits des salariés

1.2.1. - L'avis médical d'aptitude

Il soulève des questions juridiques et humaines particulièrement délicates.

L'article R 241-51-1 apporte certaines garanties au salarié, , en assortissant la décision d'inaptitude d'une procédure imposant des examens médicaux approfondis, renouvelés à intervalle de deux semaines ainsi qu'une étude du poste et des conditions de travail dans l'entreprise. Cette procédure ne fait pas obstacle à l'application de l'article R 241-57 qui

.../...

prévoit l'établissement d'une fiche d'aptitude à l'issue de chaque examen médical. En l'espèce, le premier des deux examens prévus donnera très généralement lieu à la délivrance d'une fiche mentionnant soit une aptitude temporaire, soit une aptitude avec réserves.

L'article R 241-51-1 signifie que le salarié ne peut être déclaré inapte - que cette inaptitude soit totale ou partielle, définitive ou temporaire - tant que la procédure prévue n'est pas achevée. Il n'y a donc pas suspension du contrat de travail, même si l'employeur estime qu'il ne peut confier un poste au salarié.

Cette procédure, n'est cependant pas applicable dans l'hypothèse où le médecin estime que "le maintien du salarié à son poste de travail entraîne un danger immédiat pour la santé de l'intéressé ou celle des tiers".

Naturellement, un accord entre les parties ou l'acceptation par le chef d'entreprise d'un changement temporaire ou définitif du poste de travail du salarié concerné ou d'une adaptation du poste aux nouvelles aptitudes de ce travailleur, peut apporter une solution immédiate au problème posé.

1.2.2. - Le salarié peut demander le bénéfice d'une visite médicale (article R 241-49).

L'article R 241-13 prévoyant l'affichage dans chaque centre médical fixe ou mobile des noms des médecins du travail et de l'indication du lieu où ils peuvent être joints, rend matériellement possible un contact direct entre le salarié et le médecin, notamment en vue de lui permettre à tout moment de demander à bénéficier d'un examen médical. Les motifs de cette demande sont absolument couverts par le secret médical.

1.2.3. - Le salarié peut faire communiquer au médecin de son choix et non plus au "médecin traitant", les informations médicales détenues par le médecin du travail (art. R 241-56). La notion de "médecin traitant" ne semble, en effet, pas pertinente en l'espèce, parce qu'une interprétation restrictive de ce terme aurait pu empêcher de communiquer des éléments d'information par exemple à un médecin spécialiste, ou à un autre médecin du travail.

2. - LE DEVELOPPEMENT DE L'ACTION DU MEDECIN

Plusieurs dispositions tendent à améliorer l'action du médecin en précisant soit ses moyens, soit le cadre de son intervention.

2.1. - Les moyens matériels et l'indépendance

La fixation réglementaire de l'équipement minimal mis à sa disposition (article R 241-55), et la reconnaissance de la participation qu'il peut apporter en matière épidémiologique (article R 241-58) sont autant d'éléments de nature à développer les moyens d'intervention du médecin.

L'article R 241-41-2 garantit au médecin un libre accès aux lieux de travail afin qu'il soit pleinement en mesure d'exercer l'ensemble de ses missions. L'inspection du travail est naturellement compétente pour intervenir en cas d'entrave à ce droit.

Enfin, l'article R 241-31-1 dispose que le changement de secteur du médecin ne peut avoir lieu qu'après accord de la commission de contrôle, évitant ainsi qu'une mutation puisse être proposée ou interprétée comme une éventuelle sanction déguisée.

2.2. - Le concept de planification introduit par l'article R 241-41-1

Le médecin établit un plan d'activité, dans lequel il programme les études qu'il compte entreprendre ainsi que ses visites des lieux de travail. Ce plan d'activité a pour objet de concrétiser et de préciser son action sur le milieu de travail. La diversité des situations rencontrées (nature des activités et des risques, structures des entreprises) doit écarter le recours à des "plans-types". Le plan prend en compte les besoins de santé des salariés que le médecin du travail a pu évaluer, en fonction-par exemple- de la prévalence significative de tel ou tel type de pathologie dans une unité de travail.

*** Dans les services interentreprises**

- Le fait que le plan d'un même médecin puisse être commun à plusieurs entreprises tend à valoriser les résultats de certaines études et

- optimiser les actions du médecin en lui permettant de concentrer ses interventions sur des éléments communs à un groupe d'entreprises présentant des risques et postes de travail similaires ou de se consacrer, par exemple,
- l'amélioration de la prévention et des conditions de travail dans une catégorie déterminée d'entreprises artisanales.

- La possibilité d'élaborer un plan commun à plusieurs médecins permet de développer coordination et synergies. Un plan commun d'intervention peut être établi, par exemple, pour plusieurs établissements ou ateliers d'une même entreprise mais relevant de secteurs différents du même service interentreprises.

Plusieurs médecins pourront également établir un plan commun à plusieurs entreprises, appartenant par exemple à une même branche professionnelle, sur laquelle les efforts seront, pour une période donnée, concentrés.

Le médecin sera sans doute conduit à justifier les priorités qu'il a déterminées auprès des entreprises qui n'auront pas fait l'objet d'un plan centré sur leur activité et à expliciter l'intérêt d'une démarche qui peut apporter un bénéfice important mais échelonné dans le temps à divers types d'entreprises.

*** Dans les services d'entreprises**

L'élaboration d'un plan commun à plusieurs médecins ou à tous les médecins du service présente, pour sa part, l'avantage de garantir de meilleures conditions de coordination et de programmation.

2.3. - L'article R 241-25 et la notion de contractualisation

La nouvelle rédaction de l'article R 241-25 offre un cadre et renforce la place faite au plan d'activité. En effet, les dispositions essentielles de ce plan figurent dans le document prévu à l'article R 241-25.

Le document est signé entre l'employeur - qui en établit le projet- et le président du service médical interentreprise. Il apporte également au médecin du travail des éléments précis sur le contexte, le volume et la nature des interventions à mener dans une entreprise donnée.

Il fixe, notamment, le volume et la nature des prestations que le service de médecine doit fournir à l'employeur. L'objet de ce document n'est plus seulement de préciser les modalités d'application de la réglementation mais de constituer un véritable cahier des charges fixant les relations entre l'employeur et le service. L'employeur est alors en situation de fixer clairement ses besoins qu'il s'agisse de ceux destinés à satisfaire aux obligations réglementaires déterminés par le volume et la structure des effectifs, ou de ceux, plus qualitatifs, destinés à répondre aux spécificités du milieu de travail propres à l'entreprise. Ce document doit lui permettre d'exprimer ses choix en même temps qu'il le met en mesure d'évaluer la qualité des prestations qui lui sont proposées puis rendues par le service médical.

Un arrêté précisera prochainement le contenu du document. Conformément à ses dispositions, les nouvelles adhésions donneront lieu à l'élaboration de documents dès sa publication. Il en ira de même dans un délai fixé par l'arrêté, pour la constitution de ce document dans les entreprises adhérant déjà un service interentreprises.

Je souligne, en effet, que ce document, une fois établi, doit être renouvelé chaque année dans les mêmes formes que lors de son élaboration pour tenir compte de l'évolution des effectifs, des risques et plus spécialement des dispositions principales du plan d'activité que le médecin du travail établit chaque année.

Je vous invite à suivre de près l'élaboration de ces documents qui, outre une meilleure connaissance des prestations réellement nécessaires et fournies en matière de médecine du travail, peuvent générer une dynamique nouvelle dans les relations entre employeurs et services et vous offrir l'outil d'une évaluation quantitative mais aussi qualitative.

2.4 - L'élaboration de la fiche d'entreprise

L'article R 241-41-3 confie au médecin du travail l'élaboration d'une fiche d'entreprise relative aux risques professionnels et aux effectifs soumis à ces risques, dans toute entreprise de plus de 10 salariés.

Cette fiche, transmise à l'employeur, offre au médecin du travail la possibilité d'établir des systèmes et recoupements utiles notamment à l'élaboration de son plan d'activité ou de plans d'activité communs à plusieurs entreprises ou plusieurs médecins.

Elle permet également d'évaluer les besoins préalablement à l'élaboration ou à la mise à jour du document liant l'employeur au service médical ainsi que d'appréhender de manière synthétique et rapide les risques de l'entreprise et de fournir aux membres du CHSCT des références utiles à l'examen du bilan et du programme visés à l'article L 236-4.

Un arrêté précisera ultérieurement le modèle de cette fiche qui peut néanmoins être établie dès à présent -comme elle l'était pour- les entreprises de plus de 50 salariés- à partir de la liste des risques et des effectifs.

Cette fiche n'a pas de caractère formaliste mais tend à permettre un repérage rapide des risques, tant au regard des risques soumis à surveillance médicale spéciale (arrêté du 11 juillet 1977) que de ceux susceptibles d'engendrer une maladie professionnelle ou de tout autre risque dont le médecin du travail pourrait avoir connaissance notamment à partir des signalements de maladies à caractère professionnel. Ce repérage sera donc de nature à guider des priorités ou des actions ponctuelles, dans une présentation d'ensemble de la situation.

3. - L'ADAPTATION DU DISPOSITIF AUX ÉVOLUTIONS SOCIO-ÉCONOMIQUES

3.1. - L'adaptation aux structures et aux sites

3.1.1. - Marqué par des concentrations ou à l'inverse par des filialisations, la sociologie des entreprises évolue, exigeant des adaptations réglementaires.

L'article R 241-6 crée une nouvelle catégorie de services d'entreprise sous la forme de "services médicaux communs" aux entreprises constituant une unité économique et sociale (art. R 241-6).

Les services extérieurs ont, en effet, à plusieurs reprises, été saisis des difficultés soulevées dans certains groupes industriels où la structure juridique des sociétés empêche, si l'on s'en tient aux textes réglementaires, la constitution d'un service médical commun et ne permet donc pas d'assurer l'homogénéité de la surveillance médicale.

L'utilisation extensive de l'article R 241-24 a permis jusqu'à présent de tourner certaines de ces difficultés. Cet article dispose que "sauf avis contraire du directeur régional du travail et de l'emploi, un service interentreprises ne peut s'opposer à l'adhésion d'une entreprise relevant de sa compétence". Des services interentreprises dits "à compétence fermée" ont ainsi été agréés, regroupant des entreprises juridiquement différentes mais ayant en commun certaines caractéristiques. Ces pratiques se multiplient et soulèvent deux problèmes :

- D'une part, il n'est pas souhaitable que le développement d'une nouvelle catégorie de services ait pour seul fondement juridique l'interprétation large d'une procédure dérogatoire.
- D'autre part, tous les cas de figure rencontrés n'entrent pas dans ce schéma, notamment lorsqu'une des entreprises concernées est contrainte par la réglementation de créer son propre service autonome et se voit de ce fait interdire l'adhésion à un service interentreprises.

Il est donc apparu souhaitable de fonder une nouvelle catégorie de services sur un critère juridique précis. La notion d'unité économique et sociale telle qu'elle apparaît au dernier alinéa de l'article L 431-1 semble dans l'immédiat la formule existante la mieux adaptée. La pratique montre, en effet, que l'existence d'une unité économique et sociale résulte, dans un grand nombre de cas, d'un accord entre les partenaires sociaux, élément de nature à favoriser un bon fonctionnement du service médical du travail.

Il n'existe pas de définition légale de l'U.E.S., celle-ci étant à l'origine une création jurisprudentielle fondée sur la convergence de critères variables selon la situation pour laquelle il est fait appel à cette notion. A titre indicatif toutefois, l'étude de la jurisprudence montre que l'unité économique est en général caractérisée lorsque les différentes sociétés qui la composent ont une direction commune -ou dépendent d'une politique commune (filiales)- et des intérêts communs. L'unité sociale résulte pour sa part du fait que les salariés des divers éléments de Vensemble ont un statut semblable (rémunérations, mobilité, conditions de travail...).

Ce service commun peut être soit administré paritairement dans les conditions prévues par l'accord qui l'institue, soit placé sous la surveillance du comité d'entreprise commun prévu à l'article L 431-1.

Sans offrir toute latitude à l'agrément de services de groupe, l'article R 241-6 introduit donc une relative souplesse de nature à répondre à certains problèmes d'agréments particuliers.

3.1.2. - Une seconde souplesse est introduite avec le second alinéa de l'article R 241-7 qui ouvre la possibilité d'accepter le rattachement au service autonome d'une entreprise agréé dans votre région, d'un établissement appartenant à ladite entreprise, et dont l'implantation se situe dans une région limitrophe.

L'objectif recherché est de favoriser l'unité de la surveillance médicale des salariés d'une même entreprise, dès lors que la distance et les conditions matérielles ne constituent raisonnablement pas un obstacle à la qualité de cette surveillance.

A cet égard, il faut souligner que les distances à l'intérieur d'une même région sont parfois supérieures à celles que la présente dérogation pourrait vous amener à considérer comme admissibles.

Il convient également d'éviter que des entreprises dont les implantations sont disséminées sur plusieurs régions n'échappent, par ce biais, à la proximité du contrôle administratif en invoquant la possibilité d'agréments interrégionaux, voire nationaux. C'est pourquoi l'accord de votre homologue de la région limitrophe devra être sollicité avant que vous n'accordiez une telle dérogation. En pratique, c'est l'employeur dont le service médical a été - ou doit être - agréé par vos services qui vous saisit de sa demande, le recueil de l'accord de votre homologue vous appartenant.

Il s'agit donc bien d'une faculté qui vous est offerte d'aménager certains agréments en fonction des impératifs dictés par la localisation et l'activité des entreprises mais en aucun cas d'une obligation.

3.2. - Les adaptations des visites d'embauche et de reprise

3.2.1. - L'adaptation à la mobilité géographique et professionnelle des salariés

L'évolution des formes d'emploi, les caractéristiques de certaines professions ont rendu souvent inadaptées les dispositions relatives à la visite d'embauche. Qu'il s'agisse de travailleurs intermittents, saisonniers, à employeurs multiples ou titulaires de contrats à durée déterminée, l'application stricte de l'article R 241-48 relatif à la visite d'embauche se révèle, en pratique, difficile.

Les précédents alinéas 4 et 5 de cet article apportaient déjà au principe un assouplissement qu'il a été jugé utile de reprendre et de préciser.

La validité de la visite d'embauche est portée à un an, dès lors que les emplois successifs seront occupés chez un même employeur et à six mois en cas de changement d'employeur. Les conditions cumulatives fixées par la nouvelle rédaction de l'article ont pour objet de permettre que cette extension de validité s'opère de telle sorte que la surveillance médicale des travailleurs mobiles soit pratiquée de manière satisfaisante.

Ces conditions sont au nombre de quatre :

- le salarié ne bénéficie pas de la surveillance médicale particulière prévue par l'article R 241-50 ou les règlements pris en application de l'article L 231-2 (20) ;
- le salarié est appelé à occuper un emploi identique - le médecin du travail est en possession de la fiche d'aptitude
- aucune inaptitude n'a été reconnue dans les douze ou six mois qui précèdent.

J'attire notamment votre attention. sur le fait que les emplois occupés doivent être "identiques" et non plus similaires ainsi que le prévoyait la réglementation antérieure.

L'identité des emplois signifie en l'espèce que les tâches confiées au travailleur et les conditions de travail doivent être les mêmes ; cette définition exclut donc que, sous prétexte que des emplois successivement occupés appartiennent à une même entreprise, un travailleur précédemment affecté à un poste déterminé puisse être, sans visite médicale d'embauchage, recruté sur un autre poste de l'entreprise où les procédés de fabrication, les rythmes de travail, les produits manipulés et les tâches à accomplir diffèrent de la première situation de travail.

Cette définition stricte a pour objet de vous permettre d'enrayer les éventuels abus que vous pourriez constater dans l'application de cette disposition.

J'ajoute que, devant les nombreuses difficultés liées à la multiplication des visites d'embauche plusieurs d'entre vous avaient déjà suscité des formules locales concertées tendant à faciliter par des dispositions pratiques, la surveillance des travailleurs mobiles, intermittents, voire stagiaires, dans des conditions satisfaisantes.

Il est bien entendu que la nouvelle rédaction de l'article R 241- 48 n'a pas pour objet de rendre caduques ces adaptations mais tend à leur offrir un cadre juridique et des critères' de référence.

3.2.2. - L'allègement de la visite de reprise

L'article R 241-51 a limité l'obligation de visite de reprise aux absences d'au moins huit jours pour cause d'accident du travail. Les accidents avec arrêt sont évalués pour le régime général et les régimes spéciaux de sécurité sociale à hauteur de 750.000 en 1987 (source CNAM-TS) ce qui représente un nombre équivalent de visites de reprise. En limitant celles-ci aux cas d'accident du travail ayant entraîné un arrêt d'au moins huit jours, la nouvelle réglementation tend à rendre effective la réalisation de ces visites, qui s'avérait très malaisée dans la situation antérieure.

Pour sauvegarder néanmoins les droits du salarié, le médecin du travail doit être informé par l'employeur de tout arrêt pour accident de travail, y compris si la durée est inférieure à 8 jours. Le médecin du travail a alors toute latitude pour décider de pratiquer un examen médical de reprise.

4. - L'AMÉLIORATION DE LA GESTION ET DU CONTROLS DES SERVICES

4.1. - La procédure de retrait d'agrément

Toujours délicate à engager, elle vous est désormais rendue plus maniable par les articles R 241-9 et R 241-23 qui permettent à l'administration de fixer un délai, pouvant aller jusqu'à 6 mois, pour que le service médical accomplisse les modifications nécessaires à sa mise en conformité avec la réglementation.

La politique des agréments soulève des questions complexes, et exige une réflexion de fond. Ces articles ont pour objectif de doter l'administration d'un moyen supplémentaire pour accélérer la mise aux normes des services de médecine, encore insuffisante.

La procédure de mise en demeure assortie d'un délai peut naturellement vous conduire à prononcer des retraits d'agrément et je vous invite à l'utiliser y compris dans les cas où une situation de monopole ne vous a pas permis de satisfaire à toutes les exigences réglementaires, en absence de solution alternative. Je ne doute pas, en effet, que le vide ainsi créé ne soit rapidement comblé, dans des conditions conformes aux normes réglementaires.

4.2. - Le fonctionnement des instances de contrôle

Il fait l'objet de nombreuses questions auprès de mes services.

4.2.1. - La mise en place des commissions consultatives de secteur devient facultative (art. R 241-17). Il a en effet été jugé préférable de ne pas imposer la constitution de cette instance dans chaque secteur, la taille et les contours géographiques de nombre d'entre eux ne requérant pas nécessairement la mise en place d'une structure consultative spécifique.

L'assouplissement de cette obligation devrait, en outre, permettre une participation plus assidue des membres de la commission de contrôle.

4.2.2. - Les instances de contrôle ne sont pas toujours en mesure de fonctionner de manière satisfaisante

Elles peuvent d'abord ne pas avoir été constituées, soit du fait de l'employeur ou des services interentreprises qui n'ont pas accompli les diligences nécessaires, soit du fait des organisations syndicales ou des employeurs adhérents qui n'ont pas désigné leurs représentants.

4.2.2.1. - Absence d'instance de contrôle

En l'absence de commission de contrôle - comme de comité d'entreprise - la jurisprudence constante de la chambre sociale de la cour de cassation et notamment l'arrêt du 16 mars 1978 (Vieillard c/centre interentreprises de médecine du travail de Vitry-le-François) distingue deux cas :

- cette absence tient à une négligence du président du service interentreprises -ou de l'employeur- auquel cas le licenciement d'un médecin du travail et désormais son changement de secteur est nul par défaut de cette formalité substantielle de la procédure ;
- cette absence est "non fautive", le président du service ou l'employeur ayant effectué les diligences nécessaires à la constitution de la commission de contrôle ou du comité d'entreprise ; la procédure réglementaire est inapplicable et il n'y a même pas lieu de solliciter une décision de l'inspecteur du travail.

Dans le premier cas, il vous appartient donc de constater la négligence du service, et partant l'infraction à l'article R 241-15 qui dispose que la commission est constituée à la diligence du président du service. Outre les conséquences que vous en tirerez à propos de l'agrément du service, il vous appartient d'appeler l'attention de l'employeur, ou du président du service, sur la nullité de la mesure de licenciement qu'il envisagerait de prendre dans de telles conditions.

Dans le second cas, vous aurez à vérifier que l'absence d'instance de contrôle n'est pas liée à une faute de l'employeur ou du président du service et que les dispositions nécessaires à la constitution de la commission de contrôle ont été prises et réitérées annuellement si elles n'ont pas été suivies d'effet lors du renouvellement d'agrément.

4.2.2.2. - Fonctionnement de l'instance de contrôle

Dès lors qu'elle est régulièrement en place, la commission de contrôle fonctionne normalement comme suit : (art. R 241-16)

"Elle se réunit au moins deux fois par an.
L'ordre du jour des réunions est établi par le président du service médical et le secrétaire de la commission de contrôle.
Il est transmis par le président aux membres de la commission au moins quinze jours avant la date de la réunion, accompagné des documents correspondants".

Dès lors que les convocations ont été transmises dans les formes et délais prévus aux titulaires et aux suppléants, le cas échéant par envoi avec accusé de réception, les formalités préalables sont réputées accomplies.

.../...

Le licenciement ou le changement de secteur du médecin exige "un vote à bulletin secrets" et "à la majorité des membres présents ou non".. Un absentéisme parfois important rend souvent difficile l'obtention d'une telle majorité.

A cet égard il convient de distinguer deux situations :

- L'instance à consulter est le comité d'entreprise. Dans ce cas, la loi du 28 octobre 1982 a précisé que "les résolutions sont prises à la majorité des membres présents" (art. L 434-3) et le comité d'entreprise peut donner son accord valablement à la majorité relative.
- L'instance à consulter est une commission de contrôle. Cette instance ne peut donner son accord qu'à la majorité des membres et non à la majorité relative des membres présents lors de cette délibération.

Si la majorité des membres se prononce favorablement à une mesure de licenciement ou de changement de secteur, la procédure est complète et ne nécessite pas votre intervention.

Si la majorité des membres se pro'nonce contre cette mesure, il y a défaut d'accord. Le licenciement, comme le changement de secteur, seront prononcés sur décision conforme de l'inspecteur du travail après avis du médecin inspecteur régional du travail et de la main-d'oeuvre.

Si enfin, une majorité relative, inférieure à la majorité des membres s'est prononcée favorablement ou défavorablement sur la mesure proposée, il y a également défaut d'accord, sous réserve toutefois que la moitié des membres aient été présents lors de la délibération.

La règle posée par l'article R. 241.31 est, en effet, une règle de majorité et non de quorum ; en l'absence de dispositions spécifiques, le quorum est atteint dès lors que la moitié des membres sont présents. Si, après deux convocations de la commission, le quorum ne peut être atteint, la consultation de la commission est réputée impossible, conformément à la jurisprudence.

Il appartient, dans ces différentes hypothèses, 'à l'inspecteur du travail de se prononcer.après avis du médecin inspecteur régional du travail et de la main-d'oeuvre.Pour se déterminer, l'administration prendra en compte, d'une part, la régularité de la procédure, en particulier la possibilité réservée au médecin concerné, de présenter ses observations, et, d'autre part, les éléments de fond, parmi lesquels l'avis acquis à la majorité relative.

<p style="text-align: center;">II - L'OUVERTURE OFFERTE PAR LES DISPOSITIONS EXPERIMENTALES</p>
--

La période qui a précédé l'élaboration du décret du 28 décembre 1988 a été marquée par une concertation active et une réflexion approfondie sur la médecine du travail. Le rapport du Président DUCAMIN et l'avis rendu par le Conseil économique et social sur le rapport de Monsieur ROCHAIX ont notamment convergé sur l'exigence posée par nombre de médecins du travail d'une certaine pluridisciplinarité et de l'assouplissement de l'obligation d'un examen médical annuel afin de tenir compte de l'extrême diversité des situations.

C'est pourquoi, sans préjuger aucunement l'avenir de ces dispositions à caractère purement expérimental et qui, de ce fait, ne sont pas codifiées, il a été jugé opportun d'introduire par les articles 13 et 14 du décret du 28 décembre 1988, un espace d'innovation permettant d'enrichir de formules variées et adaptées le système français de médecine du travail.

Ces dispositions feront l'objet d'une instruction complémentaire spécifique illustrant sous l'angle pratique les possibilités ainsi offertes.

Il apparaît cependant indispensable de préciser, dès maintenant, le contour juridique de ces articles, de manière à fixer nettement le cadre et les limites de ces expérimentations.

En ce qui concerne le contrôle que vous serez amenés à exercer sur leur mise en oeuvre, je souligne qu'en application de l'article L. 241.11 du code du travail, la violation des règles protectrices dont elles sont assorties peut constituer la base d'infractions constatées par l'inspection du travail. Ces dispositions sont en effet issues des articles 13 et 14 d'un décret pris pour l'exécution du titre IV du livre II du code du travail.

Je rappelle également que l'article 15 du décret a prévu que le Conseil Supérieur de la Prévention des Risques Professionnels devra être saisi, à l'expiration d'un délai de quatre ans, d'un bilan de l'application des dispositions expérimentales, ci-après commentées. Je vous invite donc, dès à présent, à prendre toutes dispositions utiles pour suivre ces expérimentations et m'en tenir informé, de telle sorte que le bilan annuel des conditions de travail soumis audit Conseil Supérieur puisse présenter une synthèse des expérimentations en cours.

1. - L'INTRODUCTION DE LA PLURIDISCIPLINARITÉ

L'article 13 du décret a pour objet de diversifier les compétences qu'un service médical d'entreprise ou interentreprises peut mettre en oeuvre, dans le cadre d'une procédure volontaire, adaptable, contrôlée, pour des actions dont l'objet est précis, et qui s'ajoutent à celles résultant des obligations réglementaires.

1.1. - L'objet de ces actions nouvelles est précisément défini.

Afin de compléter l'action sur le milieu de travail, le médecin du travail a de plus en plus besoin de compétences multiples pour exercer sa mission de conseiller du chef d'entreprise et des salariés. Le nouveau dispositif expérimental lui offre la possibilité de s'appuyer sur le recours à des personnes ou organismes spécialement qualifiés pour conduire les actions prévues aux articles R 241-41 10) 20) 30) et R 241-58.

Celles-ci pourront porter sur l'amélioration des conditions de vie et de travail, l'adaptation des postes, des techniques et des rythmes de travail à la physiologie humaine, la protection des salariés contre l'ensemble des nuisances -identifiées ou présumées- et notamment contre les risques du travail ou l'utilisation de produits dangereux. Elles pourront également être menées à l'occasion de recherches, études, enquêtes, entrant dans le cadre des missions confiées au médecin du travail.

1.2. - Le recours à des personnes ou organismes compétents s'effectue sur une base volontaire.

Dans le cas d'un service d'entreprise, l'employeur n'est pas tenu de renforcer le personnel du service médical "autonome", ou de lui adjoindre le concours d'un organisme compétent, s'il ne le juge pas nécessaire. Toutefois, s'il le désire, l'article 13 lui offre désormais le cadre juridique permettant cette démarche. Il n'est enfin nullement tenu de modifier les fonctions et l'organisation du service de prévention qui peut déjà exister dans l'entreprise.

De la même manière, un service médical interentreprises qui a renforcé son équipe ou ses collaborations extérieures ponctuelles pour élargir son plateau technique, ne peut imposer ce service accru à ceux des adhérents qui le souhaiteraient pas. La volonté de l'employeur adhérent se matérialise par l'insertion, dans le document prévu à l'article R 241-25, et signé par lui, de références aux prestations complémentaires dont il entend bénéficier.

1.3. - Ce caractère strictement volontaire résulte bien évidemment du fait que ces collaborations pluridisciplinaires correspondent à une action supplémentaire.

L'article 13 dispose que les conventions ainsi conclues ont pour but de "développer l'action sur le milieu de travail", ce qui signifie clairement qu'il ne s'agit pas de substituer aux actions menées par le médecin du travail dans le cadre du tiers temps des actions de prévention technologique confiées à d'autres préventeurs, mais que ces dernières s'ajoutent aux actions déjà menées en application des dispositions réglementaires. Une telle convention ne peut donc être conclue que si les obligations posées par l'article R. 241.47 sont satisfaites.

1.4. - Le caractère adaptable, modulable de ces actions est inclus dans la notion de convention qui peut recouvrir des réalités très différentes selon les besoins des entreprises. Un contrat ponctuel et limité passé avec un organisme de prévention public ou privé (par exemple une convention de recherche, une assistance technique), comme le recrutement permanent d'un technicien de prévention (ingénieur de sécurité, ergonomiste, hygiéniste industriel) constituent autant de formes possibles de conventions.

La souplesse de la formule et son caractère réversible tendent à permettre des interprétations modulées, adaptées à la variété des structures, des problèmes posés, à la connaissance et à l'évolution des risques.

1.5. - Le caractère souple de la formule est évidemment limité par l'exigence de ne pas prendre d'initiatives concurrentes à l'action du médecin ou non directement liées à l'intérêt des salariés. C'est pourquoi le médecin du travail est associé à la préparation de la convention dont la mise en oeuvre s'effectue sous son contrôle.

Si la convention est conclue par l'employeur ou par le président du service médical inter-entreprises, l'initiative de la convention peut naturellement appartenir au signataire comme au médecin et les phases de son élaboration devront comporter la consultation du médecin et l'instauration d'un dialogue sur la base technique de ses avis.

Compte tenu de la diversité du contenu et de la portée des conventions, il est préférable de préciser l'objectif du contrôle exercé par le médecin du travail plutôt que ses modalités détaillées. Le principe en est que le médecin supervise et coordonne les actions menées en application des conventions et dispose librement des résultats des interventions conduites dans ce cadre qui ne peuvent lui être opposées dans l'exercice de ses missions.

Est ainsi apportée l'assurance que les actions menées en application d'une convention ne mettent pas en cause les principes éthiques dont le médecin demeure déontologiquement le garant.

Les termes de la convention doivent également être, préalablement à sa conclusion, soumis à l'instance de contrôle des salariés, qui rend un avis.

Sont exclues du champ des conventions les actions qui ne porteraient pas sur le milieu de travail et notamment les activités cliniques complémentaires comme des bilans de santé systématiques.

Il n'est également pas possible de considérer que les mesures et prélèvements effectués dans le cadre de telles conventions puissent dispenser l'entreprise des contrôles qui seraient prescrits par l'inspecteur du travail ou le service de prévention des caisses régionales d'assurance maladie, contrôles qui doivent impérativement être effectués par des organismes agréés.

Il faut souligner enfin que les mesures effectuées dans le cadre de ces conventions ne privent pas le médecin du recours à l'article R 241-44, que ces mesures soient ou non confiées à un organisme agréé.

2. - LA MODULATION DE L'EXAMEN MEDICAL ANNUEL

2.1. - Le principe de l'obligation d'examen médical annuel demeure clairement posé comme la règle générale. Cette règle est d'ailleurs intangible pour tous les travailleurs soumis à un risque particulier.

Si des adaptations peuvent être apportées à ce principe, elles sont enfermées dans un cadre strict, leur portée est limitée, et elles donnent lieu à contrepartie. Là où des aménagements seront possibles, ils ne doivent jamais avoir pour effet de diminuer les prestations globales dont bénéficient les salariés ; ils sont donc sans incidence sur la charge financière de la médecine du travail.

2.2. - Les justifications des assouplissements

L'adaptation de l'examen systématique répond à l'objectif d'optimiser, en fonction des circonstances locales, la médecine du travail.

L'annualité de l'examen médical systématique apparaît davantage comme une réalité sociale qu'une nécessité scientifique. D'une manière générale, l'intérêt de pratiquer systématiquement des examens non ciblés est discuté au sein de la communauté médicale.

L'évolution globale de l'état sanitaire et du suivi médical de la population peut légitimer, sous réserve de certaines conditions, un assouplissement du caractère annuel de la visite médicale.

Ce sont ces éléments qui conduisent, là où cela est possible, à assouplir - dans la limite maximale de deux ans - la fréquence des visites annuelles en contrepartie d'un renforcement de l'action du médecin sur le lieu de travail. De tels assouplissements sont entourés de garanties définies ci-après.

2.3 - Le champ des accords

En premier lieu, l'accord de modulation ne peut concerner les travailleurs soumis à surveillance médicale particulière, que ce soit au titre des risques spéciaux (arrêté du 11 juillet 1977), des caractéristiques propres aux travailleurs (handicapés, jeunes, femmes enceintes et mères d'enfants de moins de 2 ans, travailleurs venant de changer d'activité ou de migrer) ou en vertu des règlements fixant une surveillance médicale spécifique à certains agents et pris en application de l'article L 231-2. De plus, les travailleurs qui, n'appartenant pas aux catégories précitées, pourraient - en cas d'accord - voir espacer la fréquence de leur surveillance systématique peuvent toujours bénéficier d'un examen médical, à leur demande ou à l'initiative du médecin du travail.

2.4. - La forme de l'adaptation

En second lieu, il faut souligner que cette modulation ne peut intervenir qu'à la suite d'un accord collectif conclu conformément aux dispositions des articles L 132-19 à L 132-26 du code du travail. De par la loi, les dispositions ainsi convenues - sous le contrôle éventuel des tribunaux - sont équivalentes à celles du dispositif légal ou réglementaire qu'elles complètent ou auxquelles elles se substituent. En les appliquant, l'ensemble des partenaires sociaux et les médecins du travail se conforment parfaitement à la règle de droit.

Pour mémoire, de tels accords ne peuvent être conclus que dans des entreprises disposant d'une section syndicale. Peu d'entreprises de moins de 50 salariés sont dotées d'une telle instance, et toutes les entreprises de plus de 50 salariés normalement soumises à l'obligation de constituer une section syndicale, ne disposent pas d'un interlocuteur syndical.

Il faut ensuite que l'accord soit conclu avec des organisations syndicales représentatives au sens de l'article L 132-2. Si la représentativité peut s'apprécier au niveau de l'entreprise, cela exclut néanmoins l'hypothèse où un accord serait conclu avec une organisation constituée pour la circonstance.

Je rappelle que conformément aux dispositions de l'article L 132-26, une ou plusieurs organisations syndicales, non signataires de l'accord, peuvent s'opposer à son entrée en vigueur, à condition d'avoir recueilli les voix de plus de la moitié des électeurs inscrits lors des dernières élections au comité d'entreprise.

La signature d'un tel accord est, enfin, précédée de la consultation des médecins du travail concernés et le cas échéant du Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.

L'initiative de l'accord peut appartenir à chacune des parties appelées à le conclure et revient à elles seules. Ceci exclut, par exemple, que des services de médecine du travail prennent l'initiative de proposer par anticipation, et en l'absence d'accord dûment conclu, une quelconque modification des prestations dues pour l'application de la réglementation.

2.5. - La contrepartie

L'objet de ces adaptations doit constituer un redéploiement et non une réduction de l'activité du médecin.

En particulier, le calcul du temps médical demeure inchangé. C'est pourquoi une éventuelle diminution du temps consacré aux activités cliniques doit être compensée par une augmentation du temps que le médecin doit consacrer à ses activités en milieu de travail, tel qu'il se déduit des dispositions réglementaires (un tiers du temps médical de base conformément à l'article R 241-47) et non du temps qu'il pouvait effectivement y consacrer. Une telle convention ne peut donc être conclue que si les obligations prévues à l'article R. 241.47 sont satisfaites.

La compensation immédiate en termes de prévention exclut formellement que des allègements de cotisations puissent être proposés en arguant d'une réduction du nombre des examens médicaux.

La conclusion d'un accord d'entreprise ou d'établissement est en outre entourée des garanties offertes par la consultation du C.H.S.C.T., le cas échéant, et du ou des médecins du travail concernés, qu'il s'agisse des médecins du service d'entreprise ou des médecins du service interentreprises appelés à intervenir dans l'entreprise partie à l'accord.

Conformément aux dispositions relatives à la négociation collective, ces accords font l'objet, après signature, d'un dépôt auprès de la direction départementale du travail et de l'emploi, qui, en l'espèce, en transmettra un exemplaire à la direction régionale.

J'ajoute enfin que les services d'inspection du travail peuvent être amenés à jouer un rôle de conseil lors de l'élaboration de tels accords. J'attache le plus grand prix à ce que vous veillez à ce qu'il soit répondu à de telles demandes, étant donné la relative complexité de la réglementation en cause.

•

•

•

Je vous demande de me tenir informé, sous le présent timbre, de toutes les mesures que vous aurez prises pour assurer le suivi de ce décret, et particulièrement de ses dispositions relatives aux expérimentations, ainsi que des difficultés que vous pourriez rencontrer.

Pour le Ministre et par délégation,
Le maître des requêtes au Conseil d'Etat,
Directeur des relations du travail

Olivier DUTHEILLET DE LAMOTHE

.../...