

BULLETIN OFFICIEL DES ARMÉES



Édition Chronologique n° 54 du 10 décembre 2013

PARTIE PERMANENTE
État-Major des Armées (EMA)

Texte 1

CIRCULAIRE N° 500820/DEF/DCSSA/PC/MP

relative à l'application du dispositif mis en place pour la médecine de prévention du personnel civil et militaire au ministère de la défense.

Du 1er juillet 2013

DIRECTION CENTRALE DU SERVICE DE SANTÉ DES ARMÉES : *sous-direction « plans-capacités ».*

CIRCULAIRE N° 500820/DEF/DCSSA/PC/MP relative à l'application du dispositif mis en place pour la médecine de prévention du personnel civil et militaire au ministère de la défense.

Du 1^{er} juillet 2013

NOR D E F E 1 3 5 1 7 2 4 C

Références :

Décret n° 82-453 du 28 mai 1982 (n.i. BO ; JO du 30 mai 1982, p. 1737) modifié.
Décret n° 86-442 du 14 mars 1986 (BOC, p. 2044 ; BOEM 111.2.4.1, 350.7.2) modifié.
Décret n° 2002-194 du 11 février 2002 (n.i. BO ; JO n° 40 du 16 février 2002, p. 3040, texte n° 18).
Décret n° 2012-422 du 29 mars 2012 (JO n° 77 du 30 mars 2012, texte n° 16 ; signalé au BOC 29/2012 ; BOEM 111.2.3.3, 126.1, 405.1.2.4.1, 508.3.2.2).
Arrêté du 9 novembre 2012 (JO n° 276 du 27 novembre 2012, texte n° 7 ; signalé au BOC 11/2013 ; BOEM 110.3.1.3, 112.2.2, 113.3, 114.2.1, 620-0.1.1, 650.1).
Arrêté du 20 décembre 2012 (JO n° 15 du 18 janvier 2013, texte n° 38 ; signalé au BOC 19/2013 ; BOEM 620-4.1.1).
Arrêté du 23 janvier 2013 (JO n° 46 du 23 février 2013, texte n° 24 ; signalé au BOC 22/2013 ; BOEM 628.2.1.1).
Arrêté du 30 avril 2013 (JO n° 111 du 15 mai 2013, texte n° 14 ; signalé au BOC 29/2013 ; BOEM 628.2.2).

Pièce(s) Jointe(s) :

Six annexes et un appendice.

Classement dans l'édition méthodique : BOEM 628.2

Référence de publication : BOC N°54 du 10 décembre 2013, texte 1.

SOMMAIRE

Préambule.

1. LE SERVICE DE MÉDECINE DE PRÉVENTION DU MINISTÈRE DE LA DÉFENSE AU PROFIT DU PERSONNEL CIVIL.

1.1. Organisation et fonctionnement.

1.1.1. L'échelon central.

1.1.2. La commission médico-technique.

1.1.3. L'échelon régional.

1.1.4. L'échelon local.

1.1.5. La pluridisciplinarité.

1.1.6. Outre-mer et à l'étranger.

1.2. Les personnels.

1.2.1. Les médecins de prévention.

1.2.2. Le personnel infirmier.

1.2.3. Le personnel de secrétariat.

1.2.4. Les autres acteurs de la prévention.

1.3. Mission du service de médecine de prévention du ministère de la défense.

1.3.1. L'action en milieu de travail.

1.3.2. La surveillance individuelle de l'état de santé des agents.

1.3.2.1. L'examen d'embauche.

1.3.2.2. Les examens périodiques.

1.3.2.3. La surveillance médicale renforcée.

1.3.2.4. Les examens de pré-reprise et de reprise.

1.3.2.4.1. L'examen de pré-reprise.

1.3.2.4.2. L'examen de reprise.

1.3.2.5. L'examen à la demande.

1.3.2.6. Les examens complémentaires.

1.3.2.7. Intervention du médecin de prévention dans le champ de la médecine « statutaire ».

1.3.3. Activités administratives.

1.3.3.1. La fiche d'aptitude.

1.3.3.2. Le dossier médical en santé au travail.

1.3.3.3. La fiche d'établissement.

1.3.3.4. L'attestation d'exposition.

1.3.3.5. Le rapport annuel des médecins de prévention.

1.4. Rôle des autorités d'emploi du personnel civil.

2. EXERCICE DE LA MÉDECINE DE PRÉVENTION AU PROFIT DES PERSONNELS MILITAIRES.

2.1. Organisation.

2.1.1. La direction centrale du service de santé des armées.

2.1.2. La direction régionale du service de santé des armées.

2.1.3. Les centres médicaux du service de santé des armées.

2.1.4. Dispositions particulières.

2.2. Fonctionnement.

2.2.1. La surveillance de l'état de santé en médecine de prévention.

2.2.2. Actions en milieu de travail.

2.2.3. Activités médico-administratives.

3. CONTRÔLE DE L'APPLICATION DE LA RÉGLEMENTATION EN MÉDECINE DE PRÉVENTION ET VOIE DE RECOURS.

3.1. Mission de contrôle.

3.2. Voie de recours.

ANNEXE(S)

ANNEXE I. RENSEIGNEMENTS DEVANT FIGURER SUR UNE ATTESTATION D'EXPOSITION.

ANNEXE II. MODÈLE DE FICHE D'ÉTABLISSEMENT.

ANNEXE III. CARACTÉRISTIQUES DE BASE DES LOCAUX DES CENTRES DE MÉDECINE DE PRÉVENTION DES ARMÉES.

ANNEXE IV. CONTRAT DE TRAVAIL D'UN MÉDECIN DE PRÉVENTION DU MINISTÈRE DE LA DÉFENSE.

ANNEXE V. CONTRAT DE TRAVAIL D'UNE INFIRMIÈRE DE PRÉVENTION DU MINISTÈRE DE LA DÉFENSE.

ANNEXE VI. FICHE TECHNIQUE. MISE EN PLACE DES ENTRETIENS INFIRMIERS EN SANTÉ AU TRAVAIL.

Préambule.

La loi du 11 octobre 1946 (A) a fait entrer dans les entreprises des médecins dont la mission n'était pas le soin mais la préservation de l'état de santé des salariés du fait des conditions de travail. Ces « médecins d'usine » devaient acquérir la connaissance du milieu de travail nécessaire à la détermination de l'aptitude, c'est-à-dire l'adéquation entre la santé des travailleurs et les caractéristiques d'un poste défini. Parallèlement, l'influence de la médecine légale était perceptible au travers de cette démarche d'aptitude devenue une condition intangible à l'établissement du contrat de travail mais aussi d'une vision assurancielle perceptible dans la prise en compte des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Rapidement cette focalisation sur la visite médicale, avec pour finalité la décision d'aptitude, a prévalu au détriment du tiers-temps.

Une nouvelle orientation de ce qui est devenu le tiers-temps apparaît avec la loi de modernisation sociale en 2002 qui fait participer les médecins du travail à la démarche d'évaluation des risques placée sous la

responsabilité des employeurs.

L'évolution de la démographie médicale et l'accroissement exponentiel des visites médicales n'ont pas permis d'obtenir l'effet escompté.

Désormais, c'est une véritable modernisation du dispositif qui est initiée par la loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 (B) et ses deux décrets d'application du 30 janvier 2012. Ces textes consacrent l'émergence de nouveaux métiers, revoient les surveillances médicales renforcées et prônent la mise en place de projets collectifs concertés dans un cadre contractuel pour le tiers-temps. C'est la fin d'une logique de moyens au profit d'une logique de résultats. Les entretiens infirmiers en santé au travail s'inscrivent dans cette dynamique de coopération entre professionnels de santé, sous l'autorité des médecins, et trouvent désormais leur assise réglementaire.

Parallèlement, un toilettage réglementaire est en cours au sein de la fonction publique d'État. Ce mouvement trouve son origine dans l'accord du 20 novembre 2009 (1) sur la santé et la sécurité au travail dans la fonction publique (2). Les évolutions annoncées n'ont vu que partiellement leur application dans le décret n° 82-453 du 28 mai 1982 (C) modifié, relatif à l'hygiène et la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique.

C'est pourquoi, soucieux de conserver l'initiative, fort d'une tradition historique fondée sur des activités industrielles, le ministère adopte dans les arrêtés du 23 janvier 2013 et du 30 avril 2013 cités en référence pris en application du décret n° 2012-422 du 29 mars 2012 une position avant gardiste, en transposant en grande partie la réforme de la médecine du travail figurant dans le Livre VI. du code du travail.

Désormais, la visite périodique n'est plus le compteur prioritaire de l'activité des médecins de prévention. Toutefois, si l'activité clinique orientée vers l'aptitude révèle un caractère prédictif faible, le rôle du médecin dans ses propositions d'aménagement ou d'adaptation de poste reste au cœur de la politique de santé sécurité en prenant en compte des considérations liées notamment à l'âge, à la résistance physique ou à l'état de santé physique et mentale des travailleurs.

L'évolution en cours est néanmoins un rééquilibrage des activités des médecins de prévention et un redéploiement du temps médical dans un cadre le plus souvent pluridisciplinaire, vers la prévention primaire aux côtés des autres préventeurs, tandis que l'activité clinique doit prioriser les actions au profit des populations fragiles ou exposées à des risques avérés, en particulier émergents.

Plus spécifiquement, la médecine de prévention des militaires, avec ses prolongements dans les opérations extérieures, mise en place depuis 1985 relève de la compétence exclusive des médecins des forces. Les prestations particulières en lien avec la médecine de prévention, font partie intégrante de l'exercice de la médecine d'armée, principe désormais inscrit dans le décret n° 2012-422 du 29 mars 2012.

Ainsi, au ministère de la défense coexistent deux organisations de la médecine de prévention. Pour les personnels civils, la mise en place d'un véritable service de médecine de prévention ministériel est conforme à l'accord du 20 novembre 2009 (1) (2) sur la santé sécurité au travail dans la fonction publique. Son mode centralisé, reprenant l'organisation fonctionnelle mise en place dès 2011, constitue un atout indéniable pour l'application du projet porté par l'arrêté du 23 janvier 2013. Pour les militaires, le renforcement de la supervision et des missions de conseil réalisées au profit des centres médicaux du service de santé des armées concrétise la nécessaire synergie entre les deux organisations tandis que la formation dispensée placée sous l'autorité pédagogique de l'école du Val-de-Grâce, garantit une harmonisation des pratiques et une lisibilité vis-à-vis des instances extérieures au ministère. La désignation de médecins référents en charge de la médecine de prévention dans les centres médicaux des armées et leurs antennes, identifie en outre les interlocuteurs privilégiés vis-à-vis de la population militaire qui demande légitimement à bénéficier en la matière de la même protection que le reste de la population.

Un site du service de médecine de prévention a été créé à l'initiative de la direction centrale du service de santé des armées au profit des professionnels de santé du ministère de la défense agissant dans le domaine de la santé au travail. Il permet la consultation des textes réglementaires, les recommandations de bonne pratique

en santé au travail ainsi que les actualités congrès.

Au final, il s'agit bien de saisir l'opportunité pour conduire une réforme qui doit permettre de mettre en place des démarches qualitatives au plus près des besoins et de répondre à la crise identitaire que traverse la médecine du travail avec ses conséquences en terme d'attractivité.

Enfin cette circulaire a aussi vocation à être remise aux médecins du travail exerçant dans le ministère au titre d'un marché de prestations de services avec des services de santé au travail de droit privé ou des associations de médecine de prévention.

1. LE SERVICE DE MÉDECINE DE PRÉVENTION DU MINISTÈRE DE LA DÉFENSE AU PROFIT DU PERSONNEL CIVIL.

1.1. Organisation et fonctionnement.

1.1.1. L'échelon central.

Un service ministériel de médecine de prévention, organisé sur un mode centralisé, est placé sous l'autorité du directeur central du service de santé des armées. Au sein de la direction centrale du service de santé il s'agit d'un service rattaché à l'adjoint emploi au directeur central du service de santé des armées.

Le service de médecine de prévention du ministère de la défense (SMPMD) est organisé au profit de l'ensemble du personnel civil relevant du ministère de la défense et affecté au sein du ministère, sauf exception soumise à décision de la direction centrale du service de santé des armées (DCSSA). En effet, les établissements publics, autres que ceux ayant un caractère industriel et commercial qui sont soumis au droit commun, relèvent des dispositions du décret n° 82-453 du 28 mai 1982 (C) cité en référence.

Un praticien qualifié en médecine du travail, du corps des médecins des armées, est désigné comme coordonnateur national de la médecine de prévention. À l'égard du service de médecine de prévention ministériel, il assure les attributions dévolues à un chef de service technique. Référent médical du ministère, il exerce les fonctions de conseiller en médecine de prévention, dans le domaine technique au profit de la direction des ressources humaines du ministère de la défense qui est en charge de la politique santé sécurité au ministère.

Il est chargé d'impulser et de coordonner les actions collectives relevant de la politique de santé sécurité au travail ministérielle. À ce titre il élabore et diffuse des directives fixant notamment les priorisations dans les actions en milieu de travail, sans s'immiscer dans les pratiques individuelles, lesquelles relèvent des bonnes pratiques médicales. Il doit néanmoins favoriser l'harmonie des pratiques médicales au sein du réseau de professionnels de santé qu'il dirige.

Toutes ces actions doivent impulser la conduite de projets concertés au sein du service de médecine de prévention du ministère. Elles s'exercent dans le respect de l'indépendance professionnelle des médecins de prévention dans leur activité médicale laquelle ne fait pas obstacle à leur subordination juridique vis-à-vis de l'administration. Ainsi, les médecins de prévention doivent respecter leurs obligations réglementaires et les modalités d'organisation fixées par le service de santé des armées mais aussi inscrire leur action dans le cadre des orientations ministérielles tournées vers des besoins identifiés qui contribuent à constituer un véritable projet de service.

Il désigne le médecin de prévention qui siège au comité d'hygiène, sécurité et des conditions du travail (CHSCT) de réseau.

Assurant ainsi la surveillance du fonctionnement dans une logique d'ensemble, le médecin coordonnateur national centralise et exploite les synthèses rédigées à partir des rapports annuels de l'ensemble des médecins du service de médecine de prévention.

Il présente annuellement à la commission centrale de prévention le bilan d'activité et de fonctionnement de ce service et des axes prioritaires pour l'année à venir.

Dans les domaines relevant de la gestion et de l'administration du SMPMD il s'assure, pour l'adjoint emploi de la DCSSA, des conditions du pilotage du service de médecine de prévention en lien avec les bureaux concernés de la DCSSA et de la gouvernance du dispositif dans une logique d'ensemble avec la direction des ressources humaines du ministère de la défense (DRH-MD) (voir annexes IV. et V.).

À ce titre, il peut réaliser des audits de fonctionnement administratif auprès des directions régionales du service de santé des armées.

La sous-direction plans-capacités de la DCSSA assure son soutien dans le domaine administratif.

Le médecin coordonnateur national est chargé d'établir les liens avec les médecins coordonnateurs des autres ministères. Il peut dans ce cadre organiser des actions de coopération dans le domaine de la médecine de prévention.

Il organise le fonctionnement de la commission médico-technique où il représente l'adjoint emploi de la direction centrale du service de santé des armées (DCSSA).

Tous les personnels civils et militaires affectés au sein du SMPMD doivent bénéficier d'un plan de développement professionnel continu.

Tous les personnels civils et militaires affectés au sein du service de médecine de prévention du ministère de la défense doivent bénéficier du développement professionnel continu. Pour les personnels civils, le service de médecine de prévention est responsable, en lien avec la DRH-MD et les instances concernés de la DCSSA, d'élaborer une politique nationale concernant certaines formations.

1.1.2. La commission médico-technique.

Constituée et réunie périodiquement par la DCSSA, cette instance est chargée de formuler des propositions ou des avis sur les projets relevant des domaines organisationnels et techniques. Elle est composée :

- du médecin coordonnateur national de la médecine de prévention ; il représente le directeur central du service de santé des armées ;
- d'un médecin de prévention désigné par la DCSSA comme président ; il est chargé de conduire le déroulement des séances ;
- de médecins de prévention en exercice au sein du service de médecine de prévention ;
- d'infirmiers du service de médecine de prévention ;
- d'acteurs administratifs et préventeurs techniques exerçant au sein du service de médecine de prévention ;
- de toute personne pouvant apporter son expertise, à la demande, sur décision conjointe du président et du médecin coordonnateur national.

L'ordre du jour est établi par le président en lien avec le médecin coordonnateur national. Le compte-rendu est rédigé par un médecin de prévention désigné par la DCSSA, sur proposition du président, pour assurer le secrétariat. Ce compte-rendu est adressé à l'adjoint emploi au directeur central du service de santé des armées qui en fait assurer la diffusion et à l'inspecteur de la médecine de prévention dans les armées.

La commission médico-technique se réunit au moins trois fois par an.

Lieu privilégié d'échanges professionnels, elle constitue un pivot pour promouvoir les actions collectives permettant la mise en œuvre des directives ministérielles mais aussi l'émergence d'études épidémiologiques, l'harmonisation des pratiques médicales ou la mise en place des entretiens infirmiers en santé au travail. Elle peut formuler des avis ou propositions sur les orientations organisationnelles. Elle peut planifier des axes de coopération avec d'autres ministères.

1.1.3. L'échelon régional.

Le service de médecine de prévention du ministère se décline en services régionaux placés sous l'autorité administrative des directeurs régionaux du service de santé des armées.

Chargé, en lien avec la DCSSA, du pilotage du service régional, le directeur régional propose à la DCSSA les évolutions nécessaires en personnels et matériel spécifique (annexe III.). Il s'assure de la qualité des infrastructures mises à disposition des médecins de prévention.

En matière de médecine de prévention, tout organisme du ministère de la défense employant du personnel civil du ministère et implanté sur la zone géographique de compétences d'une direction régionale du service de santé des armées (DRSSA), bénéficie du dispositif relevant de cette direction.

Il s'informe des besoins exprimés par les autorités dont relèvent les organismes bénéficiaires et peut en conséquence proposer d'adapter l'organisation du service régional en tenant compte des différentes possibilités offertes par l'article 39. du décret n° 2012-422 du 29 mars 2012.

Il désigne les médecins de prévention qui siègent au CHSCT d'administration centrale et de base de défense.

La DRSSA participe en liaison avec la direction des approvisionnements de produits de santé (DAPSA) à la passation des marchés avec les prestataires de services dans le domaine de la médecine du travail ou de la médecine de prévention. Ces prestataires interviennent en complément de l'ossature constituée par les médecins de prévention du ministère. Il peut s'agir de services de santé au travail régis par le Titre II. du Livre VI. de la quatrième partie du code du travail, de services de santé en agriculture ou d'associations à but non lucratif en médecine de prévention.

La DRSSA, en lien avec la DAPSA, s'assure également de la bonne gestion des facturations établies suite à la prescription des examens complémentaires par les médecins de prévention, pour les personnels civils, en rapport exclusif avec la médecine de prévention.

Pour assurer ces missions le directeur régional du service de santé des armées dispose d'un praticien des armées qualifié en médecine du travail. Ce praticien, dénommé conseiller et expert régional en médecine de prévention, est désigné par le directeur central du service de santé des armées. Il est choisi, sauf exception, parmi les médecins des armées affectés au sein du service régional.

Ce conseiller et expert régional en médecine de prévention exploite les rapports annuels adressés par les médecins de prévention civils et militaires en charge des personnels civils. Il établit une synthèse chiffrée et une analyse qualitative destinée au directeur régional, qui fait ressortir les évolutions perceptibles. Ces deux documents sont adressés au médecin coordonnateur national ainsi qu'à l'inspecteur de la médecine de prévention dans les armées.

Un personnel administratif, mis pour emploi à la DRSSA, assiste le conseiller et expert régional dans les domaines administratifs et de pilotage du service régional de médecine de prévention. Ce personnel exerce une action de surveillance et de suivi des activités administratives y compris lorsqu'elles sont exercées au sein des antennes par le personnel infirmier.

1.1.4. L'échelon local.

Le service régional de médecine de prévention est organisé autour d'un centre de médecine de prévention des armées (CMPA) qui comporte un site principal et des antennes. L'activité de cette architecture est complétée par des prestations réalisées dans les points de visite activés en tant que de besoin au sein des infrastructures des services prestataires précités ou des organismes bénéficiaires.

Le centre de médecine de prévention des armées est dirigé par un praticien qualifié en médecine du travail qui prend le titre de médecin-chef du CMPA. Il représente l'administration auprès des autres médecins de prévention et à ce titre il est le référent en matière d'application et d'organisation de la politique ministérielle

en santé au travail. Il est directement responsable devant le directeur régional de l'emploi de l'ensemble des personnels du CMPA. Ces fonctions ne lui permettent pas de contrôler en revanche l'activité, sur le plan strictement professionnel, des autres médecins de prévention.

Sauf exception, le médecin-chef du CMPA se voit confier les fonctions de conseiller et expert régional.

Lorsqu'un médecin de prévention est en charge d'une antenne du CMPA, il prend le nom de médecin responsable d'antenne et en assure le bon fonctionnement selon les directives du médecin-chef du CMPA.

Les autres médecins de prévention prennent le nom de médecins adjoints, qu'ils exercent au sein de la portion centrale ou des antennes du CMPA.

Le site principal et les antennes du CMPA sont organisés, lorsqu'ils emploient plusieurs médecins, sur le mode de la sectorisation géographique. Chaque secteur est placé sous la responsabilité d'un médecin de prévention. Il est nominativement désigné à cet effet par le médecin-chef du CMPA qui définit l'étendue de chaque secteur en tenant compte des effectifs et des établissements qui le composent.

L'indépendance professionnelle des médecins et des infirmiers leur garantit le choix et la mise en œuvre des actes techniques dans le respect des bonnes pratiques et dans le cadre des directives à caractère général élaborées par la direction centrale du service de santé des armées au titre de la politique santé sécurité au ministère.

La portion centrale et les antennes du CMPA sont organiquement décrites en organisation dans les centres médicaux des armées de proximité. L'ensemble du soutien spécialisé ou commun est assuré sous la responsabilité des commandants des centres médicaux des armées en lien avec le médecin-chef du CMPA. Selon les besoins exprimés par le médecin-chef du CMPA, les commandants des centres médicaux des armées formulent les demandes de prestations en matière de soutien commun au commandant de la base de défense, au chef du service parisien de soutien de l'administration centrale, aux états-majors, aux directions et aux services au regard de leurs attributions respectives. Les commandants de base de défense ou le chef du service parisien de soutien de l'administration centrale coordonnent la mise à disposition, par les organismes situés dans leur zone de ressort respective, des infrastructures nécessaires à l'accueil des centres médicaux de prévention des armées et de leurs antennes selon les référentiels en vigueur.

Toute difficulté dans ce domaine est soumise au directeur régional du service de santé des armées.

Par ailleurs, les situations d'isolement et de faible effectif en personnels civils de certains organismes, à titre transitoire, peuvent justifier qu'en l'absence de possibilité de recours à un médecin qualifié, les médecins des armées affectés dans les centres médicaux du service de santé des armées désignés comme médecins adjoints chargés de la médecine de prévention des militaires, contribuent au fonctionnement du SMPMD. Ils sont alors expressément désignés par le directeur régional du service de santé des armées compétent. Ces praticiens doivent bénéficier d'un tutorat de la part des médecins des armées qualifiés responsables du secteur de supervision de rattachement mis en place conformément à l'article 9. de l'arrêté du 23 janvier 2013.

1.1.5. La pluridisciplinarité.

Le service de médecine de prévention conduit des actions de santé au travail dans le but de préserver la santé physique et mentale des agents tout au long de leur parcours professionnel, en particulier, il met en œuvre les projets qui s'inscrivent dans les directives ministérielles.

Les actions identifiées dans ce cadre ou à l'issue de la commission médico-technique, peuvent nécessiter le recours à des compétences élargies nécessitant la mise en place d'un cadre pluridisciplinaire. Les groupes de travail ainsi constitués sont placés sous l'autorité d'un médecin de prévention responsable de projet. Le groupe peut se voir attribuer un domaine d'application national, régional ou local. La désignation du médecin de prévention appartient au médecin coordonnateur national, en liaison avec le ou les médecins chef du ou des CMPA concernés.

Le service de médecine de prévention peut faire appel à des experts ou organismes internes au service de santé des armées, notamment le service de protection radiologique des armées (SPRA), le centre d'épidémiologie et de santé publique des armées (CESPA) et le service médico psychologique des armées (SMPA). Des experts de l'institut de recherche biomédicale des armées (IRBA) peuvent également être sollicités et en tout premier lieu l'expert des risques électromagnétiques du service de santé des armées.

Également des organismes extérieurs au service de santé des armées mais appartenant au ministère de la défense, comme le laboratoire d'analyses de surveillance et d'expertise de la marine (LASEM) peut participer à ces démarches après accord de leurs autorités d'emploi et à la demande de la direction centrale du service de santé des armées.

Enfin l'existence de coopérations formalisées avec des institutionnels ou des services de pathologies professionnelles peuvent permettre de compléter la liste des experts mobilisables.

La commission médico-technique, organe de proposition et pivot de la démarche pluridisciplinaire au sein du service, participe dans tous les cas à l'analyse des besoins et à la hiérarchisation des priorités.

Ces actions programmées à vocation collective s'inscrivent dans la mission générale du service de médecine de prévention qui s'exerce en milieu de travail soit de manière circonstanciée, soit dans la mise en œuvre d'un projet de service sur plusieurs années.

Au sein du service de médecine de prévention, le binôme médecin infirmier constitue le premier échelon d'intervention en matière d'exercice pluridisciplinaire placé sous la responsabilité du médecin de prévention.

Lorsque les compétences internes de l'administration ne permettent pas de répondre à la demande, les organismes concernés du ministère, après évaluation du besoin en lien avec le médecin de prévention, étudient la possibilité de passer un marché ou une convention avec un organisme, association, consultant ou institutionnel extérieur.

1.1.6. Outre-mer et à l'étranger.

Pour les forces armées et les forces françaises, outre-mer et à l'étranger, le directeur interarmées du service de santé (DIASS) coordonne le fonctionnement et les actions dans le domaine de la médecine de prévention. Le DIASS propose à l'autorité hiérarchique une organisation de la médecine de prévention des personnels civils du ministère de la défense, assurée par des médecins sous contrat avec le ministère ou mis en place par des sociétés prestataires de droit privé ou des organismes de médecine de prévention, dans un cadre ministériel ou interministériel. Le financement des prestations exécutées par les prestataires de services ainsi que le financement des examens complémentaires prescrits au profit du personnel civil sont à la charge des autorités militaires locales compétentes.

En l'absence de direction interarmées du service de santé des armées, ces attributions sont réalisées par le commandant du centre interarmées.

Le personnel civil de recrutement local, qui bénéficie par conséquent d'un contrat de travail de droit privé, doit être suivi, sauf circonstances exceptionnelles requérant l'accord préalable de la DCSSA et l'avis motivé de l'autorité locale du service de santé, par les structures locales de médecine du travail. Le financement de ces prestations relève des autorités militaires locales ou des organismes employant ce personnel.

Le personnel civil relevant du ministère de la défense peut-être suivi en médecine de prévention, par un ou plusieurs médecins militaires désignés à cet effet par le DIASS dans le cas où ce personnel ne peut l'être par un ou plusieurs médecins qualifiés en médecine du travail.

Le médecin coordonnateur national exerce les fonctions de conseil et d'expertise au profit des directeurs interarmées du service de santé des armées et des conseillers santé mis en place en opérations extérieures ou à l'étranger.

1.2. Les personnels.

1.2.1. Les médecins de prévention.

Le médecin de prévention exerce un rôle de conseil vis-à-vis de l'employeur, des agents et des représentants du personnel, notamment sur :

- l'amélioration des conditions de vie et de travail dans les organismes ;
- l'adaptation des postes, des techniques et des rythmes de travail à la santé physique et mentale ;
- la protection des agents vis-à-vis de l'ensemble des risques professionnels, et notamment des accidents du travail et des maladies professionnelles ;
- l'hygiène générale des locaux de travail ;
- l'hygiène dans les services de restauration ;
- la prévention et l'éducation sanitaire en rapport avec l'activité professionnelle ;
- la construction ou les aménagements nouveaux ;
- les modifications apportées aux équipements ;
- la modification de l'organisation du travail.

À l'échelon local, les médecins de prévention sont chargés nominativement de la mise en œuvre de la médecine de prévention au bénéfice du personnel civil des organismes du ministère de la défense. Ces activités comprennent la surveillance de l'état de santé des agents et des actions sur le milieu professionnel. Ces dernières correspondent à au moins un tiers du temps dont dispose le médecin de prévention.

Le médecin de prévention peut confier au personnel infirmier certaines activités en particulier liées à la surveillance de l'état de santé des agents, sous sa responsabilité après autorisation de l'autorité administrative de tutelle, dans le cadre de protocoles écrits. Ces activités sont exercées dans la limite des compétences déterminées par les dispositions du code de la santé publique. L'organisation mise en place tient compte des recommandations de l'ordre national des médecins du 17 juin 2011 (voir annexe VI.).

Dans le cadre des actions sur le milieu travail, le médecin de prévention est amené à effectuer des visites des lieux de travail. À cet effet, il a libre accès aux lieux de travail. Au cours de ses activités en milieu de travail, il analyse les postes de travail, leurs exigences physiques et psychologiques ainsi que les rythmes de travail.

Dans le cadre de la surveillance de l'état de santé des agents, le médecin de prévention est seul habilité à proposer des mesures individuelles telles que changement ou adaptations de postes justifiées par des considérations relatives notamment à l'état de santé physique et mentale. Le médecin de prévention peut confier certaines activités, sous sa responsabilité, aux infirmiers ou aux autres membres de l'équipe pluridisciplinaire en milieu de travail, placés sous son autorité et qu'il coordonne.

Cette équipe pluridisciplinaire, réalise des actions sur le milieu travail, notamment les visites des lieux de travail, après si nécessaire autorisation spéciale, accordée, au cas par cas, par le chef d'organisme et dans les conditions permettant d'assurer la protection du secret de la défense nationale.

L'équipe pluridisciplinaire restreinte, constituée au minimum du médecin de prévention et d'un personnel infirmier, peut être renforcée par l'intervention d'experts du ministère de la défense ou de techniciens extérieurs. Ces derniers interviennent alors dans le cadre de conventions ou marchés de prestation de services passés par les organismes bénéficiaires, dans les domaines de la psychologie au travail ou de l'ergonomie par exemple. Les interventions doivent être formalisées dans leurs modalités d'exécution dans le document

contractuel.

Les médecins de prévention civils et militaires exercent leurs fonctions conformément aux règles déontologiques qui leur sont propres et sont astreints au secret professionnel. Ils assurent personnellement l'ensemble de leurs fonctions. Celles-ci sont exclusives de toutes autres fonctions dans les organismes dont ils ont la charge.

Lorsque la durée de l'absence d'un médecin de prévention excède trois mois, le remplacement peut être effectué par un interne en médecine du travail disposant du niveau d'études requis par l'article L. 4131-2. du code de la santé publique et, s'il s'agit d'un médecin civil, autorisé par le conseil départemental de l'ordre des médecins dans les conditions fixées par ce même article, sous réserve d'un agrément, dans les conditions prévues par l'article L. 632-5. du code de l'éducation. L'interne en médecine du travail peut être autorisé par la DCSSA à la demande de la DRSSA, à exercer dans l'attente de la prise de fonction d'un médecin de prévention sous réserve de satisfaire à ces conditions.

Le champ de compétence des médecins de prévention s'étend aux domaines se rapportant à :

- la détermination de l'aptitude médicale au poste de travail ;
- la surveillance régulière de l'état de santé du personnel surveillé ;
- le dépistage des maladies, qu'elles soient ou non d'origine professionnelle ;
- l'initiation et la réalisation d'enquêtes épidémiologiques en milieu de travail ;
- l'action de prévention, d'information et d'éducation sanitaire en rapport avec l'activité professionnelle ;
- le conseil au recrutement de personnel en situation de handicap.

L'action du médecin de prévention comprend également des activités médico-administratives axées en particulier sur la traçabilité des expositions.

La détermination des seuils d'activité par médecin de prévention, en équivalent temps plein, prend en considération les conditions particulières d'exercice, notamment :

- le nombre et la taille des organismes attribués au médecin de prévention ainsi que la nature de leurs activités ;
- les temps de déplacement nécessaires ;
- les activités exercées dans un cadre régional ou national en lien avec la médecine de prévention.

Pour une activité à temps complet consacrée à la médecine de prévention, le temps consacré aux activités en milieu travail comporte au moins cent cinquante demi-journées de travail effectif réparties de façon équilibrée sur l'année. Pour un médecin exerçant à temps incomplet la médecine de prévention, cette obligation est calculée au *pro rata* de son temps de travail. La répartition vis-à-vis des organismes dont il a la charge répond cependant à l'importance des risques rencontrés, dans une démarche qualitative et non purement quantitative comme par le passé.

1.2.2. Le personnel infirmier.

Le personnel infirmier recruté par la DCSSA en lien avec la DRH-MD est diplômé d'État ou a l'autorisation d'exercer sans limitation dans les conditions prévues par le code de la santé publique.

Il assiste le médecin de prévention dans l'ensemble de ses missions. Dans ce cadre, il participe notamment aux actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation pour la santé en relation avec les risques professionnels. Il exerce sous l'autorité du médecin de prévention auprès duquel il est affecté, qu'il s'agisse d'un médecin de l'administration ou d'un médecin prestataire. Il est astreint au secret professionnel.

Dans le respect des dispositions des articles R.4311-1 et suivants du code de la santé publique, l'infirmier exerce ses missions propres. Son activité peut être élargie par le médecin de prévention sur la base des protocoles mentionnés précédemment. La mise en place dans ce cas des entretiens infirmiers donnera lieu à la délivrance d'une attestation de suivi infirmier et ne comporte aucune mention relative à l'aptitude ou l'inaptitude médicale de l'agent.

Le personnel infirmier peut également selon les mêmes modalités effectuer des examens complémentaires et participer à des actions d'information collectives conçues en collaboration avec le médecin de prévention et validées par ce dernier.

Dans un secteur de médecine de prévention dont l'effectif est compris entre 500 et 1000 personnels civils, le nombre de personnel infirmier affecté est de 1. Il est majoré d'un infirmier supplémentaire par tranche entamée de 1000 agents. Lorsque le nombre de personnel infirmier calculé selon les normes ci-dessus le permet, l'horaire d'activités de chacun d'eux est réparti de façon telle qu'au moins un infirmier, soit toujours présent pendant les heures de travail normales du personnel du site d'implantation de l'antenne du CMPA. Lorsque des organismes à vocation industrielle sont concernés l'effectif en personnel infirmier peut être majoré.

Le rôle du personnel infirmier consiste notamment à :

- assurer l'entretien d'accueil des consultants, la préparation des visites médicales et veiller à la bonne marche de leur réalisation ;
- effectuer le recueil des paramètres biométriques permettant de concourir à la connaissance de l'état de santé du consultant ainsi que les données biologiques obtenues par des techniques de lecture instantanée ;
- participer à la réalisation de gestes techniques comme les prélèvements de sang par ponction veineuse, les injections destinées aux vaccinations et les enregistrements simples d'électrocardiogrammes, la réalisation d'explorations fonctionnelles et la pratique d'examens non vulnérant de dépistage des troubles sensoriels ;
- assurer, en l'absence de personnel de secrétariat, les tâches de secrétariat, tenir à jour les dossiers médicaux, les registres, les fiches et les statistiques réglementaires ;
- participer aux études de postes notamment dans les cas où des mesures d'astreintes biologiques (par exemple : fréquence cardiaque) sont mises en œuvre ;
- participer à la délivrance de soins d'urgence aux personnels malades ou blessés au cours de leur travail ;
- exécuter occasionnellement, avec l'autorisation écrite et nominative préalable du médecin prévention et de la DRSSA de rattachement, des soins courants prescrits par les médecins traitants. Ces soins ne peuvent être dispensés que sur présentation de l'ordonnance du médecin prescripteur, à titre gracieux, au profit du seul personnel relevant du ministère de la défense et pendant les heures normales de service. Dès lors que ces conditions sont respectées et hormis le cas où un infirmier commettrait une faute personnelle détachable du service, la responsabilité de l'État est seule engagée dans cette activité étrangère à la médecine de prévention mais tolérée dans l'intérêt du personnel et des organismes employeurs.

Les missions des personnels infirmiers peuvent être étendues, à la surveillance individuelle de l'état de santé des agents, à l'élaboration des fiches d'établissement et à la participation aux activités en milieu de travail dans les conditions suivantes :

- prioritairement dans les études de postes entrant dans les suites d'un problème de santé identifié notamment au décours d'une visite médicale. Ces études s'effectuent sous l'autorité du médecin de prévention et entrent dans le fonctionnement normal du binôme médecins/infirmiers constituant l'équipe pluridisciplinaire réduite. Rentre dans ce contexte la réalisation de biométrie, l'administration de questionnaires à visée clinique, la réalisation sur un poste donné d'une dosimétrie individuelle de bruit par exemple ;
- selon le cas dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire élargie avec d'autres préventeurs chacun dans son domaine de compétence, sous la coordination et l'autorité du médecin de prévention. Leur rôle ne doit pas se confondre avec celui des chargés de prévention des risques professionnels dans ces actions à visées majoritairement collectives dans lesquelles entrent les enquêtes et études épidémiologiques et les campagnes de biométries.

Le personnel infirmier bénéficie d'une formation initiale et continue qui peut être assurée dans le cadre d'une formation diplômante ou d'une formation organisée en interne au ministère de la défense. La formation diplômante est intégrée dans le cadre d'une politique nationale par la convention annuelle entre le service de santé des armées et la DRH-MD. La formation interne doit prioriser pour les années à venir la mise en place de la nouvelle coopération entre professionnels de santé dans tous ses aspects, mais plus particulièrement les entretiens infirmiers en santé au travail.

1.2.3. Le personnel de secrétariat.

Dans les limites de ses compétences, le personnel de secrétariat a pour rôle de seconder le médecin de prévention dans l'ensemble de ses activités. Dans ce cadre, ce personnel prépare les examens médicaux et exécute les tâches administratives comme la tenue à jour des dossiers médicaux, des registres, des fiches et des statistiques réglementaires. Il est dans ses fonctions astreint au secret professionnel.

L'affectation d'un personnel de secrétariat se justifie en l'absence de personnel infirmier ou si l'importance des effectifs suivis ou l'activité le nécessite. Un personnel de secrétariat peut assurer ses missions au profit d'un ou plusieurs médecins.

1.2.4. Les autres acteurs de la prévention.

Des personnels ayant une formation technique ou organisationnelle diplômante en matière de santé sécurité au travail, peuvent être recrutés au sein du service de médecine de prévention. Ils exercent alors au profit du niveau central, régional ou local leurs compétences dans le cadre pluridisciplinaire instauré au service de médecine de prévention du ministère. Ils sont placés sous l'autorité directe du médecin-chef du CMPA d'affectation.

1.3. Mission du service de médecine de prévention du ministère de la défense.

Le service de médecine de prévention du ministère a pour mission exclusive d'éviter toute altération de la santé physique et mentale des agents du fait du travail. Cette mission s'exerce par des actions en milieu de travail, la surveillance de l'état de santé tout au long du parcours professionnel des agents, des conseils aux chefs d'organismes, au personnel et à ses représentants, la formation et l'information et les actions de traçabilité ainsi que par la veille sanitaire.

1.3.1. L'action en milieu de travail.

Cette activité préventive, exercée au bénéfice collectif ou individuel des agents, a pour but de conduire ou de proposer des actions de prévention, de correction ou d'amélioration des conditions de travail. Elle est réalisée par le médecin de prévention au titre de ses missions propres ou par l'équipe pluridisciplinaire de santé au

travail constituée pour la circonstance et coordonnée dans tous les cas par le médecin de prévention.

Dans ce cadre, le médecin de prévention peut demander aux chefs d'organisme de réaliser ou faire réaliser en interne des prélèvements et des mesures aux fins d'analyse ainsi que de faire procéder à des analyses ou des mesures qu'il estime nécessaires par un organisme habilité.

Outre d'un droit de visite des lieux de travail, le médecin de prévention ou l'équipe pluridisciplinaire doivent pouvoir disposer :

- de l'information sur la nature et la composition des produits utilisés ainsi que sur leurs modalités d'emploi et l'information sur les résultats de toutes les mesures et analyses réalisées par le chef d'organisme ;
- du droit d'accès à tous les documents non nominatifs rendus obligatoires par les règles techniques de la quatrième partie du code du travail et par les dispositions réglementaires propres au ministère de la défense, ce droit s'exerçant dans des conditions garantissant le caractère confidentiel des données ainsi que la protection des informations relatives au secret de fabrication et procédés d'exploitation.

L'intervention sur les lieux du travail de l'équipe pluridisciplinaire requiert toutefois l'accord préalable du chef d'organisme car seul le médecin de prévention, a de par la réglementation, le libre accès aux lieux de travail.

Le médecin de prévention est en effet amené de par ses missions propres, à effectuer des visites des lieux de travail. Il bénéficie, à cette fin, d'une liberté d'accès aux locaux rentrant dans son champ de compétence. Il examine les postes de travail, détecte les situations présentant des risques professionnels particuliers et il est habilité en cas de dysfonctionnement à établir les signalements appropriés sous forme de rapports écrits diffusés au chef d'organisme.

Le médecin de prévention est obligatoirement consulté sur les projets de construction ou aménagement important des bâtiments administratifs et techniques.

Il est informé de la composition et de la nature des substances utilisées avant toute manipulation de produits dangereux.

Le médecin de prévention conseille le chef d'organisme qui est responsable de l'évaluation et de l'analyse du risque ainsi que de la mise en place des moyens de prévention. Les mesures de prévention comprennent des mesures de prévention primaire qui visent à la suppression des risques ou à leur réduction au niveau le plus bas possible assorties de mesures de protection technique collective et individuelle. Il participe si nécessaire à l'information et à la formation dans les cas prévus par la réglementation des salariés exposés.

Le médecin de prévention conseille le chef d'organisme responsable de l'élaboration du document unique d'évaluation des risques professionnels.

Le médecin contribue à la recherche de mesures susceptibles de prévenir les risques d'accident de travail et de service et en application de l'article 15. du décret n° 82-453 du 28 mai 1982 (C) modifié, le médecin de prévention est le conseiller de l'administration en ce qui concerne la protection des agents contre les risques d'accidents du travail ou de service ou de maladie professionnelle ou à caractère professionnel. Les chefs d'organisme informent donc dans les plus brefs délais, les médecins de prévention de chaque accident du travail et de service et de chaque maladie professionnelle ou contractée en service.

Le médecin de prévention peut à sa diligence effectuer une étude qui peut faire l'objet d'un rapport écrit au chef d'organisme, au CHSCT et le cas échéant à la commission consultative d'hygiène et de prévention des accidents (CCHPA).

Le médecin de prévention peut proposer des études épidémiologiques et participe à leur réalisation. Il informe le chef d'organisme de tout risque d'épidémie dans le respect du secret médical ainsi que le médecin-chef du CMPA.

Seul le médecin de prévention est membre de droit du CHSCT. Il ne peut donc pas se faire remplacer par un autre membre de l'équipe pluridisciplinaire. Lorsqu'une question inscrite à l'ordre du jour le justifie, sous réserve de l'accord du président et des représentants du personnel au CHSCT, il peut faire intervenir un ou plusieurs membres de l'équipe pluridisciplinaire en qualité d'expert. Cet accord doit avoir été inscrit à l'ordre du jour. Le médecin de prévention doit apporter à cette instance consultative des éléments d'information et de réflexion utiles à l'orientation de ses délibérations ; il peut proposer des actions ciblées. Il présente au CHSCT d'organisme son rapport annuel d'activité écrit.

Plusieurs types de CHSCT existent au ministère de la défense notamment :

- les CHSCT locaux et spéciaux pour lesquels le médecin de prévention compétent pour les organismes ou antennes d'organismes listés dans l'arrêté de création est membre de droit de l'instance ;
- les CHSCT de base de défense, le CHSCT d'administration centrale et les CHSCT de réseau pour lesquels le médecin de prévention compétent est désigné par le directeur régional du service de santé des armées sur proposition du médecin-chef du CMPA ;
- le CHSCT ministériel dénommé commission centrale de prévention pour lequel le coordonnateur national de la médecine de prévention du ministère de la défense est membre de droit.

Lorsqu'une enquête est conduite par le CHSCT à la suite d'un accident de travail ou de service ou d'une maladie professionnelle, le médecin de prévention peut participer à la délégation ou s'y faire représenter par un membre de l'équipe pluridisciplinaire avec l'accord du président.

Le médecin de prévention est associé aux actions de formation à l'hygiène et à la sécurité, ainsi qu'à la formation de secouristes en participant à l'enseignement délivré soit directement ou en déléguant à un personnel infirmier, soit en participant à l'élaboration du programme.

Le médecin de prévention peut, en fonction des impératifs, organiser ou participer à des campagnes d'information sur des sujets divers portant notamment sur des thèmes de campagnes nationales en santé publique mais également sur ceux spécifiques au milieu de travail dans lesquels le médecin exerce ses fonctions.

Le médecin de prévention peut proposer ou pratiquer un certain nombre de vaccinations dans le cadre de sa pratique quotidienne et dans un but exclusif de prévention des risques professionnels. On distinguera les vaccinations obligatoires en référence à une réglementation particulière et les vaccinations recommandées.

Conformément au décret n° 2004-635 du 30 juin 2004 (D) relatif à la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG et modifiant les articles R.3112-2 et R.3112-4 du code de la santé publique, les médecins de prévention assurent l'application des dispositions de l'article L.3112-1 à L.3112-5 du code de la santé publique. Également l'article L.3111-4 du code de la santé publique rend obligatoire un certain nombre de vaccinations pour les personnels des organismes de prévention ou de soins.

L'article R. 4423-2. du code du travail oblige le chef d'organisme à évaluer les risques notamment biologiques. Le médecin de prévention, après avoir participé à l'évaluation des risques et adressé ses conseils sur les moyens de prévention, se doit de donner une information claire et précise au chef d'organisme, aux agents exposés et au CHSCT, sur les avantages et les risques éventuels de chaque vaccination qu'il recommande.

Avec l'accord du directeur régional du service de santé des armées, autorité administrative du service régional de médecine de prévention, et de l'autorité d'emploi du personnel concerné, les médecins de prévention peuvent vacciner le personnel civil qui le souhaite. Chaque personnel reste néanmoins libre du choix de son médecin vaccinateur. Ces vaccinations sont alors consignées dans le dossier médical de prévention du personnel ainsi que dans le registre destiné à cet effet.

Il convient de rappeler que les vaccinations obligatoires pour certaines professions ou dans certaines conditions d'emploi sont à la charge du service de santé des armées (DRSSA). Elles peuvent alors être réalisées par les services de médecine de prévention. En effet, un médecin de prévention peut pratiquer lui-même ces vaccinations, mais dans des conditions précisées par la lettre circulaire de la direction générale du travail (DGT) du 26 avril 1998 relative à la pratique des vaccinations de travail par le médecin du travail.

Les vaccinations recommandées, sur la base des dispositions du code du travail, qui confèreraient une protection vis-à-vis d'un agent biologique présent au poste de travail peuvent également être prises en charge financièrement par la DRSSA de rattachement après avis du conseiller et expert régional en médecine de prévention au vu notamment d'une évaluation du risque et d'une analyse en terme de bénéfice-risque pour le personnel non immunisé susceptible d'être vacciné.

En revanche, les campagnes de vaccinations sans rapport direct avec les expositions professionnelles du personnel (vaccination antigrippale) ne sont pas prises en charge par le service de santé des armées. Le service de médecine de prévention peut participer à leur réalisation sous réserve de disposer du temps et des moyens nécessaires garantissant notamment l'assurance qualité de la chaîne de conservation des vaccins et des gestes techniques et, avec l'accord du directeur régional du service de santé des armées.

En cas de réalisation de gestes ou de soins d'urgence d'un personnel victime d'accident ou de malaise survenus sur les lieux et pendant les heures de travail, les constatations faites par le médecin ou par le personnel infirmier, doivent être inscrites sur un registre spécial, appelé « registre des constatations médicales » conforme à l'imprimé n° 628*/7.

Le médecin de prévention, en tenant compte des risques propres à chaque atelier ou service, conseille le chef de l'organisme employeur sur la composition et la répartition du matériel de premiers secours. Le chef de l'organisme employeur est responsable de la mise en place et de l'entretien de ces moyens. Il rédige avec l'aide du médecin de prévention un document officiel où sont consignées les mesures prises en cette matière en tenant compte du maillage sanitaire local, du nombre et de la répartition des secouristes et des modalités du transport sanitaire disponibles. Il tient ce document à la disposition des membres de l'inspection du travail dans les armées et de l'inspection de la médecine de prévention dans les armées.

Le service de médecine de prévention et les médecins de prévention participent à la veille sanitaire en lien avec les situations de travail, cela comprend :

- la participation aux programmes de santé publique ayant un rapport direct avec la prévention des risques professionnels ;
- la participation aux recherches, études et enquêtes en particulier à caractère épidémiologique qui portent sur l'évaluation des expositions professionnelles ou les conséquences en termes de morbidité de ces expositions.

1.3.2. La surveillance individuelle de l'état de santé des agents.

Le suivi de l'état de santé se fait lors de la visite médicale. L'examen médical, se définit comme l'ensemble des moyens mis en œuvre par le médecin de prévention, dans le cadre administratif de la visite médicale, afin de recueillir des informations sur la santé de l'agent et sur le lien entre sa santé et sa situation de travail. Cet examen permet à la fois de dégager des mesures individuelles appropriées et de recueillir des informations utiles pour l'action sur le milieu travail.

L'arrêté du 23 janvier 2013 prévoit en conséquence plusieurs types d'examens médicaux :

- l'examen d'embauche ;
- les examens périodiques ;

- les examens occasionnels à la demande de l'agent ou sur recommandation du médecin de prévention ;
- les examens de pré reprise et de reprise du travail ;
- les examens complémentaires.

À l'issue de chaque examen médical, le médecin de prévention établit une fiche médicale d'aptitude en trois exemplaires. Un exemplaire est remis à l'agent et un autre au chef d'organisme, qui le conserve pour pouvoir le présenter, à leur demande, à l'inspecteur du travail dans les armées et au médecin inspecteur de la médecine de prévention dans les armées. Le troisième exemplaire est inséré dans le dossier médical. L'examen médical donne lieu à un compte rendu porté au dossier médical en santé au travail.

À l'occasion des examens médicaux, le médecin de prévention informe les agents sur les modalités de surveillance médicale, les risques professionnels et les moyens de prévention collectifs et individuels à mettre en œuvre. Cette action ne doit pas être confondue ou venir en substitution à l'information réglementaire à charge du chef d'organisme ou de ses représentants.

1.3.2.1. L'examen d'embauche.

L'article 14. de l'arrêté 23 janvier 2013 précise qu'il a pour finalité :

- de s'assurer que le salarié est médicalement apte au poste de travail auquel le chef d'organisme envisage de l'affecter ;
- de proposer éventuellement les adaptations du poste ou l'affectation à d'autres postes ;
- de rechercher si l'agent n'est pas atteint d'une affection dangereuse pour les autres travailleurs ;
- d'informer les agents sur les risques des expositions au poste de travail et le suivi médical nécessaire ;
- de sensibiliser l'agent sur les moyens de prévention à mettre en œuvre.

L'article 16. de l'arrêté du 23 janvier 2013 prévoit une nouvelle visite médicale lorsque l'agent est appelé à occuper un emploi différent.

L'examen d'embauche ne doit pas être confondu avec l'examen d'entrée dans la fonction publique réalisé pour les fonctionnaires par un médecin agréé.

1.3.2.2. Les examens périodiques.

L'article 17. de l'arrêté du 23 janvier 2013 précise que les examens périodiques ont pour finalité de s'assurer du maintien de l'aptitude médicale au poste de travail et de dispenser l'information sur les expositions professionnelles actuelles ou passées.

Le principe général de la périodicité est de 24 mois pour les examens médicaux y compris pour les agents placés en surveillance médicale renforcée. Toutefois, « sous réserve d'assurer un suivi adéquat de la santé des agents », il est possible de moduler cette périodicité « lorsque sont mis en place des entretiens infirmiers protocolisés et des actions pluridisciplinaires et, lorsqu'elles existent, en tenant compte des recommandations de bonnes pratiques ». Le médecin de prévention peut aussi confier à l'interne en médecine du travail qu'il encadre, au titre de l'agrément donné par les agences régionales de santé conformément aux dispositions du code de l'éducation, au cours des examens médicaux, la recherche de symptômes ou de signes cliniques susceptibles d'être en lien avec une exposition professionnelle.

Pour mettre en place des entretiens infirmiers en santé au travail, le médecin de prévention doit préalablement le proposer à l'autorité administrative de tutelle dont il relève, la DRSSA. L'autorité administrative décide, après consultation du conseiller et expert régional en médecine de prévention et du médecin-chef du CMPA s'ils sont différents, de la suite à donner à la proposition du médecin de prévention.

Ces entretiens infirmiers interviennent alors de façon alternée avec les examens médicaux réalisés par le médecin de prévention. Cette organisation peut nécessiter la désignation par le médecin-chef du CMPA d'un personnel infirmier chargé de la coordination et des relations avec les services de santé au travail mettant en place cette disposition. Une organisation similaire peut être mise en place à la DCSSA auprès du médecin coordonnateur national.

Les agents qui ne relèvent pas de la surveillance médicale renforcée prévue à l'article 20. de l'arrêté du 23 janvier 2013 et qui n'auraient pas bénéficié de l'examen médical prévu aux articles 17. à 19. du dit arrêté font obligatoirement l'objet d'une visite médicale auprès d'un médecin de prévention tous les cinq ans. Ils fournissent à leur administration la preuve qu'ils ont satisfaits à cette obligation. À défaut, ils sont tenus de se soumettre à une visite médicale auprès du médecin de prévention en charge de leur organisme d'affectation, ou de mise pour emploi s'il est différent.

Les visites médicales périodiques peuvent donner lieu à des restrictions d'aptitude précisant par exemple une limitation de durée pour une composante du poste de travail. Dans ce cadre, à l'issue de la période ainsi déterminée, si le médecin a expressément mentionné sur la fiche d'aptitude la nécessité d'une nouvelle visite dans la continuité de la première, celle-ci doit être organisée par le chef d'organisme. Une nouvelle convocation est adressée à l'agent par le chef d'organisme. Cette visite et, si nécessaire, les suivantes lorsqu'elles s'inscrivent dans la même filiation, revêtent un caractère obligatoire pour l'agent.

1.3.2.3. La surveillance médicale renforcée.

Le décret n° 2012-135 du 30 janvier 2012 (E) a réformé en profondeur dans le code du travail le dispositif de surveillance médicale renforcée tant en ce qui concerne les salariés qui y sont soumis que la fréquence et la nature des examens qu'elle implique, afin de se mettre en cohérence avec l'évolution des connaissances scientifiques et médicales.

L'arrêté du 23 janvier 2013 reprend donc cette évolution dans son article 20. et établit la liste des catégories d'agents relevant depuis le 1^{er} juillet 2012 de la surveillance médicale renforcée :

- les agents de moins de 18 ans ;
- les agents réintégrés après un congé de longue maladie ou de longue durée ;
- les femmes enceintes ;
- les personnels en situation de handicap ;
- les agents souffrant de pathologies particulières, chroniques, pouvant avoir une incidence avec l'aptitude au poste de travail, sur détermination du médecin de prévention ;
- les agents exposés à l'amiante, aux rayonnements ionisants, au plomb dans les conditions prévues à l'article R. 4412-160. du code du travail, au risque hyperbare, au bruit dans les conditions prévues au 2^e de l'article R. 4434-7. du code du travail, aux vibrations dans les conditions prévues à l'article R. 4443-2. du code du travail, aux agents biologiques des groupes 3 et 4 et aux agents cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction de catégorie 1 et 2 (nouvelle 1A et 1B).

Des dispositions réglementaires particulières au ministère de la défense, prises en application de l'article 7. du décret du 29 mars 2012 cité en référence peuvent, le cas échéant, compléter cette liste. La périodicité des visites médicales peut être modifiée dans les conditions prévues au 1.3.2.2. sous réserve qu'un examen de « nature médicale » soit pratiqué tous les 24 mois. Par examen de nature médicale, on entend un examen qui

donne lieu à une prescription et une interprétation du médecin de prévention (examens radiologiques, plombémie, etc.). Cette intervention donne lieu ou non à l'établissement d'une décision d'aptitude mais dans tous les cas elle doit être reportée dans le dossier médical en santé au travail.

Les travailleurs exposés aux rayonnements ionisants, classé en catégorie A bénéficient d'un suivi de leur état de santé au moins une fois par an. Il en est de même des agents définis par le médecin de prévention en raison de leur état de santé ou de conditions d'exposition particulières mentionnées à l'article 21. de l'arrêté du 23 janvier 2013.

Cette modification du dispositif de surveillance médicale renforcée a conduit à l'abrogation par l'arrêté du 2 mai 2012 (F) des nombreux arrêtés précisant les modalités du suivi médical pour certains risques professionnels et de l'arrêté du 11 juillet 1977 (G) modifié, fixant la liste des travaux nécessitant une surveillance médicale spéciale.

Lorsque des entretiens infirmiers en santé au travail sont mis en place, ils présentent un caractère obligatoire pour les agents, sauf si l'agent demande à effectuer la visite correspondante auprès du médecin de prévention.

1.3.2.4. Les examens de pré-reprise et de reprise.

Ces examens ont pour objectif principal de favoriser le maintien dans l'emploi en identifiant les aménagements et adaptations de poste nécessaires ou la recherche d'un autre poste.

1.3.2.4.1. L'examen de pré-reprise.

Un examen de pré-reprise est organisé pour les agents lorsqu'une modification de l'aptitude est prévisible en particulier lorsqu'ils ont été placés en congé pour maladie d'une durée de plus de trois mois. Cette visite est à l'initiative du médecin traitant, du médecin conseil ou de l'agent. C'est le service de médecine de prévention qui convoque, en lien avec le chef d'organisme, pour ce qui est des informations administratives nécessaires à l'organisation de cette convocation.

Le médecin de prévention peut recommander au cours de l'examen :

- des aménagements et adaptations du poste de travail ;
- des préconisations de reclassement ;
- des formations professionnelles à organiser afin de faciliter le reclassement ou la réorientation professionnelle.

Ces recommandations doivent permettre au chef d'organisme d'anticiper la recherche de reclassement lorsque l'état de santé ne permettra sans doute plus de reprendre son poste. Cependant, aucun avis d'aptitude ou d'inaptitude ne peut être délivré par le médecin de prévention à l'issue. Il informe seulement le chef d'organisme et le médecin-conseil si celui-ci est à l'origine de la demande, de ses recommandations afin que toutes les mesures soient mises en œuvre, avec l'accord de l'agent qui peut s'opposer à cette information. Cette démarche sera impérativement reportée sur le dossier médical de l'intéressé dans tous les cas.

Dans la démarche globale de retour à l'emploi, le médecin de prévention avec l'accord de l'agent s'appuiera sur le réseau handicap dans le cadre de la vie professionnelle de l'agent (aménagement de poste, formation adaptée, bilan de compétences, information sur les démarches administratives, etc.) et de façon élargie au service des ressources humaines auquel est rattaché chaque correspondant handicap. Le médecin de prévention pourra s'appuyer également sur l'échelon social.

1.3.2.4.2. L'examen de reprise.

L'examen de reprise s'adresse :

- aux femmes après le congé maternité ;
- aux agents après une absence pour cause de maladie professionnelle ;
- aux agents après une absence d'au moins 30 jours calendaires pour cause d'accident de travail, de maladie ou d'accident non professionnel.

Cet examen doit permettre de :

- délivrer l'avis d'aptitude médicale à reprendre le poste de travail ;
- préconiser l'aménagement, l'adaptation du poste ou le reclassement ;
- examiner la suite donnée aux propositions d'aménagement, d'adaptation du poste ou de reclassement par le chef d'organisme à la suite des préconisations émises par le médecin du travail lors de la visite de pré-reprise.

Dès que le chef d'organisme a connaissance de la date de la fin de l'arrêt de travail, il propose par écrit cette visite à l'agent concerné. L'examen de reprise est organisé si possible dans un délai de 8 jours à compter du moment où l'agent a fait connaître son acceptation ou son refus par écrit. La visite prend dès lors un caractère obligatoire. La dimension protectrice de la santé, finalité première de cette démarche, par la mise en place si nécessaire d'adaptation de poste doit être soulignée auprès des agents concernés.

1.3.2.5. L'examen à la demande.

L'examen de reprise en cas d'absences répétées pour raisons de santé est supprimé. L'examen médical à la demande de l'agent ou sur recommandation du médecin peut permettre de réviser l'aptitude de l'agent mais aussi de mettre en place des mesures, si nécessaire, d'adaptation de poste protectrices vis-à-vis de la santé des agents.

L'agent peut ainsi bénéficier à tout moment d'un examen médical par le médecin de prévention. Cette démarche ne peut donner lieu à une sanction de la part du chef d'organisme.

Dans les situations comportant un danger pour l'agent ou pour un tiers, le chef d'organisme devra tenir compte de ces situations en cas de refus de l'agent de se rendre à la visite médicale recommandée après convocation adressée par le chef d'organisme.

1.3.2.6. Les examens complémentaires.

Il s'agit d'examens de nature variée, réalisés au sein des CMPA ou à l'extérieur et nécessaires :

- à la détermination de l'aptitude médicale au poste de travail, notamment au dépistage des affections comportant une contre-indication à ce poste de travail ou constituant une situation potentielle de danger pour l'intéressé en lien avec les caractéristiques du poste ;
- au dépistage d'une maladie professionnelle ou à caractère professionnel susceptible d'être en lien avec l'activité professionnelle ;
- au dépistage des maladies dangereuses pour l'entourage.

La prise en charge financière est assumée par le service de santé des armées (DRSSA et DAPSA).

Ces examens sont réalisés dans des conditions garantissant le respect de leur anonymat (code du travail, article R. 4624-26. dernier alinéa). La DRSSA est donc informée de la réalisation des examens complémentaires. Cette autorité administrative ne doit pas pour autant connaître le nom des agents concernés.

1.3.2.7. Intervention du médecin de prévention dans le champ de la médecine « statutaire ».

Cette intervention figure dans les dispositions du décret n° 86-442 du 14 mars 1986 modifié, relatif à la désignation des médecins agréés, à l'organisation des comités médicaux et des commissions de réforme, aux conditions d'aptitude physique pour l'admission aux emplois publics et au régime de congés de maladie des fonctionnaires (article 18., 26., 32., 34. et 43.).

Le médecin de prévention est amené à jouer un rôle consultatif sous la forme d'avis ou d'observations écrites. Le médecin de prévention n'a pas en revanche vocation à être membre des instances constituées en vertu des articles 18., 26., 32., 34. et 43. du décret n° 86-442 du 14 mars 1986 modifié, vis-à-vis desquelles il pourrait être amené à formuler des avis.

Le médecin agréé vérifie l'aptitude à l'exercice d'un emploi public, le médecin de prévention vérifie la compatibilité de l'état de santé de l'agent avec les conditions de travail liées au poste occupé par cet agent. Ainsi lors de l'entrée d'un fonctionnaire dans l'administration, les deux visites doivent être réalisées.

1.3.3. Activités administratives.

1.3.3.1. La fiche d'aptitude.

Seul le médecin de prévention est compétent pour constater l'aptitude ou l'inaptitude d'un agent au poste de travail et donc pour délivrer, à l'issue de chacun des examens, sauf pour la visite de pré-reprise, une fiche médicale d'aptitude.

Cette fiche indique la nature de l'examen médical, si l'agent est à l'initiative de cet examen, la date de l'examen, les conclusions sur l'aptitude, l'inaptitude au poste de travail ou les contre-indications éventuelles pour les risques relevant d'une surveillance médicale renforcée (SMR) ainsi que les voies de recours en cas de contestation par le chef d'organisme ou l'agent.

La procédure décrite dans le code du travail en matière d'inaptitude doit être observée. Le médecin de prévention doit réaliser une étude du poste et des conditions de travail ainsi que deux examens médicaux espacés de deux semaines accompagnés, le cas échéant des examens complémentaires. Il est toutefois désormais possible de délivrer un avis d'inaptitude en une seule visite quand il y a eu une visite de pré-reprise dans un délai de 30 jours calendaires au plus ou en cas d'urgence lorsque le maintien de l'agent à son poste entraîne un danger immédiat pour sa santé ou sa sécurité ou celle des tiers. Dans ces deux hypothèses, le médecin doit néanmoins réaliser une étude du poste et des conditions de travail.

La fiche d'aptitude établie par le médecin de prévention est réputée valide tant qu'un autre examen réalisé par un médecin de prévention n'a pas été réalisé dans la limite de la périodicité particulière aux surveillances médicales renforcées ou relevant du cadre général de la visite médicale périodique.

1.3.3.2. Le dossier médical en santé au travail.

L'article 28-2. du décret n° 82-453 du 28 mai 1982 (C) modifié, crée le dossier médical de santé au travail dans la fonction publique de l'État.

Cet article indique qu'« un dossier médical en santé au travail est constitué par le médecin de prévention dans les conditions prévues à l'article L. 4624-2. du code du travail ». Le médecin de prévention retrace dans le respect des dispositions prévues aux articles L. 1110-4 et L. 1111-7 du code de la santé publique des informations relatives à l'état de santé de l'agent ainsi que les avis des différentes instances médicales formulées dans le cadre de l'application de l'article 63. de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 modifiée.

Cette modification réglementaire est en application de l'article L. 4624-2. du code du travail donne une valeur législative au dossier médical en santé au travail. Le dossier médical en santé au travail retrace au minimum les informations relatives à l'état de santé du travailleur, les expositions auxquelles il a été soumis ainsi que les avis du médecin du travail.

Cette mesure s'inscrit aussi dans la continuité des dispositions de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé en particulier pour ce qui concerne l'accès des intéressés à l'information médicale.

Ainsi la première visite médicale donne lieu à la constitution d'un dossier médical en santé au travail, complété à chaque visite médicale par le médecin de prévention. Le dossier médical est conservé au sein du service médical, dans une armoire fermée à clef. Parallèlement, une attention spéciale doit être portée à la sécurité informatique.

Dans l'attente d'un modèle réglementaire, autre que celui en vigueur au ministère de la défense (imprimé n° 628*/6), qui doit être établi par un arrêté conjoint des ministères chargés du travail et de la fonction publique, les grands principes qui régissent la tenue du dossier médical en santé au travail doivent s'inspirer des recommandations de bonnes pratiques publiées par la haute autorité de santé (HAS) en janvier 2009. On retiendra en particulier le report des documents de traçabilité des expositions professionnelles, individuels ou collectifs (non nominatifs) les informations et conseils de prévention délivrés, les propositions concernant le poste de travail. Tous les éléments permettant de caractériser les expositions prendront toute leur importance pour établir le volet médical des attestations d'exposition ou en cas de déclaration de maladie professionnelle ou en service.

Concernant les règles de transmission, le code de la santé (article L. 1111-7) prévoit la transmission « à la personne » de l'ensemble des informations formalisées concernant sa santé « à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers ». Également, les notes personnelles du médecin, qui ne sont pas destinées à être conservées, ne sont pas transmissibles ni accessibles au patient et aux tiers, comme le précise l'article R. 4125-45 du code de la santé publique.

Dans ce domaine, l'organisation au ministère de la défense instaure un service de médecine de prévention ministériel, centralisé, sur le même mode qu'un service de santé au travail. Cette situation conduit à appliquer les mêmes règles en matière de transmission des dossiers médicaux en santé au travail.

En conséquence, il convient de rappeler les conclusions du rapport adopté par le conseil national de l'ordre des médecins lors de la session de janvier 2003. Le dossier « peut être transmis, au médecin inspecteur régional du travail ou, à la demande du salarié, au médecin de son choix. Il peut l'être aussi, sauf refus du travailleur, à un autre médecin du travail, dans le cas de la continuité de la prise en charge par les services de santé au travail ». À cet égard, l'HAS précise que « le transfert d'un dossier médical ne peut se faire sans que le patient (en l'espèce le salarié ou l'agent) en soit préalablement averti, lui laissant ainsi la possibilité de pouvoir s'y opposer ». Il y a en effet dans le cas de la transmission au sein d'un même service de santé au travail assimilation à une succession.

En pratique sauf rare cas où la mutation est connue lors de la visite médicale réglementaire réalisée par le médecin en charge de l'organisme d'affectation d'origine, il revient au médecin d'accueil, en possession du dossier médical cacheté, au début de la première visite médicale passée dans l'organisme de nouvelle affectation, de s'assurer verbalement de l'absence d'opposition. La mention de l'accord de l'agent sera portée et datée sur le dossier médical tandis qu'en cas d'opposition un certificat portant mention du refus sera conservé dans le service médical, le DMST restera cacheté, mis en attente, un nouveau DMST sera ouvert.

Après 5 ans de conservation, les dossiers médicaux de prévention du personnel civil rayés des contrôles sont adressés sous pli confidentiel médical au service du personnel de l'organisme d'emploi pour être joints au dossier individuel. L'ensemble ainsi constitué sera adressé pour archivage au centre des archives de l'armement et du personnel (CAAP) de Châtellerault (200, Grand'rue de Châteauneuf - BP 650 - 86106 Châtellerault).

Les marchés publics passés avec les prestataires civils de médecine du travail doivent prévoir des clauses permettant de satisfaire ces conditions d'archivage. La gestion des dossiers médicaux de prévention doit s'accompagner dans tous les cas d'une traçabilité adéquate permettant de connaître avec précision leur devenir.

1.3.3.3. La fiche d'établissement.

Cette fiche constitue un élément de la mise en œuvre d'une démarche de prévention pour aider le chef d'organisme dans l'identification et l'évaluation des risques présents dans son établissement.

Élaborée par le médecin de prévention ou par délégation ⁽³⁾ par le personnel infirmier ou par un autre préventeur faisant parti de l'équipe pluridisciplinaire, la fiche d'établissement consigne les risques professionnels et les effectifs des agents qui sont exposés. Elle est obligatoire pour tous les organismes, quel que soit leur effectif. Elle est tenue à la disposition de l'inspection du travail dans les armées. Cette fiche constitue non seulement un instrument de repérage des risques professionnels et des populations concernées mais doit s'articuler avec le document unique d'évaluation des risques, réalisé par le chef d'organisme.

La fiche d'établissement est communiquée au chef d'organisme et au CHSCT concerné.

L'exemplaire conservé au sein du service de médecine de prévention doit pouvoir évoluer vers la constitution pour les organismes dont la taille et l'activité le justifient, d'un véritable dossier d'entreprise. Cette mesure prend toute son importance en période de restructuration. Ainsi seraient collationnés en un seul dossier tous les éléments permettant de tracer l'activité et l'exposition au sein d'une structure homogène et de faire face par exemple aux difficultés dans le temps liées aux restructurations.

1.3.3.4. L'attestation d'exposition.

L'établissement de ce document est une action fondamentale dans le parcours professionnel des agents et s'inscrit dans le dispositif des fiches emploi-nuisances propre au ministère de la défense qui intègre les dispositions relatives aux fiches de sécurité et fiches de prévention des expositions (amiante, rayonnement ionisants, hyperbarie) ainsi que les évolutions du code du travail dans l'application des textes relatifs à la pénibilité (article D. 4121-6. du code du travail). Tous ces documents sont impérativement archivés dans le dossier médical en santé au travail et contribueront à permettre au médecin de prévention de remplir le volet médical de l'attestation d'exposition (voir annexe I.).

1.3.3.5. Le rapport annuel des médecins de prévention.

Le rapport annuel des médecins de prévention recense :

- les surveillances médicales renforcées en lien avec des situations de santé individuelle ;
- les surveillances médicales renforcées en lien avec les expositions professionnelles en application du code du travail ;
- certaines expositions peuvent être individualisées notamment en raison de l'existence de textes d'application particuliers (bois, silice par exemple) ;
- les facteurs de risques ne figurant pas dans les rubriques précédentes mais entrant dans le dispositif issu de l'article D. 4121-5. du code du travail et qui renvoient à « fiche de prévention des expositions » objet de la note n° 310326/DEF/SGA/DRH-MD/SRHC/RSSF du 29 mars 2012 ⁽¹⁾ complétant le dispositif fiche d'emploi et de nuisances (FEN) du ministère ;
- les emplois ne rentrant pas dans les rubriques précédentes sont quantitativement et globalement recensés.

1.4. Rôle des autorités d'emploi du personnel civil.

Le chef d'organisme est chargé de l'organisation de la surveillance médicale de son personnel. Cela comprend essentiellement la gestion des convocations, le suivi des visites médicales et l'organisation des déplacements afférents ou induits par la réalisation d'examens ou de consultations complémentaires.

Toute facilité doit être accordée par le chef d'organisme pour permettre aux agents de bénéficier de l'ensemble des visites et examens complémentaires objet de l'arrêté du 23 janvier 2013.

Une autorisation d'absence rémunérée est accordée aux agents à cet effet. La durée de cette autorisation comprend la durée prévisible des visites et examens ainsi que les délais de route.

Les agents convoqués sont indemnisés de leurs frais de déplacement et de séjour dans les conditions fixées par le décret n° 2006-781 du 3 juillet 2006 modifié, fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements temporaires des personnels civils de l'État.

Le chef d'organisme doit proposer la visite de reprise prévue à l'article 23. de l'arrêté du 23 janvier 2013 à tout agent entrant dans le cadre de cet article. Dès que l'agent a fait connaître sa décision, le chef d'organisme procède à la convocation selon les modalités arrêtées en concertation avec le médecin de prévention, la visite devant préférentiellement avoir alors lieu dans les 8 jours.

Lorsqu'un médecin de prévention a constaté dans le cadre des actions en milieu de travail l'existence d'un risque ou d'un dysfonctionnement grave pour la santé et qu'il l'a signalé par écrit au chef de l'organisme, avec le cas échéant des propositions motivées permettant de corriger la situation constatée, ce dernier doit faire connaître par écrit au médecin de prévention, les motifs qui s'opposent à ce qu'une suite favorable y soit donnée. Il en va de même pour les propositions individuelles de changement ou d'adaptation de poste formulées par le médecin de prévention sur les fiches d'aptitude. Rappelons que l'article R. 4624-6. du code du travail prévoit plus spécifiquement que l'employeur doit prendre en considération les avis formulés par le médecin du travail concernant l'application des dispositions relatives à l'emploi des travailleurs handicapés.

Les demandes d'expertise ou de prélèvement et mesure en milieu de travail demandées par le médecin de prévention au chef d'organisme, en application de l'article 45. du décret du 29 mars 2012 cité en référence, sont exprimées par ce dernier auprès du commandant de la base de défense, du chef du service parisien de soutien de l'administration centrale, des états-majors, directions et services au regard de leurs attributions respectives en application de l'article 6. de l'arrêté du 9 août 2012 fixant les modalités particulières d'organisation de la prévention des risques professionnels au ministère de la défense.

Le chef d'organisme doit informer le médecin de prévention :

- de chaque accident de travail ou de service ;
- de chaque maladie professionnelle ou à caractère professionnel ;
- de tout changement entraînant une modification des conditions de travail.

Il est également tenu de lui communiquer les fiches de données de sécurité relatives aux produits utilisés, prévue par l'article R. 4411-73. du code du travail (code du travail, article R. 4624-4.) ainsi que les fiches emploi-nuisances mises en place par le ministère complétées si nécessaire par des fiches d'expositions particulières, conformément aux dispositions de l'instruction n° 303747/DEF/SGA/DFP/PER/5 du 17 décembre 2001 modifiée. Le médecin de prévention peut être amené à adresser en retour ses observations motivées.

Le médecin de prévention doit communiquer aux chefs d'organismes concernés les rapports et résultats des études qu'il a pu mener (code du travail, article R. 4624-8.). Il revient alors au chef d'organisme de porter ces rapports et résultats à la connaissance du CHSCT compétent.

La fiche d'aptitude établie par le médecin de prévention est réputée valide tant qu'un autre examen réalisé par un médecin de prévention n'a pas été réalisé dans la limite des périodicités et modalités réglementaires.

2. EXERCICE DE LA MÉDECINE DE PRÉVENTION AU PROFIT DES PERSONNELS MILITAIRES.

Depuis 1985, la médecine de prévention est étendue aux militaires. Le décret n° 2012-422 du 29 mars 2012 marque une nouvelle étape et consacre le principe de l'unicité de l'exercice de la médecine d'armée qui relève de la compétence exclusive des médecins des armées. La médecine de prévention est donc une prestation supplémentaire intégrée à l'exercice de la médecine d'armée.

Parallèlement, en raison des différences d'emploi et de l'existence de règles d'aptitudes relevant de la médecine statutaire, la transposition de toutes les règles techniques de la médecine du travail implique des adaptations.

Le décret n° 2012-422 du 29 mars 2012 définit les militaires concernés comme ceux exerçant des activités de même nature que celles confiées au personnel civil. La notion de « conditions identiques » qui figurait dans le décret n° 85-755 du 19 juillet 1985 (H) relatif à l'hygiène, à la sécurité du travail et à la prévention au ministère de la défense a disparu. Le champ d'application est donc étendu à certaines situations en opérations extérieures ou au cours des missions intérieures. De même si les surveillances médicales renforcées renvoient à des règles identifiées, l'action de la médecine de prévention peut concerner aussi un périmètre plus large en lien avec des situations en milieu de travail comme la prévention des risques psychosociaux.

Les situations en lien avec les activités à caractère opérationnel ou d'entraînement au combat font l'objet de dispositions particulières, si nécessaire, élaborées en lien avec l'état-major des armées.

2.1. Organisation.

Une chaîne technique et hiérarchique spécifique est en charge de l'organisation et de la surveillance du fonctionnement de la médecine de prévention au profit des personnels militaires. Elle comporte les échelons décrits ci-après.

2.1.1. *La direction centrale du service de santé des armées.*

Au niveau de la direction centrale du service de santé des armées, le bureau médecine d'armée de la sous-direction « plans capacités », bénéficie du conseil technique et de l'expertise du coordonnateur national de la médecine de prévention du ministère. Ce praticien réalise également la synthèse globale des rapports annuels transmis par les directions régionales ou interarmées, en métropole et outre-mer, du service de santé des armées. Cette synthèse chiffrée est adressée à l'inspecteur de la médecine de prévention dans les armées et pour ce qui concerne les militaires, au bureau médecine d'armée de la DCSSA.

Le médecin coordonnateur national exerce également des fonctions de conseil et d'expertise au profit des directeurs interarmées du service de santé des armées outre-mer et des commandants du service de santé mis en place en opérations extérieures à la demande du bureau médecine d'armée de la DCSSA.

Il s'assure de la coordination des mesures prises dans le domaine de la médecine de prévention lors des missions intérieures.

Il peut être amené à participer selon l'ordre du jour à la commission interarmées de prévention.

Il transmet au bureau médecine d'armée les directives qu'il élabore au titre du point 1.1.1 de la présente circulaire lorsqu'elles concernent le personnel militaire.

2.1.2. *La direction régionale du service de santé des armées.*

Le directeur régional du service de santé des armées est dans sa zone de compétence territoriale l'autorité technique et hiérarchique compétente sur l'ensemble des médecins des armées exerçant des fonctions de médecins de prévention au profit des militaires.

Il dispose d'un praticien des armées qualifié en médecine du travail, désigné par la DCSSA, pour exercer à son profit les fonctions de conseiller et expert régional. Ce dernier est responsable de la réalisation effective des actions de conseils et expertises au profit des médecins des armées concernés, de la supervision par des visites sur place, et de conseil au commandement par l'intermédiaire du directeur régional du service de santé des armées. Ce praticien réalise également la synthèse des rapports annuels rédigés pour les personnels militaires par les médecins des armées. Cette synthèse chiffrée avec les commentaires qu'elle implique est soumise, avant envoi à la DCSSA et à l'inspecteur de la médecine de prévention dans les armées, au directeur régional du service de santé des armées.

Dans la pratique, un seul document reprend globalement les données pour le personnel civil et militaire relevant de la médecine de prévention organisée par chaque direction régionale du service de santé des armées.

Le conseiller et expert régional en médecine de prévention peut être amené à participer à l'élaboration de directives régionales en lien avec le bureau médecine d'armée de la direction régionale en charge de leur diffusion.

Le conseiller expert régional en médecine de prévention organise et coordonne la supervision de l'activité en médecine de prévention en déterminant une sectorisation géographique. Pour chacun de ces secteurs, un médecin des armées qualifié en médecine du travail, exerçant au sein du CMPA régional est désigné comme médecin superviseur de médecine de prévention par le directeur régional sur sa proposition.

Pour l'ensemble des activités en rapport avec la médecine de prévention, ce praticien apporte son aide et ses conseils aux médecins des armées du secteur pour lequel il a été désigné. Il réalise des visites de supervision au cours desquelles il s'assure en particulier du respect des recommandations de bonnes pratiques en vigueur dans le domaine de la médecine du travail et de la réalisation effective de la médecine de prévention au profit des militaires. Il établit à l'issue un rapport reprenant des critères quantitatifs et qualitatifs à l'attention du directeur régional, utile au pilotage des CMA.

2.1.3. Les centres médicaux du service de santé des armées.

Le directeur régional du service de santé désigne parmi les médecins placés sous son autorité hiérarchique, des médecins des armées chargés de la médecine de prévention du personnel militaire dénommés médecins adjoints chargés de la médecine de prévention, sur proposition de chaque médecin-chef de centre médical du service de santé des armées.

Les médecins adjoints en charge de la médecine de prévention des militaires sont les correspondants fonctionnels du médecin superviseur. Ils sont en charge, chacun pour ce qui les concerne, de la rédaction d'un rapport annuel de médecine de prévention. Ils contribuent à l'harmonisation des pratiques médicales dans le domaine particulier de la médecine de prévention en s'assurant notamment de la diffusion auprès des autres médecins du centre médical du service de santé des armées, des directives élaborées par la direction centrale ou la direction régionale du service de santé de rattachement. Au moins un médecin adjoint en charge de la médecine de prévention est désigné pour chaque centre médical et si nécessaire, d'autres médecins des armées peuvent l'être au sein d'une ou plusieurs antennes.

Le conseiller et expert régional en médecine de prévention est responsable, sous l'autorité du directeur régional, de l'organisation d'une formation continue en médecine de prévention destinée aux médecins des armées exerçant les activités de médecine de prévention. Cette formation est placée sous l'autorité pédagogique de l'école du Val-de-Grâce qui valide au préalable les programmes d'enseignement transmis par les directeurs régionaux du service de santé des armées. Les médecins adjoints chargés de la médecine de prévention doivent bénéficier en priorité de cette formation, ainsi que les médecins des armées désignés comme médecins de prévention pour le personnel civil.

2.1.4. Dispositions particulières.

Pour les services médicaux relevant de la force d'action navale (FAN) et des forces sous-marines (FSM), la désignation des médecins pour assurer les fonctions de médecin adjoint chargé de la médecine de prévention, relève des chefs du service de santé de la FAN et des FSM. Ces derniers adressent une copie de la désignation au directeur régional du service de santé territorialement compétent.

Le ou les médecins ainsi désignés assurent à l'identique les fonctions précédemment décrites, notamment la rédaction d'un rapport annuel transmis à la direction régionale du service de santé des armées par le chef du service de santé de la force d'action navale et des forces sous-marines.

Ils bénéficient de la formation continue organisée par la DRSSA.

Les actions de supervision décrites au point 2.1.2. sont décidées en concertation et donnent lieu à un rapport adressé au chef du service de santé concerné avec copie au DRSSA.

2.2. Fonctionnement.

La médecine de prévention organisée au profit des personnels militaires comporte :

- une surveillance de l'état de santé des militaires en lien avec le poste de travail ;
- des actions en milieu de travail ;
- des activités médico-administratives.

2.2.1. La surveillance de l'état de santé en médecine de prévention.

Le contrôle de l'aptitude médicale à servir du personnel militaire ne peut être réalisé que par les médecins des armées relevant du service de santé des armées et selon les dispositions de l'arrêté du 20 décembre 2012.

Lors des visites médicales prévues dans cet arrêté, le médecin des armées, qu'il soit ou non médecin adjoint en charge de la médecine de prévention, réalise la surveillance médicale et détermine l'aptitude particulière à des conditions d'emploi qui justifient d'une surveillance médicale renforcée, en application des dispositions du troisième alinéa de l'article R. 4624-18. du code du travail. Une prestation complémentaire peut être également prévue au ministère de la défense, dans le domaine de la santé et sécurité au travail en référence à des textes pris en application de l'article 7. du décret n° 2012-422 du 29 mars 2012 cité en référence et à des situations spécifiques.

En outre les postes de travail présentant des contraintes physiologiques ou psychologiques, qui ne rentrent pas dans le cadre des surveillances médicales renforcées ou du dispositif issu de l'article 7. précité, pourront être examinés selon les critères et référentiels de la médecine de prévention, en l'absence de textes particuliers élaborés dans le cadre de la médecine d'armée.

Dans le cadre de la médecine statutaire relevant de la médecine d'armée, qui définit des critères d'aptitude pour les emplois exercés par les militaires insérés dans l'arrêté du 20 décembre 2012 relatif à la détermination et au contrôle de l'aptitude médicale à servir du personnel militaire, les éléments particuliers du poste de travail doivent être pris en considération. Ce point est mentionné expressément au titre de la gravité par l'arrêté du 20 décembre 2012 relatif à la détermination du profil médical d'aptitude en cas de pathologie médicale ou chirurgicale. Cette démarche est transposable aux autres situations apparentées comme les visites prévues à l'issue du congé statutaire dont bénéficient les militaires, sans préjudice de la vision globale liée à l'emploi évoqué précédemment. Cette approche vient compléter si besoin les dispositions existantes en médecine armée.

Les données recueillies au cours des visites d'aptitude sont consignées dans les documents médicaux et médico-administratifs mentionnés dans l'arrêté cité en référence et dans l'arrêté du 12 février 2009 portant

création d'un traitement automatisé de données à caractère personnel relatif à la gestion et au suivi des dossiers médicaux et médicaux militaires des personnels du ministère de la défense.

À l'exception des militaires classés en catégorie A vis-à-vis des rayonnements ionisants qui bénéficient d'un suivi de leur état de santé annuel selon la périodicité prévue à l'article R. 4451-84. du code du travail, la surveillance médicale renforcée comprend la réalisation d'une visite médicale périodique au moins tous les 24 mois.

Au cours de ces visites, le médecin des armées peut prescrire, dans le cadre de la médecine de prévention, tout examen complémentaire ou consultation spécialisée nécessaire :

- à la détermination de l'aptitude au poste de travail ;
- au dépistage d'une maladie en lien avec les expositions professionnelles ;
- au dépistage des maladies dangereuses pour l'entourage du poste de travail.

Ces examens et consultations complémentaires sont pris en charge par le service de santé des armées. Les dépenses de transport et les indemnités de mission afférentes sont à la charge de l'autorité d'emploi. Pour les militaires de la gendarmerie, des modalités particulières font l'objet d'une convention entre le service de santé des armées et la direction générale de la gendarmerie nationale.

La détermination de l'aptitude des militaires relevant d'une surveillance médicale renforcée s'effectue obligatoirement et préalablement à l'affectation effective au poste de travail considéré.

Sous l'autorité du médecin adjoint chargé de la médecine de prévention, et après accord du médecin-chef du centre médical du service de santé des armées et du directeur régional du service de santé des armées, des modalités particulières de surveillance médicale prenant en compte la coopération entre professionnels de santé peuvent être mise en place, sans déroger à la périodicité de la visite médicale de 2 ans. Ces modalités particulières peuvent se rapporter à la mise en place du questionnaire d'accueil ou d'entretien infirmier en santé au travail, de la participation aux actions en milieu de travail notamment en matière épidémiologique et d'une aide apportée dans le domaine administratif comme la rédaction des fiches d'établissement. Toutes ces actions, lorsqu'elles sont décidées doivent être protocolisées et formalisées dans leur organisation.

Entre deux visites programmées, le personnel militaire concerné peut bénéficier, à sa demande, à celle du médecin examinateur ou de son autorité hiérarchique, d'une visite médicale visant à réévaluer son aptitude au poste de travail.

Les chefs d'organismes sont chargés de la gestion des convocations et du suivi des visites médicales, en concertation avec le médecin-chef ou le commandant du centre médical du service de santé des armées. Tout changement de poste de travail entrant dans le cadre du troisième alinéa de l'article R. 4624-18. du code du travail nécessite d'organiser au préalable une nouvelle visite médicale.

Les autorités d'emploi sont responsables de la transmission avant la réalisation des visites médicales de la fiche d'emploi-nuisances et des autres fiches d'exposition. Ces éléments contribuent à la réalisation d'une surveillance médicale adaptée et à la détermination pertinente de l'aptitude et d'éventuelles contre-indications ou restrictions en rapport avec les composantes du poste de travail.

2.2.2. Actions en milieu de travail.

À la différence de la réalisation des visites médicales, les actions en milieu de travail sont assurées, sauf exceptions, par les médecins adjoints chargés de la médecine de prévention. Pour remplir leur mission, ces derniers ont libre accès aux lieux de travail. Ces praticiens peuvent analyser l'ensemble des postes de travail concernés par les dispositions du décret n° 2012-422 du 29 mars 2012 et signalent par écrit aux chefs d'organismes les dysfonctionnements graves qu'ils pourraient constater et, le cas échéant, formulent des propositions motivées pour y remédier.

Comme précédemment pour les visites médicales, le périmètre d'exercice s'étend au-delà des postes relevant d'une SMR. En application de l'article 45. du décret n° 2012-422 du 29 mars 2012 cité en référence, les médecins adjoints chargés de la médecine de prévention peuvent demander aux chefs d'organismes de faire réaliser des expertises, des prélèvements ou des mesures en milieu de travail.

Ils participent, aux réunions des commissions consultatives d'hygiène et de prévention des accidents prévues à l'article 30. du décret n° 2012-422 du 29 mars 2012 cité en référence. À défaut, un médecin est désigné par le commandant du centre médical du service de santé des armées dont ils relèvent. La participation du personnel infirmier au CCHPA est possible mais il ne s'agit pas d'un remplacement du médecin et elle relèvera d'un accord avec le président de cette instance.

Les médecins adjoints chargés de la médecine de prévention contribuent dans le domaine de la santé au travail à l'élaboration des documents en matière d'hygiène et de santé et sécurité au travail rédigés par les autorités d'emploi.

2.2.3. Activités médico-administratives.

Outre la rédaction du rapport annuel d'activité en médecine de prévention, les médecins adjoints chargés de la médecine de prévention s'assurent de la transmission des documents réglementaires établis par les autorités d'emploi en vue de la réalisation des visites initiales ou périodiques. Cette démarche vise à optimiser la traçabilité des expositions rendue indispensable par les procédures mises en place au titre du code des pensions militaires d'invalidités.

Ils établissent la fiche d'établissement relative aux organismes relevant de leur secteur de responsabilité.

3. CONTRÔLE DE L'APPLICATION DE LA RÉGLEMENTATION EN MÉDECINE DE PRÉVENTION ET VOIE DE RECOURS.

3.1. Mission de contrôle.

L'arrêté du 7 janvier 1983 fixe les conditions d'exercice de l'inspection de la médecine du travail dans les armées et lui confère des attributions dans les domaines ayant trait à :

- l'organisation et les conditions de fonctionnement de la médecine de prévention dans les organismes du ministère de la défense et le contrôle de l'observation par les médecins et personnels paramédicaux des règles techniques et administratives relatives à l'exercice de la médecine de prévention ;
- l'application, sur le plan médical, dans les organismes du ministère de la défense, des règles de prévention des accidents du travail, des maladies professionnelles ou à caractère professionnel, ainsi que des dispositions régissant l'hygiène et la sécurité du travail.

Pour assurer ses missions, l'inspecteur de la médecine de prévention est tenu informé par la DCSSA des évolutions dans l'organisation et dans le fonctionnement de la médecine de prévention au ministère. Il est systématiquement destinataire des rapports annuels établis par les médecins de prévention et des rapports de synthèse concernant la médecine de prévention établis par les DRSSA et les DIASS, ainsi que par la DCSSA.

Il s'assure de l'indépendance professionnelle des médecins et infirmiers exerçant la médecine de prévention.

3.2. Voie de recours.

En cas de désaccord ou de difficultés non réglées à l'échelon local, régional ou central l'inspection du travail dans les armées peut être saisie. Elle adresse ses recommandations aux parties concernées avec copie à la DCSSA (médecin coordonnateur national de la médecine de prévention du ministère) après avis de l'inspecteur de la médecine de prévention dans les armées. Cette disposition s'applique en particulier dans les situations suivantes :

- après saisine du directeur régional compétent pour toute difficulté relative à l'organisation ou au fonctionnement du service ministériel de médecine de prévention. Lorsque les difficultés ne peuvent être résolues à l'échelon régional, le directeur régional en réfère à la DCSSA qui décide de saisir l'inspection du travail dans les armées en cas de persistance du désaccord. La saisine est à l'initiative des agents, des médecins de prévention, ou des chefs d'organismes ;

- après saisine du conseiller et expert régional en médecine de prévention à l'occasion d'une contestation en matière de décision d'aptitude concernant un personnel civil, en cas de non résolution au niveau régional. L'inspection du travail dans les armées peut toutefois être saisie directement par l'agent concerné ou par le chef de l'organisme employeur ;

- en cas de désaccord entre la DRSSA compétente et un médecin de prévention sur la nature et la fréquence des examens complémentaires. Le différend avec l'avis du conseiller et expert régional en médecine de prévention, est préalablement soumis à la DCSSA qui décidera de saisir l'inspection du travail dans les armées ;

- en cas de désaccord entre le chef de l'organisme et un médecin de prévention, lorsque ce dernier demande au chef d'organisme de faire effectuer des prélèvements et des mesures aux fins d'analyse puis de lui en communiquer les résultats, le différend est porté devant le conseiller et expert régional en médecine de prévention de la DRSSA de rattachement. En l'absence de solution, le chef de l'inspection du travail dans les armées est saisi par la DCSSA, par le médecin de prévention concerné ou par le chef d'organisme.

Les contestations en lien avec l'aptitude des militaires relèvent de l'exercice de la médecine d'armées et renvoient exclusivement aux procédures particulières décrites dans l'arrêté du 20 décembre 2012.

Pour le ministre de la défense et par délégation :

*Le médecin général des armées,
directeur central du service de santé des armées,*

Jean DEBONNE.

(A) n.i. BO ; JO du 12 octobre 1946, p. 8638.

(B) n.i. BO ; JO n° 170 du 24 juillet 2011, p. 12677, texte n° 1.

(1) n.i. BO.

(2) Signé par : force ouvrière (FO), confédération française démocratique du travail (CFDT), confédération générale du travail (CGT), union nationale des syndicats autonomes (UNSA), confédération générale des cadres (CGC), confédération française des travailleurs chrétiens (CFTC), fédération syndicale unitaire (FSU).

(C) n.i. BO ; JO du 30 mai 1982, p. 1737.

(D) n.i. BO ; JO n° 152 au 2 juillet 2004, p. 12061, texte n° 26.

(E) n.i. BO ; JO n° 26 du 31 janvier 2012, p. 1779, texte n° 36.

(F) n.i. BO ; JO n° 108 du 8 mai 2012, p. 8509, texte n° 123.

(G) n.i. BO ; JO du 24 juillet 1977, p. 3909.

(3) Cette délégation ne décharge pas le médecin de prévention de ses obligations. Par ailleurs, la présentation de la fiche d'établissement au CHSCT ne pourra être faite que par le médecin de prévention.

(H) n.i. BO ; JO du 21 juillet 1985, p. 8292.

ANNEXE I.
RENSEIGNEMENTS DEVANT FIGURER SUR UNE ATTESTATION D'EXPOSITION.

Ce document est établi en référence à l'instruction n° 303747/DEF/SGA/DFP/PER/5 du 17 décembre 2001 modifiée, en particulier par la note n° 310326/DEF/SGA/DRH-MD/SR HC/RSSF du 29 mars 2012 ⁽¹⁾ relative aux fiches emploi-nuisances mises en œuvre dans les organismes du ministère de la défense. Cette attestation regroupe également les informations prévues par l'arrêté du 28 février 1995 (A) modifié, pris en application de l'article D. 461-25. du code de la sécurité sociale fixant le modèle type d'attestation d'exposition et les modalités d'examen dans le cadre du suivi post-professionnel des salariés ayant été exposés à des agents ou procédés cancérogènes.

1. VOLET IDENTIFICATION.

Ce volet est rempli par le chef d'organisme ou son représentant :

- identification du personnel exposé :
 - nom, prénom, les cinq derniers chiffres du numéro de sécurité sociale et adresse ;
- identification de l'organisme ou de la formation où le personnel a été professionnellement exposé :
 - nom et adresse ;
- identification du médecin en charge du suivi médical de prévention :
 - nom du médecin, nom et adresse du service médical.

2. VOLET EXPOSITION.

Ces éléments d'information sont fournis par le chef d'organisme ou son représentant et, le cas échéant, par le médecin en charge du suivi médical de prévention :

- identification de l'agent ou du procédé cancérogène ;
- description succincte du (ou des) poste(s) de travail ;
- date de début et de fin d'exposition ;
- date et résultats des évaluations et des mesures des niveaux d'exposition sur les lieux de travail ;
- informations concernant les mesures de prévention prises au sein de l'organisme vis à vis des activités ou des procédés mettant en œuvre des substances chimiques cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction (ancien article R. 231-56-4. (d) du code du travail). Elles peuvent porter notamment sur la description des équipements de protection collective et la nature des équipements de protection individuelle qui ont été mis à disposition du personnel.

3. VOLET MÉDICAL.

Ces éléments sont renseignés par le médecin en charge du suivi médical de prévention. Ils peuvent être directement remis à l'intéressé de façon distincte des autres volets afin de garantir le respect du secret professionnel. Ils peuvent également être adressés, après accord de l'intéressé, au médecin de son choix. Ce volet comprend les données suivantes :

- le nom et le prénom ;
- l'organisme où le personnel a été exposé à l'agent ou le procédé cancérogène ;

- les dates de début et de fin du suivi médical de prévention pour ce type d'exposition ;
- les dates et les constatations cliniques qui ont été effectuées durant l'exercice professionnel du personnel en précisant, notamment, l'existence ou l'absence d'anomalies en relation avec l'agent ou le procédé cancérogène concerné ;
- les dates et les résultats des examens complémentaires effectués dans le cadre de la surveillance médicale renforcée propre à l'agent ou au procédé considéré ;
- la date et les constatations du dernier examen médical effectué avant la cessation d'exposition à l'agent ou au procédé cancérogène concerné ;
- tout autre renseignement que le médecin en charge du suivi médical de prévention juge utile de fournir et en particulier les informations caractérisant l'exposition, à recueillir par le médecin du travail, qui ont fait l'objet d'une modification de l'arrêté du 28 février 1995 (A) en application de l'arrêté du 6 décembre 2011 (B). Celle-ci concerne particulièrement l'amiante et les poussières de bois et intègre les protocoles de suivi validés par la haute autorité de santé.

(1) n.i. BO.

(A) n.i. BO ; JO n° 69 du 22 mars 1995, p. 4474.

(B) n.i. BO ; JO n° 290 du 15 décembre 2011, p. 21198, texte n° 23.

ANNEXE II.
MODÈLE DE FICHE D'ÉTABLISSEMENT.

Référence : arrêté du 29 mai 1989 (A) pris en application de l'article R. 241-41-3. du code du travail et fixant le modèle de la fiche d'entreprise et d'établissement établie par le médecin du travail.

1. RENSEIGNEMENTS D'ORDRE GÉNÉRAL.

1.1. Dates d'établissement puis de mise à jour de la fiche par le médecin de prévention.

Préciser le nom du médecin de prévention.

1.2. Identification de l'organisme pour laquelle est établie la fiche.

Préciser l'adresse, la nature principale de l'activité de l'organisme et l'existence d'un CHSCT et d'une CCHPA.

1.3. Effectifs concernés par la fiche.

Donner l'effectif total en personnel au sein de l'organisme en précisant le nombre de personne bénéficiant d'une surveillance médicale simple et d'une surveillance médicale renforcée.

2. APPRÉCIATION DES RISQUES.

2.1. Facteurs de risque.

Pour chacun des points 2.1.1. à 2.1.5., préciser la nature du risque puis les effectifs potentiellement exposés, en précisant le cas échéant, la surveillance médicale renforcée qui en découle. En ce qui concerne les mesures spécifiques à la prévention de ces risques potentiels, elles seront regroupées au point 3.

2.1.1. Risques physiques.

Facteurs d'ambiance : ambiance thermique, sonore et lumineuse.

Rayonnements : rayonnements ionisants, champs électromagnétiques, rayonnements laser, ultraviolets, infrarouges.

Poussières, fumées, aérosols.

Vibrations (corps entier ou en partie).

Autres types d'expositions : par exemple : travaux hyperbares, en salle blanche, etc.

2.1.2. Risques chimiques.

Nature des risques en référence aux substances utilisées l'organisme et figurant à l'annexe de l'arrêté du 20 avril 1994 (B) modifié, relatif à la déclaration, la classification, l'emballage et l'étiquetage des substances :

- risques d'effets cancérogènes, mutagènes et toxiques pour la reproduction ;
- risques d'effets très toxiques ;
- risques d'effets toxiques ;
- risques d'effets corrosifs ;
- risques d'effets irritants ;

- autres type de risque comme notamment les expositions multifactorielles.

2.1.3. *Risques infectieux ou parasitaires.*

Nature des risques par référence, notamment à l'arrêté 18 juillet 1994 (C) modifié, fixant la liste des agents biologiques pathogènes et aux tableaux de maladies professionnelles.

2.1.4. *Risques et contraintes liés à des situations de travail.*

Posture.

Manutention.

Charge mentale.

Travail sur écran.

Autres risques (dus par exemple à la multiplicité des lieux de travail, aux déplacements, aux conditions climatiques, au décalage horaire, etc.).

2.1.5. *Risques d'accidents prépondérants.*

Risques de chutes.

Machines dangereuses.

Risques liés à l'utilisation d'engins mobiles et d'appareils de levage.

Risques électriques.

Risques d'explosion ou d'incendie.

Autres risques.

2.2. Conditions générales de travail.

2.2.1. *Temps de travail.*

Travail de nuit.

Travail posté.

Travail en alternance.

2.2.2. *Installations générales.*

Caractéristiques des locaux de travail (description sommaire et évaluation de l'état d'entretien). Existence d'équipements sociaux : salle de repos, réfectoire, restaurant d'entreprise, distributeurs de boissons.

2.2.3. *Hygiène générale.*

Dispositifs d'aération, ventilation, conditionnement d'air, chauffage, vestiaires, douches, toilettes, etc. (description et évaluation sommaires).

2.3. Indicateurs de résultats.

(Données connues au cours des douze derniers mois).

2.3.1. Accidents du travail.

Nombre d'accidents avec arrêt, incapacités professionnelles permanentes, nombre d'enquêtes sur les accidents du travail, taux de fréquence, taux de gravité. Eléments tirés du registre des constatations médicales conforme à l'imprimé n° 628*/7.

2.3.2. Maladies professionnelles.

Nombres de déclarations :

- sur avis du médecin de prévention ;
- sur avis d'un autre médecin.

Nombre de maladies professionnelles reconnues :

- nature de la maladie et tableaux concernés ;
- incapacités professionnelles permanentes.

2.3.3. Maladies à caractère professionnel.

(Article L 461-6 du code de la sécurité sociale).

Nombre de déclarations :

- faites par le médecin de prévention ;
- issues d'autres sources.

Nature des maladies déclarées.

2.3.4. Autres pathologies remarquées.

Nombre de déclarations.

3. ACTIONS TENDANT À LA RÉDUCTION DES RISQUES.

3.1. Résultats des mesurages et prélèvements disponibles.

Indiquer les dernières données connues et leur date de réalisation en faisant référence notamment à des valeurs moyennes ou des valeurs limites d'exposition professionnelles contraignantes ou indicatives.

3.2. Mesures de prévention technologique.

(Préciser, en tant que de besoin, s'il s'agit de mesures déjà mises en œuvre ou préconisées, que celles-ci soient à l'initiative de l'employeur, du médecin de prévention ou d'autres préventeurs).

Nature et efficacité de la protection collective.

Nature et efficacité de la protection individuelle.

Fiches de données de sécurité.

Diffusion de consignes de sécurité.

Établissement de mesures en cas d'urgence.

3.3. Actions spécifiques conduites par le médecin de prévention.

Il s'agit notamment des dispositions essentielles du plan d'activité du médecin de prévention concernant l'organisme.

3.4. Mesures concernant la formation.

Formation de personnel à la sécurité, moyens et modalités.

3.5. Mesures concernant les soins et premiers secours.

Personnel infirmier.

Secourisme : nombre de personnes formées, nature de leur formation, actualisation de la formation.

(A) n.i. BO ; JO du 8 juin 1989, p. 7112.

(B) n.i. BO ; JO n° 107 du 8 mai 1994, p. 6753.

(C) n.i. BO ; JO n° 175 du 30 juillet 1994, p. 11078.

ANNEXE III.
**CARACTÉRISTIQUES DE BASE DES LOCAUX DES CENTRES DE MÉDECINE DE
PRÉVENTION DES ARMÉES.**

Caractéristiques de base des locaux constituant un centre de médecine de prévention des armées, à moduler pour les antennes et les secteurs du site principal. Document établi en référence à l'arrêté du 12 janvier 1984 (A) modifié, relatif aux locaux et à l'équipement des services médicaux du travail.

1. DESCRIPTION DES LOCAUX.

Les locaux doivent comprendre au minimum :

- un cabinet médical par médecin ;
- une salle de biométrie pour un à trois cabinets médicaux, deux pour plus de trois cabinets médicaux ;
- un secrétariat médical de dimension suffisante compte tenu du nombre de personnel paramédical ;
- une salle d'attente ;
- des installations sanitaires ;
- un vestiaire pour le personnel.

Tous ces locaux doivent être aisément accessibles pour une personne en situation de handicap conformément à la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Dans les structures qui assurent la surveillance médicale d'un effectif égal ou supérieur à 500 personnes, les locaux doivent comprendre une salle de soins indépendante de la salle de biométrie. Cette salle doit pouvoir servir de salle de repos permettant d'isoler un malade ou un blessé mis en observation avant évacuation secondaire.

Dans les services qui assurent la surveillance médicale d'un effectif inférieur à 500 personnes, la salle de biométrie doit être disposée de telle façon qu'elle permette d'accueillir et de soigner un blessé.

2. CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES, AMÉNAGEMENT ET ÉQUIPEMENTS DES LOCAUX.

2.1. Cabinets médicaux.

Les cabinets médicaux doivent au moins disposer de l'équipement suivant :

- un bureau et un fauteuil pour le médecin ;
- une armoire bibliothèque et un ou des classeurs fermant à clef ;
- deux sièges pour les consultants ;
- une possibilité d'isolement pour le déshabillage ;
- un lit d'examen ;
- un lavabo avec eau courante froide et chaude ;
- un poste téléphonique indépendant et, en tant que de besoin, une connexion à une messagerie intranet et une connexion internet ;

- une bonne isolation phonique afin qu'aucun bruit ne gêne les examens cliniques et que ce qui est dit lors des entretiens ne puisse être entendu de l'extérieur ;
- un éclairage d'ambiance et localisé suffisant pour pouvoir examiner convenablement les consultants ;
- un chauffage et une aération suffisants et une alimentation électrique.

Les salles de biométrie ainsi que les salles de soins doivent disposer de l'équipement suivant :

- un lavabo avec eau courante froide et chaude et avec paillasse de laboratoire ;
- un sanitaire adjacent ou une communication directe avec les installations sanitaires du service ;
- un éclairage, un chauffage et une aération suffisants.

2.2. Secrétariats.

Les secrétariats doivent disposer au minimum de l'équipement suivant :

- un bureau et un siège par personne ;
- des classeurs ou armoires nécessaires pour assurer la conservation des dossiers médicaux dans des conditions compatibles avec la protection du secret médical ;
- un éclairage d'ambiance et localisé adapté à la nature des travaux effectués (gestion traditionnelle ou gestion informatisée) ;
- un poste téléphonique indépendant et, le cas échéant, une connexion à une messagerie intranet et une connexion internet ;
- un chauffage et une aération suffisants.

2.3. Salle d'attente.

Les salles d'attente doivent être accueillantes, disposer d'une table et de sièges en nombre suffisant.

2.4. Locaux destinés aux soins.

Les locaux destinés aux soins doivent être aisément accessibles pour un blessé transporté sur brancard et dans la mesure du possible ils doivent ouvrir directement, de plain-pied ou par un plan incliné, sur un emplacement réservé au stationnement des ambulances.

2.5. Locaux d'appoints.

Lorsque les examens médicaux sont effectués dans un local d'appoint (point de visite) celui-ci comprend au minimum un cabinet médical, une salle d'investigations complémentaire contiguë et des installations sanitaires à proximité, ainsi qu'une possibilité d'attente.

(A) n.i. BO ; JO du 21 janvier 1984, p. 794.

ANNEXE IV.

CONTRAT DE TRAVAIL D'UN MÉDECIN DE PRÉVENTION DU MINISTÈRE DE LA DÉFENSE.

CONTRAT DE TRAVAIL D'UN MÉDECIN DE PRÉVENTION DU MINISTÈRE DE LA DÉFENSE

- CONTRAT DE TRAVAIL
D'UN MÉDECIN DE PRÉVENTION DU
MINISTÈRE DE LA DÉFENSE**

VU le code de la santé publique et notamment l'article L. 4111-1. concernant l'exercice de la profession médicale et les articles R. 4127-1. à R. 4127-112. portant code de déontologie médicale ;

VU la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 modifiée, portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'État, notamment son article 4. ;

VU le décret n° 2012-422 du 29 mars 2012 relatif à la santé et à la sécurité au travail au ministère de la défense ;

VU le décret n° 85-1148 du 24 octobre 1985 modifié, relatif à la rémunération des personnels civils et militaires de l'État et des personnels des collectivités territoriales ;

VU le décret n° 86-83 du 17 janvier 1986 modifié, relatif aux dispositions générales applicables aux agents non titulaires de l'État pris pour l'application de l'article 7. de la loi 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'État ;

VU le décret n° 90-437 du 28 mai 1990 modifié, fixant les conditions et modalités de règlement de frais occasionnés par les déplacements des personnels civils sur le territoire métropolitain de la France, lorsqu'ils sont à la charge des budgets de l'État ;

VU le décret n° 95-100 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale ;

VU l'arrêté du 23 janvier 2013 fixant les modalités de nomination des médecins de prévention ainsi que l'organisation et les conditions de fonctionnement du service de médecine de prévention organisé au profit de l'ensemble du personnel civil du ministère de la défense et sa circulaire d'application ;

C O N T R A T D E T R A V A I L
D'UN MÉDECIN DE PRÉVENTION DU
MINISTÈRE DE LA DÉFENSE

VU le code de la santé publique et notamment l'article L. 4111-1. concernant l'exercice de la profession médicale et les articles R. 4127-1. à R. 4127-112. portant code de déontologie médicale ;

VU la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 modifiée, portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'État, notamment son article 4. ;

VU le décret n° 2012-422 du 29 mars 2012 relatif à la santé et à la sécurité au travail au ministère de la défense ;

VU le décret n° 85-1148 du 24 octobre 1985 modifié, relatif à la rémunération des personnels civils et militaires de l'État et des personnels des collectivités territoriales ;

VU le décret n° 86-83 du 17 janvier 1986 modifié, relatif aux dispositions générales applicables aux agents non titulaires de l'État pris pour l'application de l'article 7. de la loi 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'État ;

VU le décret n° 90-437 du 28 mai 1990 modifié, fixant les conditions et modalités de règlement de frais occasionnés par les déplacements des personnels civils sur le territoire métropolitain de la France, lorsqu'ils sont à la charge des budgets de l'État ;

VU le décret n° 95-100 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale ;

VU l'arrêté du 23 janvier 2013 fixant les modalités de nomination des médecins de prévention ainsi que l'organisation et les conditions de fonctionnement du service de médecine de prévention organisé au profit de l'ensemble du personnel civil du ministère de la défense et sa circulaire d'application ;

Imputation budgétaire : Programme :
Action :
Sous-action :
BOP :

Entre les soussignés :

Le ministre de la défense

d'une part,

ET

Monsieur, Madame,

Né(e) le _____ à _____

Demeurant à
N° d'identification :
Nationalité :

d'autre part,

Inscrit(e) au conseil départemental de **XXX** de l'ordre des médecins sous le numéro **XXX** et titulaire du certificat d'études spéciales de médecine du travail ou du diplôme d'études spécialisées de médecine du travail ou inscrit au tableau de l'ordre comme spécialiste en médecine du travail.

Il a été convenu ce qui suit :

Article 1 : Monsieur, Madame, **XXX** est engagé(e) en qualité d'agent contractuel au titre de l'article 4. de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 modifiée, susvisée au sein du service de médecine de prévention du ministère de la défense.

Le présent contrat, établi pour une durée de **XXX** ans, prend effet à compter du **XXX** et prend fin le **XXX** inclus. Il est renouvelable par reconduction expresse de l'administration.

Article 2 : Le présent contrat comporte une période d'essai de 3 mois maximum.

Article 3 : Pendant la durée du présent contrat, Monsieur, Madame, **XXX** assure les fonctions de médecin de prévention; il/elle effectue un service à temps « complet » ou « incomplet » à raison de **XXX** % de la durée de travail hebdomadaire légale, à l'antenne **XXX** ou secteur de **XXX** du centre de médecine de prévention des armées de **XXX**

Il (elle) s'engage à assurer l'exercice de la médecine de prévention au bénéfice des personnels civils dont l'effectif au jour de la signature se décompose comme suit :

- **XXX** agents
- dont **XXX** relevant d'une surveillance médicale renforcée et répartis dans les organismes rattachés au secteur ou à l'antenne de **XXX**

Les organismes rattachés et les effectifs surveillés par le docteur **XXX** peuvent varier dans des limites raisonnables sans nécessité un avenant pendant la durée du contrat et figure en annexe au présent contrat.

Article 4 : Pendant la durée du contrat, l'intéressé(e) perçoit une rémunération mensuelle brute correspondant à l'indice brut **XXX**, à laquelle s'ajouteront l'indemnité de résidence et, le cas échéant, les prestations à caractère familial.

La rémunération fixée ci-dessus est exclusive de toute indemnité.

Cette rémunération mensuelle peut, en outre, évoluer pendant la durée du contrat en fonction des variations des traitements des fonctionnaires.

Article 5 : Le docteur **XXX** exercera son activité médicale en toute indépendance professionnelle vis-à-vis des autorités d'emploi du personnel qu'il surveille et de la direction régionale du service de santé des armées de **XXX** autorité administrative dont il dépend, en se conformant aux dispositions réglementaires du ministère de la défense relatives à la médecine de prévention, dont il déclare avoir pris connaissance, ainsi que du code de la déontologie susvisé.

Il/elle est placé(e) sous l'autorité hiérarchique du médecin-chef du CMPA de **XXX**.

Il/elle établit annuellement un rapport d'activité conformément aux prescriptions des textes précités.

Article 6 : Le docteur **XXX** a le libre accès à tous les locaux non protégés des organismes qu'il (elle) à en charge et peut se mettre librement en relation avec tous les membres du personnel, quelles que soient leur position hiérarchique et leur fonction, et recevoir d'eux tous renseignements utiles à l'exécution de sa tâche.

Il (elle) est habilité(e) à prendre connaissance des documents classifiés nécessaires à l'exercice de ses fonctions par l'autorité dont il relève.

Son accès aux périmètres protégés est soumis aux règles de sécurité en vigueur.

Cette condition conditionne les organismes qui lui sont confiés.

Article 7 : Dans l'exercice de ses fonctions, l'intéressé(e) est tenu(e) à :

- 1°) exécuter toutes les tâches relevant de son domaine de compétence (médecine de prévention) et à se conformer à toutes les prescriptions ministérielles, à tous les règlements et consignes en vigueur dans le service qui l'emploie.
- 2°) au secret professionnel prévu par la loi. Il/elle s'engage, en outre, à garder le secret sur les dispositions, méthodes et procédés quelconques qui pourraient lui être communiqués ou dont il pourrait avoir connaissance au cours ou à l'occasion de ses fonctions.
- 3°) observer, même après l'expiration de son contrat, le secret absolu sur les recherches qu'il/elle aura effectuées ou les renseignements qu'il/elle aura recueillis. Il/elle s'interdit toute communication écrite ou verbale et toute remise de documents.
- 4°) ne faire, en cours de contrat, ni publication, ni conférence ayant un rapport avec son activité professionnelle sans autorisation ministérielle préalable et seulement après remise de ses manuscrits ou du texte de sa conférence. Il/elle ne mentionnera en aucun cas ses fonctions.
- 5°) se conformer en matière d'invention brevetable aux prescriptions de l'instruction n° 10171/DEF/DAJ/AA2 du 4 mars 1981 (BOC/PP du 6 avril 1981 n° 14 p. 1 226).
- 6°) de s'engager, dans l'exercice de ses fonctions définies par le présent contrat, à ne recevoir d'autre rémunération que celle qui y est déterminée ; sous peine de sanctions, il ne peut en aucun cas recevoir d'honoraires de la part du personnel. En cas de soins d'urgence donnés dans l'établissement, cette intervention restera gratuite.
- 7°) n'exercer pendant la durée du présent contrat aucune activité rémunérée au sens de la réglementation sur les cumuls.

Article 8 : Le médecin de prévention, s'il est astreint à se déplacer pour les besoins du service à l'occasion de missions, sera remboursé de ses frais de transport et de séjour dans les conditions prévues par le décret n° 90-437 susvisé.

Il (elle) peut, en outre, être autorisé(e) à utiliser son véhicule personnel pour les déplacements de service, sous réserve de satisfaire aux conditions prévues par les articles 29. et 34. du décret précité. Le médecin de prévention reçoit dans ce cas des indemnités kilométriques dans les conditions et aux taux fixés par les textes en vigueur, au moment des déplacements ordonnés pour les besoins du service.

Article 9 : En cas de manquement aux dispositions du présent contrat, le ministre de la défense recueille conformément aux dispositions du décret du 29 mars 2012 sus cité les avis de l'autorité signataire du présent contrat, de l'autorité du service de santé des armées compétente, de l'inspecteur de la médecine de prévention dans les armées et éventuellement de l'ordre des médecins.

Fait à Paris, le

Pour le ministre et par délégation

Signature de l'intéressé (e)

Pour le contrôle budgétaire et comptable ministériel

Le contrôleur général,

Chef du département du contrôle budgétaire

ANNEXE V.
CONTRAT DE TRAVAIL D'UNE INFIRMIÈRE DE PRÉVENTION DU MINISTÈRE DE LA
DÉFENSE.

<p style="text-align: center;">CONTRAT DE TRAVAIL D'UNE INFIRMIERE DE PREVENTION DU MINISTERE DE LA DEFENSE</p>
--

- VU le code de la santé publique et notamment l'article L. 4111-1. concernant l'exercice de la profession médicale et les articles R.4127-1. à R.4127-112. portant code de déontologie médicale ;
- VU la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 modifiée, portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat, notamment son article 4. ;
- VU le décret n° 2012-422 du 29 mars 2012 relatif à la santé et à la sécurité au travail au ministère de la défense ;
- VU le décret n° 85-1148 du 24 octobre 1985 modifié, relatif à la rémunération des personnels civils et militaires de l'Etat et des personnels des collectivités territoriales ;
- VU le décret n° 86-83 du 17 janvier 1986 modifié, relatif aux dispositions générales applicables aux agents non titulaires de l'Etat pris pour l'application de l'article 7. de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 modifiée, portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat ;
- VU le décret n° 2006-781 du 3 juillet 2006 fixant les conditions et les modalités de règlement des frais occasionnés par les déplacements temporaires des personnels civils de l'Etat ;
- VU l'arrêté du 23 janvier 2013 fixant les modalités de nomination des médecins de prévention ainsi que l'organisation et les conditions de fonctionnement du service de médecine de prévention organisé au profit de l'ensemble du personnel civil du ministère de la défense et sa circulaire d'application ;

Nomenclature budgétaire : Programme :

Action :

Sous-action :

BOP :

Entre les soussignés :

Le ministre de la défense

d'une part,

ET

Monsieur, **XXX**

Madame, **XXX**

Né(e) le **XXX**

Demeurant **XXX**

N° d'identification : **XXX**

Nationalité : **XXX**

Inscrit(e) au conseil de l'ordre des infirmiers de **XXX** sous le n° **XXX** et titulaire d'un diplôme d'état ou autorisé(e) à exercer conformément au code de la santé publique.

d'autre part

Il a été convenu ce qui suit :

Article 1^{er} : Monsieur, Madame **XXX**, nom d'épouse **XXX** est engagé(e) en qualité d'agent contractuel au titre de l'article 4.-2^{ème} alinéa de la loi du 11 janvier 1984 susvisée au sein du service de médecine de prévention.

Le présent contrat, établi pour une durée de **XXX**, prend effet à compter du **XXX** et prend fin le **XXX**.

Article 2 : Le présent contrat comporte une période d'essai de trois mois, soit jusqu'au **XXX** inclus.

Article 3 : Pendant la durée du présent contrat, Monsieur, Madame **XXX** nom d'épouse **XXX** assure des fonctions d'infirmier(e) de prévention, catégorie A au centre de médecine de prévention des armées (CMPA) de **XXX** ou à l'antenne de **XXX**. Il (elle) est placé(e) sous l'autorité administrative de la direction régionale de **XXX** et sous l'autorité hiérarchique du médecin-chef du CMPA de **XXX** ; il (elle) effectue un service à temps complet ou partiel à raison de **XXX** % de la durée de travail hebdomadaire légale.

Article 4 : Il (elle) a pour rôle d'assister le médecin de prévention dans l'ensemble de ses missions actions sur le milieu de travail, activités cliniques et médico-administratives notamment.

Dans les limites de ses compétences, fixées par les dispositions du code de la santé publique, ses missions propres consistent à :

- assurer l'entretien d'accueil des agents, la préparation des visites médicales et veiller à leur bonne marche sous l'autorité du médecin de prévention en charge du secteur de **XXX** ou de l'antenne de **XXX** du CMPA de **XXX** il (elle) peut être amené(e) à réaliser des entretiens infirmier en santé au travail ;
- effectuer le recueil des paramètres biométriques ;
- participer à la réalisation de gestes techniques de sa compétence – prélèvements de sang par ponction veineuse, vaccinations, enregistrements simples d'électrocardiogrammes, réalisation d'explorations fonctionnelles, pratique d'examen non invasifs de dépistage des troubles sensoriels ;
- assurer les tâches de secrétariat, tenir à jour les dossiers médicaux, les registres, les fiches et les statistiques réglementaires ;
- participer aux études de poste conduites sous l'autorité du médecin de prévention et aux travaux organisés dans un cadre pluridisciplinaire ;

- participer à la délivrance de soins d'urgence aux personnels malades ou blessés au cours de leur travail ;
- exécuter occasionnellement avec l'autorisation écrite et nominative préalable du médecin de prévention et de la DRSSA de rattachement, des soins courants prescrits par les médecins traitants.
- réaliser ou participer à des actions d'informations collectives

Article 4 : Pendant la durée du contrat, l'intéressée perçoit une rémunération mensuelle brute correspondant à l'indice brut **XXX**, à laquelle s'ajouteront l'indemnité de résidence et, le cas échéant, les prestations à caractère familial.

La rémunération fixée ci-dessus est exclusive de toute indemnité.

Article 5 : Dans l'exercice de ses fonctions, l'intéressé(e) est tenu(e) à :

- 1°) exécuter toutes les tâches relevant de son domaine de compétence (infirmier(e) de prévention) et à se conformer à toutes les prescriptions ministérielles, à tous les règlements et consignes en vigueur dans l'établissement et dans le service particulier qui l'emploie sans préjudice des dispositions relatives à son indépendance professionnelle.
- 2°) respecter les règles professionnelles qui s'appliquent à son mode d'exercice et le secret professionnel prévus notamment aux articles R. 4312-1. à R. 4312-9. du code de la santé publique. Il (elle) s'engage, en outre, à garder le secret sur les dispositions, méthodes et procédés quelconques qui pourraient lui être communiqués ou dont il (elle) pourrait avoir connaissance au cours ou à l'occasion de ses fonctions.
- 3°) observer, même après l'expiration de son contrat, le secret absolu sur les recherches qu'il (elle) aura effectuées ou les renseignements qu'il (elle) aura recueillis. Il (elle) s'interdit toute communication écrite ou verbale et toute remise de documents.
- 4°) ne faire, en cours de contrat, ni publication, ni conférence ayant un rapport avec son activité professionnelle sans autorisation ministérielle préalable et seulement après remise de ses manuscrits ou du texte de sa conférence. Il (elle) ne mentionnera en aucun cas ses fonctions.
- 5°) se conformer en matière d'invention brevetable aux prescriptions de l'instruction n° 10171/DEF/DAJ/AA2 du 4 mars 1981 (BOC/PP du 6 avril 1981 n° 14 p. 1 226).
- 6°) s'engager, dans l'exercice de ses fonctions définies par le présent contrat, à ne recevoir d'autre rémunération que celle qui y est déterminée; sous peine de sanctions, elle ne peut en aucun cas recevoir d'honoraires de la part du personnel. En cas de soins d'urgence donnés dans l'établissement, cette intervention restera gratuite.
- 7°) se conformer pendant la durée du présent contrat à la réglementation sur les cumuls.

Article 6 : L'infirmier(e) de prévention, si il (elle) est astreint(e) à se déplacer pour les besoins du service à l'occasion de missions, sera remboursé(e) de ses frais de transport et de séjour dans les conditions prévues par le décret du 3 juillet 2006 susvisé.

Il (elle) peut, en outre, être autorisé(e) à utiliser son véhicule personnel pour les déplacements de service, sous réserve de satisfaire aux conditions prévues dans le décret précité. L'infirmier(e) de prévention reçoit dans ce cas des indemnités kilométriques dans les conditions et aux taux fixés par les textes en vigueur, au moment des déplacements ordonnés pour les besoins du service.

Article 7 : Les conditions de la rémunération peuvent être révisées lors du renouvellement du contrat.

La rémunération mensuelle fixée à l'article 4. peut, en outre, évoluer pendant la durée du contrat en fonction des variations des traitements des fonctionnaires.

Article 8 : En cas de manquement aux dispositions du présent contrat, le ministre de la défense recueille les avis de l'autorité signataire du présent contrat, de l'autorité du service de santé des armées compétente, de l'inspecteur de la médecine de prévention dans les armées et éventuellement de l'ordre des infirmiers.

Fait à Paris, le

Signature de l'intéressée

Pour le ministre et par délégation

Visa du contrôleur général
chef du département du contrôle budgétaire
prés le ministère de la défense

ANNEXE VI.
FICHE TECHNIQUE. MISE EN PLACE DES ENTRETIENS INFIRMIERS EN SANTÉ AU
TRAVAIL.

FICHE TECHNIQUE.
Mise en place des entretiens infirmiers en santé au travail.

Références : 1) Article R. 4623-14. et article R. 4624-16. du code du travail ;
2) Article 18. de l'arrêté du 23 janvier 2013.

Pièce jointe : Recommandations du conseil national de l'ordre des médecins relatif aux nouvelles coopérations en santé au travail.

Le nouveau dispositif mis en place suite à la réforme de la médecine du travail permet de moduler la périodicité et le contenu des visites médicales périodiques, y compris en surveillance médicale renforcée. Aucune fiche d'aptitude ne sera établie à l'issue de l'entretien infirmier en santé au travail (EIST) qui donne en revanche, lieu à délivrance d'une attestation de suivi infirmier, laquelle sera archivée dans le dossier médical des agents. Seul le médecin de prévention est en effet réglementairement habilité à délivrer des avis d'aptitude. L'EIST s'effectue impérativement dans un cadre protocolisé devant s'inspirer des recommandations du conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) du 17 juin 2011 relatives aux « nouvelles coopérations en santé au travail ». L'EIST s'intègre dans une démarche globale en santé au travail. La participation du personnel infirmier aux actions en milieu de travail s'effectue prioritairement au sein d'un binôme médecin/infirmier centré sur l'état de santé individuel ou au sein éventuellement d'une démarche pluridisciplinaire impliquant d'autres préventeurs.

Cette « nouvelle coopération » est placée sous l'autorité du médecin de prévention qui choisit d'y recourir et qui, de fait, donne délégation aux personnels infirmiers. Il ne s'agit pas d'un transfert de responsabilité.

La protocolisation concerne particulièrement l'élaboration de questionnaires dans le respect des bonnes pratiques médicales. La commission médico-technique doit favoriser l'harmonisation de cette démarche au sein du service de médecine de prévention. La méthode d'élaboration suivante est donnée à titre d'exemple :

- dans un premier temps, une phase de réflexion est nécessaire pour appréhender les enjeux propres à la population surveillée. La réforme de la médecine du travail doit permettre en effet d'accentuer l'effort sur les risques authentifiés sur lesquels le service médical peut agir et sur les populations fragilisées ou exposés. En conséquence il conviendra pour chaque situation, à partir notamment du document unique d'évaluation des risques professionnels, de la fiche d'établissement et des fiches emploi-nuisances (FEN), de s'interroger sur l'attendu, le contenu, la périodicité mise en œuvre dans le cadre des visites médicales périodiques. L'attendu peut être différent pour le médecin, l'agent ou le chef d'organisme. La périodicité sera étudiée en lien avec le contenu et permettra de déterminer le mode d'alternance. Tout particulièrement, les examens complémentaires seront examinés à la lueur des référentiels réglementaires même abrogés, des recommandations si elles existent (HAS, SFMT...) des avis d'experts, des études épidémiologiques et de la bibliographie existante. L'ensemble de la démarche, y compris les écarts, doivent être tracés pour disposer d'arguments motivés utiles dans l'information des agents, des chefs d'organisme et des CHSCT et des CCHPA. Il s'avère que l'interrogatoire, sauf exceptions, reste la clé de voûte de la visite médicale. L'intérêt d'une protocolisation réside dans l'harmonisation des pratiques et l'exhaustivité de l'interrogatoire médical. L'état des lieux ainsi réalisé permet l'identification des différents risques, métiers ou familles professionnelles, présents dans l'organisme, pouvant faire l'objet d'un questionnaire spécifique. Les conditions de prévention individuelle et collective mais aussi le degré de maîtrise des risques seront répertoriés à cette occasion.

- dans un deuxième temps il conviendra d'élaborer les questionnaires correspondants. Il semble intéressant de pouvoir disposer de questionnaires « métiers » et de questionnaires « risques » selon l'importance et l'homogénéité de l'organisme concerné. Il conviendra de débiter l'entretien par un questionnaire métier, éventuellement complété d'un questionnaire risque additionnel. Pour répondre aux critères du CNOM, on peut choisir d'intégrer tout au long du questionnaire qui sera administré par le personnel infirmier, un cheminement décisionnel permettant de sécuriser l'exercice. Le choix des questions devra garantir la sensibilité du questionnaire pour assurer la qualité du suivi en évitant d'orienter sans discernement tous les agents vers le médecin à l'issue de l'EIST.

Pour faciliter l'appropriation des questionnaires, l'architecture des questionnaires pourra être standardisée en reprenant les rubriques suivantes :

- état de santé général ;
- élément de maîtrise du risque et descriptif du poste ;
- élément de prévention collective et individuelle ;
- éléments en rapport avec la santé publique (tabac, alcool...) ;
- symptômes en rapport avec la nuisance ;
- élément relatif à l'information délivrée et remise de notice éventuelle. La conclusion de l'EIST précisera l'orientation ou non vers le médecin pour décision ou réunion de service médicale ultérieure.

Il convient d'insister sur les conditions matérielles et la motivation des intervenants indispensables à la réussite du projet.

Actuellement, compte tenu de certaines imprécisions dans la réglementation de droit commun, les stratégies d'alternance pouvant être mises en œuvre peuvent être les suivantes :

- agent classé en catégorie A ou identifié par le médecin de prévention pour bénéficier d'une surveillance annuelle de l'état de santé dans le cadre des SMR : visite médicale annuelle ou entretien infirmier à 1 an puis examen par le médecin à 2 ans ;
- agents relevant de la réglementation sur le travail de nuit : visite médicale tous les 6 mois ou entretien infirmier à 6 mois puis examen par le médecin à 1 an ;
- agents relevant d'une SMR en lien avec les risques figurant dans le code du travail : visite médicale tous les 2 ans ou entretien infirmier avec intervention du médecin (prescription d'un audiogramme, interprétation des résultats de la surveillance...) à 2 ans suivis ou non de la rédaction d'une fiche d'aptitude mais dans tous les cas mention dans le dossier médical de l'intervention du médecin, puis examen obligatoire par le médecin à 4 ans ;
- agents ne relevant pas d'une SMR selon le code du travail : visite médicale tous les 2 ans ou entretien infirmier à 2 ans puis visite médicale à 4 ans.

La procédure adoptée doit être formalisée par la rédaction d'un guide ou d'une charte et doit faire l'objet d'un suivi en rétro évaluation, par exemple au moyen d'un recueil de données par les personnels infirmiers (base future d'un rapport annuel infirmier ultérieur) ou d'enquêtes de satisfaction auprès des agents. Une information vis-à-vis des CHSCT et des CCHPA est effectuée lors de la présentation des rapports annuels des médecins prévention.

Une thèse soutenue et acceptée en octobre 2012 à l'université Bordeaux II support à la démarche ainsi décrite est en ligne sur le site du service de médecine de prévention ⁽¹⁾.

Enfin la mise en œuvre effective reste soumise aux avis et autorisations mentionnées au point 1.3.2.2. de la présente circulaire.

Il est rappelé que l'entretien infirmier présente un caractère confidentiel et que les documents élaborés à l'issue sont insérés dans le dossier médical et sont soumis au secret professionnel.

⁽¹⁾ <http://www.sst.sante.defense.gouv.fr>

APPENDICE VI.A.
RECOMMANDATIONS DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS RELATIF AUX
NOUVELLES COOPÉRATIONS EN SANTÉ AU TRAVAIL.

Rapport adopté lors de la session du conseil national
de l'ordre des médecins du 17 juin 2011.

Lorsque le conseil national de l'ordre des médecins publie ses statistiques démographiques, en juin 2007, il met en lumière la situation globalement alarmante des effectifs médicaux dans plusieurs spécialités, dont la médecine du travail qui fait figure de spécialité sinistrée ; le constat est là : moyenne d'âge élevée, un gros contingent en départ dans les 5 ans, des postes d'internat non pourvus... L'atlas 2011 de la démographie médicale en France ⁽¹⁾ confirme ce tableau avec 30 % des effectifs de 60 ans et plus et uniquement 76 nouveaux inscrits dans la spécialité en 2010.

Plusieurs missions d'information et rapports se sont succédé ces dernières années alertant le ministère du travail et sa direction générale du travail.

Les services de santé au travail continuent cependant d'être destinataires d'« injonctions » des instances ministérielles à effectuer pleinement leurs missions... mais n'en ont plus les moyens humains !

Plusieurs orientations ont été évoquées :

- Le recours à des médecins issus d'autres spécialités, notamment la médecine générale : le conseil national de l'ordre des médecins a déjà communiqué sur les conditions à respecter si cette voie était retenue mais nous savons dès à présent que cette option ne suffirait pas et qu'elle risque de déstabiliser d'autres spécialités médicales sous tension démographique.
On doit cependant regretter, une fois de plus, que la suppression par les pouvoirs publics en 2004 de la faculté pour l'ordre des médecins de délivrer des compétences aux médecins généralistes et spécialistes après passage devant une commission de qualification ait tari le recrutement de médecins du travail alors que ce système des compétences permettait aux médecins et notamment aux médecins généralistes une activité complémentaire en médecine du travail. Le conseil national de l'ordre des médecins demande d'ailleurs le rétablissement des compétences ordinales qui réintroduira une souplesse indispensable pour faire face à la pénurie médicale.
- Un nouvel espacement de la périodicité des visites médicales à 3 ans voire 5 ans comme dans la fonction publique, mais cette mesure pourrait s'avérer préjudiciable au suivi médical des salariés.
- L'appel à de nouvelles ressources, telles que la « coopération technique » par l'embauche d'infirmières dûment formées et appelées « infirmières de santé au travail (IST) » et par le développement de nouvelles formes de coopérations médecins-infirmières (cas des services autonomes).

C'est cette dernière orientation qu'ont choisi certains services de santé au travail, au travers d'expérimentations « autorisées » par la direction générale du travail...ou d'autres dites « sauvages ».

Le conseil national de l'ordre des médecins, informé de ces expérimentations et interrogé par les confrères médecins du travail sur le bien-fondé de ces pratiques (embauches d'infirmières par les services), a décidé de constituer un groupe de travail chargé d'analyser les retours d'expériences qui lui ont été présentés. Ses travaux permettent aujourd'hui au conseil national de l'ordre des médecins d'élaborer des recommandations sur le contenu et le fonctionnement de ce partage des tâches.

Il est important de préciser que les hypothèses envisagées ne sont pas celles d'une coopération entre professionnels de santé au sens des articles L. 4011-1. et suivants du code de la santé publique. La coopération entre professionnels de santé, telle qu'elle est issue de la loi « hôpital, patients, santé, territoire » (HPST), implique qu'un professionnel soit amené à réaliser une activité ou des actes n'entrant pas dans son champ de compétence.

RECOMMANDATIONS SUR LES NOUVELLES MISSIONS DES INFIRMIÈRES EN SANTÉ AU TRAVAIL.

Elles assurent des entretiens infirmiers assortis de recueil d'observations et de paramètres (hors examen corporel médical). La réglementation prévoit déjà un entretien d'accueil effectué par l'infirmière (article R.4311-5. 42°. du code de la santé publique).

Les outils mis à leur disposition sont des grilles d'entretien réalisées selon les branches ou les risques professionnels. Tous les expérimentateurs insistent sur l'importance des protocoles mais également des arbres décisionnels (exemple : travail de nuit, hypertension artérielle (HTA)...) destinés aux infirmières en santé au travail, comportant des grilles d'entretien communes... ainsi que des compléments par branche professionnelle ou métiers particuliers. La grille d'entretien doit intégrer le dossier médical.

Il importe de laisser au médecin du travail la latitude décisionnelle du choix des salariés et des populations susceptibles de bénéficier de l'entretien infirmier.

À l'issue de l'entretien, l'infirmière rédige une attestation de suivi infirmier à destination de l'employeur qui n'a pas vocation à se substituer à l'avis d'aptitude qui relève de la compétence exclusive du médecin du travail.

Les visites d'embauche, de pré-reprise, de reprise et toutes autres visites à la demande du salarié ou de l'employeur sont du domaine exclusif du médecin du travail mais elles peuvent être préparées par l'infirmière en santé au travail (préparation du dossier et constitution du cursus professionnel et médical, réalisation des examens complémentaires).

La mission des infirmières en santé au travail ne doit pas se limiter à l'entretien infirmier. Elles doivent pouvoir agir sur le milieu de travail : visites d'entreprise avec ou sans le médecin du travail, préorientées par des instructions bien précises et discutées au préalable avec le médecin du travail, participation aux comités d'hygiène, sécurité et des conditions du travail (CHSCT) suivant les mêmes modalités.

Elles auront aussi un rôle dans l'éducation pour la santé : son contenu et le choix des thèmes seront à préparer par le médecin du travail avec l'infirmière en santé au travail.

La répartition du temps médical et du temps en milieu de travail est la même que celle du médecin.

RECOMMANDATIONS SUR LA FORMATION DES INFIRMIÈRES EN SANTÉ AU TRAVAIL.

Outre leur diplôme de base, elles possèdent un diplôme universitaire en santé au travail (DIUST) ou une licence ou une validation d'acquis de l'expérience (VAE).

Cette formation est complétée et finalisée par un tutorat avec le médecin du travail lequel décide ensuite, au constat des acquisitions, de la confiance à lui accorder (cette confiance est un élément « essentiel » du bon fonctionnement du binôme).

RECOMMANDATIONS SUR LE BINÔME MÉDECIN DU TRAVAIL/INFIRMIÈRES EN SANTÉ AU TRAVAIL.

Le contenu du travail de l'infirmière en santé au travail dépend exclusivement du médecin du travail, d'où la nécessité d'un binôme (dans l'idéal 1 temps plein pour 1 temps plein) : 1 médecin = 1 infirmière, au plus 1 médecin = 2 infirmières, chaque médecin ayant son mode d'exercice personnel, l'infirmière ne peut s'y retrouver si plusieurs médecins la sollicitent !

Cette condition est aussi considérée comme « essentielle » par les services et les médecins expérimentateurs.

Dans les services autonomes, une plus grande stabilité des effectifs et une plus grande homogénéité des risques permettent que ces coopérations s'établissent entre plusieurs médecins et infirmières.

Le staff hebdomadaire est obligatoire, pris sur le temps de travail du médecin du travail et de l'infirmière en santé au travail.

Il doit donc être programmé et institutionnalisé (environ l'équivalent d'une demi-journée par semaine).

Il comporte une partie médicale (étude des dossiers singuliers vus par l'infirmière en santé au travail et présentant des problèmes) et une partie intéressant l'action en milieu de travail (analyse des actions en milieu de travail, programmation de l'activité de l'infirmière en santé au travail...).

L'infirmière en santé au travail doit toujours pouvoir réorienter le salarié vers le médecin du travail. Tous les expérimentateurs estiment à 15% environ le pourcentage de salariés vus en entretien par l'infirmière repris et étudiés en staff.

Ainsi le médecin gère son équipe et supervise l'activité. En l'absence du médecin tuteur (congé, maladie de courte durée...), un protocole est établi pour les cas urgents et un médecin du travail de deuxième « ligne » reste toujours accessible.

Dans les services autonomes, ces staffs hebdomadaires, obligatoires et institutionnalisés seront adaptés à la composition et à l'organisation des services de santé au travail.

L'orientation vers le médecin généraliste passe obligatoirement par le staff (parfois, l'orientation se fera avant le staff) ce qui nécessite un respect des protocoles et la confiance envers l'infirmière : c'est le cas de l'urgence où sur la base de protocoles préalablement définis par le médecin du travail, l'infirmière peut alors orienter vers un service ou un médecin adéquat. Un document sert de liaison et précise si l'orientation est faite par le médecin du travail ou l'infirmière en santé au travail.

Le médecin du travail exerce une autorité fonctionnelle sur l'infirmière en santé au travail responsable de ses actes sur le plan technique.

Dans tous les cas, l'infirmière en santé au travail doit toujours avoir la possibilité de joindre un médecin du travail.

RECOMMANDATIONS SUR LES MOYENS INDISPENSABLES A LA COOPÉRATION TECHNIQUE.

Il appartient au médecin du travail de mettre en place et d'organiser son binôme en toute indépendance professionnelle, sans interférence de l'employeur ou de la direction du service de santé au travail.

L'infirmière en santé au travail doit pouvoir se consacrer effectivement et exclusivement à ses nouvelles missions et doit disposer du temps nécessaire pour mener les entretiens infirmiers dans de bonnes conditions.

L'architecture des locaux doit être adaptée : chaque infirmière doit se voir attribuer un bureau correctement équipé qui doit respecter la confidentialité.

Le système informatique pertinent devra également comporter des adaptations à ces nouveaux « acteurs » (module infirmière) dans des conditions de sécurité et de confidentialité strictes.

Un tableau des compétences de chacun doit être stabilisé par les fiches de poste afin d'éviter les confusions des rôles et le télescopage des tâches, sources ultérieures de potentiels conflits.

RECOMMANDATIONS SUR LES LIAISONS AVEC LES AUTRES INTERVENANTS : INTERVENANTS EN PRÉVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS, ASSISTANTES DE SANTÉ AU TRAVAIL, SECRÉTAIRES...

Il y a collaboration et échange d'informations notamment avec les intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP) : les informations collectées par l'intervenant en prévention des risques professionnels peuvent être transmises à l'infirmière en santé au travail, des visites communes peuvent même être réalisées.

L'infirmière en santé au travail ne peut communiquer des données médicales.

Il y aura bien sûr interactions des rôles entre l'intervenant en prévention des risques professionnels, l'assistante en santé au travail et l'infirmière en santé au travail : c'est pourquoi ces rôles doivent être définis préalablement lors de staffs de l'équipe et sous l'autorité du médecin du travail avant d'être traduits dans les protocoles. Des coopérations techniques entre l'infirmière en santé au travail et l'assistante en santé au travail doivent aussi être envisagées à l'instar de celles qui se mettent en place entre le médecin du travail et l'infirmière en santé au travail.

Au final, cette nouvelle forme de coopération permettra de conserver un « suivi individuel médicalisé » qui, selon les retours d'expérience que nous avons, donne satisfaction à la fois aux salariés et aux employeurs ; mais surtout, cette coopération permettra également aux médecins de parfaire ce suivi médical dans son rôle de spécialiste et d'expertise de la santé au travail.