

CIRCULAIRE DRT N° 03
du 07 avril 2005
relative à la réforme
de la médecine du travail

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

- MESDAMES ET MESSIEURS LES PREFETS DE REGION
- MESDAMES ET MESSIEURS LES DIRECTEURS REGIONAUX DU TRAVAIL
- MESDAMES ET MESSIEURS LES PREFETS DE DEPARTEMENT
- MESDAMES ET MESSIEURS LES DIRECTEURS DEPARTEMENTAUX DU TRAVAIL
- MESDAMES ET MESSIEURS LES MÉDECINS-INSPECTEURS RÉGIONAUX DU TRAVAIL ET DE LA MAIN-D'ŒUVRE
- MESDAMES ET MESSIEURS LES INSPECTEURS DU TRAVAIL

Références :

loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002
décret n° 97-137 du 13 février 1997 modifiant le décret n° 75-306
relatif à la protection des travailleurs contre les dangers des rayonnements ionisants
dans les installations nucléaires de base (INB)
décret n° 2002-1082 du 7 août 2002 pris pour l'application de l'article
189 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale et modifiant le
code du travail (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) (JO du 11 août 2002)
décret n° 2003-958 du 3 octobre 2003 pris pour l'application de
l'article L. 241-6-1 du code du travail et relatif à la mise en place d'un dispositif de
reconversion vers la médecine du travail et la médecine de prévention (JO du 8 octobre
2003)
décret n° 2003-546 du 24 juin 2003 pris pour l'application de l'article
L. 241-2 du code du travail et modifiant le code du travail (deuxième partie : Décrets
en Conseil d'Etat) (JO du 26 juin 2003)

décret n° 2004-760 du 28 juillet 2004 relatif à la réforme de la médecine du travail et modifiant le code du travail (JO du 30 juillet 2004)

lettre-circulaire n°47 du 22 janvier 1985 relative à l'agrément des services médicaux du travail

circulaire DRT n° 89-5 du 21 février 1989 relative à l'organisation et au fonctionnement des services médicaux du travail

circulaire ministérielle n° 92/5 du 17 février 1992 relative à l'application des textes concernant la médecine du travail des salariés temporaires (Décret n° 91-730 du 23 juillet 1991 et arrêtés des 14 et 15 octobre 1991)

circulaire DRT 2004/01 du 13 janvier 2004 relative à la mise en œuvre de la pluridisciplinarité dans les services de santé au travail

La présente circulaire modifie les circulaires du 21 février 1989 et du 17 février 1992 citées en références.

La lettre-circulaire n° 47 du 22 janvier 1985 relative à l'agrément des services médicaux du travail est abrogée.

I. LE SENS GÉNÉRAL DE LA RÉFORME

1. LES PRINCIPAUX REPÈRES CHRONOLOGIQUES

Le décret du 28 juillet 2004 parachève une réforme de structure de la médecine du travail dont il constitue le troisième volet. Celle-ci est le résultat d'une réflexion globale de l'ensemble des acteurs, sur plus de cinq années.

☐ Cette réforme a plusieurs origines :

- Une obligation communautaire issue de la directive-cadre européenne du 12 juin 1989 « santé – sécurité au travail », (art.7) ;
- Une initiative gouvernementale, concrétisée par une note d'orientation, appelant à une réforme globale, présentée par le ministère du travail, en juillet 1998, devant la Commission permanente du Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels ;
- Une volonté des partenaires sociaux, engagés à partir de 1999 dans un processus de négociation, conclu par un accord interprofessionnel sur la « santé au travail ». Cet accord, complété et signé par six organisations le 18 décembre 2000, fait une très large place à la pluridisciplinarité et à la médecine du travail.

La préparation des travaux parlementaires de la loi du 17 janvier 2002, commencés simultanément, comporte 4 dispositions importantes pour le système de prévention : l'introduction obligatoire de la pluridisciplinarité dans les services médicaux du travail ; la transformation des services médicaux du travail en services de santé au travail ; deux mesures transitoires afin d'apporter à la médecine du travail un complément de ressource médicale, rendu nécessaire par l'évolution démographique défavorable de la profession de médecin du travail.

☐ Les décrets et arrêtés d'application des mesures législatives mis en chantier avant même la promulgation de la loi, le 17 janvier 2002, sont les suivants :

- 2 mesures concernant *la ressource médicale* interviennent en 2002-2003.

La régularisation de la situation des médecins, recrutés pour faire face au besoin des services sans tous les titres requis (article 189 de la loi) fait l'objet du décret du 7 août

2002. Celui-ci a instauré un mécanisme permettant aux intéressés de poursuivre l'exercice de la médecine du travail ou de la médecine de prévention sous réserve, d'une part, de suivre une formation théorique de 2 ans et, d'autre part, de satisfaire à des épreuves de contrôle des connaissances, au plus tard avant la fin de l'année universitaire 2003-2004.

La reconversion des médecins vers la médecine du travail ou de prévention (article 194 de la loi), fait l'objet du décret du 3 octobre 2003 et de ses arrêtés d'application. Le dispositif mis en place, pour une durée de 5 ans, permet aux médecins d'autres spécialités, justifiant d'au moins 5 ans d'exercice médical, de changer d'activité pour se consacrer à la médecine du travail. Il constitue une nouvelle voie de recrutement pour une durée limitée, s'ajoutant au recrutement par l'internat. La formation, prévue sur 2 ans, s'appuyant sur l'expérience acquise par les médecins durant leurs années d'exercice, consiste en une formation théorique, en université, et une formation pratique, en services de santé au travail. Elle est sanctionnée par l'octroi d'un diplôme de capacité.

- Le principe du *recours des services de santé au travail, en liaison avec les entreprises concernées, aux compétences pluridisciplinaires* des différents préventeurs est mis en oeuvre par le décret du 24 juin 2003 et l'arrêté du 24 décembre 2003. Ils assurent la traduction réglementaire de l'article 193 de la loi, en instituant des intervenants en prévention des risques professionnels, dûment habilités et chargés d'une mission de prévention au sein de l'entreprise, en lien avec les médecins du travail. Leur interprétation est précisée par la circulaire DRT 2004/01 du 13 janvier 2004.

- La réforme touchant aux *structures de la médecine du travail* - portée par le décret du 28 juillet 2004 - concerne les missions, l'organisation et le fonctionnement des services de santé au travail. Le projet de décret discuté devant la commission spécialisée médecine du travail du Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels depuis 2001 lui est soumis, en forme globale, en 2003. Cette concertation se déroule en deux étapes : d'abord, les 20 juin et 11 juillet 2003 devant la commission spécialisée, l'intervalle permettant aux partenaires sociaux de se concerter une nouvelle fois sur le mode de calcul du temps médical, puis devant la commission permanente du Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels, le 5 décembre 2003 sur un projet amendé. Le Conseil d'Etat (Section sociale) examine le projet de texte, le 18 mai 2004. Il est publié le 28 juillet 2004.

2. LES INTENTIONS PORTÉES PAR LA RÉFORME

❑ La médecine du travail, dont l'organisation au sein des services de santé au travail est placée sous la responsabilité de l'employeur, est confrontée, comme l'ensemble du système de santé, à l'émergence de nouvelles exigences.

La problématique de l'incidence des milieux sur la santé des personnes (illustrée par le plan national santé environnement, le plan cancer,...), met en lumière le rôle premier que doit reconquérir, en médecine du travail, la nécessaire action correctrice du milieu de travail en entreprise. Simultanément, l'évaluation des risques prend une place toujours plus importante, de même que la prise en compte de la dimension psychique de la santé des travailleurs, suivant ainsi l'évolution générale des préoccupations de notre société. La médecine du travail doit aussi répondre à l'évolution des formes et contenus du travail et des parcours professionnels, à l'évolution démographique de la population active qui conduit à l'augmentation de la part des salariés âgés, ainsi qu'à la

plus grande technicité des facteurs pris en compte dans l'appréciation des conditions de travail. Ces changements interviennent dans un contexte de constante érosion de la ressource en médecins. De tels constats rendent nécessaire la modernisation de cette médecine dont les sept mille médecins assurent la surveillance de plus de quatorze millions de salariés. Cette modernisation ambitieuse, issue d'analyses convergentes, agit, à la fois, dans le sens de la redéfinition des missions de la médecine du travail, dans sa fonction de conseil auprès de l'employeur et des salariés, et dans celui de la dynamisation des services de santé au travail.

La question centrale de la modernisation de la médecine du travail réside dans l'adéquation des missions et des moyens.

□ Un apport irremplaçable de la médecine du travail au système de santé et à la prévention se situe dans l'activité du médecin du travail sur le milieu de travail. Elle contribue à l'évaluation des risques professionnels et à la proposition d'actions de prévention, correction ou d'amélioration des conditions de travail. Elle bénéficie, aussi, directement au salarié, dans la mesure où c'est à partir de la connaissance des caractéristiques des postes et des organisations du travail que le médecin décide du suivi médical approprié. Il importe donc de redonner toute sa place à cet aspect essentiel de la médecine du travail, de définir le « tiers-temps » et d'utiliser, à cette fin, des critères facilement objectivables.

L'action sur le milieu de travail requiert des spécialités dont la technicité est croissante. Elle ne peut plus se concevoir en dehors d'une approche décloisonnée, faisant appel à des compétences médicales, techniques et organisationnelles spécialisées. La pluridisciplinarité représente un élargissement des compétences participant à la prévention et à la protection contre les risques du travail. Pour faciliter l'action du médecin du travail et des intervenants en prévention des risques professionnels dans ce nouveau cadre, un lieu d'échange est instauré, sous la forme d'une commission médico-technique, qui a vocation à formuler des propositions sur les priorités du service et la mise en place de l'approche pluridisciplinaire.

□ La surveillance médicale des salariés, autre élément constitutif de l'intervention du médecin du travail, doit mieux s'adapter aux besoins de chaque catégorie de travailleurs, et, avant tout, être accessible à l'ensemble des salariés. Le suivi médical de chaque salarié est le moyen essentiel pour dégager des mesures individuelles appropriées et permet également de recueillir des informations utiles pour l'action sur le milieu de travail. Au-delà de l'action immédiate exercée directement au bénéfice des salariés et de l'entreprise, la médecine du travail peut et doit, grâce à cette activité clinique, apporter une contribution importante à la veille sanitaire et participer à une fonction d'alerte, par la production de données sanitaires, comme le prévoit la loi de santé publique du 9 août 2004.

Un suivi, à périodicité de 2 ans, convient pour une part très large des salariés ; en revanche, les travailleurs plus exposés, tels que les jeunes, les femmes enceintes, les travailleurs handicapés, ou ceux qui occupent des postes comportant des risques particuliers doivent bénéficier d'une surveillance accrue, ou « surveillance médicale renforcée » (SMR). La SMR se traduit, en particulier, par une fréquence supérieure des examens, d'une périodicité au moins annuelle. La modulation de la périodicité est la traduction de la volonté de concentrer davantage d'efforts de la médecine du travail sur les publics dont les besoins de protection sont les plus grands. Par ailleurs, la détermination des postes et métiers bénéficiant d'une surveillance médicale renforcée, doit pouvoir, dans une logique d'harmonisation des pratiques, être précisée par des accords de branches professionnelles, en raison de la connaissance fine que celles-ci ont des différents métiers.

❑ Il importe de maintenir la ressource médicale au niveau exigé par ces missions redéfinies, malgré les contraintes démographiques, ceci dans l'attente de la réforme globale des études médicales, prévoyant la possibilité pour tout médecin de changer de spécialité au cours de sa carrière. Les services employaient comme médecins du travail, à l'époque de la définition des grands traits de la réforme, des médecins non spécialisés en médecine du travail afin de faire face à la situation de pénurie. La première mesure envisagée a donc été, pour une durée ne s'étendant pas au delà de 2004, de permettre à ces personnes, qui ont pratiqué la médecine du travail dans les services, de régulariser leur situation, moyennant le suivi d'une formation théorique et le succès à des épreuves de contrôle des connaissances.

Egalement transitoire, la reconversion a l'objectif plus ambitieux de permettre à des médecins désireux de rejoindre la médecine du travail de bénéficier d'une formation adaptée, théorique et pratique, sur une durée de deux ans, et sanctionnée par un titre de capacité, qualifiant, permettant l'exercice de la médecine du travail.

❑ Les conditions créées par cet ensemble de réformes, qui mettent les services de santé au travail en mesure d'assurer pleinement leur action, s'accompagnent d'une dynamisation de l'action des différents acteurs des services de santé au travail et de leurs organes de contrôle.

Ces objectifs se concrétisent par l'amélioration du fonctionnement de la commission de contrôle - organe effectif du contrôle interne des services interentreprises - par une plus grande transparence dans la gestion et – pour la première fois – par une participation de représentants des salariés à l'administration des services interentreprises.

Pour sa part, l'Etat exerce un contrôle quantitatif et qualitatif sur les moyens mis en œuvre par le service de santé au travail pour assurer ses missions. Le contrôle administratif est, en particulier, exercé au travers de l'agrément du service (et, si le service est interentreprises, de l'approbation de sa compétence géographique et professionnelle et de l'agrément des secteurs médicaux). Afin d'exercer ce contrôle administratif, et faciliter les mises en conformité nécessaires, l'Etat se dote d'un outil adapté, qui prévoit les remontées d'informations utiles.

❑ L'indépendance du médecin du travail, vis-à-vis tant de son employeur que de l'entreprise qu'il a en charge, est nécessaire pour garantir l'équilibre prévu par l'édifice législatif et réglementaire de la médecine du travail. Des mesures dans différents domaines, tels que le licenciement ou le cumul de fonctions, complètent la construction de la nécessaire indépendance du médecin du travail.

❑ Eu égard au rôle pivot des médecins, les nouvelles règles de détermination de leur charge de travail - qui ont aussi des incidences sur la constitution des services de santé au travail d'entreprise ou d'établissement - doivent pouvoir être appréciées dans leurs effets après quelques années de mise en œuvre. Un bilan d'application est donc prévu au terme de 4 ans, et sera présenté devant le Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels.

❑ Une nouvelle logique de la politique d'agrément découle du sens de la réforme. Il s'agit, à la fois, d'assurer une couverture territoriale des besoins en santé au travail, de contrôler le respect des obligations imparties aux services - tant au plan qualitatif que

quantitatif -, et d'impulser, par une démarche de contractualisation, l'implication des services de santé au travail dans les priorités de la politique de santé au travail.

II. L'APPORT DU DÉCRET DU 28 JUILLET 2004

Le décret du 28 juillet 2004 est la traduction réglementaire des intentions de réforme portées par la loi et rappelées ci-dessus. Outre celles de ses dispositions qui relèvent de la loi du 17 janvier 2002, ce décret modernise l'organisation et le fonctionnement des services de santé au travail sur le fondement de l'article L. 241-5 du code du travail.

Les principales modifications réglementaires concernent 4 grands domaines.

- Les services de santé au travail voient leurs règles de constitution modifiées (en écho à la refonte de la base de calcul de la charge de travail du médecin du travail – cf. point 1.1.) et leur fonctionnement est placé sous une transparence plus grande ;
- Les missions du médecin du travail sont assurées suivant deux axes complémentaires rééquilibrés : une activité de prévention sur le milieu de travail, se traduisant par une présence renforcée dans les entreprises, et une surveillance médicale individuelle de tous les salariés, mettant particulièrement l'accent sur le suivi des salariés exposés à des risques particuliers. La charge maximale de travail d'un médecin est redéfinie afin de lui permettre de remplir ces missions ;
- L'indépendance du médecin du travail est réaffirmée et renforcée par un meilleur contrôle, à l'occasion de la nomination et du licenciement du médecin, ou de changements d'affectation d'entreprise ou de secteur ;
- La transparence se voit renforcée par la modernisation du contrôle social ainsi que du contrôle administratif et facilitée par la disponibilité de l'information.

Point préliminaire : Champ d'application territorial du décret du 28 juillet 2004

Le décret du 28 juillet 2004 s'applique dans tous les départements, y compris dans les départements d'outre-mer. Il s'applique en outre à Saint-Pierre-et-Miquelon (décret n° 82-407 du 13 mai 1982).

Définitions :

- Selon l'article R. 241-1, le **service d'entreprise (au sens large)** peut, en cas de pluralité d'établissements, être un service d'établissement ou un service interétablissements d'entreprise.
- On parlera de **service de santé au travail d'entreprise (au sens strict)** lorsque l'entreprise ne compte qu'un établissement.
- On parlera de **service de santé au travail d'établissement** lorsque le service est propre à un établissement d'une entreprise qui compte plusieurs établissements.
- On parlera de **service de santé au travail interétablissements d'entreprise** lorsque le service est commun à plusieurs établissements de la même entreprise. Le service de santé au travail interétablissements d'entreprise peut réunir l'ensemble des établissements de l'entreprise, mais il peut aussi n'être commun qu'à certains d'entre eux.
- Dans la présente circulaire, lorsque est employé le mot « **établissement** », il peut s'agir de l'établissement d'une entreprise ne comptant qu'un établissement ; lorsque est employée l'expression « **service autonome** », il s'agit d'un service d'entreprise, d'établissement ou interétablissements.

• **Pour un établissement donné, « l'effectif de salariés placés sous surveillance médicale », qui est utilisé dans la détermination des seuils de création de services d'entreprise, d'union économique et sociale et de site, ainsi que dans la détermination du nombre de salariés placés sous la surveillance du médecin du travail**, est celui des salariés de l'établissement, auquel s'ajoutent les salariés d'autres entreprises travaillant dans cet établissement et qui sont suivis, en application de dispositions particulières, par le service de santé au travail de l'entreprise utilisatrice. Tel est le cas des salariés des entreprises extérieures intervenant dans une entreprise dite utilisatrice, lorsqu'un accord est passé, en ce qui concerne les examens périodiques, entre les chefs de l'entreprise utilisatrice et de l'entreprise extérieure et les médecins du travail concernés (art. R. 237-20 du code du travail). C'est aussi le cas des travailleurs liés par un contrat de travail temporaire qui bénéficient d'une surveillance médicale renforcée en raison du poste occupé (art. L. 124-4-6 du code du travail).

Suivant la nature du contrat de travail et la durée contractuelle de travail, chaque salarié contribue différemment à l'effectif de l'établissement, en application des dispositions de l'article L. 620-10 du code du travail :

Les salariés titulaires d'un contrat à durée indéterminée à temps plein comptent chacun pour un salarié.

Sont pris en compte au prorata de leur temps de présence au cours des douze mois précédents :

- les salariés titulaires d'un contrat de travail à durée déterminée,
- les salariés titulaires d'un contrat de travail intermittent,
- les travailleurs des entreprises extérieures et les travailleurs temporaires suivis par le service de santé au travail de l'entreprise utilisatrice comme indiqué ci-dessus.

N'entrent pas dans l'effectif les salariés titulaires d'un contrat à durée déterminée, d'un contrat de travail temporaire ou mis à disposition par une entreprise extérieure lorsqu'ils remplacent un salarié absent ou dont le contrat de travail est suspendu.

Un salarié à temps partiel, quelle que soit la nature de son contrat de travail, entre dans l'effectif au prorata du temps de travail inscrit dans son contrat.

L'effectif déclaré par l'employeur n'est pas celui des salariés présents dans l'établissement à une date fixe, mais tient compte des fluctuations saisonnières observées au cours des douze derniers mois.

1. LE SERVICE DE SANTÉ AU TRAVAIL

1.1. Constitution des services de santé au travail

Chaque entreprise ou établissement est tenu d'organiser un service de santé au travail. Ce service, soit lui est propre, soit est organisé en commun avec d'autres entreprises et établissements, selon l'importance de l'entreprise ou de l'établissement. Les critères déterminant l'importance de l'entreprise ou de l'établissement, au regard de l'obligation ou de la possibilité de créer un service de santé au travail autonome, ont été modifiés par le décret du 28 juillet 2004. L'obligation ou la possibilité de créer un

service autonome s'apprécie dorénavant sur la base du nombre de salariés suivis et du nombre d'examens médicaux dont ils bénéficient.

L'article R. 241-2 du code du travail continue de prévoir deux seuils : l'un à partir duquel l'entreprise ou l'établissement peut choisir de constituer un service de santé au travail qui lui est propre, l'autre à partir duquel l'entreprise ou l'établissement doit constituer un tel service.

Les critères déterminant la forme du service à adopter sont le nombre de salariés et le nombre d'examens médicaux (cf. point 2.4. : la charge du médecin du travail). Il suffit que l'un des deux critères ait atteint le seuil à partir duquel l'entreprise ou l'établissement a le choix entre un service de santé au travail interentreprises et un service autonome pour que ce choix lui soit effectivement ouvert. De la même façon, il suffit que l'un des deux critères ait atteint le seuil à partir duquel l'entreprise ou l'établissement doit constituer un service de santé au travail autonome pour que cette obligation incombe à l'entreprise ou à l'établissement.

Le franchissement des seuils doit être apprécié sur une certaine durée afin de ne pas soumettre l'organisation du service de santé (structure autonome ou adhésion à un service interentreprises) à des fluctuations préjudiciables à son fonctionnement.

Les nouvelles règles numériques, en tant qu'elles déterminent le type de service de santé au travail de l'entreprise ou de l'établissement, entrent en vigueur un an à compter de la publication du décret, c'est-à-dire le 30 juillet 2005 (art. 32 I du décret). Ce délai a été ménagé pour permettre aux entreprises de s'organiser.

Le critère « nombre de salariés » au titre de la constitution des services :

L'article R. 241-2 précise que le critère à retenir est « *l'effectif de salariés placés sous surveillance médicale* » (cf. définition, au début du II de la présente circulaire).

Dans le cas où une diminution du nombre de salariés ramènerait l'effectif au-dessous du seuil permettant la constitution d'un service de santé au travail autonome, il peut être fait usage de l'article R. 241-8 du code du travail : le directeur régional du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle peut, après avis du comité d'entreprise ou d'établissement, autoriser le maintien d'un service médical d'entreprise ou d'établissement.

Le critère « nombre d'examens médicaux » au titre de la constitution des services :

Il s'agit du nombre des examens médicaux tel qu'il apparaît à l'article R. 241-32.

Pour la définition de l'examen médical, cf. point 2.2. ci-après.

Il conviendra, selon le cas, de se référer au nombre d'examens réalisés au cours de l'année passée ou d'évaluer le nombre d'examens prévisibles selon la méthode présentée au point 2.4. ci-après.

1.1.1. Seuils de création des services autonomes et des services communs aux entreprises constituant une unité économique et sociale

1.1.1.1. Services de santé au travail d'entreprise et services de santé au travail d'établissement (1) (art. R. 241-2 et R. 241-32)¹

Seuils :

Le seuil au-delà duquel l'établissement **a le choix** entre un service de santé au travail interentreprises et un service autonome est fixé à **un huitième** des nombres maximaux de salariés et d'exams médicaux indiqués à l'article R. 241-32, soit 412,5 salariés et 400 exams (autrement dit : **à partir de 412,5 salariés ou 401 exams**).

Le seuil à partir duquel l'établissement **a l'obligation** de constituer un service de santé au travail autonome est fixé à **deux tiers** des nombres maximaux de salariés et d'exams médicaux indiqués à l'article R. 241-32, soit **2200 salariés ou 2134 exams**.

Les établissements disposant d'un service de santé au travail autonome et dont l'effectif de salariés ou le nombre d'exams médicaux est inférieur, respectivement, à 412,5 ou à 401, ne peuvent maintenir leur service autonome, sous réserve, en cas de réduction de l'effectif, des dispositions prévues par l'article R 241-8 du code du travail. Le décret du 28 juillet 2004 ménage, à l'intention des établissements concernés, un délai d'un an à compter de sa publication, soit le 30 juillet 2005, pour opérer la conversion par adhésion à un service interentreprises.

Dans le cas où l'agrément d'un service autonome doit être renouvelé avant l'entrée en vigueur des nouveaux seuils de constitution des services, cet agrément sera délivré, sur la base des anciens seuils, encore applicables au moment de la décision. Le directeur régional du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle accompagnera la notification de sa décision d'un courrier informant l'employeur de l'application de nouvelles règles de constitution des services au 30 juillet 2005, et l'invitant à prendre toutes dispositions pour s'y conformer à partir de cette date.

Si, à compter de cette date, les conditions ne sont plus remplies, un retrait d'agrément peut intervenir, sans mise en demeure préalable, en mettant en œuvre une procédure contradictoire.

1.1.1.2. Services de santé au travail interétablissements d'entreprise (3) (R. 241-4)

Seuil :

Un service de santé au travail interétablissements peut être créé entre plusieurs établissements d'une entreprise, sous réserve que l'ensemble formé par les établissements concernés présente un nombre de salariés ou d'exams médicaux qui dépasse le seuil fixé au **huitième** des nombres maximaux de salariés ou d'exams médicaux indiqués à l'article R. 241-32, soit 412,5 salariés et 400 exams (autrement dit : **à partir de 412,5 salariés ou 401 exams**).

¹ Les numéros entre parenthèses sur les lignes de titre représentent les articles correspondants du décret du 28 juillet 2004.

Les articles entre parenthèses représentent les articles correspondants du code du travail.

Service de santé au travail interétablissements constitué d'établissements situés dans des régions différentes (5) (R. 241-7 al. 2)

Par application de l'article R. 241-7, alinéa 2, le service de santé au travail interétablissements peut être constitué entre établissements de l'entreprise sis dans des régions différentes. L'apport du décret du 28 juillet 2004 consiste à permettre cette constitution **quelles que soient les régions** ; il n'est plus nécessaire qu'elles soient limitrophes de l'une d'entre elles. Cette disposition répond au souci d'introduire une plus grande souplesse dans l'organisation de tels services lorsque des établissements sont géographiquement éloignés. Dans une telle situation, le choix de la direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle qui délivrera l'agrément est fait par l'administration, en retenant le critère de l'implantation du siège social de l'entreprise ou, à défaut d'un établissement-siège concerné, en fonction du nombre de salariés des établissements dans chaque région et du nombre évalué d'examens médicaux dont ils bénéficient.

Cette disposition permettra, en particulier, d'organiser les services de santé au travail de grandes entreprises - telles qu'EDF-GDF, France Télécom, etc. - dont les implantations sont nombreuses et dispersées sur le territoire national.

Services de santé au travail communs aux entreprises constituant une unité économique et sociale (4) (R. 241-6)

Le seuil au delà duquel des entreprises constituant une unité économique et sociale peuvent mettre en place un service de santé au travail commun aux entreprises qui la composent est fixé à **la moitié** des nombres maximaux de salariés ou d'examens médicaux indiqués à l'article R. 241-32, soit 1650 salariés et 1600 examens médicaux (autrement dit : **à partir de 1650 salariés ou 1601 examens**).

Ce seuil de 50 % correspond au seuil existant dans l'ancienne rédaction de l'article R. 241-6.

1.1.2. Les services de santé au travail interentreprises

1.1.2.1. Cas général (R. 241-10)

Toute entreprise dont, à la fois, le nombre de salariés ne dépasse pas 412,5 et le nombre d'examens médicaux ne dépasse pas 400 doit adhérer à un service de santé au travail interentreprises territorialement et professionnellement compétent.

1.1.2.2. Services de santé au travail de site (6) (R. 241-10)

Le décret du 28 juillet 2004 introduit une nouvelle forme de service de santé au travail interentreprises - à compétence fermée et sur autorisation administrative - prévu pour les établissements qui, d'une part, sont établis sur un même site et appartiennent à des entreprises différentes, et d'autre part, ont conclu un **accord de coopération pour la mise en œuvre des mesures de prévention relatives à la santé et à la sécurité** de leurs salariés.

On entend par site, pour l'application de cette disposition, une zone géographique - dont le périmètre est circonscrit - à l'intérieur de laquelle sont implantés des établissements correspondant à des entités juridiquement distinctes. Cette zone peut être une zone d'activité, une plate-forme industrielle, un centre commercial, un immeuble ou un ensemble d'immeubles... Il n'est pas nécessaire que les établissements appartiennent au même secteur d'activité.

Le directeur régional du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, après s'être assuré que la consultation des comités d'entreprise ou d'établissement concernés a eu lieu, et qu'un accord écrit de coopération précisant les conditions de mise en œuvre des mesures de prévention relatives à la santé et à la sécurité des salariés a été conclu, autorise la création du service de santé au travail de site.

L'accord de coopération est un document contractuel écrit qui peut notamment porter sur des mesures collectives de prévention (mesures de protection contre l'incendie, mesures appropriées relatives à la sécurité des circulations...), sur l'organisation des secours, des soins infirmiers,...

La liste des entreprises ou établissements adhérents à ce service est limitativement établie. Cette liste peut être modifiée sur autorisation du directeur régional du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle prise dans les mêmes conditions que lors de l'autorisation initiale.

La création d'un tel service de santé au travail est facultative, et ne peut avoir lieu que lorsque le nombre de salariés ou le nombre d'exams médicaux de l'ensemble formé par les entreprises et établissements concernés atteint les **deux tiers** des nombres maximaux indiqués à l'article R. 241-32, soit **2200 salariés ou 2134 exams**.

Ce service de santé au travail est constitué, administré et contrôlé comme tout service de santé au travail interentreprises.

Le service de site n'a pas vocation à accueillir les antennes ou agences, présentes sur le site, même en permanence, lorsqu'elles ne constituent pas des établissements (en ce qui concerne les salariés des entreprises extérieures intervenant dans les établissements adhérent au service de site, voir « définitions : effectif de salariés » au début du II de la présente circulaire).

1.1.2.3. Services de santé au travail interentreprises à compétence fermée (R.241-24)

La possibilité de création de services de santé au travail interentreprises à compétence fermée, dans les conditions prévues par l'article R. 241-24 du code du travail, c'est à dire sur autorisation du directeur régional du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, est maintenue. L'autorisation ainsi accordée par le directeur régional - qui dispose d'un large pouvoir d'appréciation au regard des besoins en santé au travail - constitue une dérogation à l'obligation, pour un service interentreprises, d'accepter l'adhésion de toute entreprise relevant de sa compétence.

Tableau récapitulatif des seuils de constitution de services autonomes, de services communs à des entreprises constituant une unité économique et sociale et de services de site :

| Types de services | Constitution possible | Constitution obligatoire |
|--|---|---|
| SST d'entreprise (au sens strict) SST d'établissement | A partir de 412,5 salariés ou de 401 examens | A partir de 2200 salariés ou de 2134 examens |
| SST interétablissements | A partir de 412,5 salariés ou de 401 examens | |
| SST d'entreprises constituant une UES | A partir de 1650 salariés ou de 1601 examens | |
| SST de site | A partir de 2200 salariés ou de 2134 examens | |

1.2. L'administration du service de santé au travail interentreprises

Participation de membres salariés au conseil d'administration :

Le décret du 28 juillet 2004 introduit une nouveauté importante dans l'administration des services interentreprises (art. R. 241-12 (II)), inspirée par l'accord interprofessionnel de septembre-décembre 2000 sur la santé au travail et la prévention des risques professionnels. Le conseil d'administration des services de santé au travail interentreprises compte dorénavant parmi ses membres des membres salariés qui participent aux votes. Ceux-ci sont issus de la représentation des salariés au sein de la commission de contrôle. Ces membres salariés sont désignés par les représentants des salariés au sein de la commission de contrôle, conformément au principe général de participation des salariés par l'intermédiaire de leurs délégués.

Leur nombre s'élève au tiers des sièges du conseil : le conseil d'administration est donc composé de deux tiers d'administrateurs élus, et d'un tiers de membres salariés issus de la commission de contrôle. La règle « deux tiers – un tiers » s'apprécie au regard de la nouvelle instance de gouvernance ainsi instituée, ce qui signifie que, pour respecter cette proportion, in fine, le nombre des membres siégeant actuellement au conseil d'administration peut être ou non modifié en plus ou en moins par l'assemblée générale.

En tout état de cause, le tiers des sièges du conseil d'administration ne peut donc dépasser le nombre de sièges de salariés à la commission de contrôle.

Les réunions du conseil d'administration donnent lieu à la rédaction d'un compte rendu transmis au directeur régional du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle.

Participation du médecin du travail au conseil d'administration du service :

Sans que ceci constitue une nouvelle disposition, il est rappelé que l'article R. 241-27 du code du travail prévoit que le médecin du travail ou le(s) délégué(s) des médecins participent, avec voix consultative, aux réunions du conseil d'administration du service de santé au travail lorsque l'ordre du jour comporte des questions relatives à l'organisation et au fonctionnement du service ou des questions qui concernent les missions des médecins. Une participation régulière des médecins du travail aux réunions est ainsi possible.

Modalités particulières de gestion :

L'administration des services de santé au travail peut être décidée par accord entre le président du service de santé au travail interentreprises et le comité interentreprises ou, à défaut, les organisations syndicales représentatives au plan national et représentées dans les entreprises adhérentes (R. 241-12 I., al. 3). La forme prise par le service doit alors, en tout état de cause, respecter les conditions énoncées au 1^{er} alinéa de l'article R. 241-12 : le service de santé au travail est constitué sous la forme d'un organisme à but non lucratif, doté de la personnalité civile et de l'autonomie financière.

1.3. La commission médico-technique (17) (art. R. 241-28-1)

Un nouvel article, R. 241-28-1, est introduit dans le code du travail, qui institue une commission médico-technique dans les services de santé au travail, autonomes ou interentreprises, employant au moins trois médecins du travail (à temps plein ou partiel).

Fonction :

La commission médico-technique est réservée aux échanges professionnels entre médecins et intervenants pluridisciplinaires, en présence de l'employeur ou du président du service. Sa vocation est d'être un lieu de dialogue technique sur les priorités du service et sur la mise en œuvre de l'approche pluridisciplinaire, qui fait appel à des compétences médicales, techniques et organisationnelles. Elle est consultée par l'employeur ou le président du service et a le pouvoir de formuler des propositions qui seront portées à la connaissance de l'instance de contrôle. Celles-ci portent sur les priorités du service, sur le choix et la mise en œuvre des compétences intervenant dans le cadre pluridisciplinaire, sur les choix d'équipement du service et les moyens à mettre en œuvre, sur l'organisation d'actions de prévention des risques du travail, sur l'organisation des examens médicaux (par exemple, pour que la chronologie des études du milieu de travail et des examens médicaux soit optimisée) et sur l'organisation d'enquêtes et de campagnes.

Deux sortes de restitutions écrites sont faites : d'une part, au fur et à mesure de l'avancée de ses travaux, les conclusions et propositions sont présentées à l'instance de contrôle (cf. point 4.1.) ; d'autre part, chaque année, un bilan est présenté à cette même instance.

Composition :

Constituée à la diligence de l'employeur ou du président du service, la commission médico-technique est composée :

- du président du service interentreprises ou de l'employeur dans les services autonomes (le président comme l'employeur peut se faire représenter ; dans les services interentreprises, le représentant ne peut pas être un médecin du travail exerçant dans le même service en raison de l'interdiction de cumul de fonctions édictée à l'article R. 241-12-1),
- des médecins du travail du service ou, s'il y a lieu, de leurs délégués, prévus à l'article R. 241-27 et désignés, dans les services de santé au travail interentreprises, au sein de chaque secteur,
- des intervenants en prévention des risques professionnels, internes au service ou à l'entreprise, ou de leurs délégués s'ils ont été désignés.

Les délégués des intervenants en prévention des risques professionnels sont élus à raison d'un titulaire et d'un suppléant pour huit intervenants.

Si le service ou l'entreprise n'a pas d'intervenants en prévention des risques professionnels en interne (dans la mesure où le choix est possible entre la pluridisciplinarité « interne » et la pluridisciplinarité « externe » - cf. circulaire DRT du 13 janvier 2004), la commission est formée des médecins du travail et du président du service ou de l'employeur (ou leurs représentants).

Réunions :

Elle se réunit au moins trois fois par an, sous la présidence du responsable du service, ou de son représentant. Cette périodicité doit faciliter la transmission des documents à la commission de contrôle, qui se réunit à la même fréquence.

2. L'ACTION DU MÉDECIN DU TRAVAIL

Le médecin du travail est le conseiller de l'employeur, des salariés et de leurs représentants, en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail. Son action s'exerce suivant deux axes complémentaires.

D'une part, par son intervention sur le milieu de travail, le médecin du travail apporte son expertise auprès de l'employeur ainsi que des salariés et de leurs représentants, en proposant des actions correctrices des conditions de travail, actions qui sont menées par l'employeur, responsable de la santé et de la sécurité dans l'entreprise. Cet axe constitue une priorité de la médecine du travail.

D'autre part, grâce au suivi médical individuel des salariés, la médecine du travail contribue à la protection individuelle de la santé des travailleurs.

Les orientations traduites par la réforme de la médecine du travail rendent possible une implication nouvelle des médecins du travail dans une fonction d'alerte et de veille sanitaire, se traduisant par la production de données sanitaires en lien avec les risques professionnels, tant au bénéfice des entreprises et de leurs salariés, qu'en vue d'un traitement par l'Institut national de veille sanitaire(InVS).

L'action du médecin du travail s'organise autour de trois types d'activités, correspondant chacune à des temps de travail déterminés :

- le temps consacré à l'action sur le milieu de travail, correspondant à ce que l'on appelle communément le tiers-temps du fait qu'il occupe réglementairement au moins le tiers du temps de travail (point 2.1. ci-dessous) ;
- le temps consacré à l'activité clinique (point 2.2.) ;
- le temps consacré aux activités connexes (point 2.3.).

2.1. Action sur le milieu de travail

Définition

L'action du médecin sur le milieu de travail consiste dans la préparation, la réalisation, et les suites immédiates d'une intervention au bénéfice d'une entreprise ou de plusieurs entreprises, préalablement identifiées.

Cette activité préventive - au bénéfice collectif ou individuel des salariés - a pour but de mener ou de proposer des actions de prévention, de correction ou d'amélioration des conditions de travail.

Elle doit se concrétiser par l'élaboration et la communication aux établissements concernés de différents documents tels qu'avis, rapports, comptes rendus, courriers, et résultats d'études, permettant de contribuer à la démarche de prévention de l'entreprise. Le plan d'activité (article R. 241-41-1 du code du travail) et la fiche d'entreprise (article R. 241-41-3 du code du travail) comptent au nombre de ces documents.

L'action sur le milieu de travail peut aussi recouvrir la participation aux réunions – le cas échéant aux enquêtes et inspections – du CHSCT, les actions de formation et d'information des salariés en entreprise ainsi que la participation à l'organisation des secours.

L'action sur le milieu de travail peut s'organiser dans le cadre d'une collaboration pluridisciplinaire (cf. circulaire DRT du 13 janvier 2004).

2.1.1. Effectivité de l'action sur le milieu de travail (« tiers-temps ») (27) (R. 241-47)

Pour assurer la réalisation de l'action – prioritaire – du médecin du travail sur le milieu de travail, il convenait de dégager une modalité pratique d'évaluation de cet axe d'intervention. C'est la raison pour laquelle l'article R. 241-47 organise les missions sur le milieu de travail en demi-journées de travail. Ainsi, un médecin du travail employé à temps plein doit consacrer à cette mission au moins cent cinquante demi-journées de travail effectif, ce qui équivaut, au moins, au tiers de son temps de travail effectif. Le temps de travail effectif annuel exclut les périodes chômées pour congés annuels, réduction du temps de travail, jours fériés...

Le médecin du travail employé à temps partiel organise son action sur le milieu de travail durant un nombre minimum de demi-journées, calculé au prorata de son temps de travail.

Le nombre de cent cinquante demi-journées est basé sur une semaine de dix demi-journées. Pour des services qui fonctionnent sur une autre répartition du temps de travail, le nombre de demi-journées à réserver à cette action se calcule au prorata du nombre de demi-journées travaillées dans la semaine, afin de correspondre à une durée équivalente.

L'article R. 241-47 ajoute à cette répartition globale un échelonnement du tiers-temps sur l'année, de sorte que l'effectivité de ce travail puisse être mesurée à tout moment. Ainsi, les demi-journées de mission en entreprise doivent être régulièrement réparties mensuellement. Il convient que le service de santé au travail s'en assure.

2.1.2. Plan d'activité (R. 241-41-1)

Il est rappelé – car ceci ne constitue pas une nouveauté liée à la réforme de la médecine du travail – que le médecin du travail établit, chaque année, un plan d'activité qui peut concerner une entreprise ou être commun à plusieurs entreprises. Ce plan, qui porte sur les risques, les postes et les conditions de travail, contient des prévisions quantitatives et qualitatives relatives au suivi de ces entreprises (nombre et fréquence des visites à effectuer, études à réaliser...), déterminées en fonction de l'état et des besoins de santé des salariés, en lien – le cas échéant – avec les objectifs fixés par le service de santé au travail lorsque celui-ci s'est engagé dans une démarche de contractualisation (voir troisième partie de la présente circulaire, point 5). Ce plan d'activité peut être commun à plusieurs médecins et s'inscrire dans les priorités d'action du service (cf. point III – 5).

Chaque entreprise est destinataire des éléments du plan qui la concernent. Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, ou, à défaut, les délégués du personnel, sont consultés sur les éléments de ce plan propres à l'entreprise.

2.1.3. Fiche d'entreprise (26) (R. 241-41-3)

La fiche d'entreprise ou d'établissement, sur laquelle le médecin du travail fait figurer les risques professionnels et les effectifs de salariés qui y sont exposés, est généralisée à l'ensemble des entreprises. Dans les services de santé au travail interentreprises, la fiche est établie, pour les entreprises et établissements nouvellement adhérents, au plus tard un an après leur adhésion.

Dans les entreprises ayant moins de onze salariés, pour lesquelles l'établissement d'une fiche d'entreprise est une mesure nouvelle, cette obligation entre en vigueur le 1^{er} janvier 2006 (article 32 III du décret).

La fiche d'entreprise, remise à l'employeur, est un document qui lui est particulièrement utile dans la mise en œuvre de son obligation d'évaluation des risques professionnels (cf. circulaire N°6 DRT du 18 avril 2002). Il la tient à la disposition de l'inspecteur du travail et du médecin-inspecteur régional du travail et de la main-d'œuvre. Un exemplaire de cette fiche est conservé au sein du service de santé au travail et également tenu à disposition de l'inspecteur du travail et du médecin-inspecteur régional du travail et de la main-d'œuvre.

2.1.4. Rapports et études du médecin du travail sur le milieu de travail (27) (R. 241-47)

Le médecin du travail ayant une fonction importante de conseiller de l'employeur et des salariés (R. 241-41), il est essentiel que l'employeur, et, par son intermédiaire, le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, aient connaissance notamment des rapports qui ont pu être établis à la suite d'une visite d'établissement ou de chantier ainsi que des résultats des études menées par le médecin du travail sur le milieu de travail. En outre, cette communication assure la traçabilité des interventions du médecin du travail.

La transmission des rapports et études à chaque employeur concerné, comme la fiche d'entreprise, est donc prévue par l'article R. 241-47, notamment dans le but de construire des actions de prévention.

Dans les services interentreprises, le président du service de santé au travail est responsable de la communication à l'employeur des rapports et études et s'assure de leur bonne transmission. Celle-ci peut être faite par le médecin du travail, qui, dans ce cas, communique au service de santé au travail un état de ses transmissions.

2.1.5. Relation avec les intervenants en prévention des risques professionnels

L'offre de prévention des risques professionnels à destination des entreprises a été enrichie, en complément des missions assurées par les médecins du travail, par l'introduction de l'obligation du recours à des compétences médicales, techniques et organisationnelles, avec l'article 193 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 (art. L. 241-2 du code du travail) et son décret d'application n° 2003-546 du 24 juin 2003 (art. R. 241-1-1 à R. 241-1-7 du code du travail). La circulaire DRT 2004/01 du 13 janvier 2004 précise le détail de ces mesures.

2.2. Le suivi médical des salariés

Définition

L'examen médical, en médecine du travail, se définit comme l'ensemble des moyens mis en œuvre par le médecin du travail, dans le cadre du colloque singulier, afin de recueillir des informations sur la santé du salarié 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 de travail.

Les examens médicaux peuvent donner lieu à des conseils en matière de prévention des risques professionnels (éducation sanitaire, équipements de protection,...), à la prescription ou à la réalisation d'examens complémentaires, d'actes de prévention en lien avec les caractéristiques du poste de travail occupé par le salarié (vaccinations...), à des orientations médicales, à la délivrance d'un certificat médical initial de maladie professionnelle et, le plus souvent, à la délivrance d'une fiche d'aptitude.

L'examen médical donne nécessairement lieu à un compte rendu porté au dossier médical (R. 241-56, al. 2).

La surveillance médicale des salariés est réalisée au moyen d'examens médicaux à l'embauche (art. R. 241-48), lors de la reprise du travail dans certaines circonstances (R. 241-51 al. 1 à 3), à la demande (art. R. 241-49 III) et par des examens périodiques (R. 241-49 I et II), auxquels s'ajoutent, le cas échéant, les examens complémentaires que le médecin du travail estime nécessaires (art. R. 241-52).

2.2.1. La surveillance médicale simple (28) (R. 241-49 I)

Les examens périodiques constituent une part importante (les 2/3 environ, en moyenne nationale en 2002) de la surveillance médicale. Ils sont espacés de vingt-quatre mois, lorsque le salarié n'entre pas dans une catégorie bénéficiant d'une surveillance médicale renforcée. Cette nouvelle périodicité, qui remplace celle de douze mois de l'ancien article R. 241-49, répond au souci de nombreux acteurs, médecins en particulier, de mieux hiérarchiser les besoins et conduit à une redistribution de la ressource médicale entre le suivi individuel et l'action en milieu de travail.

L'espacement entre deux visites périodiques pourra, pour des raisons d'organisation tant des services de santé au travail que des entreprises, être inférieur à vingt-quatre mois, mais ne pourra pas dépasser ce délai. Toutefois, il est possible au médecin du travail de demander un suivi individuel plus rapproché en fonction de situations particulières.

Si un examen médical non périodique - par exemple un examen de reprise du travail - intervient, l'examen périodique suivant est reporté à vingt-quatre mois après cet examen à condition que l'examen non périodique soit traité et déclaré par le médecin du travail comme un examen également périodique.

2.2.2. La surveillance médicale renforcée (R. 241-49 II et R. 241-50)

2.2.2.1. Définition (29) (R. 241-50)

Une appellation générique

L'article R. 241-50 désigne désormais la surveillance médicale spéciale ou particulière par un vocable unique qui remplace les autres appellations : la surveillance médicale *renforcée*. **La surveillance médicale renforcée couvre deux sortes de situations.**

D'une part, la surveillance médicale renforcée s'applique en raison de l'affectation du salarié à certains travaux. Ces travaux peuvent être ceux qui comportent des exigences ou des risques particuliers, prévus par les décrets pris en application de l'article L. 231-2 (2°) du code du travail (« *Des règlements d'administration publique déterminent, au fur et à mesure des nécessités constatées, les prescriptions particulières relatives soit à certaines professions, soit à certains modes de travail* »). Ce peut être aussi les travaux déterminés par arrêté du ministre chargé du travail. Dans ce dernier cas, l'arrêté, en vigueur, pris par le ministre chargé du travail, est l'arrêté du 11 juillet 1977 (JO du 24 juillet 1977), dont la révision sera prochainement engagée, afin de prendre en compte l'évolution des risques professionnels.

Le nouveau cadre réglementaire introduit le **dialogue social, au niveau des branches professionnelles, dans la mise en oeuvre de la surveillance médicale renforcée.**

Les textes réglementaires continuent de définir *les cas d'ouverture* à cette surveillance. Dans ce cadre, les branches professionnelles peuvent préciser, par accord collectif, les métiers et les postes qui relèvent des cas d'ouverture fixés par le pouvoir réglementaire. Ces accords, pour être applicables, doivent être étendus par arrêté ministériel. Ces questions ne peuvent faire l'objet d'une négociation d'entreprise.

En outre, un poste de travail peut être identifié dans l'entreprise, après évaluation des risques, comme relevant d'une surveillance médicale renforcée au titre d'une disposition réglementaire, même si ce poste n'est pas mentionné dans l'accord de branche étendu.

Par ailleurs, des accords de branche étendus peuvent convenir que certaines situations, non prévues par la réglementation, ouvrent droit, pour les salariés concernés, à une surveillance renforcée.

L'intérêt de la détermination par voie conventionnelle des métiers et des postes relevant d'une surveillance médicale renforcée est – grâce à une connaissance fine des caractéristiques des activités - d'harmoniser les pratiques des entreprises au sein d'une même branche professionnelle, alors que l'on constate aujourd'hui de fortes différences de surveillance médicale dans des situations comparables.

D'autre part, la surveillance médicale renforcée s'applique en raison de certaines situations personnelles. Ces situations sont énumérées à l'article R. 241-50 (2°) :

- salariés qui ont changé de type d'activité depuis moins de dix-huit mois ;
- salariés qui sont entrés en France depuis moins de dix-huit mois ;
- travailleurs handicapés ;
- femmes enceintes ;
- femmes ayant accouché, pendant les six premiers mois de la vie de leur nouveau né et, au-delà, pendant la période où elles allaitent cet enfant ;
- salariés de moins de dix-huit ans.

Dans les entreprises et établissements adhérant à un service de santé au travail interentreprises, le nombre de salariés bénéficiant d'une surveillance médicale renforcée est défini, à côté d'autres informations, dans le document de l'article R.241-25 (1^{er} alinéa) ou dans la déclaration du même article (dernier alinéa).

Dans les entreprises et établissements à partir de cinquante salariés, et dans ceux qui disposent d'un comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, le document est signé par l'employeur et le président du service de santé au travail *après avis motivé des médecins du travail* chargés de l'entreprise ou de l'établissement et après consultation du comité d'entreprise ou d'établissement, ou à défaut, des délégués du

personnel. En cas de désaccord, l'inspecteur du travail est saisi par l'employeur et fait connaître ses observations dans un délai d'un mois. Dans les autres entreprises et établissements, la déclaration est faite au service de santé au travail par l'employeur *après avis motivé du médecin du travail* chargé de l'entreprise ou de l'établissement.

La responsabilité de la détermination des salariés bénéficiant d'une surveillance médicale renforcée revient à l'employeur.

2.2.2.2. Périodicité (28) (R. 241-49 II et R. 241-50 al. 5)

La surveillance médicale renforcée se caractérise, outre une action appropriée sur le milieu de travail, par une plus grande fréquence des examens médicaux périodiques : les examens médicaux sont **renouvelés au plus tard au bout de douze mois**, sans préjudice d'une durée inférieure prévue par une réglementation spéciale.

L'article R. 241-50 ajoute que le médecin du travail est juge de la fréquence des examens dans le cadre de la surveillance renforcée. La modulation du fait du médecin du travail ne peut alors amener à une fréquence moins grande que celle qui est donnée par l'article R. 241-49 II ou les décrets pris en application de l'article L. 231-2 (2°).

La modulation de la périodicité des examens médicaux en fonction de la nature de la surveillance médicale (surveillance simple ou renforcée) **renforce** le principe de l'ancien système de calcul de la charge de travail du médecin du travail, selon lequel **le médecin du travail consacre plus de temps aux salariés soumis à surveillance médicale renforcée**.

2.2.3. Travailleurs liés par un contrat de travail temporaire

Les travailleurs liés par un contrat de travail temporaire ne font pas exception aux règles qui fixent la périodicité de la surveillance médicale.

La condition posée par le 4° du II de l'article R. 243-11, selon laquelle « *le médecin du travail de l'entreprise de travail temporaire peut ne pas effectuer un nouvel examen d'embauchage avant une nouvelle mission si les conditions suivantes sont réunies : [...] 4°) aucune inaptitude n'a été reconnue lors du dernier examen médical intervenu soit au cours des douze mois qui précèdent, si le travailleur est mis à disposition par la même entreprise de travail temporaire, soit au cours des six mois qui précèdent, dans le cas d'un changement d'entreprise de travail temporaire* » ne s'oppose pas à la périodicité de droit commun de la surveillance médicale. Elle a cependant pour effet, dans certains cas, de réduire la périodicité des examens médicaux au-dessous de vingt-quatre mois.

A titre d'exemple, un salarié non soumis à surveillance renforcée, dont la nouvelle mission confiée par l'entreprise de travail temporaire est espacée de plus de douze mois de la précédente mission, pour laquelle un examen médical avait établi son aptitude au même emploi, bénéficiera d'un examen médical d'embauche lors de cette nouvelle mission ; dans ce cas, l'espacement entre ces deux examens sera inférieur à vingt quatre mois.

2.2.4. Examens à la demande (28) (R. 241-49 III)

2.2.4.1. A la demande du salarié

Le salarié peut bénéficier à tout moment d'un examen médical par le médecin du travail. Cette démarche ne peut donner lieu à une sanction de la part de l'employeur.

2.2.4.2. A la demande de l'employeur

La nouvelle rédaction de l'article R. 241-49 précise la possibilité qu'a l'employeur de déclencher un examen médical du salarié par le médecin du travail. L'employeur peut être amené à solliciter le médecin du travail notamment sur la question de l'aptitude médicale de salariés. Cette démarche peut se révéler nécessaire, par exemple après changement du poste de travail. Cette possibilité ne concerne pas la visite de préreprise – prévue par le quatrième alinéa de l'article R 241-51 du code du travail – en raison de son caractère spécifique.

2.3. Activités connexes du médecin du travail

Définition

Le médecin du travail, en sus de son activité sur le milieu de travail et de son activité clinique, mène des activités connexes nécessaires au fonctionnement du service de santé au travail ou à l'exercice de ses missions. Ces activités doivent être prises en compte dans l'organisation de la charge de travail du médecin du travail (cf. point 2.4). Il s'agit notamment des activités suivantes - qui sont fonction de l'activité du médecin du travail concerné :

- Participation, dans les services interentreprises, aux travaux du conseil d'administration du service, de la commission de contrôle (c'est, notamment, le cas des délégués de secteur) ;
- Participation à la commission médico-technique ;
- Formation continue (obligation réaffirmée par la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004) ;
- Participation à la veille sanitaire en lien avec les situations de travail (au delà des informations mentionnées dans les rapports et études relevant de l'action sur le milieu de travail) ;
- Participation aux programmes de santé publique dans le domaine de la prévention des risques professionnels (article 1411-8 du code de la santé publique) ;
- Participation aux recherches, études et enquêtes, en particulier à caractère épidémiologique (R. 241-58), hormis celles qui sont menées dans le cadre de l'action sur le milieu de travail ;
- Participation aux réunions internes au service ;
- Participation aux réunions sollicitées par les structures externes (médecins inspecteurs, sociétés de médecine du travail, ...), lorsque ces réunions ont un lien avec les missions réglementairement confiées au médecin du travail ;
- Tutorat de médecins en formation ;
- Elaboration du rapport annuel d'activité (R. 241-33).

2.4. La charge de travail du médecin du travail

L'évolution du contexte de la médecine du travail (importance grandissante de l'action correctrice sur le milieu de travail, vieillissement de la population salariée, évolution de l'organisation du travail, raréfaction de la ressource médicale) a conduit à rendre toujours plus exigeant l'exercice du médecin du travail. La modification de la règle de fixation de la charge maximale du médecin du travail, effectuée en tenant compte du contexte défavorable de la démographie de la profession, est un des ajustements

majeurs de la réforme de la médecine du travail qui permet d'envisager une meilleure réalisation des missions.

Refonte de la règle :

L'ancien article R. 241-32 mettait en équivalence un temps de travail mensuel avec un nombre de salariés (1 heure par mois pour 20 employés, ou 15 ouvriers, ou 10 salariés bénéficiant d'une surveillance renforcée). Cette règle est supprimée sauf en ce qui concerne le calcul du temps nécessaire au médecin des services habilités - en application du décret n° 97-137 du 17 février 1997, relatif à la protection des travailleurs contre les dangers des rayonnements ionisants dans les installations nucléaires de base (INB) : le temps médical consacré par les médecins des services habilités pour le suivi médical des travailleurs classés A ou B intervenants extérieurs en INB, reste calculé à raison d'1 heure par mois pour cinq salariés.

La nouvelle règle fonctionne sur la base de trois critères de charge dont *aucun* ne doit être dépassé.

Ainsi, le service de santé au travail ne peut mettre à la charge du médecin du travail à temps plein (durée légale du travail) le suivi de plus 450 entreprises (dans les services interentreprises), de plus de 3300 salariés, ni de plus de 3200 examens médicaux effectués dans l'espace d'une année.

Pour un médecin du travail à temps partiel, les seuils maximaux sont calculés au prorata de son temps de travail.

La combinaison de ces trois limites, ainsi que de la règle d'application du tiers-temps, permet d'assurer l'effectivité du suivi médical et de l'action du médecin du travail en milieu de travail, tout en prenant en compte la nature des risques auxquels sont exposés les salariés, et, notamment, les situations donnant lieu à une surveillance médicale renforcée.

La fixation de la charge de travail du médecin du travail :

Lors de la fixation de la charge de travail de chaque médecin du travail, le service de santé au travail devra prendre en considération les aléas qui peuvent intervenir au cours de l'année dans la vie du service ou des entreprises suivies, de façon à ne pas dépasser les nombres maximaux de charge. Il en est ainsi des absences de courte durée d'autres médecins du travail, s'ils ne sont pas remplacés.

Les services de santé au travail doivent, par conséquent, se doter de moyens permettant d'apprécier le nombre d'examens médicaux prévisibles sur l'année. Cette évaluation se fonde sur la connaissance, notamment, du nombre de salariés employés par les entreprises, du nombre de salariés liés par un contrat de travail temporaire et de salariés d'entreprises extérieures, et du nombre de salariés soumis à une surveillance médicale renforcée. Elle prend en compte le besoin en temps de déplacement lorsque les examens médicaux sont organisés en des lieux différents. L'analyse des informations relatives à l'année précédente et disponibles dans le service - ainsi que des informations à caractère prévisionnel qui peuvent être fournies par les entreprises - concourt à la bonne détermination de la charge de travail du médecin du travail.

Le critère du nombre de salariés au titre du calcul de la charge de travail :

cf. définition de l'effectif au début du II de la présente circulaire

L'indication, portée dans la rédaction de l'article R. 241-32, relative à la pondération par un coefficient représentant la périodicité des examens médicaux a pour seul objet de rappeler que la modulation de la périodicité des examens intervient dans la détermination de l'effectif suivi.

Le critère du nombre d'examens médicaux au titre du calcul de la charge de travail :

Le volume des examens médicaux prend en compte les exigences de la surveillance médicale renforcée (de structure variable) qui génère davantage d'examens. C'est pourquoi le seul critère d'effectif n'aurait pas suffi.

Pour la définition de l'examen médical : cf. point 2.2. ci-dessus.

Le critère du nombre d'entreprises au titre du calcul de la charge de travail :

Chaque entreprise ou établissement suivi par le médecin du travail est comptabilisé, quelle que soit sa taille.

Il importe de fixer une telle limite, d'une part pour éviter certaines situations actuelles où des médecins se voient chargés d'un très grand nombre de petites entreprises, sans réelle possibilité d'exercice du tiers-temps et d'autre part, parce que le médecin du travail doit, dorénavant, établir une fiche d'entreprise pour chaque entreprise dont il a la responsabilité, même pour les plus petites.

Détermination de la charge de travail du médecin du travail

Pour garantir le respect effectif des limites fixées à l'article R 241-32 du code du travail : 450 entreprises, 3 200 examens dans l'année, 3 300 salariés, la détermination de la charge de travail du médecin du travail s'effectue de la manière suivante.

Il convient de réserver, en premier lieu, le temps à consacrer à **l'action sur le milieu de travail**. En application de l'article R. 241-47 du code du travail, il est égal au tiers du temps de travail effectif, soit, pour un médecin du travail exerçant à temps plein dans un service, 150 demi-journées, dans l'année. En fonction des circonstances, ce temps d'action sur le milieu de travail peut être augmenté par le service mais ne peut, en revanche, être réduit au dessous du plancher.

C'est donc sur les 2/3 du temps de travail effectif que se répartissent les autres activités du médecin du travail, composées du suivi clinique des salariés – la part, de très loin la plus élevée - et des activités connexes.

L'activité clinique du médecin du travail suppose de déterminer le nombre d'examens médicaux que le médecin du travail peut accomplir. Partant du nombre d'examens médicaux – en fonction du taux de surveillance médicale renforcée et du taux de visites non périodiques, tous 2 variables –, on détermine, in fine, le nombre de salariés suivis par médecin du travail. Les établissements adhérents sont répartis par le service entre médecins, en fonction de leur nombre d'examens et de salariés, en vue d'aboutir à une répartition équitable entre l'ensemble des médecins du service. La charge de travail attribuée au médecin doit tenir compte de l'ensemble des contrats de travail exercés dans le courant de l'année, même pour de courtes durées, dans le cadre des contrats précaires (contrats de travail à durée déterminée, travail temporaire). Cette précaution est primordiale dans les entreprises aux fluctuations sensibles (activité saisonnière, par exemple).

Les activités connexes sont déterminées par le service, en fonction de sa pratique antérieure. Elles sont variables en fonction des situations locales propres à chaque service. Ces activités recouvrent, à la fois, des tâches qui incombent obligatoirement à chaque médecin (élaboration de documents, formation continue, veille sanitaire...), mais aussi des charges qui ne s'appliquent qu'à certains d'entre eux, (charges de délégation, de tutorat notamment...). Il appartient à chaque service de faire en sorte que chaque médecin du travail dispose du temps nécessaire pour faire face à l'ensemble de ces obligations.

2.5. Le remplacement des médecins du travail (25) (art. R. 241-32-1)

Les absences prolongées de médecins du travail sont susceptibles de désorganiser les services. La réponse des services de santé au travail consiste souvent à répartir la charge de travail du médecin absent entre les autres médecins, ce qui crée une surcharge dommageable à l'action du service de santé au travail.

C'est pour éviter cette situation, et assurer, en tout état de cause, le respect des différents critères déterminant la charge de travail maximale d'un médecin que le service de santé au travail ou l'employeur est tenu de procéder au remplacement de tout médecin du travail absent pendant plus de trois mois.

Dès lors que le service ou l'employeur est informé d'une absence prévisible de plus de trois mois sans discontinuité, et quel que soit le temps de travail contractuel du médecin absent, il assure le remplacement de ce médecin. Cette disposition ne s'oppose pas à ce qu'un remplacement soit organisé, dans les mêmes conditions, pour une absence de moindre durée.

Le remplacement peut être réalisé par l'embauche d'un nouveau médecin ou par augmentation du temps de travail (et non de la charge à temps constant) des médecins du travail du service.

La procédure normale de nomination du médecin du travail s'applique au remplaçant, ce qui peut, le cas échéant, justifier une réunion *ad hoc* de l'instance de contrôle.

3. L'INDÉPENDANCE DU MÉDECIN DU TRAVAIL

Le décret du 28 juillet 2004 poursuit le mouvement continu de renforcement de l'indépendance du médecin du travail consacrée de longue date dans le code de déontologie médicale et dans le droit du travail. Plus récemment, et plus spécialement, la loi du 17 janvier 2002 est venue organiser l'indépendance du médecin du travail, lors de son licenciement.

3.1. Affirmation de l'indépendance du médecin du travail

3.1.1. Définition de la mission du médecin du travail (18) (R. 241-30)

L'article L. 241-2 du code du travail énonce que le rôle du médecin du travail est exclusivement préventif et consiste à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail. L'article R. 241-30 précise pour la première fois ce rôle dans un nouvel alinéa : le médecin du travail agit, dans le cadre de l'entreprise, dans l'intérêt exclusif de la santé et de la sécurité des travailleurs dont il assure la surveillance médicale.

Dans l'exercice de ses missions, le médecin du travail bénéficie d'une indépendance que l'article R. 241-30 alinéa 1 prévoit par référence au code de déontologie médicale (« *Ce contrat de travail est conclu dans les conditions prévues par le code de*

déontologie médicale »). L'alinéa 2 de cet article, issu du décret du 28 juillet 2004, énonce explicitement cette règle : « *son indépendance est garantie dans l'ensemble des missions définies à l'article L. 241-2* ».

3.1.2. Règle de non-cumul des fonctions de médecin du travail avec celles de responsabilités de gestion au sein du service interentreprises (8) (art. R. 241-12-1 du code du travail et art. 32 II du décret du 28 juillet 2004)

La règle de non-cumul des fonctions du médecin du travail avec des responsabilités de gestion dans le même service de santé au travail interentreprises a été établie à l'article R. 241-12-1. La disposition traduit le souci d'éviter que des intérêts potentiellement opposés se trouvent portés par la même personne.

Elle entre en vigueur le 1^{er} janvier 2006.

En outre, il est rappelé que les fonctions du médecin du travail sont, d'une manière générale, exclusives de toute autre fonction dans les établissements dont il a la charge (article R 241-32 du code du travail).

3.2. L'affectation du médecin du travail sur un secteur

3.2.1. Secteurs en service autonome (16) (R. 241-28 al. 4)

Les services de santé au travail autonomes doivent, depuis le décret du 28 juillet 2004, et lorsqu'ils emploient plusieurs médecins du travail, s'organiser en secteurs de la même façon que les services interentreprises. Ces secteurs peuvent avoir un caractère professionnel ou géographique. La sectorisation, définie par l'entreprise, permet d'affecter, à chaque médecin du travail, un secteur de l'entreprise ou de l'établissement et ainsi de contrôler la répartition et les changements d'affectation.

A la différence des services interentreprises, les secteurs des services autonomes ne reçoivent pas d'agrément administratif.

3.2.2. Changements d'affectation (20) (R. 241-31-1)

La contestation du changement d'affectation :

Le transfert du suivi d'une entreprise, d'un ensemble d'entreprises ou d'un secteur d'entreprise d'un médecin à un autre pourrait constituer un moyen de pression du service ou de l'employeur sur les décisions du médecin du travail, ou être consécutif à une demande d'une entreprise insatisfaite des interventions du médecin qui en assure le suivi. L'indépendance du médecin du travail serait incomplète sans un contrôle de ces mouvements. C'est pourquoi l'article R. 241-31-1 prévoit un contrôle de ces mouvements lorsqu'ils sont contestés.

En service autonome, la contestation peut émaner :

- du médecin intéressé ;
- ou du comité d'entreprise ou d'établissement ;
- ou - à défaut de comité d'entreprise ou d'établissement - des délégués du personnel de l'entreprise ou de l'établissement suivi.

En service interentreprises, la contestation peut émaner :

- du médecin du travail ;
- ou de l'employeur de l'entreprise adhérente concernée ;

- ou du comité d'entreprise ou d'établissement de l'entreprise ou de l'établissement réaffecté ;
- ou - à défaut de comité d'entreprise ou d'établissement - des délégués du personnel de l'entreprise ou de l'établissement que le médecin du travail avait précédemment en charge.

La saisine de l'instance de contrôle :

La procédure suivie est alors la même qu'en cas de nomination du médecin du travail (R. 241-31).

Le changement d'affectation contesté est **soumis à l'accord de l'instance de contrôle** (comité d'entreprise, d'établissement ou interentreprises, commission de contrôle, conseil d'administration des services administrés paritairement).

L'autorisation administrative :

A défaut d'accord de l'instance de contrôle, le chef d'entreprise ou le président du service de santé au travail saisit l'inspecteur du travail, qui prend sa décision après avis du médecin-inspecteur régional du travail et de la main-d'œuvre.

3.3. Procédures de nomination et de licenciement du médecin du travail

3.3.1. Nomination du médecin du travail (19) (R. 241-30)

La nomination du médecin du travail est soumise à l'accord de l'instance de contrôle (cf. point 4.1.), et ce avant la fin de la période d'essai qui suit l'embauche. Dans le cas où l'instance de contrôle ne donne pas son accord pour la nomination proposée, le chef d'entreprise ou le président du service de santé au travail saisit l'inspecteur du travail. Ce dernier prend sa décision après avis du médecin-inspecteur régional du travail et de la main-d'œuvre.

3.3.2. Licenciement du médecin du travail (21) (R. 241-31-2)

La procédure de licenciement du médecin du travail, modifiée par l'article L. 241-6-2 du code du travail, est précisée par l'article R. 241-31-2.

L'entretien préalable :

Le chef d'entreprise ou le président du service de santé au travail convoque le médecin du travail selon la procédure prévue à l'article L. 122-14 du code du travail.

L'avis de l'instance de contrôle :

Après l'entretien préalable, le chef d'entreprise ou le président du service de santé au travail saisit l'instance de contrôle pour avis. Cette instance procède alors à l'audition du médecin du travail, puis rend son avis.

En cas de mise à pied du médecin du travail, la consultation de l'instance de contrôle a lieu dans les dix jours à compter de la mise à pied.

La demande d'autorisation administrative :

Dans les quinze jours suivant la délibération de l'instance de contrôle sur le projet de licenciement, le chef d'entreprise ou le président du service de santé au travail formule sa demande d'autorisation de licenciement auprès de l'inspecteur du travail par lettre recommandée avec accusé réception. La demande énonce les motifs du licenciement envisagé et est accompagnée du procès-verbal de la réunion de l'instance de contrôle. La réception par l'inspecteur du travail d'une demande incomplète (non motivée ou non accompagnée du procès verbal de la réunion de l'instance de contrôle) *fait l'objet d'une information de l'employeur par l'inspecteur du travail*, et ne fait pas courir les délais de réponse.

En cas de mise à pied du médecin du travail, la demande d'autorisation de licenciement est formulée auprès de l'inspecteur du travail dans les quarante-huit heures suivant la délibération de l'instance de contrôle.

L'enquête de l'inspecteur du travail :

L'inspecteur du travail :

- recueille l'avis du médecin-inspecteur régional du travail et de la main-d'œuvre (L. 241-6-2 al. 3) ;
- et procède à une enquête contradictoire ; dans le cadre de cette enquête, le médecin du travail peut, sur sa demande, se faire assister par une personne qu'il choisit parmi le personnel de l'entreprise ou du service de santé au travail.

La décision de l'inspecteur du travail :

L'inspecteur du travail statue dans un délai de quinze jours à compter de la réception de la demande. En cas de mise à pied du médecin du travail, l'inspecteur prend sa décision dans un délai de huit jours. Dans le cas où les nécessités de l'enquête le justifient, l'inspecteur du travail peut prolonger le délai de réponse.

La décision qu'il est amené à prendre s'oppose logiquement à l'une des parties au différend. Par conséquent, et comme le précise l'article R. 241-31-2 al. 7, **la décision est motivée**, c'est à dire qu'elle doit indiquer les considérations de droit et de fait sur lesquelles se fonde l'auteur de la décision.

L'inspecteur du travail notifie sa décision à l'employeur, au médecin du travail et au président de l'instance de contrôle, qui en informe ses membres. Les notifications, faites par courrier recommandé avec accusé réception, mentionnent les voies et délais de recours devant le tribunal administratif territorialement compétent.

Les effets de la décision de l'inspecteur du travail en cas de mise à pied du médecin du travail (L. 241-6-2 al. 4) :

Dans le cas où l'employeur a prononcé la mise à pied immédiate du médecin du travail, la mise à pied est annulée et ses effets supprimés dès lors que l'inspecteur a refusé d'autoriser le licenciement.

Le recours hiérarchique contre la décision de l'inspecteur du travail en cas de licenciement (21) (R. 241-31-2 al. 8, 9 et 10) :

La voie de recours hiérarchique devant le ministre chargé du travail contre la décision de l'inspecteur du travail est spécialement prévue à l'article R. 241-31-2.

Le service chargé du traitement des recours hiérarchiques relatifs à la médecine du travail au ministère chargé du travail est le bureau CT1 (bureau des conditions de

travail, de l'organisation de la prévention des risques professionnels et de la médecine du travail), à la direction des relations du travail, sous direction des conditions de travail et de la protection contre les risques du travail (39-43, quai André Citroën 75902 Paris cedex 15). Cette mention doit figurer sur la décision de l'inspecteur du travail.

Le délai de formation du recours est de deux mois à compter de la réception de la notification de la décision. Saisi d'un tel recours, le ministre peut annuler ou réformer la décision de l'inspecteur du travail. Il statue dans un délai de quatre mois.

En cas d'annulation de la décision d'autorisation de licenciement (L. 241-6-2 et L. 425-3) :

Si une décision de l'inspecteur du travail, autorisant le licenciement du médecin du travail, est annulée sur recours hiérarchique ou contentieux, il est fait application de l'article L. 425-3 du code du travail.

Dans un délai de deux mois à compter de la notification de la décision ministérielle, si le médecin du travail le demande, il a droit :

- à être réintégré dans son emploi ou dans un emploi équivalent ;
- et, lorsque l'annulation de la décision d'autorisation de licenciement est devenue définitive, au paiement d'une indemnité correspondant à la totalité du préjudice subi au cours de la période qui s'est écoulée entre son licenciement et sa réintégration.

Si, dans les deux mois à compter de la notification de la décision ministérielle, le médecin du travail ne fait pas de demande de réintégration, il a droit, non pas à sa réintégration, mais au paiement d'une indemnité correspondant à la totalité du préjudice subi au cours de la période qui s'est écoulée entre son licenciement et le terme de deux mois suivant la notification de la décision ministérielle.

Le paiement de l'indemnité, qui constitue un complément de salaire, s'accompagne du versement des cotisations y afférentes.

3.3.3. Le cas particulier des mises à la retraite

La mise à la retraite des médecins du travail, à l'initiative de l'employeur, dans le cadre des dispositions de l'article L 122-14-13 du code du travail, est soumise à la mise en œuvre de la procédure mentionnée au point 3.3.2. ci-dessus, par analogie avec la jurisprudence relative à la mise à la retraite des représentants du personnel (cf. instruction ministérielle n°7/96 du 23 mai 1996).

4. LE CONTRÔLE DES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL

4.1. Le contrôle social

Pour la mise en œuvre des obligations posées par le code du travail, les services de santé au travail interentreprises sont constitués sous la forme d'organismes à but non lucratif, dotés de la personnalité civile et de l'autonomie financière (R. 241-12). Les services se sont organisés sous la forme juridique de l'association loi du 1^{er} juillet 1901, qui répond à ces exigences. Les services, assurés par les médecins du travail (L. 241-2), sont organisés par les entreprises (L. 241-1) adhérentes, et administrés par le président du service – choisi parmi les employeurs adhérents –, sous la surveillance du comité interentreprises ou de la commission de contrôle. Des modalités particulières de gestion peuvent toutefois être établies par accord entre le président du service et le comité interentreprises ou, à défaut de comité interentreprises, les

organisations syndicales de salariés représentatives au plan national et représentées dans les entreprises adhérentes (R. 241-12).

Les services de santé au travail de toute nature, qu'ils soient interentreprises, autonomes ou communs à des entreprises constituant une unité économique et sociale, sont organisés afin que les médecins du travail et les intervenants en prévention des risques professionnels remplissent leur mission de veiller à la préservation de la santé des travailleurs, d'œuvrer pour de bonnes conditions de sécurité et de salubrité dans les entreprises, et de participer au recueil de données, en lien avec les situations de travail, dans le cadre de la veille sanitaire. L'origine de ces missions, reposant sur l'article L. 241-5 du code du travail, justifie l'étendue d'un contrôle - interne (contrôle social) et administratif - particulier.

L'instance de contrôle prend des formes diverses, en fonction du type de service de santé au travail :

| Types de services de santé au travail | Forme d'instance de contrôle |
|--|--|
| service de santé au travail d'entreprise | comité d'entreprise |
| service de santé au travail d'établissement | comité d'établissement |
| service de santé au travail interétablissements d'entreprise | comité central d'entreprise et comités d'établissement |
| services de santé au travail d'entreprises constituant une unité économique et sociale | comité d'entreprise commun |
| service de santé au travail interentreprises administré paritairement | conseil d'administration paritaire |
| autres services de santé au travail interentreprises | comité interentreprises ou commission de contrôle |

Dans les services interentreprises, le contrôle est assuré par le comité interentreprises ou la commission de contrôle. Or, les commissions de contrôle ont été souvent confrontées à des difficultés de fonctionnement qui les empêchent d'assurer pleinement leur mission. C'est pourquoi une série de mesures de facilitation et d'amélioration du fonctionnement de ces instances a été prise dans le cadre de la réforme de la médecine du travail.

4.1.1 Renforcement de l'action de la commission de contrôle

4.1.1.1. Composition de la commission de contrôle (10) (R. 241-15)

La commission de contrôle est composée du président du service de santé au travail, président de la commission, et de membres issus des entreprises adhérentes au service interentreprises. La nouvelle rédaction de l'article R. 241-15 précise ainsi que le président n'est pas décompté parmi les membres issus des entreprises adhérentes.

Les membres issus des entreprises adhérentes sont des représentants des chefs d'entreprise et des représentants des salariés des entreprises adhérentes.

La commission de contrôle compte, au total, entre 9 et 21 membres en sus du président.

Le nombre de sièges que chaque organisation syndicale représentant les salariés est invitée à pourvoir est déterminé par un accord entre le président du service et les organisations syndicales représentatives au plan national (précision apportée par le décret) et intéressées, c'est à dire représentées dans l'ensemble formé par les entreprises adhérentes.

Représentants des chefs d'entreprise :

Les représentants des chefs d'entreprise des entreprises adhérentes se répartissent entre 3 et 7 sièges.

Représentants des salariés :

Les représentants des salariés sont désignés par les organisations syndicales représentatives au plan national parmi les salariés des entreprises adhérentes. Le nombre de sièges des représentants des salariés est le double du nombre de sièges des représentants des chefs d'entreprise des entreprises adhérentes.

4.1.1.2. Rôle du président dans la constitution et le renouvellement de la commission de contrôle (10) (R. 241-15)

Le président du service de santé au travail interentreprises est chargé de constituer la commission de contrôle et doit faire toutes les diligences nécessaires – et le démontrer.

Lorsque le mandat d'un membre de la commission vient à cesser, le président du service de santé au travail interentreprises est chargé de solliciter la désignation d'un nouveau représentant auprès des chefs d'entreprise des entreprises adhérentes s'il s'agit d'un représentant des employeurs, ou auprès de l'organisation syndicale concernée s'il s'agit d'un représentant des salariés des entreprises adhérentes.

La rédaction de l'article R. 241-15 ne permet pas au président du service de négliger de constituer ou de renouveler la commission de contrôle.

Procédure en cas de défaut de candidature (10) (R. 241-15)

Si un défaut de candidature empêche la constitution ou le renouvellement de la commission de contrôle, le président du service établit un procès-verbal attestant cette situation. Le procès-verbal est affiché dans le service et transmis au directeur régional du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle dans un délai de quinze jours.

4.1.1.3. Communication d'informations à l'administration (10 pour la composition et les modifications ; 12 pour l'ordre du jour) (R. 241-15 et R. 241-16)

L'administration est destinataire d'informations relatives à la commission de contrôle.

D'une part, la composition de la commission de contrôle ainsi que les modifications intervenues dans cette composition sont communiquées au directeur régional du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle dans un délai d'un mois à compter de la constitution, du renouvellement ou de la modification (R. 241-15).

D'autre part, les pièces jointes à la convocation aux réunions de la commission de contrôle (ordre du jour et documents) sont transmises à l'inspecteur du travail et au directeur régional du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle au moins

quinze jours avant la date de la réunion. Le cas échéant, si des documents sont remis en séance, ils sont également transmis (R. 241-16 al. 2).

Enfin, le procès-verbal de la réunion de la commission de contrôle est transmis au directeur régional du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle dans le délai d'un mois à compter de la date de la réunion (R. 241-16 al. 4).

4.1.1.4. Formation des membres de la commission de contrôle (11) (R. 241-15-1)

La nouvelle mesure qui prévoit la formation des membres de la commission de contrôle est un élément fort de l'amélioration du fonctionnement de cette instance. Les membres reçoivent la formation nécessaire à l'exercice de leur mandat, dont le contenu et les conditions d'organisation peuvent être précisés par accord collectif de branche.

Cette formation, dispensée à chaque membre, comporte :

- **une formation initiale**, délivrée dans les trois mois qui suivent la nomination à la commission, et **des stages de perfectionnement et d'actualisation des connaissances**, dispensés dès lors que le membre a cumulé trois années de mandat depuis la formation initiale ou le dernier stage de perfectionnement et d'actualisation.

La formation est financée par le service de santé au travail (coût de la formation, salaires, frais de déplacement...).

Lorsque le contenu et les conditions d'organisation de la formation ne sont pas précisés par accord collectif de branche, le président du service en assure l'organisation, après concertation avec les membres de la commission de contrôle.

4.1.1.5. Nombre minimum de séances annuelles (12) (R. 241-16)

Pour un meilleur suivi du service de santé au travail par la commission de contrôle, le nombre minimal de séances de cette instance a été rehaussé à trois réunions annuelles.

4.1.1.6. Vote

4.1.1.6.1. Modalités de vote en cas de nomination, de changement d'affectation ou de licenciement du médecin du travail (22) (R. 241-31-3)

La procédure de vote au sein de l'instance de contrôle en cas de nomination, de changements d'affectation ou de licenciement du médecin du travail est améliorée.

Le vote est, comme auparavant, à bulletins secrets.

La majorité requise est la majorité simple des membres présents et des membres valablement représentés ; elle se substitue à la règle précédente, qui imposait une majorité de l'ensemble des membres et qui s'était révélée bloquante, lorsque quelques uns des membres n'étaient ni présents, ni représentés.

Un membre prévoyant d'être absent peut remettre un pouvoir à l'un de ses pairs. Ce dernier ne peut détenir plus d'un pouvoir.

Ces dispositions sur les modalités de vote en cas de nomination, de changements d'affectation ou de licenciement du médecin du travail ne sont pas limitées au service interentreprises mais s'appliquent à tous les types de services de santé au travail.

4.1.1.6.2. Non-participation du président au vote en matière d'organisation, de gestion et de fonctionnement (12) (R. 241-16 al. 3)

La question de la place du président de la commission de contrôle au sein de l'instance a été réglée concernant le décompte des membres (cf. point 4.1.1.1. Composition de la commission de contrôle).

Quant au point de savoir si le président prend part aux votes, il est précisé par l'article R. 241-16, alinéa 3 : « Le président ne participe pas au vote lorsqu'il consulte la commission en application des dispositions de l'article R. 241-14 ». L'article R. 241-14 est celui où est définie la compétence de la commission de contrôle : toutes questions d'organisation, de gestion et de fonctionnement du service de santé au travail.

Procès-verbal cosigné (12) (R. 241-16 al. 4) :

Le procès-verbal des réunions de la commission de contrôle est signé par le président du service et le secrétaire de la commission de contrôle.

4.1.1.7. Rapport comptable d'entreprise (15) (R ; 241-26 al. 4)

Pour améliorer la transparence sur la gestion des services de santé au travail interentreprises, ceux-ci doivent établir désormais un rapport comptable d'entreprise, certifié par un commissaire aux comptes. Ce rapport est versé en complément du rapport annuel relatif à l'organisation, au fonctionnement et à la gestion financière du service.

4.1.2. Intervention de l'instance de contrôle

4.1.2.1. Consultations pour avis du comité interentreprises ou de la commission de contrôle (9) (R. 241-14)

Dans les services interentreprises, l'instance de contrôle est consultée sur toutes les questions d'organisation, de gestion et de fonctionnement du service. L'article R. 241-14 donne une liste, non exhaustive, de sujets sur lesquels le comité interentreprises ou la commission de contrôle rend un avis :

- rapport annuel relatif à l'organisation, au fonctionnement et à la gestion financière du service ;
- rapport d'activité des médecins du travail ;
- état prévisionnel des recettes et des dépenses, exécution du budget du service ;
- modification de la compétence géographique ou professionnelle du service ;
- création, suppression, modification de secteurs médicaux ;
- création, suppression d'emplois de médecins du travail ;
- recrutement de médecins du travail en contrat à durée déterminée ;
- recrutement, licenciement des intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP).

Les deux derniers points de la liste ci-dessus sont issus des décrets des 24 juin 2003 et 28 juillet 2004. Leur ajout représente une simple précision, mais pas à proprement parler de nouveaux domaines de compétence, puisqu'ils entrent par définition dans le champ de l'organisation, de la gestion et du fonctionnement du service.

Dans les services de santé au travail autonomes, le comité d'entreprise ou d'établissement est consulté sur les questions relatives à l'organisation et au fonctionnement du service (les dispositions de l'article R 241-3 du code du travail restent inchangées).

En outre, en application de l'article R 241-1-2 du code du travail, les conventions conclues avec les IPRP « externes » (organismes ou personnes physiques) sont également soumises à la consultation de l'instance de contrôle dans les services autonomes ou interentreprises.

4.1.2.2. Communication d'informations à l'instance de contrôle

4.1.2.2.1. Effectif, entreprises et secteur suivis, à l'occasion de la nomination du médecin du travail (19) (R. 241-31)

Dans un service de santé au travail d'entreprise, d'établissement ou interentreprises, à l'occasion de la nomination d'un médecin du travail, l'instance de contrôle (comité d'entreprise, d'établissement, interentreprises, commission de contrôle) est informée de l'effectif des salariés suivis par ce médecin du travail.

Dans les services de santé au travail d'entreprise, le comité d'entreprise est informé du secteur auquel ce médecin du travail est affecté.

Dans les services de santé au travail interentreprises, le comité interentreprises ou la commission de contrôle est informé de la liste des entreprises affectées à ce médecin du travail.

4.1.2.2.2. Tout changement d'affectation d'une entreprise ou d'un établissement de plus de cinquante salariés dans les services interentreprises de santé au travail (9) (R. 241-14)

Le comité interentreprises ou la commission de contrôle est informé :

- de tout changement relatif à l'affectation d'une entreprise ou d'un établissement à un médecin du travail, si cette entreprise ou cet établissement a plus de cinquante salariés ;
- de l'activité des commissions consultatives des secteurs médicaux lorsqu'elles existent ;
- des observations formulées et des mises en demeure notifiées par l'inspecteur du travail relatives à la médecine du travail et des mesures prises pour s'y conformer ;
- des observations d'ordre technique formulées par le médecin-inspecteur régional du travail et de la main-d'œuvre et des mesures prises pour s'y conformer ;
- des suites données aux suggestions faites par le comité interentreprises ou la commission de contrôle ;
- des plans d'activité des médecins du travail en milieu de travail (R. 241-41-1) et de l'avis des CHSCT concernés sur ces plans ;
- lorsque des accords collectifs et conventions collectives concernant des entreprises et des établissements adhérents comportent des clauses relatives à l'activité et aux missions des services de santé au travail : de l'état d'application de ces clauses.

Le premier point de cette liste (le changement d'affectation d'une entreprise ou d'un établissement de plus de cinquante salariés) a été introduit par le décret du 28 juillet 2004. Ceci représente un élargissement du domaine d'information du comité interentreprises et de la commission de contrôle.

4.1.2.3. Interventions en cas de nomination, de changement d'affectation ou de licenciement du médecin du travail

4.1.2.3.1. Interventions en cas de nomination (19) (R. 241-31)

La nomination du médecin du travail est soumise à l'accord de l'instance de contrôle.

La consultation de l'instance de contrôle pour recueillir cet accord doit intervenir avant la fin de la période d'essai qui suit l'embauche.

A défaut d'accord, la nomination ne peut intervenir que sur autorisation de l'inspecteur du travail prise après avis du médecin-inspecteur régional du travail et de la main-d'œuvre.

4.1.2.3.2. Interventions en cas de changement d'affectation (20) (R. 241-31-1)

Tout changement de secteur ou d'affectation d'entreprise ou d'établissement est soumis, lorsqu'il est contesté, à l'accord de l'instance de contrôle. (cf. point 3.2.2. de la présente circulaire)

4.1.2.3.3. Interventions en cas de licenciement (21) (R. 241-31-2)

Le licenciement du médecin du travail est soumis à l'avis de l'instance de contrôle (cf. point 3.3.2. de la présente circulaire).

4.2. Le contrôle administratif

L'administration dispose de divers moyens pour imposer le respect des dispositions réglementaires : en sus des contrôles inopinés, ce sont les décisions prises dans le cadre de l'agrément des services autonomes, de l'approbation de la compétence géographique et professionnelle des services interentreprises, ainsi que de l'agrément des secteurs médicaux. A cet ensemble de mesures, s'ajoute la possibilité de prononcer des mises en demeure de se conformer à la réglementation, avec possibilité de retrait des agréments et approbations accordés. Ces différentes mesures ne sont pas nouvelles et sont détaillées dans la troisième partie de la présente circulaire, relative à la politique d'agrément des services.

4.2.1. Agrément sous condition

L'agrément délivré pour un an est une novation du décret du 28 juillet 2004. Il est destiné à obtenir la mise en conformité moyennant un engagement précis et daté du service de santé au travail ou de l'employeur. A cette condition, il est possible de permettre le maintien en activité d'un service de santé au travail malgré la constatation de certains manquements aux dispositions réglementaires sur la médecine du travail. Cet agrément peut être délivré par le directeur régional du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle lorsque celui-ci estime que les corrections nécessaires peuvent être apportées dans un délai d'un an au plus.

Si l'agrément est en cours de validité, le directeur régional du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle y met fin, puis délivre un agrément d'un an au plus. Il ne peut délivrer deux agréments de ce type successivement.

Si, à l'échéance de l'agrément provisoire, les corrections demandées par l'administration ont été apportées, le directeur régional du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle délivre un agrément pour cinq ans. Si, en revanche, le

service ou l'employeur n'a pas procédé à toutes les mises en conformité demandées pour le secteur concerné, l'agrément provisoire prend fin sans qu'aucun nouvel agrément puisse être délivré à ce secteur médical, qui doit alors cesser de fonctionner.

La procédure est applicable tant en ce qui concerne l'agrément des services de santé au travail d'entreprise ou d'établissement (R. 241-7) qu'en ce qui concerne l'agrément des secteurs médicaux des services de santé au travail interentreprises (R. 241-21).

La troisième partie de la présente circulaire, relative à la politique d'agrément des services, expose en détail cette procédure.

4.2.2. Information de l'administration

4.2.2.1. Documents transmis à l'administration

Pour permettre à l'administration de mieux assurer le contrôle des services interentreprises, le décret du 28 juillet 2004 prévoit la transmission à l'administration de :

- la composition de la commission de contrôle, ainsi que toute modification intervenue dans cette composition (destinataire : directeur régional du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle) (10) (R. 241-15) ;
- tout défaut de candidature à la commission de contrôle (destinataire : directeur régional du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle) (10) (R. 241-15) ;
- l'ordre du jour des séances de la commission de contrôle (destinataires : inspecteur du travail et directeur régional du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle) (12) (R. 241-16) ;
- le procès-verbal, cosigné par le président et le secrétaire, des réunions de la commission de contrôle (destinataire : directeur régional du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle) (12) (R. 241-16) ;
- compte rendu des réunions du conseil d'administration des services (destinataire : directeur régional du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle) (7 III) (R. 241-12).

4.2.2.2. Tous changements d'affectation (20) (R. 241-31-1)

Dans le même but, l'administration (inspecteur du travail, directeur régional du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle et médecin-inspecteur régional du travail et de la main-d'œuvre) peut consulter le document, établi annuellement par le service de santé au travail ou l'employeur, dans lequel sont consignés tous les changements d'affectation de secteur, d'entreprises et d'établissement concernant un médecin du travail.

4.2.3. Simplifications administratives (12 IV, 30)

Une simplification administrative a été apportée à l'occasion de la prise du décret du 28 juillet 2004 à l'égard des services de santé au travail. Dans la mesure où le directeur régional du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle fait la transmission au médecin-inspecteur régional du travail et de la main-d'œuvre de tout document reçu en application de la réglementation et relatif aux services de santé au travail, il est inutile de demander aux services de santé au travail de lui transmettre ces documents. C'est pourquoi la transmission des documents prévus aux articles R. 241-16 (ordre du jour et procès verbal des réunions de la commission de contrôle), R. 241-19 (procès-verbal de la réunion de la commission consultative de secteur) et R. 241-22

(changements survenus dans l'administration ou la direction et modification apportée dans les statuts et le règlement intérieur des services de santé au travail) se fait uniquement au directeur régional du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle.

5. DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DES DISPOSITIONS DU DÉCRET DU 28 JUILLET 2004

L'article 32 du décret du 28 juillet 2004 prévoit un délai pour l'entrée en vigueur des dispositions suivantes de la réforme :

- Les nouvelles dispositions relatives aux seuils de formation facultative ou obligatoire d'un service de santé au travail d'entreprise ou d'établissement entrent en vigueur un an à compter de la publication du décret, soit le 30 juillet 2005. Toutefois, les entreprises, qui se créent d'ici le 30 juillet 2005, appliquent la nouvelle réglementation relative à ces seuils. (1 et 6) (R. 241-2 et R. 241-10 I)
- L'interdiction de cumul des fonctions de médecin du travail et de responsabilités de gestion dans le même service s'applique à compter du 1^{er} janvier 2006. (8) (R. 241-12-1)
- L'obligation d'établissement d'une fiche d'entreprise ou d'établissement pour les entreprises et établissements employant moins de onze salariés entre en vigueur le 1^{er} janvier 2006.(26) (R. 241-41-3)

Toutes les dispositions pour lesquelles aucune date d'application n'est précisée s'appliquent à compter de la publication du décret, le 30 juillet 2004.

III. LA POLITIQUE D'AGRÈMENT DES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL

Les services de santé au travail constituent une pièce maîtresse de l'architecture du système de prévention des risques professionnels et de la politique de santé au travail, sur le terrain. Il leur appartient de s'organiser afin que les médecins du travail, les auxiliaires médicaux et les intervenants en prévention des risques professionnels assurent les missions qui leur sont confiées. Le médecin du travail procède au suivi médical individualisé des salariés au travers des examens médicaux, et exerce, par son intervention en entreprise et ses propositions, une action à visée correctrice sur le milieu de travail. Au-delà du bénéfice direct qu'en tirent les entreprises et les salariés, les données qu'il recueille, en lien avec les situations de travail, peuvent être traitées pour concourir à la veille sanitaire. Quant aux intervenants en prévention des risques professionnels, ils exercent – tout comme les médecins du travail - leurs missions dans l'intérêt exclusif de la santé et de la sécurité des salariés. L'approche pluridisciplinaire de la prévention, s'appuyant sur les compétences respectives de ces intervenants et celles des médecins du travail, constitue un apport indispensable à l'action sur le milieu de travail. Ainsi les services de santé au travail, en mettant en œuvre une fonction de conseil auprès des employeurs et des salariés, concourent à une mission de service d'intérêt général, laquelle justifie le contrôle exercé par l'Etat.

L'application du décret de réforme de la médecine du travail va contribuer à donner une impulsion nouvelle à la politique d'agrément. La nouvelle réglementation est l'occasion d'une remise à plat des modalités d'agrément. Elle a été élaborée avec le souci permanent d'être applicable et appliquée. Elle permettra d'inscrire l'action des services de santé au travail dans les priorités de la politique publique de santé au travail, définies au plan national puis déclinées et adaptées au plan régional, en fonction des territoires. La plupart des instruments de cette politique existent déjà ; il s'agit de les adapter pour répondre aux exigences de la nouvelle réglementation et de les assortir d'outils méthodologiques pertinents.

1. PLACER LES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL AU CŒUR DE LA POLITIQUE DE SANTÉ AU TRAVAIL

1.1. La définition des priorités nationales

L'année 2003 a vu le lancement, par le ministre, des « orientations stratégiques nationales pluriannuelles 2003/2006 », relatives à la santé et à la sécurité au travail, lors de la réunion plénière du Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels. Afin de définir des priorités, qui s'inscrivent dans une vision globale et dans la durée, celles-ci sont élaborées par le ministère en concertation étroite avec les partenaires sociaux, réunis au sein du Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels. La stratégie globale alors définie gagne en efficacité en se déclinant en actions ciblées et prioritaires. Il s'agit, dans ce cadre, de mettre en place les outils de connaissance des risques, d'améliorer l'application de la réglementation sur un domaine particulier et de renforcer la coordination des actions de prévention. Dès 2003, une directive nationale d'orientation (DNO) propre au ministère chargé du travail a été mise en œuvre, elle est destinée à assurer la cohérence du pilotage des politiques publiques par les administrations centrales et à responsabiliser les services déconcentrés de l'Etat pour l'adaptation de ces politiques aux besoins locaux. A titre d'exemple, la DNO 2003 a fixé comme objectif de mieux connaître, anticiper et prévenir les risques pour la santé liés aux agents chimiques dangereux. De même, le

plan Cancer englobe désormais, et de façon explicite, la prévention des facteurs professionnels et une meilleure connaissance de ces facteurs.

1.2. Leur déclinaison et adaptation régionales

L'instance contribuant à la territorialisation de la politique de prévention des risques professionnels est, aujourd'hui, la commission régionale de médecine du travail, instaurée par le décret n° 86-568 du 14 mars 1986. Cette instance, dont le fonctionnement est à ce jour assez inégal d'une région à l'autre, regroupe des représentants de l'administration, des représentants des salariés et des employeurs ainsi que des personnes qualifiées. La commission a pour mission de formuler des avis et des propositions en matière de médecine du travail, d'organisation, de fonctionnement des services de santé au travail.

Le plan santé au travail, discuté au 17 février 2005 au Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels et présenté en Conseil des ministres le 23 février 2005, propose la mise en place d'une instance régionale de concertation, animée par le directeur régional du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, à vocation plus large que la commission régionale de médecine, traitant de tous les sujets relatifs à la protection contre les risques professionnels. Son domaine de compétence serait donc plus étendu que celui de la Commission régionale de médecine du travail qu'il engloberait. Elle relayerait et compléterait, au niveau régional, la politique de prévention des risques professionnels impulsée au niveau national par le Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels. Elle aurait un rôle d'échange et de coordination de la politique de prévention des risques professionnels entre les différents services de l'Etat qui ont à connaître de ces questions, avec les partenaires sociaux et les opérateurs concernés. Cette instance regrouperait tous les acteurs impliqués et travaillerait en parfaite articulation avec les Observatoires régionaux de la santé au travail mis en place par les partenaires sociaux ainsi qu'avec les groupements régionaux de santé publique prévus par la loi relative à la politique de santé publique.

1.3. Un objectif : l'implication des services de santé au travail dans les priorités de la politique de santé et de sécurité au travail

Il existe une nécessité de faire converger les actions de tous les acteurs de la prévention, en particulier des services de santé au travail, autour des priorités et de mesurer les résultats de ces actions et leurs effets tangibles.

La démarche de prévention suit aujourd'hui une approche plus large que par le passé, une approche globale et décloisonnée, qui intègre notamment des compétences pluridisciplinaires. Dans ce nouveau cadre, les entreprises disposant d'un service de santé au travail autonome et les services de santé au travail interentreprises doivent s'organiser pour réunir les prestations diversifiées, nécessaires à la prévention des risques professionnels en s'appuyant sur une démarche pluridisciplinaire.

Dans cette logique, les services de santé au travail interentreprises offrent à leurs entreprises adhérentes une nouvelle prestation, à caractère global – c'est à dire médical, technique et organisationnel –, capable de répondre aux besoins en prévention des risques professionnels des entreprises, concernant aussi bien la santé que la sécurité au travail.

Dans les services interentreprises, la cotisation acquittée annuellement par chaque employeur au service de santé au travail auquel il adhère doit refléter cette évolution et être correctement dimensionnée en fonction de cette prestation globale qui, loin de se limiter à des visites médicales, comprend, à la fois, des examens médicaux – d'embauche, périodiques, de reprise... – et une action pluridisciplinaire en milieu de

travail dont l'objectif est la prévention des risques professionnels, qu'ils déclenchent ou non une surveillance médicale renforcée.

Le montant de la cotisation - permettant de répartir les dépenses du service de santé au travail « proportionnellement au nombre de salariés » - est donc clairement dissocié de la périodicité et du nombre d'examens médicaux ; il correspond à une prestation visible et tangible pour les adhérents, intégrant, d'une part, les modifications liées à la biennialisation de l'examen médical et, d'autre part, les changements liés à l'introduction de la pluridisciplinarité.

2. LA COUVERTURE TERRITORIALE EN SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL

L'action de l'administration consiste, en premier lieu, à s'assurer de la bonne couverture du territoire par une prestation à caractère global et de qualité, des services de santé au travail. C'est à partir de l'appréciation des besoins en termes de couverture territoriale de qualité que sera déterminée la compétence géographique et professionnelle des services interentreprises de santé au travail. Il est notamment possible de s'orienter, après concertation au sein de l'instance régionale, vers une couverture territoriale par un nombre plus ou moins important de services de santé au travail, dans un souci d'efficacité. L'administration dispose, pour organiser cette couverture, de deux outils, qui sont l'approbation de la décision relative à la compétence géographique et professionnelle des services de santé au travail interentreprises et l'agrément des secteurs médicaux de ces mêmes services (article R 241-21 du code du travail).

Durant les deux premières années de mise en place de la réforme de la médecine du travail, la situation particulière des services de santé au travail interentreprises dont les adhérents sont majoritairement des entreprises de petite taille ou des entreprises artisanales devra faire l'objet d'un examen attentif, afin de faire évoluer, lorsque la situation le justifie et en pleine concertation, leur périmètre de compétence, en vue de leur permettre de s'accorder avec le plafond du nombre d'établissements ou d'entreprises confiés à un médecin du travail. Dans le cadre de l'évaluation générale des dispositions du décret du 28 juillet 2004, un bilan des solutions expérimentées permettra, au terme de cette période, d'apprécier si des évolutions s'avèrent nécessaires.

2.1 L'approbation de la décision relative à la compétence géographique et professionnelle du service de santé au travail interentreprises

Au stade de sa création, le service de santé au travail interentreprises définit son projet de compétence géographique et professionnelle et le soumet à l'approbation du directeur régional du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle. Cette démarche est ensuite renouvelée, à l'initiative du service de santé au travail, dès lors que ce dernier envisage une modification de sa compétence géographique ou professionnelle.

Cet instrument, actionné à l'initiative du service de santé au travail interentreprises, permet d'organiser, en amont, la couverture de chaque territoire : à l'occasion d'une création de service, ou encore d'une demande de modification de compétence, la cartographie des services de santé au travail, établie à la lumière des besoins et des orientations dégagées par l'instance régionale de pilotage de la politique de santé au travail et des caractéristiques de la population salariée, fournit le moyen de doter le territoire de la couverture la plus adaptée à ses besoins.

2.2. L'agrément des secteurs médicaux

L'administration dispose, pour sa part, de la possibilité de réexaminer, au moins tous les 5 ans, pour chacun des services concernés, la couverture territoriale et professionnelle.

A l'occasion des demandes de renouvellement d'agrément, l'administration apprécie, en effet, la compétence territoriale et professionnelle des secteurs concernés afin d'assurer la meilleure couverture géographique et professionnelle, prenant en compte les évolutions intervenues et les orientations tracées par l'instance régionale. La procédure d'agrément est détaillée au paragraphe 4 du III de la présente circulaire.

3. LE CONTRÔLE DU RESPECT DES OBLIGATIONS IMPARTIES AUX SERVICES

Les services de santé au travail interentreprises doivent disposer de documents établis par les employeurs des entreprises adhérentes (article R 241-25 du code du travail) donnant notamment des précisions sur la population salariée de l'entreprise et les situations de travail. Ces documents sont déclaratifs dans les établissements de moins de cinquante salariés qui ne disposent pas d'un CHSCT et sont contractuels, entre le service de santé au travail et l'employeur, dans les autres établissements. Ces documents sont soumis pour avis au médecin du travail et au CHSCT, lorsqu'il existe.

A l'occasion de la refonte de l'arrêté du 1^{er} avril 1989 précisant les indications qui doivent figurer sur ces documents, il sera notamment tenu compte de la modification des dispositions de l'article R 241-32.

3.1. L'approche quantitative : les moyens des services

Organisation de la charge de travail des médecins du travail

Un certain nombre de critères chiffrés sont indispensables pour avoir une approche objectivée de la manière dont la médecine du travail est exercée dans les services. A titre d'exemple, l'étude de la population salariée suivie par le service de santé au travail, en fonction de ses caractéristiques (taux de surveillance médicale renforcée, travailleurs temporaires, secteurs d'activité...), l'analyse du découpage des secteurs, l'étude, le cas échéant, de la répartition des entreprises et de la charge entre les médecins du travail, sont autant d'éléments d'appréciation dans l'instruction des demandes d'agrément. En effet, ces données chiffrées permettent de vérifier si tous les moyens sont mis en œuvre pour que les salariés puissent effectivement bénéficier des examens médicaux à la fréquence prévue par le code du travail, dont le mode de calcul est détaillé au chapitre 2.2 de la présente circulaire. Il est également judicieux de détailler la nature des examens, de distinguer les examens périodiques et non périodiques. Le nombre d'examens périodiques doit répondre aux obligations fixées réglementairement, en tenant compte des surveillances médicales renforcées ; en outre, le médecin du travail doit disposer de temps pour recevoir les salariés qui auraient besoin d'examens non périodiques. Il importe aussi de connaître le nombre et la répartition géographique des entreprises suivies par un médecin du travail. L'organisation matérielle du secteur est fondamentale, notamment pour apprécier les temps de déplacement du médecin du travail, qui sont à prendre en compte pour la détermination de sa charge de travail. Ainsi, l'estimation du temps nécessité par les déplacements et, s'il y a lieu, l'installation des équipements médicaux dans les centres d'appoint, notamment en entreprise, est à déduire du temps disponible pour la réalisation des examens médicaux (cf. point 2.3. du II).

Moyens mis à disposition du médecin du travail

Le contrôle des moyens mis à la disposition du médecin du travail pour l'exercice de ses missions consiste à s'assurer qu'il bénéficie de tous les moyens prévus réglementairement pour lui permettre d'exercer sa mission. Ainsi le service doit assurer au médecin du travail la collaboration de personnel qualifié, tels les secrétaires médicaux recrutés avec l'accord des médecins du travail qu'ils assistent personnellement tant dans l'activité clinique qu'en apportant leur appui à l'action sur le milieu de travail. Par ailleurs, outre les infirmiers dont les services interentreprises ont la possibilité de se doter, il convient de vérifier que les entreprises qui satisfont aux conditions prévues par l'article R 241-35 mettent à disposition des médecins du travail, lors de leurs interventions, des infirmiers qui les assistent dans leurs activités.

Le contrôle porte également sur la conformité des moyens matériels – tels que les locaux, les équipements ou encore les possibilités d'effectuer des examens complémentaires. A ce titre, l'équipement bureautique de chaque médecin (adresse électronique personnelle, accès à internet...) doit faciliter la recherche d'informations nécessaire à son activité et pouvoir répondre aux impératifs de la veille et/ou de l'alerte sanitaire.

Moyens en intervenants en prévention des risques professionnels

Le service interentreprises ou l'entreprise doit aussi se doter de moyens en compétence pluridisciplinaire, internes ou externes (intervenants habilités en prévention des risques professionnels), de sorte que l'appui médical, technique et organisationnel soit fourni de manière à présenter des prestations de prévention qui correspondent aux besoins des entreprises suivies ou de l'entreprise concernée. Les intervenants doivent avoir accès aux informations relatives aux risques pour la santé et la sécurité des salariés nécessaires à l'accomplissement de leur mission auprès des entreprises et des médecins du travail.

3.2. La mesure qualitative du fonctionnement des services

Au-delà de l'aspect numérique de base du fonctionnement des services, les données qualitatives sont autant de critères d'appréciation du fonctionnement des services.

Evaluation des conditions d'application de la pluridisciplinarité

La pluridisciplinarité est une donnée nouvelle au sein des services de santé au travail (circulaire DRT 2004/01 du 13 janvier 2004). Plusieurs critères significatifs peuvent être dégagés pour étudier l'effectivité de sa mise en œuvre au sein des services. Diverses pistes peuvent être explorées pour évaluer les conditions d'application de la pluridisciplinarité. La liste suivante, à défaut d'être exhaustive, indique les principaux champs sur lesquels le contrôle devra se concentrer :

- Outils dont le service ou l'employeur s'est doté pour évaluer le besoin en prévention des entreprises adhérentes ou de l'entreprise concernée.
- Mode d'organisation de la concertation entre les différents acteurs de la pluridisciplinarité au sein du service ou de l'entreprise ainsi qu'avec les intervenants extérieurs.
- Rapports d'interventions.
- Evaluation des résultats des interventions en matière de pluridisciplinarité.
- Modalités de diffusion des résultats.

- Effectivité du contrôle social.

Effectivité de l'action sur le milieu de travail

L'action sur le milieu de travail recouvre le temps de présence effective du médecin du travail en milieu de travail et celui qu'il consacre à la préparation et la rédaction des divers documents et résultats d'études qui concrétisent cette activité (cf. point 2.1.). L'article R. 241-47 du code du travail dispose que le tiers-temps comporte au minimum 150 demi-journées consacrées à l'exercice de ses missions en milieu de travail, pour prendre connaissance du milieu et analyser les situations de travail, pour contribuer à l'évaluation des risques professionnels et proposer des mesures de prévention, de correction ou d'amélioration de ces situations de travail. Cette action repose notamment sur une information et une sensibilisation à la prévention des risques professionnels, tant auprès des employeurs que des salariés.

Le médecin du travail doit disposer d'une latitude suffisante dans l'organisation de son temps de travail, afin que la répartition de son tiers-temps soit équilibrée tout au long de l'année et tienne compte des besoins des entreprises (par exemple, dates des réunions de CHSCT). Il conviendra que le DRTEFP apprécie, en particulier, l'effectivité de l'action en milieu de travail à partir des contrôles qui seront effectués sur les plannings des médecins du travail, leurs rapports annuels, ainsi que sur la teneur des plans d'activité, des fiches d'entreprises et des rapports et études portant sur le milieu de travail.

Une attention particulière sera portée aux plans d'activité établis par les médecins du travail (article R 241-41-1 du code du travail) qui constituent des programmes annuels d'action, en fonction de l'état et des besoins de santé des salariés.

Veille sanitaire

Les services de santé au travail et les médecins du travail participent à la veille sanitaire prévue par le code de la santé publique (article L 1413-4 – article 55 de la loi du 9 août 2004). Aussi, il y a lieu, pour le service de santé au travail ou l'employeur, de se doter et de doter les médecins du travail des moyens appropriés pour permettre la bonne remontée des informations en direction notamment de l'Institut national de veille sanitaire.

Contrôle de l'indépendance du médecin du travail

L'indépendance des médecins du travail est garantie par la loi, le code de déontologie médicale, le code du travail qui vient encore de la renforcer dans le cadre de la réforme. Elle a pour objet de mettre le médecin du travail à l'abri de toute pression – que ce soit dans son activité clinique ou en milieu de travail – afin de préserver son action dans l'intérêt exclusif de la santé et de la sécurité des travailleurs. Cette indépendance ne s'oppose nullement à ce que l'action du médecin du travail s'inscrive dans un cadre collectif et selon des orientations relevant de la politique de santé au travail. Ainsi, la contractualisation (prévues au point 5, III) entre un service de santé au travail et la direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle suppose que les médecins du travail du service inscrivent leur action dans la mise en œuvre des objectifs définis.

Elle ne s'oppose pas, non plus, à ce que le service de santé au travail s'assure, selon des modalités appropriées, que les missions à la charge des médecins du travail sont effectivement réalisées, particulièrement en ce qui concerne la réalisation du plan annuel d'activité ou l'établissement des fiches d'entreprises.

Le secret professionnel des médecins du travail doit être respecté et préservé. Comme l'a indiqué la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (article L 1413-4), ce secret professionnel concerne les données médicales individuelles [« les services de santé au travail ou, *pour les données personnelles de santé, les médecins du travail*, fournissent à l'INVS les informations nécessaires à l'exercice de ses missions, dans les conditions de confidentialité mentionnées à l'article L 1413-5. »], en parfaite cohérence avec l'arrêt du Conseil d'Etat du 3 décembre 2003. En revanche, le secret professionnel ne concerne pas ses observations, ses constats, ses études et rapports relatifs aux situations de travail car ceux-ci ne sont pas soumis aux règles de confidentialité propres aux données personnelles de santé.

En outre, le secret industriel, auquel sont soumis les médecins du travail (sauf à l'égard de l'InVS dans les conditions prévues par l'article L 1413-5 du code de la santé publique), recouvre la divulgation des dispositifs industriels et techniques de fabrication et de la composition des produits employés ou fabriqués, dont le caractère confidentiel a été signalé par le chef d'entreprise ou le fabricant (article R 241-46 du code de travail). Cette confidentialité, qui s'impose aux médecins du travail et aux intervenants en prévention des risques professionnels, est soumise à l'appréciation du juge et ne peut avoir pour effet de restreindre l'exercice de leurs missions.

Suivi annuel de l'envoi des rapports

Le renouvellement d'agrément, tous les cinq ans, constitue pour la direction régionale du travail, une occasion de procéder à un contrôle complet du fonctionnement des services de santé au travail. Au-delà, un suivi annuel est essentiel, à l'occasion de l'envoi des rapports administratifs et financiers. D'une part, il est nécessaire de s'assurer que ces rapports sont effectivement transmis, d'autre part, il est important de les analyser car ils constituent des indicateurs précieux du fonctionnement des services. Cela permet d'avoir une connaissance du mode d'organisation et de fonctionnement du service, et, le cas échéant, d'inviter le président ou l'employeur à remettre en conformité les domaines dans lesquels sont constatés les dysfonctionnements, sans avoir besoin de recourir à la procédure de retrait d'agrément. Ce suivi est facilité par l'obligation faite, par l'article R. 241-22 du code du travail, aux services de santé au travail interentreprises de faire connaître au directeur régional du travail de l'emploi et de la formation professionnelle, dans les trois mois, tous changements survenus dans leur administration ou direction, ainsi que toute modification apportée à leurs statuts et règlement intérieur.

Les rapports établis au titre des années 2004 et 2005 feront l'objet d'un examen particulièrement approfondi afin de s'assurer, sans attendre la date d'expiration des agréments, de la mise en œuvre de la réforme dans les services de santé au travail.

Fonctionnement des instances de contrôle

Le fonctionnement des instances de contrôle d'un service de santé au travail constitue un indicateur important pour apprécier son fonctionnement. L'effectivité du contrôle social atteste des efforts fournis par les dirigeants pour garantir la transparence dans la gestion ; c'est aussi l'instance privilégiée pour la mise en évidence des difficultés d'organisation et de fonctionnement. Le fonctionnement des instances de contrôle s'analyse à l'aide de divers indices tels que la composition de la commission de contrôle ou du comité interentreprises, la fréquence des réunions, le taux d'absentéisme des membres et ses causes, les documents communiqués et discutés au sein de ces instances, les avis rendus lors des consultations...

3.3 les groupements et associations volontaires

Les services de santé au travail interentreprises peuvent être confrontés à la nécessité de mutualiser leurs moyens, afin d'offrir des prestations de meilleure qualité aux entreprises et à leurs salariés.

Cette pratique se traduit généralement par la constitution d'un Groupement d'intérêt économique (GIE), structure juridique intermédiaire entre l'association et la société, et dont les bases reposent sur l'ordonnance n° 67-821 du 23 septembre 1967.

Au regard des dispositions du code du travail, le regroupement de plusieurs services de santé au sein d'un groupement (ou d'une association) est licite à deux conditions.

- D'une part, cette structure ne peut avoir ni pour objet ni pour effet d'opérer un transfert de missions des services de santé au travail vers le groupement ou l'association, ni de limiter le contrôle social sur leur fonctionnement. Elle doit permettre de mettre en commun certaines activités de ses membres, mais en aucun cas de se substituer à eux dans l'exercice de leurs missions. Son objet peut être, par exemple, de favoriser le travail pluridisciplinaire, d'assurer la représentation collective des services adhérents auprès des interlocuteurs institutionnels et des partenaires sociaux.

- D'autre part, cette structure ne peut avoir ni pour objet ni pour effet de priver le médecin du travail des attributions et prérogatives que lui confère le code du travail.

A cette double condition, elle peut apparaître comme un outil utilisable dans la recherche d'une plus grande efficacité de la prévention en entreprise.

Lors de la délivrance de l'agrément ou lors des contrôles ponctuels portant sur le fonctionnement et l'activité des services de santé au travail concernés par la mise en place de telles structures, il convient donc d'apporter une attention particulière aux conditions de fonctionnement de ces dernières.

4. LA PROCÉDURE D'AGRÉMENT

4.1 Les dossiers d'agrément

L'article R. 241-7 du code du travail pose le principe de l'agrément préalable des services de santé au travail par le directeur régional du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle et précise que l'agrément doit être renouvelé tous les 5 ans.

La demande d'agrément ou de renouvellement d'agrément doit être accompagnée d'un dossier composé conformément à l'arrêté du 28 mars 1979 (relatif à la composition des dossiers de déclaration et de création, de demande d'approbation de compétence et de demande d'agrément des services de santé au travail).

Le dossier doit assurer une vision globale du service, et non pas seulement de chacun des secteurs, en particulier lorsque ceux-ci mettent en commun certains moyens (personnel, locaux, moyens matériels...).

4.2 Les mesures en cas d'infraction

Le refus de renouvellement d'agrément

A l'occasion de la demande de renouvellement d'agrément du service de santé au travail, effectuée tous les 5 ans, le directeur régional du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle a la possibilité de prendre une décision de refus de renouvellement d'agrément. Cette décision doit être motivée, par le fait que le service de santé au travail se trouve en infraction avec le titre IV du livre II du code du

travail¹; elle ne peut être prise qu'après que l'avis du médecin-inspecteur régional du travail et de la main-d'œuvre ait été recueilli, conformément aux dispositions de l'article R. 241-7 du code du travail, pour les services autonomes, et de l'article R. 241-21 pour les services de santé au travail interentreprises. Le silence gardé pendant plus de 4 mois par l'Administration sur une demande de renouvellement d'agrément constitue une décision de rejet.

Le retrait ou la modification de la décision d'agrément

Lorsqu'une infraction est constatée au cours de la période couvrant les cinq ans d'agrément du service, la décision d'agrément peut être retirée ou modifiée, dans le cadre d'une procédure aménagée à l'article R. 241-9 du code du travail pour les services autonomes et à l'article R. 241-23 pour les services interentreprises. Ainsi, lorsque le service de santé au travail ne répond pas aux obligations législatives et réglementaires du titre IV du livre II du code du travail, le directeur régional du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle peut soit modifier, soit retirer l'agrément. Cette mesure ne peut intervenir que dans le cadre d'une décision motivée et après que l'avis du médecin-inspecteur régional ait été recueilli. Au préalable, le président du service ou l'employeur aura été invité, par une mise en demeure (adressée en recommandé avec demande d'avis de réception), à faire cesser l'infraction constatée, dans un délai fixé par le directeur régional, délai ne pouvant dépasser 6 mois. Si, au terme fixé, le directeur régional considère que le président ou l'employeur n'a pas accompli les diligences nécessaires pour répondre aux exigences réglementaires, il retire ou modifie l'agrément dans une décision motivée. Les motifs qui fondent sa décision s'appuient sur le constat du non-respect de la mise en demeure.

En cas de retrait d'agrément du service de santé au travail, il conviendra d'en informer l'instance régionale de concertation et de s'assurer de l'adhésion des entreprises concernées à un service de santé au travail dûment agréé.

L'agrément conditionnel

Le cinquième alinéa de l'article R. 241-7 du code du travail pour les services autonomes et le cinquième alinéa de l'article R. 241-21 du code du travail, pour les services interentreprises, introduits par la réforme, complètent la palette d'outils à disposition du directeur régional par une novation essentielle. Le directeur régional peut désormais recourir à l'agrément sous condition, se traduisant par un engagement précis et daté du service ou de l'employeur de se mettre en conformité, tel que décrit au paragraphe 4.2.1. du II de la présente circulaire. L'agrément conditionnel peut être mis en œuvre à tout moment - aussi bien à l'occasion de la demande de renouvellement d'agrément que pendant la durée de validité de celui-ci - dès lors que des infractions sont constatées. A l'échéance d'une période qui ne peut excéder un an, l'agrément conditionnel prend fin si le service ou l'employeur n'a pas satisfait aux conditions posées. Cette nouvelle disposition renverse ainsi la charge de la preuve et permet de sortir de la situation antérieure de tout ou rien qui interdisait le plus souvent, en pratique, de retirer l'agrément. A l'issue de la période conditionnelle, le directeur régional, par une décision administrative motivée, constate : ou bien, que les conditions requises ont été remplies et notifie alors au président du service ou à l'employeur qu'un agrément lui est accordé pour une période de cinq ans ; ou bien, dans le cas contraire, que, les conditions n'étant pas réunies, cet agrément est arrivé à son terme.

¹ Hormis le cas général fondant une telle décision sur la constatation d'infractions, une telle décision peut également être justifiée par l'appréciation des besoins en médecine.

4.3. L'action de l'inspecteur du travail

Les inspecteurs et contrôleurs du travail peuvent être amenés à constater des infractions commises par un service de santé au travail ou un employeur. L'article R. 264-1 du code du travail précise que les infractions aux dispositions des articles L. 241-1 à L. 241-11 et des règlements pris pour leur application sont passibles de l'amende prévue pour les contraventions de la 5^{ème} classe.

Lorsqu'une infraction est relevée par procès verbal par l'inspecteur ou le contrôleur du travail, celui-ci en informe le directeur régional du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle de façon à ce que puissent être prises, le cas échéant, les mesures administratives adéquates.

5. LA CONTRACTUALISATION AVEC LES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL

La démarche de contractualisation vise à favoriser une montée en compétences des services de santé au travail sur la santé et la sécurité au travail et à placer les priorités de la politique de santé au travail au cœur de l'activité des services.

La contractualisation consiste en un accord - à partir d'une démarche volontaire - entre le service de santé au travail ou l'employeur et la direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, portant, en particulier, sur des priorités générales à atteindre, examinées au sein de l'instance régionale de concertation, pour une période donnée, assorties d'outils d'évaluation des résultats. Les engagements et leurs modalités sont consignés dans un document écrit, établi en lien avec l'agrément. Cet accord est inspiré des expériences positives menées par quelques régions pilotes. Il s'inscrit dans le cadre de la réglementation applicable ; il convient, en outre, de définir un encadrement méthodologique et de mettre en place des indicateurs d'évaluation, qui contribueront à dresser des bilans d'étape, ainsi que des indicateurs de résultats pour juger de l'efficacité du projet mené à son terme.

Les *plans d'activité* établis par les médecins du travail (cf. point 3.2.) doivent, en particulier, refléter ces orientations.

Les domaines dans lesquels le principe de contractualisation peut être mis en œuvre sont essentiellement de deux ordres :

5.1. La définition d'objectifs

La pratique de la contractualisation peut également permettre de définir, en concertation avec les services de santé au travail ou les employeurs, des objectifs à atteindre, qui ne relèvent pas uniquement des exigences réglementaires. Ces objectifs peuvent être dictés par les spécificités de la population salariée d'un territoire donné ou encore des problématiques nouvelles. Une démarche de projet analogue à celle prévue pour la mise en œuvre de pratiques innovantes sera alors élaborée.

5.2. Les pratiques innovantes

Le développement de la santé au travail entraîne des évolutions dans les pratiques professionnelles des médecins du travail et des équipes de santé au travail. Afin de s'inscrire plus efficacement dans une logique de prévention, les services de santé au travail sont amenés à concevoir des pratiques nouvelles, des outils spécifiques, des organisations innovantes destinés à offrir des prestations adaptées et de qualité.

La multiplication d'actions en ce sens doit être encouragée afin de faire émerger de bonnes pratiques et faciliter l'introduction dans les services d'un mode de fonctionnement par projets et par programmes.

A titre d'exemples, ces actions innovantes peuvent porter sur des thèmes tels que le développement de prestations pour l'évaluation et la prévention des risques dans les PME et TPE, la qualité du suivi médico-professionnel (adaptation des examens par des équipes médicales, traçabilité individuelle des expositions professionnelles des salariés, veille sanitaire...), le renouvellement et la qualité de l'offre de service en lien avec des modes de financement favorisant une mise en commun des moyens en faveur des plus petites entreprises, la prévention de risques spécifiques avec des entreprises ou des branches... Ces expérimentations peuvent s'inscrire dans un cadre régional ou territorial et associer les ressources de plusieurs services de santé au travail dans le but de générer une démarche de prévention plus efficace.

Le cadre en est celui de la politique nationale de santé au travail et les orientations tracées par l'instance régionale de concertation, participant de la territorialisation de cette politique.

Afin de permettre un suivi de ces pratiques innovantes, un tableau (établi en fin de semestre) présentant les actions en cours, accompagné d'une note de synthèse portant sur les actions nouvelles, sera adressé par chaque direction régionale à la direction des relations du travail (bureau CT1).

5.3. Articulation avec la délivrance de l'agrément

L'agrément, qui est une obligation légale, et la contractualisation, qui relève d'une démarche volontaire, sont par essence différents. Pour autant, ils ne sont pas étanches et les services des directions régionales sont invités, lors des demandes ultérieures de renouvellement d'agrément formulées par les services de santé au travail impliqués dans cette démarche de progrès, à apprécier les conditions de mise en œuvre des conventions qu'ils ont conclues ainsi que les résultats obtenus.

6. DES OUTILS RÉACTUALISÉS POUR UN MEILLEUR SUIVI

6.1. La modernisation des données

L'exploitation du gisement de données des services de santé au travail est essentielle. Dans cette perspective, la transmission des rapports administratifs et financiers ainsi que des rapports annuels médicaux constitue un outil précieux du suivi des services. A l'heure actuelle, ces documents regroupent des données difficiles à exploiter car disparates, peu significatives des réalités des entreprises et de la gestion des associations. A ce jour un groupe de travail élabore des modèles de rapports refondus, avec l'objectif d'une homogénéisation et d'une meilleure transparence. La transmission par le biais d'un support informatique permettra, en outre, d'accéder plus facilement aux données et de les exploiter, notamment à des fins épidémiologiques. Ces éléments seront alors clarifiés et uniformisés d'un service à l'autre, avec une double utilité : le contrôle social et le contrôle administratif. Les données pourront ensuite être traitées à l'échelon régional et national.

6.2. Le contrôle par échantillonnage

Le recours à un contrôle par échantillonnage permet de s'assurer de la qualité des prestations fournies par le service de santé au travail. Les services instructeurs doivent profiter de la procédure de renouvellement d'agrément - mais procéder aussi

annuellement, ou de façon inopinée - pour consulter certains des documents produits par le service de santé au travail, qui permettront d'avoir une approche purement qualitative de la prestation offerte. Ainsi, la consultation d'un échantillon de fiches d'entreprises et de rapports établis par le(s) médecin(s) du travail et les intervenants en prévention des risques professionnels fournit des éléments d'appréciation sur le contenu de l'action du service sur le milieu de travail. Quelques plannings de médecins pourront également être examinés, sur une période donnée, afin de vérifier comment s'organise leur charge de travail, comment est réparti le temps entre les différentes activités et de quelle souplesse d'organisation ils disposent.

6.3. L'organisation du système d'agrément

L'organisation au sein de la direction régionale

L'organisation interne doit être pensée à partir des compétences nécessaires à l'instruction des demandes d'agrément. Ainsi, en sus de compétences juridiques, d'une approche médicale et déontologique, il peut être nécessaire de solliciter les compétences d'un économiste pour l'analyse du rapport comptable. Des actions conjointes entre l'inspection du travail et les médecins-inspecteurs peuvent, en outre, être encouragées.

La mise en place de tableaux de bord

Le mode d'organisation actuel de la procédure d'agrément des services de santé au travail ne permet pas toujours de s'assurer que chaque service fonctionne avec un agrément délivré dans les temps ; les périodes de vide juridique, où un service fonctionnait sans être agréé, ont pu exister. Ces lacunes peuvent résulter d'un retard dans l'instruction d'une demande tardive mais aussi de la non-demande de renouvellement de l'agrément par le service. Il convient de se donner comme objectif de réexaminer en priorité les conditions de fonctionnement des services dont l'agrément est arrivé à expiration en tenant un échéancier. Il s'agit d'utiliser un outil informatique (élaboré par l'Administration centrale, en fonction des besoins des services déconcentrés) afin de relancer les services dont l'agrément arrive à échéance dans les quatre mois. Ainsi la direction régionale s'assure un délai d'instruction maximum sans qu'il y ait pour autant de période de vide juridique. Cet échéancier pourra également être utile pour opérer un suivi des actions menées par les services en réponse aux observations formulées par les médecins-inspecteurs ou les inspecteurs du travail, tant dans le cadre d'une instruction d'agrément que lors de visites dans l'entreprise ou le service interentreprises.

SOMMAIRE

I. LE SENS GÉNÉRAL DE LA RÉFORME

- 1. LES PRINCIPAUX REPÈRES CHRONOLOGIQUES**
- 2. LES INTENTIONS PORTÉES PAR LA RÉFORME**

II. L'APPORT DU DÉCRET DU 28 JUILLET 2004

point préliminaire : champ d'application territorial du décret du 28 juillet 2004

définitions

- 1. LE SERVICE DE SANTÉ AU TRAVAIL**
 - 1.1. Constitution des services de santé au travail**

le critère « nombre de salariés » au titre de la constitution des services

le critère « nombre d'examens médicaux » au titre de la constitution des services
 - 1.1.1. Seuils de création des services autonomes et des services communs aux entreprises constituant une unité économique et sociale**
 - 1.1.1.1 Services de santé au travail d'entreprise et services de santé au travail d'établissement**
 - 1.1.1.2. Services de santé au travail interétablissements d'entreprise**

service de santé au travail interétablissements constitué d'établissements situés dans des régions différentes

services de santé au travail communs aux entreprises constituant une unité économique et sociale
 - 1.1.2. Les services de santé au travail interentreprises**
 - 1.1.2.1. Cas général**
 - 1.1.2.2. Services de santé au travail de site**
 - 1.1.2.3. Services de santé au travail interentreprises à compétence fermée**

tableau récapitulatif des seuils de constitution de services autonomes, de services communs aux entreprises constituant une unité économique et sociale et de services de site
- 1.2. L'administration du service de santé au travail interentreprises**

participation de membres salariés au conseil d'administration

participation du médecin du travail au conseil d'administration du service

modalités particulières de gestion

1.3. La commission médico-technique

fonction

composition

réunions

2. L'ACTION DU MÉDECIN DU TRAVAIL

2.1. Action sur le milieu de travail

2.1.1. Effectivité de l'action sur le milieu de travail (« tiers-temps »)

2.1.2. Plan d'activité

2.1.3. Fiche d'entreprise

2.1.4. Rapports et études du médecin du travail sur le milieu de travail

2.1.5. Relation avec les intervenants en prévention des risques professionnels

2.2. Le suivi médical des salariés

2.2.1. La surveillance médicale simple

2.2.2. La surveillance médicale renforcée

2.2.2.1. Définition

une appellation générique

surveillance médicale renforcée en raison de l'affectation du salarié à certains travaux

surveillance médicale renforcée en raison de certaines situations personnelles

2.2.2.2. Périodicité

2.2.3. Travailleurs liés par un contrat de travail temporaire

2.2.4. Examens à la demande

2.2.4.1. A la demande du salarié

2.2.4.2. A la demande de l'employeur

2.3. Activités connexes du médecin du travail

2.4. La charge de travail du médecin du travail

refonte de la règle

la fixation de la charge de travail du médecin du travail

le critère du nombre de salariés au titre du calcul de la charge de travail

le critère du nombre d'examens médicaux au titre du calcul de la charge de travail

le critère du nombre d'entreprises au titre du calcul de la charge de travail

2.5. Le remplacement des médecins du travail

3. L'INDÉPENDANCE DU MÉDECIN DU TRAVAIL

3.1. Affirmation de l'indépendance du médecin du travail

3.1.1. Définition de la mission du médecin du travail

3.1.2. Règle de non-cumul des fonctions de médecin du travail avec celles de responsabilités de gestion au sein du service interentreprises

3.2. L'affectation du médecin du travail sur un secteur

3.2.1. Secteurs en service autonome

3.2.2. Changements d'affectation

la contestation du changement d'affectation

la saisine de l'instance de contrôle

l'autorisation administrative

3.3. Procédures de nomination et de licenciement du médecin du travail

3.3.1. Nomination du médecin du travail

3.3.2. Licenciement du médecin du travail

Le recours hiérarchique contre la décision de l'inspecteur du travail en cas de licenciement

3.3.3. Le cas particulier des mises à la retraite

4. LE CONTRÔLE DES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL

4.1. Le contrôle social

4.1.1 Renforcement de l'action de la commission de contrôle

4.1.1.1. Composition de la commission de contrôle

4.1.1.2. Rôle du président dans la constitution et le renouvellement de la commission de contrôle

Procédure en cas de défaut de candidature

4.1.1.3. Communication d'informations à l'administration

4.1.1.4. Formation des membres de la commission de contrôle

4.1.1.5. Nombre minimum de séances annuelles

4.1.1.6. Vote

- 4.1.1.6.1. Modalités de vote en cas de nomination, de changement d'affectation ou de licenciement du médecin du travail
- 4.1.1.6.2. Non-participation du président au vote en matière d'organisation, de gestion et de fonctionnement
- 4.1.1.7. Rapport comptable d'entreprise
- 4.1.2. Intervention de l'instance de contrôle
 - 4.1.2.1. Consultations pour avis du comité interentreprises ou de la commission de contrôle
 - 4.1.2.2. Communication d'informations à l'instance de contrôle
 - 4.1.2.2.1. Effectif, entreprises et secteur suivis, à l'occasion de la nomination du médecin du travail
 - 4.1.2.2.2. Tout changement d'affectation d'une entreprise ou d'un établissement de plus de cinquante salariés dans les services interentreprises de santé au travail
 - 4.1.2.3. Interventions en cas de nomination, de changement d'affectation ou de licenciement du médecin du travail
 - 4.1.2.3.1. Interventions en cas de nomination
 - 4.1.2.3.2. Interventions en cas de changement d'affectation
 - 4.1.2.3.3. Interventions en cas de licenciement
- 4.2. Le contrôle administratif
 - 4.2.1. Agrément sous condition
 - 4.2.2. Information de l'administration
 - 4.2.2.1. Documents transmis à l'administration
 - 4.2.2.2. Tous changements d'affectation
 - 4.2.3. Simplifications administratives
- 5. DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DES DISPOSITIONS DU DÉCRET DU 28 JUILLET 2004

III. LA POLITIQUE D'AGRÉMENT DES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL

- 1. PLACER LES SST AU CŒUR DE LA POLITIQUE DE SANTÉ AU TRAVAIL
 - 1.1. La définition des priorités nationales
 - 1.2. Leur déclinaison et adaptation régionales
 - 1.3. Un objectif : l'implication des services de santé au travail dans les priorités de la politique de santé et de sécurité au travail

- 2. LA COUVERTURE TERRITORIALE EN SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL**
 - 2.1 L’approbation de la décision relative à la compétence géographique et professionnelle du service de santé au travail interentreprises**
 - 2.2. L’agrément des secteurs médicaux**

- 3. LE CONTRÔLE DU RESPECT DES OBLIGATIONS IMPARTIES AUX SERVICES**
 - 3.1. L’approche quantitative : les moyens des services**
 - Organisation de la charge de travail des médecins du travail**
 - Moyens mis à disposition du médecin du travail**
 - Moyens en intervenants en prévention des risques professionnels**
 - 3.2. La mesure qualitative du fonctionnement des services**
 - Evaluation des conditions d’application de la pluridisciplinarité**
 - Effectivité de l’action sur le milieu de travail**
 - Veille sanitaire**
 - Contrôle de l’indépendance du médecin du travail**
 - Suivi annuel de l’envoi des rapports**
 - Fonctionnement des instances de contrôle**
 - 3.3 Les groupements et associations volontaires**

- 4. LA PROCÉDURE D’AGRÉMENT**
 - 4.1. Les dossiers d’agrément**
 - 4.2 Les mesures en cas d’infraction**
 - Le refus de renouvellement d’agrément**
 - Le retrait ou la modification de la décision d’agrément**
 - L’agrément conditionnel**
 - 4.3. L’action de l’inspecteur du travail**

- 5. LA CONTRACTUALISATION AVEC LES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL**
 - 5.1. La définition d’objectifs**
 - 5.2. Les pratiques innovantes**
 - 5.3. Articulation avec la délivrance de l’agrément**

- 6. DES OUTILS RÉACTUALISÉS POUR UN MEILLEUR SUIVI**
 - 6.1. La modernisation des données**

6.2. Le contrôle par échantillonnage

6.3. L'organisation du système d'agrément

l'organisation au sein de la direction régionale

la mise en place de tableaux de bord