

TRAVAIL – EMPLOI – FORMATION

Médecine du travail *Santé*

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI,
DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE
ET DU DIALOGUE SOCIAL

Circulaire DGT n° 13 du 9 novembre 2012 relative à la mise en œuvre de la réforme de la médecine du travail et des services de santé au travail

NOR : ETST1239145C

(Texte non paru au *Journal officiel*)

Mots clés : Médecine du travail – Service de santé au travail – Travail.

Références :

- Loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail ;
- Décret n° 2012-135 du 30 janvier 2012 relatif à l'organisation de la médecine du travail ;
- Décret n° 2012-137 du 30 janvier 2012 relatif à l'organisation et au fonctionnement des services de santé au travail.

Textes créés :

- Articles L. 4622-2 et suivants du code du travail ;
- Articles R. 4621-1 et suivants du code du travail.

Textes abrogés :

- Circulaire du 17 février 1992 relative à la médecine du travail des travailleurs temporaires ;
- Circulaire du 13 janvier 2004 relative à la mise en œuvre de la pluridisciplinarité dans les services de santé au travail ;
- Circulaire du 7 avril 2005 relative à la réforme de la médecine du travail ;
- Circulaire du 5 février 2007 relative à l'application de la santé au travail à destination des salariés éloignés.

Date d'application : immédiate.

Le ministre du travail, de l'emploi, de la formation professionnelle et du dialogue social à Mesdames et Messieurs les préfets de région ; Mesdames et Messieurs les directeurs régionaux des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi ; Mesdames et Messieurs les préfets de département ; Mesdames et Messieurs les responsables d'unité territoriale ; Mesdames et Messieurs les chefs de pôle T ; Mesdames et Messieurs les médecins inspecteurs du travail ; Mesdames et Messieurs les inspecteurs et contrôleurs du travail.

SOMMAIRE

INTRODUCTION

NOTE SYNTHÉTIQUE

1. **Une réforme en profondeur mais dans la continuité des précédents textes**
2. **Le sens de la réforme issue de la loi du 20 juillet 2011 et des décrets du 30 janvier 2012 et ses principaux apports**
3. **Principaux repères pour l'action**

PRÉSENTATION DÉTAILLÉE

PREMIÈRE PARTIE : LES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL

1. L'organisation des services de santé au travail

- 1.1. *Une organisation des services de santé au travail autonomes simplifiée et améliorée*
 - 1.1.1. La création d'un SST de groupe
 - 1.1.2. La possibilité de faire suivre les salariés de certaines entreprises par un service autonome
 - 1.1.3. Les SST interétablissements ou de groupes, constitués d'établissements ou d'entreprises situés dans des régions différentes
 - 1.1.4. Le contrôle social du SST autonome
- 1.2. *Les services de santé au travail interentreprises*
 - 1.2.1. Les différentes formes de services de santé au travail interentreprises
 - 1.2.2. Des relations entre l'entreprise adhérente et le SSTI précisées
 - 1.2.3. La gouvernance paritaire du service de santé au travail interentreprises
 - 1.2.4. La commission médico-technique, une instance professionnelle

2. Une pluralité d'acteurs au service de la pluridisciplinarité

- 2.1. *L'équipe pluridisciplinaire de santé au travail*
- 2.2. *Les personnels concourant au service de santé au travail*
 - 2.2.1. Le médecin du travail
 - 2.2.2. Le collaborateur médecin
 - 2.2.3. L'étudiant de deuxième cycle et l'interne en médecine du travail
 - 2.2.4. Le personnel infirmier
 - 2.2.5. L'assistant de service de santé au travail
- 2.3. *L'intervenant en prévention des risques professionnels*
 - 2.3.1. L'IPRP dans les services de santé au travail interentreprises
 - 2.3.2. L'IPRP externe
- 2.4. *L'appel à compétences pour s'occuper des activités de protection et de prévention des risques professionnels de l'entreprise*

3. Les missions et actions des services de santé au travail

- 3.1. *Les actions sur le milieu de travail*
 - 3.1.1. Les principales actions en milieu de travail
 - 3.1.2. Des moyens garantis pour s'assurer de l'effectivité des actions sur le milieu de travail
- 3.2. *Le suivi individuel de l'état de santé du salarié*
 - 3.2.1. L'examen d'embauche
 - 3.2.2. Les examens périodiques dans le cadre de la surveillance médicale, y compris renforcée
 - 3.2.3. Les examens de préreprise et de reprise
 - 3.2.4. L'examen à la demande
 - 3.2.5. Les examens complémentaires
 - 3.2.6. La déclaration d'aptitude et d'inaptitude

DEUXIÈME PARTIE : CONTRACTUALISATION, AGRÈMENT, CONTRÔLE ET PILOTAGE

1. Le projet de service pluriannuel

2. L'agrément

- 2.1. *L'agrément, un instrument renouvelé qui répond à des objectifs ambitieux*
- 2.2. *La procédure d'agrément : une procédure harmonisée et simplifiée*
 - 2.2.1. La demande d'agrément par le service de santé au travail
 - 2.2.2. L'examen de la demande par le DIRECCTE
 - 2.2.3. L'agrément conditionnel, la modification et le retrait de l'agrément (art. D. 4622-51 du code du travail)
 - 2.2.4. Les voies et délais de recours

3. La contractualisation avec les SSTI

- 3.1. *Une démarche structurante pour les SSTI*
- 3.2. *Un cadre fédérateur pour toute contractualisation avec des SSTI*
- 3.3. *La construction de partenariats étroits entre les différents acteurs*
- 3.4. *Des repères communs pour le contenu du CPOM*

4. Le contrôle et le pilotage des SST par l'État

- 4.1. *Le contrôle administratif*
 - 4.1.1. Deux interlocuteurs privilégiés et complémentaires
 - 4.1.2. Le contrôle du service

4.2. *Le contrôle de l'inspection du travail*

TROISIÈME PARTIE : LES CATÉGORIES PARTICULIÈRES DE TRAVAILLEURS

1. **Les travailleurs temporaires**1.1. *Un agrément spécifique du service de santé au travail*1.2. *Les actions du médecin du travail*

1.2.1. Les actions sur le milieu de travail

1.2.2. Les examens médicaux

2. **Les travailleurs des associations intermédiaires**2.1. *Une adhésion à un service de santé au travail interentreprises obligatoire*2.2. *Les missions et actions du SSTI*3. **Les salariés saisonniers**4. **Les salariés des entreprises extérieures travaillant dans une entreprise utilisatrice****INTRODUCTION**

Le système de la médecine du travail et des services de santé au travail, mis en place en 1946, constitue le premier réseau de prévention en France avec quelque 7 030 médecins du travail (6 435 en équivalent temps plein (1)). Placé au cœur de ce système, le médecin du travail est souvent l'acteur de prévention le plus présent dans les entreprises et, en particulier, dans les plus petites d'entre elles, et celui qui est capable, par son action en milieu de travail et le suivi individuel de la santé des salariés, d'appréhender l'ensemble des facteurs pouvant avoir des conséquences sur la santé des salariés tant d'un point de vue collectif qu'individuel.

Ce système repose sur des principes qui restent au cœur de son organisation : l'universalité d'abord puisque la médecine du travail s'adresse à tous les salariés, quels que soient leur secteur d'activité, la taille de leur entreprise, leurs caractéristiques personnelles ; la spécialisation et l'indépendance professionnelle des médecins du travail ensuite ; et enfin, la vocation exclusivement préventive de ce système.

La médecine du travail et les services de santé au travail font aujourd'hui l'objet d'une réforme qui, dans le respect de ces principes, vise à développer leur rôle d'acteur central de la santé au travail. Les textes législatifs (loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail) et réglementaires (décrets n° 2012-137 relatif à l'organisation et au fonctionnement des services de santé au travail et n° 2012-135 relatif à l'organisation de la médecine du travail, du 30 janvier 2012) qui la fondent ont été le fruit d'une concertation constructive avec les partenaires sociaux.

Cette réforme traduit l'importance de la politique de santé et sécurité au travail et d'amélioration des conditions de travail. Elle correspond, en effet, à une attente croissante et réelle de la société et de l'ensemble des salariés, notamment des plus précaires, en raison de l'émergence de nouvelles formes d'organisation des processus productifs et de nouveaux risques professionnels. C'est un enjeu majeur à la fois pour la politique sanitaire et sociale et pour la compétitivité des entreprises françaises.

Il s'agit de conforter le rôle des services de santé au travail en tant qu'acteurs légitimes et actifs de la santé au travail, avec un positionnement qui leur permette d'être à l'écoute des salariés mais aussi d'avoir des capacités d'action renforcées sur les milieux de travail. Dans cette évolution de la médecine du travail, d'autres acteurs importants interviennent et voient leur rôle et leurs responsabilités renforcés – les services du ministère chargé du travail, la branche accidents du travail – maladies professionnelles de la sécurité sociale et les partenaires sociaux dans le pilotage et la gouvernance de la santé au travail, les entreprises et les salariés.

La présente circulaire s'organise autour :

- d'une note synthétique présentant les principaux apports de la réforme, et fixant des repères pour l'action de l'ensemble des parties prenantes engagées dans sa mise en œuvre ;
- d'une présentation détaillée des textes applicables suite à la réforme, articulée autour des points suivants :
 - I. – LES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL : ORGANISATION, ACTEURS, MISSIONS ET MOYENS D'ACTION ;
 - II. – CONTRACTUALISATION, AGRÉMENT, CONTRÔLE ET PILOTAGE ;
 - III. – LES CATÉGORIES PARTICULIÈRES DE TRAVAILLEURS.

NOTE SYNTHÉTIQUE**LES PRINCIPAUX APPORTS ET ENJEUX DE LA RÉFORME DE LA MÉDECINE DU TRAVAIL ET DES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL****1. Une réforme en profondeur mais dans la continuité des précédents textes**

Dès 1998, le gouvernement a entrepris une réforme de la médecine du travail afin d'en améliorer le fonctionnement, d'accroître sa contribution à la sécurité sanitaire générale et de développer la pluridisciplinarité (médicale,

(1) Chiffres du bilan annuel des conditions de travail 2010.

technique et organisationnelle) conforme aux exigences communautaires de la directive-cadre n° 89/391/CEE du 12 juin 1989 qui détermine les principes fondamentaux de la protection de la santé et de la sécurité des travailleurs. Elle impose aux États membres de l'Union européenne d'instaurer une surveillance de l'état de santé de leurs travailleurs (art. 14).

Portée par la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002, cette réforme, qui s'est achevée avec la parution du décret n° 2004-760 du 28 juillet 2004, a rénové les structures et les modalités de fonctionnement de la médecine du travail, sans les modifier radicalement. Elle a contribué, par la création des services de santé au travail, à faire évoluer la médecine du travail vers une culture de promotion de la santé en milieu de travail, notamment :

- en amorçant un processus de rééquilibrage des missions du médecin du travail au profit de l'action correctrice en milieu de travail (ou tiers temps) par l'aménagement de la périodicité des visites médicales ;
- en favorisant la convergence de disciplines complémentaires (ergonomie, métrologie, toxicologie, psychologie...) par le recours à des intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP) dotés de compétences techniques, médicales ou organisationnelles ;
- en soutenant la ressource médicale par des dispositifs temporaires de régularisation de médecins exerçant dans les services de santé au travail sans disposer des titres requis et de reconversion de médecins souhaitant exercer la médecine du travail.

Si cette réforme de 2004, qui s'inscrit dans la continuité de l'accord national interprofessionnel du 13 septembre 2000 sur la santé au travail, a permis de faire progresser l'action en milieu de travail des médecins du travail et de poser les bases d'un fonctionnement pluridisciplinaire des services de santé au travail, ses limites ont été pointées dans différents rapports et études (1).

En particulier, le recours à des compétences pluridisciplinaires reste insuffisant même s'il n'a cessé de progresser depuis 2004. Il demeure ponctuel et peu intégré à une démarche de prévention. Il se fait au cas par cas en fonction de l'offre de compétences existant dans le service de santé au travail et non pas en fonction des besoins en matière de prévention des entreprises. Par ailleurs, l'intégration de compétences pluridisciplinaires au sein des SST n'apparaît pas suffisamment encadrée par les textes réglementaires qui ne précisent ni la qualité ni l'ampleur du recours souhaité.

Les outils de pilotage restent insuffisants. La procédure d'agrément, souvent limitée à un contrôle des obligations formelles, n'a pas permis d'assurer un réel pilotage des services de santé au travail. Les partenaires sociaux sont restés peu impliqués dans la gouvernance régionale d'autant que la coordination entre les services déconcentrés du ministère chargé du travail et les services de prévention des caisses de la sécurité sociale a été souvent insuffisante. La contractualisation entre les services de santé au travail et les services de l'État, encouragée par la circulaire DRT/03 du 7 avril 2005 afin de faire émerger des bonnes pratiques et de faciliter l'introduction dans les services d'un mode de fonctionnement par projet et par programme, est, en particulier, restée limitée.

Enfin, la démographie médicale et l'inégale répartition territoriale des médecins du travail constituent encore un obstacle à la réalisation, par les services de santé au travail, de l'ensemble de leurs missions. Cette tendance est d'autant plus préoccupante que le maintien des effectifs de médecins du travail se heurte à un problème d'attractivité de la spécialité, de sorte que l'ensemble des postes proposés à l'internat ne sont pas effectivement pourvus.

À ces limites des réformes précédentes s'ajoutent les nouveaux enjeux en termes de santé et de protection des salariés auxquels les services de santé au travail doivent s'adapter.

Les enjeux de santé au travail sont, en effet, devenus des enjeux de société ainsi qu'en attestent le drame de l'amiante, la question des risques psychosociaux, des suicides en lien avec le travail ou encore les troubles musculo-squelettiques ainsi que les risques à effets différés. Dans ce contexte, les modes d'intervention en matière de santé au travail doivent être repensés et rendus plus efficaces. L'exercice d'actions préventives en santé au travail s'appuyant essentiellement sur la délivrance d'avis d'aptitude à l'occasion des visites médicales régulièrement renouvelées a atteint ses limites, et, sans remettre en cause les examens médicaux, il s'agit de faire évoluer les services de santé au travail vers des services de prévention privilégiant les actions de prévention primaire et proposant des actions collectives sur le milieu de travail, complémentaires et étroitement liées aux actions individuelles.

Le vieillissement de la population, ensuite, requiert de nouvelles politiques d'amélioration des conditions de travail visant à favoriser le maintien dans l'emploi des seniors en diminuant les risques d'usure prématurée et la pénibilité du parcours professionnel. Les questions du maintien dans l'emploi, de la prévention de la pénibilité ainsi que de la désinsertion professionnelle sont primordiales.

Enfin, conçus à l'origine dans un contexte d'établissements dans lesquels les salariés étaient regroupés sur un même site, les services de médecine du travail, devenus services de santé au travail peinent à donner toute leur efficacité face à des formes d'emploi et des organisations de travail plus éparpillées et mouvantes. Ainsi, actuellement certaines catégories de travailleurs sont soit exclues du système de santé au travail en raison de leurs conditions particulières d'emploi, soit insuffisamment prises en compte du fait de leur dispersion ou de la courte durée des contrats de travail (salariés du particulier employeur, saisonniers, intermittents du spectacle, etc.).

(1) Rapport IGAS/IGAENR/Pr Conso/Pr Frimat sur le bilan de la réforme de 2004 ; avis du Conseil économique et social présenté par M. Dellacherie ; rapport Gosselin sur l'aptitude et l'inaptitude au travail.

Dans ce contexte, il est apparu nécessaire de poursuivre l'évolution des services de médecine du travail vers de véritables services de santé au travail et de conforter certaines des évolutions engagées par la réforme de 2004, à savoir :

- promouvoir une politique de la santé au travail efficace par une meilleure prévention dans l'entreprise en privilégiant des actions collectives pour tous les salariés, adaptées à leur situation de travail, et des suivis individuels mieux adaptés aux besoins et aux connaissances scientifiques ;
- renforcer le développement de la pluridisciplinarité afin notamment d'améliorer l'efficacité des actions de prévention primaire dans l'entreprise ;
- assurer un meilleur pilotage du système en promouvant l'échelon régional afin de redynamiser les services de santé au travail autour d'objectifs qualitatifs et quantitatifs partagés et d'améliorer la couverture territoriale des services de santé au travail ;
- garantir l'indépendance du médecin du travail vis-à-vis tant de son employeur que des entreprises dont il a la charge ;
- développer l'attractivité de la médecine du travail et la coordination entre médecins.

C'est pour répondre à ces défis qu'à l'initiative des pouvoirs publics une large concertation a été engagée avec les partenaires sociaux, en particulier dans le cadre de la conférence tripartite sur les conditions de travail du 27 juin 2008. Largement issue de cette concertation, la loi n° 2011-867 relative à l'organisation de la médecine du travail a été adoptée par le Parlement le 20 juillet 2011. Publiés au *Journal officiel* du 31 janvier 2012, le décret n° 2012-135 relatif à l'organisation de la médecine du travail et le décret n° 2012-137 relatif à l'organisation et au fonctionnement des services de santé au travail sont entrés en vigueur le 1^{er} juillet 2012.

2. Le sens de la réforme issue de la loi du 20 juillet 2011 et des décrets du 30 janvier 2012 et ses principaux apports

2.1. Une gouvernance et un pilotage améliorés des services de santé au travail

2.1.1. La gouvernance des services de santé au travail interentreprises est modifiée pour renforcer la qualité du pilotage et du contrôle, et garantir la transparence financière

Une gouvernance désormais paritaire

La loi instaure une gouvernance paritaire des services de santé au travail interentreprises, c'est-à-dire systématiquement à parts égales, assumée par un conseil d'administration paritaire, sous la surveillance d'instances (comité interentreprises ou commission de contrôle).

Le conseil d'administration est ainsi composé à parts égales de représentants des employeurs, désignés par les entreprises adhérentes, après avis des organisations professionnelles d'employeurs représentatives sur le plan national interprofessionnel ou professionnel, et de représentants des salariés des entreprises adhérentes, désignés par les organisations syndicales représentatives au niveau national et interprofessionnel. Ces modalités de désignation ont été longuement débattues au Parlement, l'enjeu étant notamment celui d'une responsabilisation accrue des représentants des employeurs dans la vie du service de santé au travail. Le président du conseil d'administration, qui dispose d'une voix prépondérante en cas de partage des voix, est élu parmi les représentants des employeurs alors que le trésorier est élu parmi les représentants des salariés.

Le comité interentreprises ou la commission de contrôle est consulté sur toutes les questions relatives à l'organisation et au fonctionnement du service de santé au travail. Confirmée au niveau législatif, la commission de contrôle est désormais présidée par un représentant des salariés ; elle est composée pour un tiers de représentants des employeurs et pour deux tiers de représentants des salariés.

Cette évolution profonde des modes de gouvernance des services de santé au travail interentreprises vise à renforcer l'implication des représentants des salariés et des employeurs dans leur pilotage effectif, par un paritarisme renforcé, de nouvelles modalités de désignation, et des instances dynamisées et mieux articulées entre elles.

Le projet pluriannuel de service, un document pivot élaboré au sein de la commission médico-technique, qui contribue à améliorer la gouvernance et le pilotage des services

Sur la base d'une pratique reconnue, la loi du 20 juillet 2011 a généralisé le projet de service pluriannuel. Il est élaboré au sein de la commission médico-technique, puis approuvé par le conseil d'administration avant d'être mis en œuvre par le service de santé au travail. Il constitue un document structurant, véritable support d'un dialogue constructif sur les objectifs et priorités partagés du service ainsi que sur les modes d'action et de fonctionnement. C'est un cadre d'action commun et partagé par tous les acteurs du service de santé au travail (directeur, équipe pluridisciplinaire dans toutes ses composantes), un repère pour les entreprises adhérentes et un document pivot pour les pouvoirs publics et le service dans la démarche de contractualisation et d'agrément. Il contribue à l'appropriation des principaux apports de la réforme de la médecine du travail par les acteurs concernés.

Consacrée par la loi du 20 juillet 2011 (code du travail, art. L. 4622-13 et 14) comme véritable organe de consultation, la commission médico-technique voit sa composition élargie pour intégrer les représentants de l'ensemble des membres de l'équipe pluridisciplinaire. Au-delà de son rôle important dans l'élaboration du projet de service pluriannuel, elle est informée sur la mise en œuvre des priorités du service et des actions à caractère pluridisciplinaire et consultée sur toutes les questions relatives à la conduite des missions du service.

Dans ce cadre, le directeur du service de santé au travail, dont le rôle a été reconnu pour la première fois et consacré par la loi du 20 juillet 2011, a comme responsabilité particulière de veiller à la bonne adéquation des moyens du service avec les orientations stratégiques ainsi définies.

Des relations entre entreprise adhérente et service de santé au travail interentreprises améliorées et plus transparentes

La loi du 20 juillet 2011 vise, dans le respect des principes découlant de la liberté d'association, à améliorer la transparence financière des services et la qualité des relations contractuelles entre l'entreprise adhérente et le service de santé au travail interentreprises, fondées sur le contrat d'association entouré de garanties réglementaires.

Ainsi, la réforme a précisé le contenu de l'échange obligatoire d'informations au moment de l'adhésion. Au-delà de la définition des droits et obligations réciproques du service de santé au travail et de ses adhérents dans les statuts et le règlement intérieur, une grille de cotisations, accompagnée d'un document détaillant les contreparties individualisées de l'adhésion, doit dorénavant être remise à toute entreprise au moment de sa demande d'adhésion. Ce document essentiel permet d'avoir une visibilité sur le montant et les modalités de calcul des cotisations et de leurs contreparties, mais aussi d'engager un dialogue avec le service de santé au travail pour aboutir, le cas échéant, à une offre de services répondant pleinement aux besoins en matière de santé au travail identifiés dans l'entreprise.

2.1.2. La gouvernance régionale des services de santé au travail est renforcée par les nouvelles modalités de la politique d'agrément et la démarche de contractualisation entre la DIRECCTE, la Caisse (1) et le service de santé au travail.

La réforme vise à établir les conditions d'un meilleur pilotage de la politique de santé au travail au niveau régional en assurant la cohérence des actions menées par les différents acteurs institutionnels et en dynamisant les services de santé au travail autour d'objectifs quantitatifs et qualitatifs partagés. Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), prévus par l'article L. 4622-10 du code du travail, ainsi que l'agrément, délivré par la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE), constituent deux leviers d'action essentiels. Il s'agit de développer une approche qualitative homogène et partagée sur le territoire en matière de santé au travail, dans le respect des particularités territoriales, des spécificités et des priorités d'action de chaque service, et en cohérence avec les objectifs régionaux et nationaux en faveur de la prévention des risques professionnels tels qu'ils peuvent notamment apparaître dans le plan santé au travail (2010-2014) et la Convention d'objectifs et de gestion de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et leur déclinaison régionale.

Le CPOM, l'agrément et le projet de service pluriannuel sont ainsi des leviers d'action pour la politique régionale de santé au travail qui répondent à des logiques différentes mais qui doivent s'articuler au mieux dans la mesure où ils interagissent étroitement. Le CPOM et l'agrément doivent permettre d'inscrire pleinement l'action des services de santé au travail dans les priorités de la politique publique de santé au travail, en fonction des territoires, et de garantir une bonne couverture territoriale des besoins en santé au travail. Le projet de service pluriannuel des services de santé au travail interentreprises, joint à la demande d'agrément, doit, quant à lui, permettre d'apprécier l'adéquation des moyens et de l'organisation du service aux priorités d'actions qu'il a définies sur la période considérée.

Les nouveaux enjeux liés à la politique d'agrément

Le décret n° 2012-137 a procédé à une refonte importante du dispositif de l'agrément puisque c'est désormais dans l'agrément que sont fixés l'effectif maximum de salariés suivis par l'équipe pluridisciplinaire et le nombre de médecins du travail par secteur, et que l'agrément peut, sous certaines conditions, prévoir des modulations à la périodicité des examens médicaux. L'agrément fixe donc le cadre dans lequel le service de santé au travail est autorisé à intervenir pour mener ses missions et permettre aux employeurs de répondre à leurs obligations en matière de suivi de la santé de leurs salariés.

En outre, les exigences formelles pour l'octroi de l'agrément ont été harmonisées et clarifiées, et les obligations réglementaires renforcées, ce qui doit, en pratique, faciliter l'instruction des demandes d'agrément ou de renouvellement d'agrément.

Dans ce cadre, une véritable politique régionale d'agrément doit être mise en place par la DIRECCTE et présentée chaque année au comité régional de prévention des risques professionnels (CRPRP) siégeant en formation restreinte. Cette politique doit avoir pour objectif de veiller aux équilibres suivants :

- garantir la qualité des prestations offertes et leur conformité avec les exigences réglementaires ainsi que les conditions de mise en œuvre effective des politiques publiques en santé et sécurité au travail ; vérifier, à cet égard, que chaque service de santé au travail dispose des moyens de fonctionnement suffisants pour mettre en œuvre l'ensemble de ses obligations définies par le code du travail, incluant sa participation à la politique publique de santé au travail ;
- assurer une offre en santé au travail lisible, accessible, de qualité et prenant en considération les particularités territoriales et les enjeux prioritaires de santé au travail qui en découlent, notamment en direction des TPE et des PME ; veiller, dans ce cadre, à une affectation des ressources en temps médical cohérente avec ces enjeux au sein de chaque service de santé au travail, et entre les différents services.

Ainsi, au-delà de la conformité aux obligations légales relatives à la médecine du travail, l'agrément, notamment par les possibilités de modulation de la périodicité des examens médicaux, doit permettre de prendre en compte les caractéristiques des salariés suivis par chaque service de santé au travail à partir de leur appartenance à

(1) On entend par Caisse, dans la suite de la circulaire, les caisses chargées de la prévention et de la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles (CARSAT, CGSS, CRAMIF).

telle entreprise, à tel secteur d'activité et de leur exposition à tel risque professionnel, pour définir le meilleur suivi individuel de leur état de santé au regard aussi des moyens proposés par le service de santé au travail. Cette adaptation de la périodicité des examens médicaux apporte certes une première réponse aux enjeux liés à la démographie médicale, mais elle correspond surtout à une amélioration du service rendu aux entreprises et aux salariés par la mobilisation des compétences adéquates et par la priorisation, au vu des moyens disponibles, de l'action médicale. Cette approche constitue l'un des leviers permettant, dans un contexte contraint, de répondre aux inégalités de fait, existantes aujourd'hui, en matière de prise en charge et de suivi des salariés et des entreprises.

La politique régionale d'agrément doit aussi contribuer à faire évoluer la structuration de l'offre de services de santé au travail pour mieux répondre aux attentes et besoins des entreprises et aux enjeux de santé pour les salariés dans le respect de la structure associative des services de santé au travail interentreprises qui doit toutefois se conformer aux nouvelles obligations législatives et réglementaires.

La contractualisation : un nouveau levier d'action partagé

Innovation majeure de la loi du 20 juillet 2011, le CPOM est conclu, pour une période maximale de cinq ans, entre le service de santé au travail interentreprises, la DIRECCTE et la Caisse, après avis du CRPRP (dans une formation restreinte) et de l'agence régionale de santé.

Partie intégrante d'une démarche de qualité, c'est un outil de pilotage du service de santé qui doit permettre d'explicitier et de mettre en œuvre les priorités d'action du projet de service pluriannuel, en cohérence avec les objectifs régionaux de santé au travail et de prévention. Il contribue à améliorer l'articulation et la cohérence entre les objectifs de la santé au travail et ceux de santé publique dans le respect de leurs particularités. Il cherche à promouvoir une approche collective et concertée.

Il s'agit bien, par cet instrument, d'inciter les services à réellement se projeter dans l'avenir en fixant des priorités d'action partagées avec la DIRECCTE et la Caisse. Ces dernières sont définies conjointement à partir des priorités identifiées dans le projet de service pluriannuel, dans le plan régional de santé au travail et la déclinaison régionale de la Convention d'objectifs et de gestion de la branche AT-MP ainsi que toute priorité commune à la DIRECCTE et à la Caisse. Afin d'éviter la multiplication et la juxtaposition des priorités, leur définition doit faire l'objet d'un dialogue régulier entre les trois parties contractantes pour parvenir à un consensus, ambitieux mais réaliste, certaines des priorités pouvant être communes à plusieurs services de santé au travail.

Le CPOM décline les priorités communes en programme d'action avec une formalisation simple des apports de chacune des parties contractantes. Ainsi, seront explicitement indiqués les engagements respectifs de chacune des trois parties contractantes, les moyens mobilisés, les indicateurs mis en place pour évaluer les actions et les résultats escomptés. Ceux-ci doivent permettre d'évaluer le CPOM à son terme, évaluation qui deviendra un élément d'appréciation lors d'une prochaine demande de renouvellement d'agrément.

2.1.3. L'implication renforcée des partenaires sociaux au niveau régional dans le pilotage en amont comme dans le suivi de la contractualisation

Les partenaires sociaux ont vu leur rôle renforcé par la création des commissions régionales des accidents du travail et des maladies professionnelles (CRAT-MP) dans les Caisses en 2009 et par les nouvelles missions confiées aux CRPRP en matière de politique régionale de santé au travail.

Les CRPRP dans une formation restreinte, composée des collègues des représentants des administrations de l'État et des représentants des organisations d'employeurs et de salariés représentatives au niveau national, sont ainsi consultés avant toute conclusion d'un CPOM et sont informés annuellement de la politique régionale menée par la DIRECCTE en matière d'agrément. Compte tenu des enjeux, le décret n° 2012-137 du 30 janvier 2012 relatif à l'organisation et au fonctionnement des services de santé au travail a établi une règle de déport pour les partenaires sociaux régionaux lors de la consultation de la formation restreinte du CRPRP sur la conclusion d'un CPOM (code du travail, art. D. 4622-44).

Les CRPRP constituent, dans ce cadre, l'instance privilégiée d'échanges et d'informations, mais également de pilotage de la politique régionale de santé au travail, en lien avec les réflexions menées au sein des CRAT-MP. Le renforcement de ce pilotage constitue l'un des enjeux importants de la réforme pour dynamiser la politique régionale de santé au travail et garantir son adéquation avec les besoins identifiés localement.

2.2. Des missions et des moyens d'action renouvelés au service de la santé au travail

La loi du 20 juillet 2011 réaffirme la visée exclusivement préventive et universaliste de la médecine du travail. Les services de santé au travail ont pour mission exclusive d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail (code du travail, art. L. 4622-2). Les missions des services de santé au travail sont ainsi définies, pour la première fois, par la loi et donc confortées alors qu'avant n'étaient évoquées que les missions des médecins du travail. Elles sont assurées, dans les services interentreprises, par une équipe pluridisciplinaire de santé au travail. Dans les services autonomes, elles sont conduites par le médecin du travail en coordination avec l'employeur et les autres acteurs de l'entreprise.

En définissant les missions des services, la loi contribue à recentrer les services de santé au travail sur leur activité première, à savoir la préservation de la santé physique et mentale des travailleurs, et ainsi à freiner des stratégies de développement d'activités connexes. Dans un contexte contraint, les services de santé au travail doivent concentrer leurs efforts et mobiliser leurs ressources sur leur mission première et les activités qui en découlent

pour répondre aux enjeux prioritaires en matière de santé au travail, en particulier aux attentes et besoins des petites entreprises et de leurs salariés, ainsi que des nouveaux publics de salariés qui bénéficient désormais de la médecine du travail, alors qu'ils en étaient jusqu'à présent privés en droit ou en fait.

À l'heure où la prévention des risques professionnels et la préservation de la santé physique et mentale des salariés se complexifient, la réforme entend non seulement favoriser les actions collectives en milieu de travail à visée préventive, mais aussi améliorer le suivi individuel de la santé du salarié.

La mise en œuvre effective de la pluridisciplinarité est l'un des enjeux majeurs de la réforme de l'organisation de la médecine du travail et une condition de sa réussite

La pluridisciplinarité doit être recherchée non seulement dans les services de santé au travail interentreprises où la constitution d'au moins une équipe pluridisciplinaire est obligatoire, mais aussi, dans la mesure du possible, dans les entreprises dotées de services autonomes.

Cette organisation pluridisciplinaire permet, tout en préservant les compétences exclusives du médecin du travail sur les missions que lui seul peut conduire, de s'appuyer sur des compétences diverses pour accroître collectivement les capacités d'action du service de santé au travail, et ainsi améliorer la prévention des risques professionnels :

- dans les services autonomes, l'employeur doit organiser une certaine pluridisciplinarité en désignant un salarié compétent pour s'occuper des activités de protection et de prévention des risques professionnels de l'entreprise, ou, le cas échéant, en recourant à des compétences extérieures à l'entreprise (par exemple, intervenant en prévention des risques professionnels enregistrés auprès de la DIRECCTE) ;
- divers personnels concourent aux services de santé au travail : médecin du travail, collaborateur médecin, interne, infirmier, IPRP, assistant de service de santé au travail et autres professionnels recrutés après avis du médecin du travail.

Aux côtés du médecin du travail, qui voit son indépendance, sa protection et ses missions confortées par la loi, la réforme accroît et renouvelle les missions de l'infirmier, ce qui participe d'une reconnaissance de cette profession et de son rôle dans les services de santé au travail. L'infirmier a ainsi des missions propres, définies par le code de la santé publique, et des missions confiées par le médecin du travail, sous sa responsabilité et dans le cadre de protocoles écrits ; dans les deux cas, ces missions sont exercées en coordination avec tous les acteurs des services de santé au travail.

Dans le prolongement de la loi du 17 janvier 2002 qui prévoyait la possibilité pour les services de santé au travail de faire appel à des IPRP pour mettre en œuvre des compétences techniques et organisationnelles, nécessaires à la prévention des risques, le cadre d'action des IPRP a été profondément modifié par la loi du 20 juillet 2011. Ces derniers se voient confier de nouvelles missions (réalisation de diagnostic, conseil, etc.), en particulier au sein des équipes pluridisciplinaires, dont ils sont une composante essentielle et obligatoire. Ils bénéficient, en contrepartie, de garanties statutaires renforcées.

Un nouveau métier a été introduit par l'article L. 4622-8 du code du travail, celui d'assistant de service de santé au travail. Ce professionnel apporte une assistance administrative à l'ensemble des membres de l'équipe pluridisciplinaire. Il peut être amené à jouer un rôle important dans la préparation des projets de prévention, notamment dans les entreprises de moins de vingt salariés puisqu'il contribue à repérer les dangers et à identifier les besoins en santé au travail, en lien étroit avec les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire.

L'un des enjeux de la réforme est de faire fonctionner les équipes pluridisciplinaires de santé au travail afin d'apporter aux entreprises adhérentes des prestations améliorées. La complémentarité des différents acteurs et leur coordination doivent permettre à chacun de trouver sa place. Pour ce faire, la mise en place de protocoles de coopération permet d'établir un cadre de fonctionnement dans le respect des compétences et des spécificités de chacun de ces professionnels.

C'est alors au médecin du travail, qui anime et coordonne une équipe pluridisciplinaire, en organisant le recours aux compétences variées, de veiller à la mise en œuvre effective de ces priorités en s'assurant non seulement de leur cohérence d'ensemble, mais aussi de leur inscription dans une démarche globale et exclusive de préservation de la santé physique et mentale des travailleurs.

C'est pour permettre au médecin du travail de remplir pleinement cette mission que la loi a conforté son indépendance et sa protection. Ce dernier conserve ses attributions propres, notamment le suivi de l'état de santé des salariés, et exerce personnellement ses fonctions même s'il peut désormais confier certaines activités aux membres de l'équipe pluridisciplinaire dans le cadre de protocoles écrits. La réforme porte en germe un enrichissement certain du métier de médecin du travail qui ne pourra que contribuer à l'attractivité de cette spécialité médicale à laquelle tous les partenaires sociaux ont rappelé leur attachement.

La pluridisciplinarité devient ainsi, dans les services de santé au travail, un facteur de réussite qui doit s'ancrer dans le projet de service pluriannuel. En partant des objectifs en matière de prévention et de santé au travail définis à partir d'éléments de diagnostic fins, il fixe les priorités et les modalités d'action du service. Il permet ainsi de donner corps à la pluridisciplinarité dans le respect des compétences et des missions de chacun.

L'amélioration du suivi individuel des salariés dans un contexte contraint constitue le deuxième axe structurant de la réforme au service de la santé au travail

La réforme apporte, en effet, des éléments de réponse aux enjeux liés à une ressource médicale contrainte et précieuse, tout en garantissant la qualité de la protection de la santé physique et mentale des salariés et en élargissant son bénéfice à des catégories de travailleurs jusqu'alors non couvertes.

La loi et les décrets ont ainsi ouvert une passerelle d'accès au métier de médecin du travail par la création du statut de collaborateur médecin, qui autorise des médecins non qualifiés en médecine du travail, s'engageant dans une démarche de formation, à exercer certaines fonctions dans les services de santé au travail sous la responsabilité d'un médecin du travail. Les internes de troisième cycle peuvent, par ailleurs, effectuer des remplacements en service de santé au travail à condition d'avoir obtenu leur licence et autorisation de remplacement auprès du Conseil départemental de l'ordre des médecins compétent.

Si les examens médicaux déjà prévus par le code du travail sont maintenus, en particulier les visites d'embauche dont l'utilité a été reconnue par les partenaires sociaux, le dispositif relatif aux examens périodiques et à la surveillance médicale renforcée a évolué.

Ainsi, la modulation de la périodicité des examens médicaux a pour objectif d'améliorer la qualité du service, leur multiplication n'étant pas nécessairement un gage de meilleure prévention ni l'unique réponse aux enjeux de santé au travail. Elle permet de dégager du temps médical au profit d'une part des salariés dont les situations professionnelles et individuelles justifient une expertise plus poussée, et d'autre part des actions en milieu de travail.

Le principe de la périodicité de vingt-quatre mois pour les examens médicaux demeure. Mais, « sous réserve d'assurer un suivi adéquat de la santé du salarié », l'agrément délivré au service de santé au travail par la DIRECCTE permet d'y déroger, « lorsque sont mis en place des entretiens infirmiers et des actions pluridisciplinaires annuelles, et, lorsqu'elles existent, en tenant compte des recommandations de bonnes pratiques existantes » (code du travail, art. R. 4624-18). Ces dispositions s'appliquent à tous les salariés, y compris aux bénéficiaires d'une surveillance médicale renforcée.

Les décrets du 30 janvier 2012 adaptent, en outre, le régime de la surveillance médicale renforcée tant en ce qui concerne les salariés qui y sont soumis que la fréquence des examens qu'elle implique. D'une part, les catégories de salariés relevant de la surveillance médicale renforcée ont été actualisées : la liste des bénéficiaires est plus précise, plus ciblée et plus conforme à l'état des connaissances scientifiques et médicales. D'autre part, les modalités de suivi relèvent désormais du médecin du travail, qui doit tenir compte des recommandations de bonnes pratiques existantes. La périodicité des examens médicaux tout comme le type d'examen pratiqué peuvent être modulés sous réserve qu'un examen de nature médicale soit pratiqué tous les vingt-quatre mois.

Par ailleurs, la réforme a consacré les examens de préreprise et de reprise. Ceux-ci ont pour objectif principal de favoriser le maintien dans l'emploi des salariés en identifiant les aménagements de poste nécessaires, en les formant en vue d'occuper un nouveau poste de travail ou en procédant le plus tôt possible à une recherche de poste. Plus généralement, au regard des enjeux essentiels liés au maintien dans l'emploi des salariés, les services de santé au travail doivent prendre toute leur place dans le réseau des acteurs de la prévention de la désinsertion professionnelle en favorisant les recherches de cohérence et de complémentarité entre eux.

Enfin, de nouvelles catégories de salariés, jusqu'à présent privées en droit ou en fait de l'accès aux services et prestations de santé au travail sont maintenant couvertes. Il s'agit notamment des salariés du particulier employeur (plus de 1,5 million), des stagiaires de la formation professionnelle, des intermittents du spectacle, des salariés des associations intermédiaires et des salariés saisonniers. Dans un souci de pragmatisme, le suivi médical individuel de ces travailleurs peut être adapté par voie conventionnelle ou réglementaire.

3. Principaux repères pour l'action

Modèle original, ancré dans l'histoire du système français de prévention des risques professionnels, la médecine du travail est engagée depuis près de vingt ans dans un processus de réforme qui cherche avant tout à développer la visée préventive de cette institution et à conforter des évolutions, sensibles mais encore fragiles. La progression de l'action collective en milieu de travail, la pluridisciplinarité, la volonté pour les pouvoirs publics et les partenaires sociaux de davantage s'impliquer dans le pilotage et la gouvernance des services de santé au travail sont autant d'objectifs fondamentaux de cette réforme issue de la loi du 20 juillet 2011 et de ses deux décrets d'application qui ne seront atteints qu'au terme d'une mobilisation et d'une responsabilisation de tous les acteurs.

La réussite de la réforme repose d'abord sur les acteurs des services de santé au travail, médecins du travail, infirmiers, IPRP, directeurs de service, employeurs et salariés ainsi que sur les organisations les représentant. C'est d'abord à eux qu'il revient de s'approprier les différents leviers d'action mis en place par la réforme et ses finalités afin de la faire vivre. La mise en œuvre concrète de la pluridisciplinarité, l'inscription de l'action de tous dans le cadre des priorités définies par le projet de service pluriannuel constituent à ce titre des objectifs essentiels.

Placé au cœur du système, le médecin du travail est bien sûr l'acteur clé de ces évolutions. Un nouveau métier pour le médecin du travail se dessine au-delà des inquiétudes et des malentendus qui se sont exprimés sur son indépendance. La réforme n'a pas pour objectif de retirer des éléments constitutifs de la mission du médecin du travail, mais d'affirmer son rôle central d'animateur et de coordonnateur, de chef d'orchestre des compétences pluridisciplinaires au service de la préservation de la santé physique et mentale des salariés, et de garant d'une médecine du travail de qualité.

Les partenaires sociaux, pleinement associés à l'élaboration de la réforme, dans une démarche constructive et volontariste, ont aujourd'hui un rôle majeur à jouer dans sa mise en œuvre. Il incombe aujourd'hui d'abord aux représentants des employeurs et des salariés de s'impliquer davantage dans la gouvernance et le pilotage de chaque service de santé au travail et dans la définition de leurs priorités d'action. Il importe ensuite que les partenaires sociaux assurent, au niveau régional comme au niveau national, le suivi de la mise en œuvre des principales dispositions de la réforme, notamment en matière de contractualisation. Leur responsabilité particulière est de veiller à la cohérence d'ensemble des différents niveaux de pilotage et des orientations stratégiques qui s'y expriment.

Enfin, la mise en œuvre de la réforme constitue aujourd'hui un enjeu majeur pour l'ensemble des acteurs institutionnels en charge des politiques de santé au travail au premier rang desquels les services de l'État et ceux de la branche AT-MP. Les services de l'État (administration centrale comme services déconcentrés) en sont les garants dans les meilleures conditions possibles. La mise en œuvre, en particulier, de la politique d'agrément et de contractualisation, en lien étroit avec les Caisses, a vocation à constituer un axe prioritaire et structurant de l'activité des DIRECCTE en matière de santé au travail. Il leur appartient en particulier de définir, avec l'ensemble des partenaires concernés, des modalités régionales de suivi, qu'elles soient dédiées au seul suivi de la contractualisation au niveau régional, ou à celui de la mise en œuvre de la réforme de la médecine du travail dans son ensemble afin d'accompagner son déploiement opérationnel, notamment dans sa phase de montée en puissance.

Plus généralement, les services de l'État ont une responsabilité particulière pour établir dans la durée les partenariats étroits qu'appelle la réforme, notamment avec les services de santé au travail et la branche AT-MP, et pour les faire vivre par un travail d'animation et de dialogue.

*
* *

Dans un contexte marqué par des contraintes et des enjeux qui s'imposent à tous, c'est bien des conditions concrètes de sa mise en œuvre que dépendra la portée de la réforme, et l'enjeu reste encore aujourd'hui celui de son appropriation par les différents acteurs de la santé au travail.

C'est pourquoi je vous demande d'être particulièrement vigilants quant au suivi du déploiement opérationnel de cette réforme, en particulier pour ce qui concerne la montée en puissance de la nouvelle politique d'agrément, de la contractualisation et de la pluridisciplinarité. Il importe que ce suivi s'organise, au niveau régional comme au niveau national, dans un cadre d'échanges avec l'ensemble des parties prenantes qu'il s'agisse des services de santé au travail, de la branche AT-MP, des services de l'État et bien sûr des partenaires sociaux, afin de faire émerger les avancées mais également les points de difficulté. Il sera ainsi possible de réaliser, dans le courant de l'année 2013, un premier point de suivi de la montée en charge des principaux éléments de la réforme (gouvernance, pluridisciplinarité, nouvelle politique d'agrément et contractualisation). Dans un second temps, un bilan partagé de la mise en œuvre de l'ensemble de la réforme de la médecine du travail et des services de santé au travail sera réalisé pour identifier les éventuels points qui mériteraient des ajustements et en tirer toutes les conséquences.

Pour le ministre et par délégation :
Le directeur général du travail,
J.-D. COMBREXELLE

PRÉSENTATION DÉTAILLÉE

Le champ d'application

Conformément à l'article L. 4622-1 du code du travail, les dispositions relatives aux services de santé au travail (SST) (code du travail, titre II du livre VI de la quatrième partie) sont applicables aux employeurs de droit privé.

La définition des travailleurs est donnée par l'article L. 4111-5 du code du travail : « Pour l'application de la présente partie, les travailleurs sont les salariés, y compris temporaires, et les stagiaires, ainsi que toute personne placée à quelque titre que ce soit sous l'autorité de l'employeur. » En application de l'article L. 4622-1, les dispositions du code du travail relatives aux SST sont donc applicables aux travailleurs. Toutefois, les dispositions spécifiques relatives au suivi individuel de l'état de santé (examens d'embauche, périodiques, etc.) ne concernent que les salariés.

En ce qui concerne le secteur agricole, seules les dispositions législatives du code du travail sont applicables, le décret n° 2012-706 du 7 mai 2012 relatif aux SST et à la prévention des risques professionnels en agriculture ayant introduit dans la partie réglementaire du code rural des dispositions spécifiques : section 2 (Services de santé au travail) du chapitre VII (Santé et sécurité au travail) du titre I du livre VII (code rural, art. D. 717-1 et suivants).

L'article L. 4622-1 prévoit que les dispositions relatives aux SST sont également applicables aux établissements mentionnés aux 1^o, 2^o et 3^o de l'article L. 4111-1 du code du travail :

- établissements publics à caractère industriel et commercial ;
- établissements publics administratifs lorsqu'ils emploient du personnel dans les conditions de droit privé ;
- établissements de santé, sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

L'article L. 4111-2 précise que, pour ces trois catégories d'établissements, « les dispositions de la quatrième partie du code du travail peuvent faire l'objet d'adaptations, par décret pris, sauf dispositions particulières, en Conseil d'État, compte tenu des caractéristiques particulières de certains de ces établissements et des organismes de représentation du personnel existants », ces adaptations devant assurer « les mêmes garanties aux salariés ».

S'agissant de la fonction publique hospitalière, les dispositions des chapitres I à V du titre II du code du travail s'appliquent sous réserve des adaptations prévues par le chapitre VI de ce même titre relatif aux « Services de santé au travail des établissements de santé, sociaux et médico-sociaux » (code du travail, art. D. 4626-1 à D. 4626-35).

En ce qui concerne les « établissements publics administratifs lorsqu'ils emploient du personnel dans des conditions de droit privé », les dispositions de la quatrième partie du code du travail, dont celles relatives aux SST, sont applicables aux salariés hors statut public. Les agents de droit public de ces établissements bénéficient du droit à la santé et la sécurité du travail, notamment concernant la médecine du travail, selon les dispositions explicitées ci-dessous.

Le livre VI de la quatrième partie du code du travail, relatif aux SST, ne s'applique ni à la fonction publique d'État ni à la fonction publique territoriale puisque les décrets n° 82-453 du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique, modifié par le décret n° 2011-774 du 28 juin 2011 et n° 85-603 du 10 juin 1985 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail ainsi qu'à la médecine professionnelle et préventive dans la fonction publique territoriale, modifié par le décret n° 2012-170 du 3 février 2012 comportent des dispositions spécifiques.

PREMIÈRE PARTIE : LES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL

1. L'organisation des services de santé au travail

Chaque employeur est tenu d'organiser un SST (code du travail, art. L. 4622-1). Ce service est soit propre à son entreprise ou établissement (service autonome), soit organisé en commun avec d'autres entreprises et établissements (service interentreprises).

Le décret n° 2012-137 du 30 janvier 2012 fixe un seuil unique pour le choix entre l'adhésion à un SSTI ou la mise en place d'un service autonome de santé au travail :

- lorsque l'effectif de salariés suivis de l'entreprise ou de l'établissement est inférieur à 500 salariés, l'employeur doit adhérer à un SSTI ;
- lorsque cet effectif atteint ou dépasse cinq cents salariés, l'employeur peut mettre en place un service autonome de santé au travail.

L'effectif de cinq cents salariés est calculé selon les règles fixées aux articles L. 1111-2 et L. 1111-3 du code du travail. Il s'agit donc de cinq cents salariés en équivalent temps plein. Le franchissement de ce seuil doit être apprécié sur une certaine durée afin de ne pas soumettre l'organisation du SST à des fluctuations préjudiciables à son fonctionnement.

Une procédure de choix par l'employeur de la forme du service de santé au travail rénovée

Seul le comité d'entreprise est préalablement consulté sur le choix de l'employeur sur la forme du SST (code du travail, art. D. 4622-2, al. 2). Dans un souci de simplification, l'article L. 2327-15 du code du travail prévoyant que le comité d'établissement a les mêmes attributions que le comité d'entreprise pour les décisions relevant de sa compétence, seule la référence au comité d'entreprise a été retenue par le décret. Par conséquent, la mention du comité d'entreprise renvoie également à la compétence du comité d'établissement éventuellement mis en place.

La possibilité qui était offerte aux délégués du personnel, à défaut d'un comité d'entreprise, de s'opposer au choix de l'employeur sur la forme du service à adopter est supprimée (code du travail, ancien art. D. 4622-2, al. 2). En effet, aucun texte législatif ne prévoit la compétence de principe des délégués du personnel en l'absence de comité d'entreprise.

Dans un objectif d'harmonisation des règles applicables aux services, la nouvelle rédaction de l'article D. 4622-12 du code du travail prévoit que le choix de créer un service autonome commun à des entreprises constituant une unité économique et sociale ne pourra intervenir qu'après accord du comité d'entreprise commun.

Lorsque, pour organiser le SST, l'entreprise a le choix entre les deux formes de service prévues à l'article D. 4622-1 du code du travail, ce choix est fait par l'employeur.

En cas d'opposition du comité d'entreprise, préalablement consulté, au choix de l'employeur sur la forme du service, l'employeur saisit le DIRECCTE, qui se prononce après avis du médecin inspecteur du travail (code du travail, art. D. 4622-3).

1.1. *Une organisation des services de santé au travail autonomes simplifiée et améliorée*

Aux termes des articles D. 4622-5 (SST de groupe, d'entreprise ou d'établissement), D. 4622-9 (service de santé au travail interétablissements) et D. 4622-12 (service de santé au travail commun aux entreprises constituant une unité économique et sociale) du code du travail, un service autonome de santé au travail peut être institué lorsque l'effectif de salariés suivis atteint ou dépasse cinq cents salariés.

Il s'agit d'une faculté pour l'employeur et non d'une obligation. Cette disposition vise à apporter plus de souplesse aux entreprises en leur laissant le choix de la forme du service de santé au travail. Néanmoins, de telles créations s'inscrivent dans des contextes locaux particuliers qu'il faut prendre en compte et dans des démarches de prévention répondant à des besoins, des implantations géographiques et des caractéristiques en termes de population suivie et de risques professionnels spécifiques.

La possibilité pour le DIRECCTE d'autoriser le maintien d'un service médical d'entreprise ou d'établissement dans le cas où une diminution du nombre de salariés ramenait l'effectif au-dessous du seuil permettant la constitution d'un service autonome de santé au travail est supprimée (code du travail, ancien art. D. 4622-21). Cependant, afin de ne pas déstabiliser l'organisation des SST, déjà constitués, cette évolution des effectifs doit s'apprécier sur une certaine durée, notamment pour les entreprises qui avaient mis en place des SST autonomes sur le fondement de l'ancien seuil.

1.1.1. La création d'un SST de groupe

L'article D. 4622-5 du code du travail introduit une nouvelle forme de service autonome de santé au travail : le SST de groupe. Cette nouvelle forme de SST doit permettre aux groupes de mettre en œuvre de manière coordonnée leur politique de prévention, dans le cadre de leur propre SST couvrant tout ou partie des entreprises le constituant.

Le SST de groupe est institué par accord entre tout ou partie des entreprises d'un groupe (code du travail, art. D. 4622-5, al. 2). Cet accord est conclu entre les responsables des entreprises concernées et le responsable de la société mère. Il ne s'agit pas d'un accord collectif de groupe au sens de l'article L. 2232-31 du code du travail, puisque les partenaires sociaux ne sont pas partie prenante dans cette décision même s'ils pourront l'être s'agissant des modalités du contrôle social.

Lorsque l'entreprise a le choix entre l'adhésion à un SSTI ou le SST de groupe, la procédure prévue aux articles D. 4622-2 et D. 4622-3 du code du travail s'applique : consultation préalable de chaque comité d'entreprise et possibilité pour ce dernier de s'opposer à cette décision et, dans ce cas, saisine du DIRECCTE par l'employeur.

1.1.2. La possibilité de faire suivre les salariés de certaines entreprises par un service autonome

L'article D. 4622-14 prévoit qu'une entreprise ou un établissement, quel que soit son effectif, peut faire suivre ses salariés par un service autonome d'une autre entreprise dans les deux cas suivants :

- l'entreprise ou l'établissement appartient au même groupe, en l'absence d'un SST de groupe ;
- l'entreprise ou l'établissement intervient régulièrement en tant qu'entreprise extérieure auprès d'une entreprise utilisatrice dans les conditions prévues à l'article R. 4511-1 du code du travail (champ d'application des dispositions relatives aux travaux réalisés dans un établissement par une entreprise extérieure).

Une convention doit être conclue entre l'entreprise qui a organisé le SST et l'entreprise ou l'établissement concerné. Le comité de l'entreprise ou de l'établissement concerné, préalablement consulté, peut s'opposer de manière motivée à cette organisation du suivi des salariés. En revanche, lorsqu'une telle organisation est mise en place, ce dernier n'exerce pas de contrôle social sur le SST qui relève du comité d'entreprise de l'entreprise qui a organisé le SST.

Il s'agit ainsi d'améliorer le suivi des salariés des entreprises concernées. Cela permet à une filiale de petite taille d'un groupe de bénéficier des prestations du service autonome d'une autre entreprise du groupe, de taille plus importante, et aux entreprises extérieures d'accéder au service autonome de l'entreprise utilisatrice dans laquelle elles interviennent.

Dans le second cas, la nouvelle rédaction de l'article R. 4513-12 du code du travail précise, par ailleurs, qu'un accord entre les chefs de l'entreprise utilisatrice et de l'entreprise extérieure et les médecins du travail intéressés peut prévoir que :

- les examens médicaux périodiques peuvent être réalisés par le médecin du travail de l'entreprise utilisatrice pour le compte de l'entreprise extérieure ;
- le médecin du travail de l'entreprise utilisatrice et, le cas échéant, les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail, peuvent mener des actions sur le milieu de travail pour le compte des salariés de l'entreprise extérieure.

Le médecin du travail de l'entreprise utilisatrice communique les résultats de ces actions au médecin de l'entreprise extérieure.

1.1.3. Les SST interétablissements ou de groupes, constitués d'établissements ou d'entreprises situés dans des régions différentes

Par application de l'alinéa 2 de l'article D. 4622-48 du code du travail, un SST de groupe ou un SST interétablissements peut être constitué entre des entreprises appartenant à un groupe ou entre des établissements de l'entreprise situés dans des régions différentes.

Il s'agit ainsi d'introduire une plus grande souplesse dans l'organisation de tels services lorsque des établissements ou des entreprises sont géographiquement éloignés. Dans une telle situation, la DIRECCTE compétente pour délivrer l'agrément est celle du lieu de la société mère du groupe ou de l'entreprise ou, à défaut du principal établissement concerné. La DIRECCTE du siège informe et recueille l'avis des autres DIRECCTE concernées par le SST (*cf.* deuxième partie, II, point 2.2 sur la procédure d'agrément).

1.1.4. Le contrôle social du SST autonome

Le contrôle social est assuré par :

- le comité d'établissement s'il s'agit d'un SST d'établissement (code du travail, art. D. 4622-6) ;
- le comité d'entreprise s'il s'agit d'un SST d'entreprise (code du travail, art. D. 4622-6) ;
- le comité central d'entreprise et les comités d'établissement intéressés s'il s'agit d'un SST interétablissements (code du travail, art. D. 4622-10 et D. 4622-11) ;
- le comité d'entreprise commun s'il s'agit d'un SST d'une unité économique et sociale, sauf s'il est administré paritairement en application de l'accord conclu par l'employeur (code du travail, art. D. 4622-13).

En ce qui concerne le SST de groupe, les modalités du contrôle social sont fixées par accord de groupe (code du travail, art. D. 4622-8), tel que défini à l'article L. 2232-31 du code du travail. L'accord peut ainsi, par exemple, prévoir que c'est le comité de groupe qui assure seul le contrôle social ou que c'est le comité de groupe et chaque comité d'entreprise intéressé.

Au titre de ses obligations, l'employeur doit présenter à l'instance de surveillance le rapport annuel relatif à l'organisation, au fonctionnement et à la gestion financière du SST, au plus tard à la fin du quatrième mois qui suit l'année pour laquelle il a été établi (code du travail, art. D. 4622-54). Les observations formulées par cette instance de surveillance sont communiquées au DIRECCTE.

1.2. Les services de santé au travail interentreprises

1.2.1. Les différentes formes de services de santé au travail interentreprises

Les entreprises de moins de cinq cents salariés et celles d'au moins cinq cents salariés qui ne souhaitent pas mettre en place un service autonome de santé au travail doivent adhérer à un SSTI.

Le SSTI ne peut pas s'opposer à l'adhésion d'une entreprise qui relève de ses secteurs géographiques professionnels ou interprofessionnels. Deux dérogations à ce principe général sont toutefois prévues et soumises à une autorisation du DIRECCTE pour répondre à des besoins très spécifiques en santé au travail liés soit à la présence sur un même lieu d'entreprises partageant des enjeux de prévention des risques professionnels et de suivi de la santé de leurs salariés, soit aux particularités d'un secteur d'activité ou d'une profession.

Les services de santé au travail interentreprises à compétence fermée

La possibilité de création de SSTI à compétence fermée, dans les conditions prévues par l'article D. 4622-21 du code du travail, c'est-à-dire sur autorisation du DIRECCTE, est maintenue.

L'autorisation ainsi accordée par le directeur régional – qui dispose d'un large pouvoir d'appréciation au regard des besoins et des moyens disponibles 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.

La mise en place de tels SSTI répond à la volonté de développer une politique de prévention des risques professionnels ciblée et adaptée à un secteur d'activité ou un bassin d'emploi dont les caractéristiques en termes de santé au travail (nature des risques professionnels, accidentologie élevée, récurrence de maladies professionnelles, etc.) justifient une approche très spécifique, qui ne pourrait être partagée selon une logique interprofessionnelle.

Les services de santé au travail de site

Le décret du 31 janvier 2012 (code du travail, art. D. 4622-16) maintient la possibilité de créer un SSTI – à compétence fermée et sur autorisation administrative – prévue 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, par exemple, 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 DIRECCTE, après s'être assuré que la consultation des comités d'entreprise 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 SST 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, etc.), sur l'organisation des secours, ou des soins infirmiers.

La liste des entreprises ou établissements adhérents à ce service est limitativement établie. Cette liste peut être modifiée sur autorisation du DIRECCTE 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 total de salariés des entreprises et établissements concernés atteint ou dépasse cinq cents salariés.

Ce SST est constitué, administré et contrôlé comme tout SSTI.

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.

1.2.2. Des relations entre l'entreprise adhérente et le SSTI précisées

La réforme issue de la loi du 20 juillet 2011 vise à améliorer la relation contractuelle entre l'entreprise adhérente et le SSTI, fondée sur le contrat d'association entouré de garanties réglementaires.

Des échanges d'information améliorés

Un échange d'informations écrites est prévu par l'article D. 4622-22 du code du travail durant la phase d'adhésion.

D'une part, lors de la demande d'adhésion, les statuts et le règlement intérieur du SSTI sont communiqués à l'entreprise, avec la grille des cotisations et un document détaillant les contreparties individualisées de l'adhésion. C'est dans les statuts ou dans le règlement intérieur que les droits et obligations réciproques à caractère général du SSTI et de ses adhérents sont déterminés.

Le document détaillant les contreparties individualisées de l'adhésion propres à l'entreprise a vocation à préciser l'ensemble des actions de santé au travail menées dans l'entreprise, tant en ce qui concerne les actions collectives en milieu de travail que les actions de suivi individuel de la santé des salariés.

D'autre part, dans les six mois suivant l'adhésion, l'employeur adresse au président du service de santé au travail un document précisant le nombre et la catégorie des salariés à suivre et les risques auxquels ils sont exposés. Ce document est établi après avis du ou des médecins du travail intervenant dans l'entreprise et soumis ensuite au comité d'entreprise. Ce document est tenu à la disposition du DIRECCTE. Sa mise à jour, en tant que de besoin, est recommandée, afin d'assurer un suivi adéquat des salariés.

Enfin, conformément à l'article D. 4622-51 du code du travail, le SSTI qui se voit retirer un agrément ou refuser un renouvellement d'agrément par le DIRECCTE doit obligatoirement en informer ses entreprises adhérentes. Les entreprises adhérentes peuvent alors s'adresser à un autre service dûment agréé.

Les cotisations à la charge de l'employeur et leurs contreparties

L'article L. 4622-6 du code du travail précise que « les dépenses afférentes aux services de santé au travail sont à la charge des employeurs *[et que]* dans le cas de services communs à plusieurs entreprises, ces frais sont répartis proportionnellement au nombre de salariés ». Le coût de l'adhésion à un SSTI est donc calculé selon l'effectif de chaque entreprise adhérente, défini selon les modalités des articles L. 1111-2 et L. 1111-3 du code du travail. Il ne correspond pas à un pourcentage de la masse salariale, mais à un montant calculé par salarié. Quand un SSTI pratique une facturation non fondée sur un montant *per capita*, il doit se mettre en conformité avec les dispositions de l'article L. 4622-6 du code du travail. Le cas échéant, il s'agira pour la DIRECCTE d'accompagner ces SSTI dans cette phase de mise en conformité, sur une période transitoire nécessaire afin de ne pas les fragiliser et de ne pas porter préjudice à leur fonctionnement.

Dans ce cadre, le montant de la cotisation appliquée à l'entreprise couvre l'ensemble des contreparties mentionnées dans le document initial qui lui est remis au moment de son adhésion. Comme rappelé ci-dessus, ceci inclut l'ensemble des dépenses liées aux actions collectives en milieu de travail, qu'elles soient réalisées par le médecin du travail ou par les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire, ainsi que les dépenses liées au suivi individuel de l'état de santé des salariés de l'entreprise, ce qui inclut notamment la réalisation des examens médicaux d'embauche, périodiques et complémentaires. Ces dépenses ne peuvent donc pas faire l'objet d'une facturation complémentaire.

Une facturation complémentaire n'est envisageable que si l'entreprise a une demande particulière liée à des circonstances inhabituelles et ponctuelles (survenue d'un nouveau risque professionnel, accidents, etc.). De telles facturations complémentaires feront l'objet d'une attention particulière de la part des DIRECCTE dans le cadre du suivi régulier du SSTI, à partir notamment des rapports administratifs et financiers annuels et dans celui de l'agrément. Il est en effet exclu que, dans un contexte contraint et face aux enjeux d'égal accès de tous aux actions menées par les SSTI, leurs ressources soient mobilisées, dans une proportion autre qu'exceptionnelle, pour de telles prestations facturées.

1.2.3. La gouvernance paritaire du service de santé au travail interentreprises

La loi instaure une gouvernance paritaire des SSTI, c'est-à-dire systématiquement à parts égales, assumée par un conseil d'administration paritaire, sous la surveillance d'instances (comité interentreprises ou commission de contrôle).

Le conseil d'administration paritaire

Le conseil d'administration est désormais obligatoirement composé à parts égales (code du travail, art. L. 4622-11 et D. 4622-19) :

- de représentants des employeurs désignés par les entreprises adhérentes, après avis des organisations professionnelles d'employeurs représentatives sur le plan national interprofessionnel ou professionnel ;
- de représentants des salariés des entreprises adhérentes, désignés par les organisations syndicales représentatives au niveau national et interprofessionnel.

La désignation des représentants des employeurs parmi les entreprises adhérentes vise à les responsabiliser dans la gouvernance de leur service de santé, de la définition partagée des grandes orientations à la surveillance de la gestion du service. L'avis des organisations professionnelles d'employeurs est une obligation qui doit garantir un minimum de représentativité pour les représentants des employeurs.

- Les organisations syndicales représentatives des salariés sur le plan national et interprofessionnel sont :
- jusqu'à la première mesure de l'audience, qui doit intervenir dans l'année 2013, les cinq confédérations syndicales reconnues représentatives (arrêté du 31 mars 1966) ;
 - à compter de la mesure de l'audience de 2013 et de la publication de l'arrêté fixant la liste des organisations syndicales représentatives, les organisations syndicales dont la représentativité est reconnue conformément aux dispositions des articles L. 2122-9 et L. 2122-10 du code du travail.

Le président et le trésorier sont élus respectivement parmi les représentants des employeurs et des salariés. Le président doit être en activité dans l'une des entreprises adhérentes du SSTI.

Dès lors que les statuts du SSTI le prévoient, il revient au conseil d'administration de fixer les grandes orientations. À défaut de mention expresse dans les statuts, le conseil d'administration prend les décisions concernant la gestion courante alors que l'organe souverain est l'assemblée générale. Dans tous les cas, aux termes de l'article L. 4622-12 du code du travail, le conseil d'administration approuve le projet de service pluriannuel élaboré au sein de la commission médico-technique.

Il donne, par ailleurs, son accord pour le recrutement des médecins du travail (code du travail, art. R. 4623-5) ainsi que dans les cas de changement d'affectation d'une entreprise, ou d'un établissement, ou de secteur pour un médecin du travail prévus par l'article R. 4623-12 du code du travail. Il est consulté lorsque la rupture du contrat de travail du médecin du travail est envisagée (code du travail, art. R. 4623-18). Il peut donner son accord pour l'embauche et le licenciement du directeur du SSTI si les statuts du service le prévoient.

Les comptes rendus des réunions du conseil d'administration sont tenus à la disposition de la DIRECCTE. L'obligation d'information de la DIRECCTE dans les trois mois subsiste en ce qui concerne les changements intervenus dans l'administration, la direction ou les statuts du SSTI (code du travail, art. D. 4622-20).

La commission de contrôle ou le comité interentreprises, l'instance de surveillance

La loi du 20 juillet 2011 a donné une valeur législative à l'instance de surveillance du SSTI. Ainsi, aux termes de l'article L. 4622-12 du code du travail, l'organisation et la gestion du SSTI sont placées sous la surveillance soit d'un comité interentreprises constitué par les comités d'entreprise intéressés, soit d'une commission de contrôle.

La commission de contrôle est composée pour un tiers de représentants des employeurs et pour deux tiers de représentants des salariés qui doivent être issus des entreprises adhérentes au SST (code du travail, art. L. 4622-12 et D. 4622-33). Le nombre de ses membres varie de neuf au moins à vingt et un au plus.

La répartition des sièges au sein de l'instance (code du travail, art. D. 4622-35, al. 3) fait l'objet d'un accord entre le président du SSTI et les organisations syndicales de salariés représentatives intéressées, ces dernières devant être représentatives au niveau national (comme précédemment) mais aussi interprofessionnel, et d'un accord entre le président du SSTI et les organisations professionnelles d'employeurs représentatives sur le plan national interprofessionnel ou professionnel. Les difficultés relatives à la mise en place et au renouvellement de la commission de contrôle, à la désignation de ses membres et à la répartition des sièges sont tranchées par le DIRECCTE (code du travail, art. D. 4622-37).

Si le président du conseil d'administration est élu parmi les représentants des employeurs, le président de la commission de contrôle est élu parmi les représentants des salariés. Les fonctions de président de la commission de contrôle et de trésorier du conseil d'administration sont incompatibles même si elles sont toutes deux assurées par des représentants des salariés. Le secrétaire de la commission de contrôle est désigné parmi les représentants des employeurs (code du travail, art. D. 4622-40).

Les modalités de fonctionnement de la commission de contrôle sont définies par son règlement intérieur. Toutefois, le code du travail précise que ce sont désormais ses membres qui choisissent l'organisme dispensant la formation nécessaire à l'exercice de leur mandat (code du travail, art. D. 4622-39, al. 1) et que l'ordre du jour de ses réunions est communiqué au DIRECCTE.

Les attributions de la commission de contrôle ou du comité interentreprises

Cette instance de surveillance est consultée sur l'organisation et le fonctionnement du SSTI (code du travail, art. D. 4622-31). À ce titre, elle est consultée non seulement sur les créations et suppressions d'emploi de médecin du travail, mais aussi sur celles d'IPRP et d'infirmier. Le principe de sa consultation sur le recrutement, la nomination, l'affectation, la rupture du contrat et le transfert du médecin du travail est rappelé dans l'article D. 4622-31 du code du travail. L'instance est aussi consultée sur les décisions de licenciement des IPRP.

Le comité interentreprises ou la commission de contrôle est informé (code du travail, art. D. 4622-32) :

- de tout changement de secteur ou d'affectation d'une entreprise ou d'un établissement de cinquante salariés et plus à un médecin du travail ;
- des observations et des mises en demeure de l'inspection du travail relatives aux missions du SST et des mesures prises pour s'y conformer ;
- des observations d'ordre technique faites par l'inspection médicale du travail et des mesures prises pour s'y conformer ;
- des suites données aux suggestions qu'il a formulées ;
- de l'état d'application des clauses des conventions ou accords collectifs relatives à l'activité et aux missions du SST dès lors qu'elles intéressent une ou plusieurs des entreprises adhérentes.

Enfin, le comité interentreprises ou la commission de contrôle est informé du projet de service pluriannuel et du CPOM.

Le directeur du SSTI

La fonction de directeur de SSTI est maintenant prévue par le code du travail. La reconnaissance de cette fonction permet de compléter les dispositions relatives à la gouvernance du SSTI. Son rôle est précisé par l'article

L. 4622-16 du code du travail : « Le directeur du service de santé au travail interentreprises met en œuvre, en lien avec l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail et sous l'autorité du président, les actions approuvées par le conseil d'administration dans le cadre du projet de service pluriannuel. » Il est en particulier, dans ce cadre, sur délégation du conseil d'administration, garant de la bonne adéquation des moyens du service avec les orientations stratégiques définies.

Le directeur du service joue un rôle fondamental d'animation de l'ensemble de la structure. Il a également une importante fonction d'interface entre le service et les partenaires extérieurs, notamment la DIRRECTE et la Caisse. En interne, le directeur fait le lien entre les instances statutaires et l'équipe pluridisciplinaire, en particulier, dans la construction du projet de service. Il lui incombe d'expliquer les évolutions liées à la réforme dans une dynamique participative de partage d'informations et d'engagements.

C'est le responsable hiérarchique de l'ensemble du personnel du SSTI, dans le respect des règles déontologiques s'imposant aux médecins du travail et aux autres professionnels de santé ainsi que du principe d'indépendance des médecins du travail.

1.2.4. La commission médico-technique, une instance professionnelle

La loi du 20 juillet 2011 a donné une valeur législative à la commission médico-technique. Elle doit désormais être mise en place dans les seuls SSTI quel que soit leur effectif (code du travail, art. L. 4622-13).

Les articles D. 4622-28 à D. 4622-30 du code du travail précisent ses attributions, les modalités de sa mise en place, sa composition, et son fonctionnement.

La commission médico-technique est dédiée aux échanges professionnels entre les médecins du travail et les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail, en présence du président du SSTI ou de son représentant. Dorénavant, l'ensemble des métiers composant l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail doit y être représenté (code du travail, art. D. 4622.29). Elle est ainsi composée :

- du président du SSTI ou de son représentant ;
- des médecins du travail du service ou, s'il y a lieu, de leurs délégués élus à raison d'un titulaire et d'un suppléant pour huit médecins ;
- des IPRP du service ou, s'il y a lieu, de leurs délégués élus à raison d'un titulaire et d'un suppléant pour huit intervenants ;
- des infirmiers ou, s'il y a lieu, de leurs délégués élus à raison d'un titulaire et d'un suppléant pour huit infirmiers ;
- des assistants de SST ou, s'il y a lieu, de leurs délégués élus à raison d'un titulaire et d'un suppléant pour huit assistants ;
- des professionnels recrutés après avis des médecins du travail ou, s'il y a lieu, de leurs délégués élus à raison d'un titulaire et d'un suppléant pour huit professionnels.

La commission médico-technique élabore et adopte un règlement intérieur qui précise notamment les modalités de désignation de ses membres ainsi que les fonctions utiles comme celles de président ou de secrétaire. Il fixe le nombre de réunions annuelles, qui ne peut être inférieur à trois, et qui doit s'articuler au mieux avec les réunions de la commission de contrôle et du conseil d'administration, destinataires des conclusions de chaque réunion de la commission médico-technique. Ses conclusions sont aussi tenues à la disposition du médecin inspecteur du travail.

La vocation de la commission médico-technique est d'être un lieu de dialogue et de proposition entre les représentants des membres de l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail, en présence du président du service ou de son représentant. Elle formule ainsi des propositions relatives aux priorités du service et aux actions à caractère pluridisciplinaire (code du travail, art. L. 4622-13). Elle élabore le projet de service pluriannuel (code du travail, art. L. 4622-14), qui constitue un document pivot, essentiel pour la gouvernance du SSTI. Elle est régulièrement informée de la mise en œuvre des priorités du service et des actions à caractère pluridisciplinaire, dans le cadre du projet de service.

Elle est en outre consultée sur l'organisation et la mobilisation des compétences pluridisciplinaires au sein du SSTI, au vu des risques professionnels des entreprises adhérentes et, notamment, sur l'organisation des actions en milieu de travail, des examens médicaux et des entretiens infirmiers prévus par l'article R. 4623-31 du code du travail. Elle peut à cet égard participer à l'élaboration de repères communs pour les différents protocoles qui permettent aux médecins du travail de confier, sous leur responsabilité, certaines de leurs activités à d'autres membres de l'équipe pluridisciplinaire.

Elle est enfin également consultée sur les équipements du service, les enquêtes et campagnes et les modalités de la participation à la veille sanitaire à laquelle le SSTI doit participer conformément aux dispositions de l'article L. 4622-2 4° du code du travail.

2. Une pluralité d'acteurs au service de la pluridisciplinarité

La réaffirmation de la pluridisciplinarité est un élément important de la réforme de l'organisation de la médecine du travail telle qu'issue de la loi du 20 juillet 2011 et de ses deux décrets d'application. La pluridisciplinarité doit être recherchée non seulement dans les SSTI où la constitution d'au moins une équipe pluridisciplinaire est obligatoire, mais aussi dans les entreprises dotées d'un service autonome, l'employeur pouvant notamment faire appel à des IPRP et devant désigner un salarié compétent en santé et sécurité au travail, ou, à défaut, faire appel à des compétences extérieures. Cette obligation vaut pour toutes les entreprises. Elle permet, tout en préservant les

compétences exclusives du médecin du travail sur les missions que lui seul peut conduire, de s'appuyer sur des compétences diverses pour accroître collectivement les capacités et l'impact du SSTI, et ainsi améliorer la prévention des risques professionnels.

2.1. *L'équipe pluridisciplinaire de santé au travail*

L'enjeu de la réforme est de « favoriser la formation d'une culture pluridisciplinaire et d'une communauté d'objectifs partagée entre les professionnels travaillant dans le SST, pour éviter que la pluridisciplinarité ne se réduise à une juxtaposition des compétences » (rapport de la commission des affaires sociales du Sénat). La création d'au moins une équipe pluridisciplinaire de santé au travail est donc obligatoire dans les SSTI. En fonction de l'organisation retenue par le service, il peut n'y avoir qu'une seule équipe pluridisciplinaire, à laquelle chaque médecin du travail responsable du suivi d'une entreprise fait appel, ou plusieurs qu'elles soient commune à plusieurs secteurs ou propres à chacun d'eux.

Cette équipe comprend, selon l'article L. 4622-8 du code du travail, des médecins du travail, des IPRP et des infirmiers ; elle peut être complétée par des assistants de SST et d'autres professionnels recrutés après avis des médecins du travail. C'est néanmoins le SSTI qui détermine, sous le contrôle du DIRECCTE, les professionnels à recruter dans chacune des catégories obligatoires pour satisfaire ses objectifs, selon les caractéristiques des secteurs qu'il couvre. La composition des équipes pluridisciplinaires peut donc varier en fonction de la diversité des populations suivies, des risques professionnels identifiés et des territoires.

C'est désormais l'équipe pluridisciplinaire (ou les équipes s'il y en a plusieurs) qui assure les missions du SSTI telles que définies par l'article L. 4622-2 du code du travail, précisées notamment dans le projet pluriannuel de service et le CPOM, à travers les actions collectives en milieu de travail et les actions individuelles de suivi de l'état de santé des salariés (pour les médecins du travail, les collaborateurs médecins, les internes et les infirmiers – dans la limite de leurs compétences). L'équipe pluridisciplinaire intervient dans chacun des secteurs géographiques, professionnels ou interprofessionnels, qui relève de sa compétence (code du travail, art. D. 4622-26). Elle est animée et coordonnée par le médecin du travail. Les attributions propres à chaque catégorie de personnels concourant au SST et composant l'équipe pluridisciplinaire sont précisées ci-dessous.

Enfin, l'agrément fixe l'effectif maximal de travailleurs suivi par équipe pluridisciplinaire, et non plus par médecin du travail (code du travail, art. D. 4622-48).

2.2. *Les personnels concourant au service de santé au travail*

2.2.1. Le médecin du travail

L'indépendance confortée du médecin du travail

L'indépendance du médecin du travail dans l'exercice de son activité est un élément essentiel de la déontologie de cette profession, qui a été consacré par les textes.

L'article R. 4127-5 du code de la santé publique dispose ainsi que : « Le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit », tandis que l'article R. 4127-95 du même code dispose que : « Le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à un autre médecin, une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels et en particulier à ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions.

En aucune circonstance le médecin ne peut accepter de limitation à son indépendance dans son exercice médical, de la part du médecin, de l'entreprise ou de l'organisme qui l'emploie. Il doit toujours agir, en priorité, dans l'intérêt de la santé publique et dans l'intérêt des personnes et de leur sécurité au sein des entreprises ou des collectivités où il exerce. »

Cette indépendance est également reconnue au niveau législatif. L'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale dispose ainsi que « dans l'intérêt des assurés sociaux et de la santé publique, le respect de la liberté d'exercice et de l'indépendance professionnelle et morale des médecins est assuré conformément aux principes déontologiques fondamentaux que sont le libre choix du médecin par le malade, la liberté de prescription du médecin, le secret professionnel... »

La loi du 20 juillet 2011 a entendu rappeler cette indépendance pour tous les médecins du travail. Le législateur a, en effet, introduit un nouvel article L. 4623-8 dans le code du travail pour préciser que « dans les conditions d'indépendance professionnelle définies et garanties par la loi, le médecin du travail assure les missions qui lui sont dévolues par le présent code ».

Ces dispositions valent tant pour le médecin du travail employé dans un service autonome de santé au travail que dans un SSTI. L'article L. 4623-8 est, en effet, placé dans la section unique (Médecin du travail) du chapitre III (Personnels concourant aux services de santé au travail) du titre II (Services de santé au travail) du livre VI de la quatrième partie du code du travail, dispositions qui s'appliquent à tous les médecins du travail, quel que soit le mode d'organisation du service dans lequel ils interviennent.

En la matière, le législateur a ainsi rappelé de manière symboliquement forte, une règle qui est le fondement même de la relation entre un médecin et son patient, en réaffirmant qu'elle s'applique tout autant à la relation entre le médecin du travail et le salarié.

Cependant, l'indépendance technique du médecin du travail ne fait pas obstacle à sa subordination juridique vis-à-vis de son employeur. En effet, l'article R. 4623-4 du code du travail précise que le médecin du travail est lié par un contrat de travail conclu avec l'employeur (service autonome de santé au travail) ou le président du SSTI.

Ainsi, le médecin du travail doit respecter ses obligations réglementaires ainsi que les modalités d'organisation fixées par son employeur et inscrire son action dans le cadre des orientations définies notamment par le projet pluriannuel de service, dans le respect des règles professionnelles fixées par le code de la santé publique qui s'imposent.

Les missions élargies du médecin du travail

Le rôle du médecin du travail est exclusivement préventif. Il consiste à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail, notamment en surveillant leurs conditions d'hygiène au travail, les risques de contagion et leur état de santé (code du travail, art. L. 4622-3). Il ne pratique pas la médecine de clientèle courante (code du travail, art. L. 4623-3).

Ses missions sont définies par l'article R. 4623-1 du code du travail qui liste, de manière non limitative, ses domaines d'intervention, et prévoit que ses missions sont assurées à travers des actions sur le milieu de travail (auxquelles il doit consacrer au moins le tiers de son temps de travail ; code du travail, art. R. 4624-4) et la réalisation d'examen médicaux (code du travail, *cf.* première partie, III). De nouvelles compétences sont attribuées au médecin du travail, telles que le conseil en matière d'adaptation des postes, des techniques et des rythmes de travail à « la santé physique et mentale, notamment en vue de préserver le maintien dans l'emploi des salariés ». Il doit aussi prodiguer des conseils sur la protection des travailleurs contre les risques « d'exposition à des agents chimiques dangereux » (actualisation de la terminologie utilisée). À ce titre, il lui incombe de dispenser des conseils à l'employeur visant à la préservation de la santé des travailleurs.

L'action du médecin du travail s'organise donc 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. Dans ce cadre, il mène un certain nombre d'actions (fiches d'entreprises, campagnes d'informations, visites des lieux de travail, enquêtes épidémiologiques...), figurant dans le projet pluriannuel de service et/ou dans le CPOM, ou dans son propre programme de travail, émet des propositions et préconisations transmises à l'employeur dans le cadre de l'article L. 4624-3 I du code du travail, et répond aux saisines des employeurs formulées dans le cadre de l'article L. 4624-3 II du code du travail. Dans les SSTI, c'est avec les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire, dont il assure l'animation et la coordination, qu'il mène les actions sur le milieu de travail. Dans les services autonomes de santé au travail, le médecin du travail mène des actions de prévention en coordination avec l'employeur, les représentants des salariés et les préventeurs extérieurs ;
- le temps consacré au suivi individuel de l'état de santé du salarié (*cf.* première partie, III, point 3.2) ; c'est une compétence propre du médecin du travail ;
- le temps consacré aux autres activités telles que la veille sanitaire et la participation aux études, recherches et enquêtes, en particulier à caractère épidémiologique autres que celles menées dans le cadre de son action sur le milieu de travail, la participation aux instances de consultation, l'élaboration du rapport annuel d'activité.

Deux axes de travail complémentaires structurent par conséquent l'activité du médecin du travail :

- d'une part, par son intervention sur le milieu de travail, le médecin du travail apporte son expertise à l'employeur ainsi qu'aux salariés et à leurs représentants, en les renseignant sur la nature des risques qu'il a identifiés, en proposant des actions correctrices des conditions de travail, actions qui sont approuvées et menées par l'employeur, responsable de la santé et de la sécurité dans l'entreprise ;
- d'autre part, grâce à ses décisions et aux conseils de prévention qu'il délivre dans le cadre du suivi médical individuel des salariés, il contribue à la protection individuelle de la santé des travailleurs.

Le médecin du travail assure personnellement l'ensemble de ses fonctions. Toutefois, les dispositions réglementaires introduisent la possibilité de confier certaines activités, sous sa responsabilité, dans le cadre de protocoles écrits, aux autres membres de l'équipe pluridisciplinaire. Pour les professions dont les conditions d'exercice relèvent du code de la santé publique, ces activités sont exercées dans la limite des compétences respectives des professionnels de santé déterminées par les dispositions de ce code, qui règlemente également les protocoles écrits encadrant les délégations (code du travail, art. R. 4623-14).

Dans les SSTI, la loi a confié aux médecins du travail une nouvelle mission qui est celle d'animation et de coordination de l'équipe pluridisciplinaire. Il s'agit d'un rôle essentiel et transversal au regard des missions et activités confiées à l'équipe pluridisciplinaire, tant en ce qui concerne les actions sur le milieu de travail que le suivi médical individuel des salariés, ou encore la veille sanitaire.

La participation aux organes de surveillance et de consultation

Lorsque l'ordre du jour comporte des questions relatives à l'organisation et au fonctionnement des SST ou des questions qui concernent les missions des médecins du travail, telles que définies à l'article L. 4622-3 du code du travail, le médecin du travail ou, en cas de pluralité de médecins, le ou les délégués des médecins assistent, avec voix consultative, aux réunions du comité d'entreprise lorsqu'ils relèvent d'un service autonome de santé au travail, du comité interentreprises ou de la commission de contrôle ainsi que du conseil d'administration lorsqu'ils relèvent d'un SSTI (code du travail, art. R. 4623-16).

Les délégués du médecin du travail sont élus à raison :

- dans les services autonomes de santé au travail, d'un titulaire et un suppléant pour huit médecins du travail, dans la limite de quatre titulaires et quatre suppléants ; ainsi, dans les SST comportant plus de trente-deux médecins, le nombre de délégués restera de quatre titulaires et quatre suppléants ;

- dans les SSTI, d'un titulaire et d'un suppléant par secteur, dans la limite de quatre titulaires et quatre suppléants. Ainsi, dans les SSTI comptant globalement plus de trente-deux médecins, tous secteurs confondus, le nombre de délégués sera de quatre titulaires et quatre suppléants maximum, quel que soit l'effectif de médecins du travail au-delà de trente-deux.

Cette limitation du nombre de délégués dans les services dont l'effectif est important permet de garantir l'efficacité du système.

Le mandat des délégués est de trois ans. Il appartient à l'employeur ou au président du SST d'organiser l'élection.

Enfin, il est rappelé que, dans un souci d'une part, d'éviter que des intérêts potentiellement opposés se trouvent portés par la même personne, et, d'autre part, de prévention des conflits d'intérêts, le médecin du travail ne peut cumuler cette fonction avec toute autre fonction dans les établissements dont il a la charge et dans le SSTI dont il est salarié (code du travail, art. R. 4623-14).

Des conditions plus ouvertes pour le recrutement du médecin du travail

L'article R. 4623-2 du code du travail rappelle que seul un médecin remplissant l'une des conditions suivantes peut pratiquer la médecine du travail :

- 1° Être qualifié en médecine du travail ;
- 2° Avoir été autorisé, à titre exceptionnel, à poursuivre son exercice en tant que médecin du travail en application de l'article 28 de la loi n° 98-535 du 1^{er} juillet 1998 ou de l'article 189 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale ;
- 3° Être titulaire d'une capacité en médecine de santé au travail et de prévention des risques professionnels.

La rédaction de cet article a été modifiée par le décret n° 2012-135 du 30 janvier 2012 dans un objectif de simplification, mais sans changement sur le fond des conditions à remplir pour pratiquer la médecine du travail. Il faut donc d'une part obtenir un diplôme et, d'autre part, obtenir l'autorisation d'exercer. Ce diplôme peut être le diplôme d'études spécialisées (DES) en médecine du travail français, mais aussi un diplôme européen de spécialiste en médecine du travail ou d'un pays hors Union Européenne, dont l'équivalence pour l'exercice de la médecine du travail est reconnue selon les différentes procédures nationales. La notion de qualification permet d'englober tous ces cas de figure.

L'inspection médicale du travail est informée des titres du médecin du travail. Alors que précédemment il s'agissait d'un enregistrement (code du travail, ancien art. R. 4623-3), il s'agit désormais d'une communication des titres, dans le mois qui suit l'entrée en fonction dans un SST (code du travail, art. R. 4623-3).

Le médecin du travail est lié par un contrat de travail conclu entre l'employeur ou le président du SSTI, dans les conditions prévues par le code de déontologie médicale ce qui implique notamment un avis préalable du conseil départemental de l'ordre des médecins. Des modèles de contrat de travail sont mis à disposition par le Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) sur son site internet.

Il est rappelé que le diplôme délivré par l'université de Louvain est un master en santé au travail et non un DES de médecine du travail. Par conséquent, cette formation peut être prise en compte par la commission nationale de qualification de l'ordre des médecins dans le cadre de l'examen d'une demande de qualification, mais elle ne saura en être la seule justification.

Les procédures de nomination et d'affectation

Les nouvelles dispositions ont assoupli les conditions d'affectation du médecin du travail, notamment en supprimant les critères quantitatifs précis tels que le nombre maximal de salariés, d'entreprises ou d'établissements qu'il peut suivre et d'examens médicaux qu'il peut pratiquer (code du travail, ancien art. R. 4623-10). Ces éléments quantitatifs se sont, en effet, révélés peu efficaces et peu pertinents dans la mesure où l'activité du médecin du travail dépend fortement de l'activité même des entreprises et de leurs caractéristiques en terme de population salariée et de risques professionnels.

C'est l'agrément qui fixe désormais l'effectif maximal de travailleurs suivis par médecin du travail ou, pour les SSTI, par équipe pluridisciplinaire de santé au travail (code du travail, art. D. 4622-48 ; cf. deuxième partie, II. – Introduction).

Dans les SSTI, le nouvel article R. 4623-10 du code du travail prévoit la remise au médecin d'une liste d'entreprises et d'établissements indiquant les effectifs de travailleurs correspondants et les risques professionnels auxquels ils sont exposés. L'information sur l'effectif suivi par le médecin du travail est communiquée aux instances de contrôle et, dans les SSTI, au conseil d'administration, qui se prononcent sur la nomination du médecin du travail.

Dans les services autonomes de santé au travail employant plusieurs médecins du travail, chacun d'eux est affecté à un secteur déterminé, défini par l'employeur et dont l'effectif salarié lui est communiqué (code du travail, art. R. 4623-11).

Sauf dérogation accordée, à titre exceptionnel, par le DIRECCTE, il ne peut être fait appel à plusieurs médecins du travail lorsque l'effectif d'une entreprise, d'un établissement ou d'un SSTI correspond à l'emploi d'un seul médecin du travail (code du travail, art. R. 4623-9, al. 2).

La nomination et l'affectation du médecin du travail (code du travail, art. R. 4623-5 à R. 4623-11) sont soumises à l'accord du comité d'entreprise dans les services autonomes de santé au travail ou, dans les SSTI, à l'accord du comité interentreprises ou de la commission de contrôle ainsi que du conseil d'administration.

Ces consultations interviennent avant la fin de la période d'essai qui suit l'embauche. À défaut d'accord sur la nomination proposée, le chef d'entreprise ou le président du SSTI saisit l'inspecteur du travail. Ce dernier prend sa décision, dans un délai de deux mois, après avis du médecin-inspecteur du travail, et la notifie par lettre recommandée avec accusé de réception (1).

Les instances consultées ont communication des éléments suivants (code du travail, art. R. 4623-7) :

- l'effectif des salariés qui sera suivi par le médecin dont la nomination est proposée ;
- dans les services autonomes de santé au travail, le secteur auquel le médecin du travail est affecté ;
- dans les SST de groupe, interétablissements ou commun aux entreprises constituant une unité économique et sociale, la liste des entreprises ou établissements surveillés par le médecin du travail ;
- dans les SSTI, la liste des entreprises surveillées par le médecin du travail.

Le remplacement du médecin du travail

La réforme issue de la loi du 20 juillet 2011 et du décret n° 2012-135 du 30 janvier 2012 augmente les possibilités de remplacement d'un médecin du travail absent puisqu'auparavant un tel remplacement ne pouvait se faire que pour une absence de plus de trois mois et par un médecin du travail.

Désormais, le remplacement, par un médecin du travail ou un interne de la spécialité, est de droit pour toute absence d'une durée supérieure à trois mois (code du travail, art. R. 4623-15). Pour les absences inférieures à trois mois, le médecin du travail peut être remplacé par un médecin du travail, un collaborateur médecin ou un interne en médecine du travail dans les conditions prévues par l'article R. 4623-28 du code du travail.

Concernant les remplacements effectués par un interne, seuls les internes disposant du niveau d'études requis par l'article L. 4131-2 du code de la santé publique, et après délivrance d'une licence et autorisation de remplacement délivrées par le conseil départemental de l'ordre des médecins compétent, peuvent remplacer un médecin du travail temporairement absent. Le SST élabore un contrat de travail pour la durée du remplacement et prend en charge la rémunération correspondante.

La protection du médecin du travail

Outre les procédures spécifiques de nomination et d'affectation, le médecin du travail bénéficie d'une protection particulière en cas de changement d'affectation et de rupture de son contrat de travail. La loi du 20 juillet 2011 a étendu cette protection aux cas de rupture anticipée du CDD, de non-renouvellement du CDD lorsqu'il comporte une clause de renouvellement, de rupture conventionnelle du contrat et de transfert partiel d'entreprise.

La procédure en cas de changement d'affectation (code du travail, art. R. 4623-12)

La procédure prévue pour la nomination du médecin du travail s'applique en cas de changement de secteur ou d'affectation d'une entreprise. Elle est également applicable en cas de changement d'entreprise du groupe suivie par le médecin du travail.

À défaut d'accord des instances consultées, les changements de secteur et d'affectation du médecin du travail interviennent sur autorisation de l'inspecteur du travail, délivrée après avis du médecin inspecteur du travail (2).

En service autonome de santé au travail, la contestation peut émaner :

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

En SSTI, peuvent être à l'origine de la contestation du changement d'affectation :

- le médecin du travail ;
- l'employeur de l'entreprise adhérente concernée ;
- le 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 ;
- le comité interentreprises, la commission de contrôle du service interentreprises ou son conseil d'administration.

En SSTI, peuvent être à l'origine de la contestation du changement de secteur :

- le médecin du travail ;
- le 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 ;
- le comité interentreprises, la commission de contrôle du service interentreprises ou son conseil d'administration.

(1) La décision comporte la mention des voies et délai de recours. Le recours hiérarchique est formé devant le ministre : direction générale du travail, sous-direction des conditions de travail, de la santé et de la sécurité au travail, bureau de la politique et des acteurs de la prévention, 39-43, quai André-Citroën, 75902 Paris Cedex 1.

(2) La décision comporte la mention des voies et délais de recours. Le recours hiérarchique devant le ministre : direction générale du travail, sous-direction des conditions de travail, de la santé et de la sécurité au travail, bureau de la politique et des acteurs de la prévention, 39-43, quai André-Citroën, 75902 Paris Cedex 1.

Un document annuel faisant état de ces changements, ainsi que de tout autre changement d'affectation d'une entreprise ou d'un établissement de plus de cinquante salariés, est tenu à disposition du DIRECCTE ainsi que du médecin inspecteur du travail (code du travail, art. R. 4623-13, al. 2).

Les procédures en cas de rupture ou de transfert du contrat de travail

La procédure protectrice prévue par le code du travail pour la nomination, le changement d'affectation et le licenciement est également applicable lors de la rupture anticipée pour faute grave ou inaptitude et du non-renouvellement du contrat à durée déterminée lorsqu'il comporte une clause de renouvellement, ou lors de la rupture conventionnelle du contrat et du transfert partiel d'entreprise (code du travail, art. L. 1237-15 et L. 4623-5-1 à R. 4623-5-3 et art. R. 4623-18 à R. 4623-24).

a) Procédure préalable (code du travail, art. R. 4623-18 à R. 4623-20)

La procédure de licenciement, de rupture conventionnelle ou de rupture du contrat de travail à durée déterminée du médecin du travail est précisée aux articles R. 4623-18 à R. 4623-20 du code du travail.

En cas de transfert partiel de l'entreprise ou de l'établissement auquel appartient le médecin du travail, seules les dispositions des articles R. 4623-21 et R. 4623-22 du code du travail s'appliquent : il n'y a pas d'entretien préalable ni de consultation de l'instance de contrôle, dès lors que le contrat de travail n'est pas rompu.

Le chef d'entreprise ou le responsable du SSTI convoque le médecin du travail selon la procédure prévue à l'article 1232-2 du code du travail pour un entretien préalable. La participation du salarié à l'entretien préalable n'est pas une obligation. L'entretien est organisé dans l'intérêt du salarié, il ne commet aucune faute en s'abstenant de s'y rendre.

Après l'entretien préalable, le chef d'entreprise ou le responsable du SSTI saisit l'instance de contrôle pour 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 :

- dans le cas d'un projet de rupture du contrat d'un médecin du travail appartenant à un service autonome de santé au travail, c'est le comité d'entreprise qui est consulté ;
- dans le cas d'un projet de rupture du contrat de travail d'un médecin du travail appartenant à un SSTI, le comité interentreprises ou la commission de contrôle, puis le conseil d'administration sont successivement consultés.

L'instance consultée procède à l'audition du médecin du travail, puis se prononce par vote à bulletin secret, à la majorité des membres, sur le projet de rupture du contrat, sachant que chaque membre de l'instance ne peut disposer que du pouvoir d'un seul autre membre.

Le médecin du travail relevant d'un SSTI est auditionné par le comité interentreprises ou la commission de contrôle, et par le conseil d'administration.

Ces avis étant consultatifs, il est possible que, dans le cadre d'un projet de rupture du contrat de travail d'un médecin du travail appartenant à un SSTI, le comité interentreprises ou la commission de contrôle d'une part, et le conseil d'administration d'autre part, émettent un avis divergent sur ce projet. Cette divergence sera appréciée par l'inspecteur du travail, en lien avec le médecin-inspecteur du travail, dans le cadre de l'examen de la demande d'autorisation de la rupture du contrat de travail s'agissant d'une éventuelle atteinte à l'indépendance du médecin du travail, d'un lien entre le projet de rupture du contrat de travail et l'exercice des fonctions du médecin du travail.

Dans les quinze jours suivant la délibération de l'instance de contrôle ou, pour les SSTI, de la dernière instance consultée sur le projet de licenciement, le chef d'entreprise ou le président du SST adresse sa demande d'autorisation administrative de licenciement ou de rupture du contrat de travail à durée déterminée à l'inspecteur du travail, par lettre recommandée avec accusé réception. La demande énonce les motifs de la rupture du contrat de travail envisagée et est accompagnée du procès-verbal de la réunion de l'instance de contrôle et, selon le cas, de la délibération du conseil d'administration (code du travail, art. R. 4623-20).

En cas de mise à pied du médecin du travail, la demande de rupture du contrat de travail est transmise à l'inspecteur du travail dans les quarante-huit heures suivant la délibération de l'instance de contrôle ou, pour les SSTI, de la dernière instance consultée.

En cas de transfert partiel de l'entreprise ou de l'établissement auquel appartient le médecin du travail, la demande d'autorisation de transfert est adressée à l'inspecteur du travail par lettre recommandée avec accusé réception quinze jours avant la date arrêtée pour le transfert (code du travail, art. R. 4623-23). L'inspecteur du travail compétent est celui territorialement compétent pour le SSTI, en cas de transfert d'un service du SSTI au sein duquel exerce le médecin du travail vers un autre SST ; ou celui compétent pour l'entreprise, en cas de transfert partiel incluant le service autonome de santé au travail.

L'inspecteur du travail accuse réception de la demande d'autorisation de licenciement, de rupture du contrat de travail à durée déterminée pour faute grave ou inaptitude, ou de transfert par lettre recommandée avec accusé réception dans laquelle il mentionne le délai dont il dispose pour statuer et précise que ce délai peut être prolongé selon les nécessités de l'enquête administrative. S'il prolonge ces délais, l'inspecteur du travail en avise les parties. Par ailleurs, l'accusé de réception doit prévoir la date à laquelle, à défaut, d'une décision expresse, la demande est réputée rejetée et le cas échéant, les délais et voies de recours contre celle-ci.

b) Procédure administrative (code du travail, art. R. 4623-21 à R. 4623-24)

Dans le cadre de cette procédure administrative, l'inspecteur du travail recueille l'avis du médecin-inspecteur du travail (code du travail, art. L. 4623-5, L. 4623-5-1, L. 4623-5-2, L. 4623-5-3 et L. 1237-15) et procède à une enquête contradictoire. Au cours 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 SSTI. Au cours de cette enquête, l'inspecteur du travail apprécie la réalité du motif invoqué à l'appui de la demande d'autorisation de licenciement, de rupture ou de transfert partiel d'entreprise ou d'établissement, le niveau de gravité des faits reprochés en cas de demande fondée sur un motif disciplinaire, la réalité des efforts de reclassement en cas de demande fondée sur un motif économique, l'absence de lien entre la fonction de médecin du travail et le projet de rupture du contrat, l'absence d'atteinte à l'indépendance du médecin du travail dans l'exercice de ses missions et, si le médecin du travail détient également un mandat de représentant du personnel, l'absence de caractère discriminatoire.

La décision de l'inspecteur du travail

a) Délai d'intervention

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 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.

b) Motivation de la décision

La décision de l'inspecteur du travail fait grief à l'une des parties au différend. Par conséquent, et comme le précise l'article R. 4623-22, la décision est motivée, c'est-à-dire qu'elle indique les considérations de droit et de fait sur lesquelles se fonde l'auteur de la décision.

Elle mentionne également les voies et délais de recours, hiérarchique et contentieux (1).

c) Notification de la décision

L'inspecteur du travail notifie sa décision par lettre recommandée avec accusé réception à l'employeur, au médecin du travail et au président de l'instance de contrôle, qui en informe ses membres.

d) Les effets de la décision de l'inspecteur du travail en cas de mise à pied du médecin du travail (code du travail, art. L. 4623-5)

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

e) Le recours hiérarchique contre la décision de l'inspecteur du travail (code du travail, art. R. 4623-24)

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. 4623-24 du code du travail. 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. Le silence gardé pendant plus de quatre mois sur ce recours vaut décision de rejet.

En cas d'annulation de la décision d'autorisation de licenciement :

- si le ministre chargé du travail annule, sur recours hiérarchique, une décision de l'inspecteur du travail, autorisant la rupture du contrat de travail du médecin du travail, le médecin du travail a le droit, s'il le demande dans un délai de deux mois à compter de la notification de la décision, à être réintégré dans son emploi ou dans un emploi équivalent. Il en est de même lorsque le juge administratif annule une décision de l'inspecteur du travail ou du ministre autorisant cette rupture (code du travail, art. L. 4623-6) ;
- lorsque l'annulation de la décision d'autorisation de licenciement est devenue définitive, le médecin du travail a droit 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 (code du travail, art. L. 4623-7, al. 1) ;
- si, lorsque l'annulation de la décision d'autorisation est devenue définitive, le médecin du travail ne fait pas de demande de réintégration, il a droit 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 ou du jugement (code du travail, art. L. 4623-7, al. 2).

Dans les deux cas, le paiement de l'indemnité, qui constitue un complément de salaire, s'accompagne du versement des cotisations afférentes (code du travail, art. L. 4623-7, al. 3).

La procédure de licenciement doit être suivie en cas de mise à la retraite d'un médecin du travail.

Par analogie avec la jurisprudence établie à l'égard des salariés protégés, les articles L. 4623-4 et suivants et R. 4623-20 et suivants du code du travail sont applicables en cas de mise à la retraite d'un médecin du travail, à l'initiative de l'employeur.

La procédure protectrice s'applique à l'égard des médecins du travail concernés :

- entretien préalable ;
- avis préalable, avec audition de l'intéressé soit par le comité d'entreprise ou d'établissement, soit par le comité interentreprises ou la commission de contrôle et, dans les services interentreprises par le conseil d'administration ;

(1) Recours hiérarchique devant le ministre, dans un délai de deux mois suivant la notification de la décision : direction générale du travail, sous-direction des conditions de travail, de la santé et de la sécurité au travail, bureau de la politique et des acteurs de la prévention, 39-43, quai André-Citroën, 75902 Paris Cedex 1.

Recours contentieux, dans un délai de deux mois suivant la notification de la décision : devant le tribunal administratif territorialement compétent.

– autorisation de l'inspecteur du travail prise après avis du médecin-inspecteur du travail (CAA Marseille, 9 avril 2009, ASTIM, n° 08MA03717) et enquête contradictoire.

L'inspecteur du travail vérifie que le motif invoqué est réel et que la mesure mise en œuvre n'a pas de caractère discriminatoire.

2.2.2. Le collaborateur médecin (code du travail, art. 4623-25)

Ce statut de collaborateur médecin facilite les passerelles vers la médecine du travail et permet d'apporter des éléments de réponse aux difficultés objectives de fonctionnement des SST.

Le collaborateur médecin peut exercer en service de santé au travail interentreprises ou autonome.

Les conditions de recrutement (formation)

Un médecin peut être recruté par le SSTI ou l'employeur en qualité de collaborateur médecin s'il s'engage à suivre une formation en vue de l'obtention de la qualification en médecine du travail auprès de l'ordre des médecins et s'il est encadré par un médecin qualifié en médecine du travail. Afin de justifier de son engagement dans cette démarche de formation, le collaborateur médecin transmet à son employeur et au médecin inspecteur du travail une attestation d'inscription, délivrée par l'université, qui précise la date du début effectif de la formation théorique. Une fois la formation commencée, et sur toute la durée de celle-ci, il transmet annuellement à l'employeur et au médecin inspecteur du travail un certificat de scolarité fourni par l'université.

Le collaborateur médecin est recruté dans le cadre d'un contrat conclu avec le SSTI ou l'employeur et l'université qui assure la formation théorique. Ce contrat précise les engagements du collaborateur médecin, de l'université et du médecin qualifié en médecine du travail qui l'encadre dans le service de santé au travail.

En application de l'article R. 4127-83 du code de la santé publique, le projet de contrat peut être communiqué au conseil départemental de l'ordre des médecins. Il est recommandé d'utiliser cette option, afin de garantir la légalité des conditions d'exercice du médecin collaborateur au sein du SST qui l'emploie. Une fois le contrat signé et conformément aux dispositions de l'article L. 4113-9 du code de la santé publique, il est communiqué au conseil départemental de l'Ordre. Un modèle de contrat pour un collaborateur médecin peut être consulté sur le site Internet du Conseil national de l'ordre des médecins.

La reconnaissance de la qualification en médecine du travail est accordée par le Conseil national de l'ordre des médecins. La formation universitaire mise en place est la seule voie d'entrée dans le dispositif, sans préjudice toutefois des équivalences totales ou partielles susceptibles d'être accordées aux praticiens ayant déjà suivi des cursus universitaires en France ou dans l'Union européenne. Il est à noter que le diplôme obtenu au terme de la formation ne suffit pas à lui seul pour obtenir la qualification. Le document de référence de qualification en médecine du travail est en cours de stabilisation et pourra être consulté sur le site internet du Conseil national de l'ordre des médecins, et pour les DIRECCTE, sur l'outil Sitère, au même titre qu'un document présentant la procédure à suivre pour obtenir la qualification.

Concernant le médecin tuteur, celui-ci doit être volontaire pour encadrer le collaborateur médecin, et son accord doit être préalablement requis à tout accueil de collaborateur médecin en formation ayant vocation à être placé sous sa responsabilité. Il doit disposer des conditions nécessaires au bon encadrement de ce collaborateur médecin. Enfin, dans le cadre de ce tutorat, un avenant à son contrat de travail doit être rédigé.

Les missions

Le collaborateur médecin assiste dans ses missions le médecin du travail qui l'encadre.

Il exerce sous l'autorité du médecin du travail tuteur. Il remplit les missions que lui confie ce dernier dans le cadre de protocoles qu'il a définis. Les missions confiées au collaborateur médecin prennent en considération son parcours individuel et professionnel, et peuvent évoluer au fur et à mesure du déroulement de sa formation.

Il peut ainsi d'une part réaliser des examens médicaux contribuant à garantir un suivi adéquat de l'état de santé du salarié, notamment en cas de modulation de la périodicité des examens réalisés par le médecin du travail, et d'autre part prescrire et réaliser les examens complémentaires en relation avec l'activité professionnelle du salarié.

Sous sa propre responsabilité, il peut, en outre, à titre d'exemple, prescrire les examens liés au dépistage de maladies dangereuses pour l'entourage en cas d'épidémie, donner des indications ou effectuer des vaccinations, orienter vers un médecin de soin en cas de découverte fortuite, lors de l'examen médical, d'un symptôme ou d'une pathologie non prise en charge ou mal équilibrée, et assumer les protocoles d'urgences dans les entreprises.

Le collaborateur médecin ne peut pas prendre de décisions médicales assignées par le code du travail au médecin du travail qui sont susceptibles de faire l'objet de contestations. Ainsi il ne peut pas prononcer d'avis relatifs à l'aptitude médicale des salariés.

Toutefois, lorsqu'il intervient en tant que remplaçant d'un médecin du travail absent pour moins de trois mois, il exerce pleinement les missions du médecin du travail dans le cadre d'un avenant à son contrat de collaborateur médecin, soumis au conseil départemental de l'ordre des médecins.

Le collaborateur médecin participe aux actions en milieu de travail au même titre que les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail.

Le collaborateur médecin est tenu au respect des règles déontologiques de la profession (code de la santé publique, art. R. 4127-1 et suivants). Il exerce dans les mêmes locaux que le médecin du travail tuteur.

Tout comme l'interne en médecine du travail, le collaborateur médecin ne dispose ni de la protection contre la rupture de son contrat de travail dont bénéficie le médecin du travail, ni du libre accès aux lieux de travail, réservé aux médecins du travail par l'article R. 4623-3 du code du travail.

2.2.3. L'étudiant de deuxième cycle et l'interne en médecine du travail (code du travail, art. L. 4623-1, al. 2 et R. 4623-26 à R. 4623-29)

Le SST peut accueillir des étudiants en médecine en stage sous certaines conditions

La possibilité pour les SST d'accueillir des étudiants de médecine en stage a été élargie aux étudiants du deuxième cycle des études médicales, et non plus seulement aux internes, afin notamment de mieux faire connaître la spécialité de médecine du travail avant le choix de l'internat, et ainsi de contribuer à l'attractivité de cette filière et à sa visibilité. Ceci suppose d'abord que le SST soit agréé comme lieu de stage, dans les conditions prévues par l'article L. 632-5 du code de l'éducation. Cet agrément est délivré par le directeur général de l'ARS, après avis de la commission de subdivision réunie en vue de l'agrément. La procédure d'agrément comporte systématiquement l'avis écrit du coordonnateur et le rapport d'un certain nombre d'acteurs du troisième cycle, dont un représentant des internes, après visite sur site.

Les étudiants du deuxième cycle des études médicales ne peuvent en aucun cas prendre en charge, même sous la responsabilité d'un médecin du travail, un effectif de salariés ni remplacer un médecin du travail absent.

Les SST pouvaient déjà accueillir des internes en médecine du travail en stage sous certaines conditions, qui restent inchangées même si les références réglementaires ont été modifiées (renvoi aux codes de l'éducation et de la santé publique). Cet accueil reste soumis à la conclusion d'une convention de stage tripartite entre l'employeur ou le président du SSTI, le directeur de l'unité de formation et de recherche de médecine dont relève l'interne, et le directeur général du centre hospitalier régional auquel il est rattaché. Le projet de convention est transmis pour avis, quinze jours au moins avant sa signature, au médecin inspecteur du travail.

Le SST peut recruter, à titre temporaire, un interne

Les conditions de recrutement, à titre temporaire, d'un interne en médecine du travail, ouvert par l'article L. 4623-1, 2^e alinéa, du code du travail sont précisées par l'article R. 4623-28 du code du travail.

La possibilité de recruter un interne est ouverte :

- pour le remplacement d'un médecin du travail temporairement absent ;
- dans l'attente de la prise de fonction d'un médecin du travail, c'est-à-dire dans les cas où la prise effective de fonctions d'un médecin du travail intervient plusieurs semaines ou plusieurs mois après la décision de recrutement.

Pour être ainsi recruté, l'interne doit :

- avoir validé la totalité du deuxième cycle des études médicales en France ou être titulaire d'un titre sanctionnant une formation médicale de base équivalente, délivré par un État membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen ;
- avoir validé au titre du troisième cycle des études médicales en France un nombre déterminé de semestres, en fonction de la spécialité, par décret. S'agissant de la spécialité de médecine du travail, il faut avoir validé trois semestres cliniques dans des services agréés correspondant à la spécialité de médecine du travail et deux semestres libres ;
- disposer d'une licence et d'une autorisation de remplacement délivrées par le Conseil départemental de l'ordre des médecins dans lequel exerce le médecin du travail que l'interne remplace.

Le SST informe le médecin inspecteur du travail de ce remplacement.

Un SST peut donc accueillir simultanément un interne en stage et un interne en remplacement d'un médecin du travail absent. Ces deux internes interviennent à des moments différents de leurs études, sous des statuts différents (l'un est sous statut étudiant, l'autre est salarié) et ils ne peuvent se voir confier les mêmes missions. Le remplacement effectué ne peut servir à valider une période de stage.

2.2.4. Le personnel infirmier (code du travail, art. R. 4623-37 à R. 4623-39)

Les infirmiers sont des professionnels de santé dont les missions (décret « actes » n° 2004-802 du 29 juillet 2004 codifié aux articles R. 4311-1 à R. 4311-15), les règles de déontologie et d'indépendance sont définies par le code de la santé publique.

Parmi les évolutions apportées par la réforme, l'obligation faite aux SSTI de recruter au moins un infirmier au sein de chaque équipe pluridisciplinaire de santé au travail et la mise en place d'un entretien infirmier constituent des avancées significatives. La qualité des prestations infirmières et leur complémentarité par rapport aux actions des médecins du travail ont été démontrées par les expérimentations régionales conduites ces dernières années.

L'enrichissement et la diversification des tâches confiées à ces infirmiers en santé au travail représentent un élément d'attractivité fort et de nature à favoriser des perspectives d'évolution de carrière positives pour l'ensemble des infirmiers diplômés d'État. Cette montée en compétence doit être également encouragée pour les infirmiers recrutés au sein des entreprises, avec pour objectif de renforcer la qualité des prestations médicales assurées en faveur des salariés.

Une procédure de recrutement allégée, mais des obligations de formation renforcées pour l'infirmier de SST

Seuls les SSTI se trouvent dans l'obligation de mettre en place une ou plusieurs équipes pluridisciplinaires de santé au travail, dans lesquelles il est nécessaire de recruter au moins un infirmier par équipe (code du travail, art. L. 4622-8).

Que l'infirmier soit recruté par l'entreprise ou par un SSTI, il doit nécessairement être diplômé d'État (code du travail, art. R. 4623-29). Dans les SSTI, l'avis du ou des médecins du travail doit être demandé avant l'embauche d'un infirmier (code du travail, art. R. 4623-35). Il s'agit bien ici d'un avis et non plus d'un accord préalable du médecin du travail.

Si l'infirmier n'a pas suivi une formation en santé au travail, l'employeur doit l'y inscrire dans les douze mois suivant son recrutement dans un SST. Cette obligation de formation, après l'embauche, tient compte de la réalité des profils des infirmiers actuellement en poste puisque seulement 10 % d'entre eux ont reçu une formation spécialisée en santé au travail. Cette formation doit permettre aux infirmiers en entreprise d'enrichir leurs missions puisqu'ils sont des acteurs de la santé en entreprise et que leur connaissance fine des salariés, des lieux et des processus de travail doit être mise au service de la santé au travail et de la prévention des risques professionnels. C'est pourquoi il est prévu une coordination avec l'équipe pluridisciplinaire du SSTI quand elle intervient dans cette entreprise.

Les dispositions antérieures relatives aux infirmiers d'entreprise demeurent, l'obligation de présence étant liée à des conditions d'effectif (code du travail, art. R. 4623-32 et R. 4623-33). L'obligation qui pèse alors sur l'employeur porte bien aujourd'hui sur la présence d'un infirmier dans l'établissement et non sur une embauche. Les établissements qui le souhaitent peuvent par conséquent faire appel à des prestations infirmières par le biais d'associations.

Des missions renouvelées

La réforme issue de la loi du 20 juillet 2011 accroît et renouvelle les missions de l'infirmier, ce qui participe d'une reconnaissance de cette profession et de son rôle dans les services de santé au travail. L'infirmier a des missions propres, définies par le code de la santé publique, et des missions confiées par le médecin du travail, sous sa responsabilité et dans le cadre de protocoles écrits ; dans les deux cas, ces missions sont exercées en coordination avec tous les acteurs des SST.

D'une part, comme membre de l'équipe pluridisciplinaire dans les SSTI, l'infirmier a vocation à participer aux actions en milieu de travail, notamment aux actions de prévention et d'éducation à la santé au travail en sensibilisant et en informant les salariés en matière de santé et sécurité au travail, ciblées sur des branches professionnelles ou sur certaines catégories de salariés. Il participe à des actions d'information collectives conçues en collaboration avec le médecin du travail et validées par lui (code du travail, art. R. 4623-31, al. 2). Il peut concourir au recueil d'observations et d'informations dans le cadre d'enquêtes et d'études, y compris épidémiologiques et de veille sanitaire. Il peut aussi réaliser des fiches d'entreprises et des études de postes et participer aux actions visant le maintien et l'insertion ou la réinsertion des salariés au poste de travail et dans l'emploi.

D'autre part, l'infirmier participe au suivi individuel de l'état de santé, dans le cadre notamment d'activités confiées par le médecin du travail, sous sa responsabilité, dans le cadre de protocoles écrits prévus à l'article R. 4623-14 du code du travail. Un entretien infirmier peut être mis en place, notamment en cas de modulation de la périodicité des examens médicaux prévue par l'agrément du SST (code du travail, art. R. 4624-16 et R. 4624-19). Un tel entretien a vocation à s'inscrire dans le suivi périodique des salariés sans pouvoir se substituer aux examens d'embauche, de préreprise et de reprise, qui restent de la responsabilité du médecin du travail. Cet entretien donne lieu à la délivrance d'une attestation de suivi infirmier qui ne comporte aucune mention relative à l'aptitude ou l'inaptitude médicale du salarié et qui est versée au dossier médical en santé au travail (code du travail, art. R. 4623-31, al.) L'infirmier peut également, selon les mêmes modalités, effectuer certains examens complémentaires.

La réalisation par des infirmiers d'entreprise de tels entretiens peut être envisagée dans des conditions très rigoureuses permettant de garantir le respect des règles déontologiques et professionnelles s'imposant à ces professionnels de santé, et leur inscription dans une véritable démarche de prévention des risques professionnels, menée au sein de l'entreprise concernée. Cette possibilité doit avoir fait l'objet d'un accord non seulement du SST qui intervient dans l'entreprise, mais aussi de l'employeur et du comité d'entreprise concerné. De plus, l'infirmier d'entreprise doit avoir suivi une formation en santé au travail. Et, comme pour tous les entretiens infirmiers, un protocole doit avoir été établi entre l'infirmier et le médecin du travail, qui peut refuser de confier cette tâche sous sa responsabilité.

Plus généralement et conformément aux articles du code de la santé publique, l'infirmier a vocation à concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins. L'action de l'infirmier s'inscrit dans le respect des droits de la personne et dans le souci de son éducation à la santé.

Si le cœur de métier de l'infirmier en SSTI est exclusivement préventif, à l'exception de situations d'urgence, l'infirmier d'entreprise exerce ses attributions classiques de soins.

Les conditions d'exercice

Le décret précise que l'infirmier exerce ses missions propres, dans le respect des dispositions des articles R. 4311-1 et suivants du code de la santé publique, et celles qui lui sont confiées par le médecin du travail sur la base des protocoles écrits mentionnés à l'article R. 4623-14 du code du travail.

Outre ces protocoles, il semble indispensable que des temps d'échange soient institutionnalisés dans le fonctionnement des équipes, notamment entre le médecin du travail et l'infirmier en matière de suivi individuel des salariés.

Lorsque l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail intervient dans une entreprise employant du personnel infirmier, cette équipe se coordonne avec le ou les infirmiers de l'entreprise.

2.2.5. L'assistant de service de santé au travail

Il s'agit d'un nouveau métier, introduit par l'article L. 4622-8 du code du travail, qui ne se substitue pas à l'intervenant en prévention des risques professionnels.

Le rôle de l'assistant de SST est défini à l'article R. 4623-40 du code du travail. C'est un professionnel qui apporte une assistance administrative à l'ensemble des membres de l'équipe pluridisciplinaire dans leurs activités.

Il contribue également à repérer les dangers et à identifier les besoins en santé au travail en priorité dans les entreprises de moins de vingt salariés en lien étroit avec les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire. Il participe à l'organisation, à l'administration des projets de prévention et à la promotion de la santé au travail et des actions du service dans ces mêmes entreprises. Il a vocation à jouer un rôle de relai des politiques de prévention des risques professionnels.

Pour lui permettre d'assurer pleinement ses missions, il convient, dans la mesure du possible, de former l'assistant de service de santé au travail.

2.3. L'intervenant en prévention des risques professionnels

(code du travail, art. R. 4623-37 à R. 4623-39, L. 4644-1, al. 3, et R. 4644-2 à D. 4644-11)

L'IPRP est un professionnel qui a des compétences techniques ou organisationnelles en matière de santé et de sécurité au travail. Il participe à la préservation de la santé et de la sécurité des salariés et à l'amélioration des conditions de travail dans un objectif exclusif de prévention. À titre indicatif, et loin de toute exhaustivité, les disciplines telles que l'ergonomie, la toxicologie, l'hygiène industrielle, l'organisation du travail constituent des domaines d'intervention de l'IPRP.

La réforme issue de la loi du 20 juillet 2011 modifie en profondeur le cadre d'action des intervenants en prévention des risques professionnels puisqu'ils se voient confier de nouvelles missions (réalisation de diagnostic, conseil, etc.), en particulier dans le cadre des équipes pluridisciplinaires dont ils sont une composante essentielle et obligatoire, et qu'ils ont, en contrepartie, des garanties statutaires renforcées.

Les dispositions légales introduisent une distinction entre l'IPRP, employé par le SSTI, et l'IPRP externe auquel l'employeur et le SSTI (pour une mission spécifique) font appel. Un employeur peut recruter, dans le cadre d'un service autonome de santé au travail, un IPRP qui n'a pas obligatoirement à être enregistré même si rien ne l'interdit non plus.

Conformément aux dispositions de l'alinéa 3 de l'article L. 4644-1 du code du travail, seuls les IPRP externes doivent être enregistrés par la DIRECCTE.

2.3.1. L'IPRP dans les services de santé au travail interentreprises

Désormais, conformément à l'article L. 4622-8 du code du travail, les SSTI doivent recruter au moins un IPRP par équipe pluridisciplinaire.

Ses compétences

Selon l'article R. 4623-37 du code du travail, l'IPRP dans les SSTI « a des compétences techniques ou organisationnelles en matière de santé et de sécurité au travail ». Cet article ne fixe pas d'autres conditions en matière de diplômes ou d'expérience professionnelle. Il appartient donc au président du service ou au directeur de s'assurer des compétences de l'IPRP avant de l'embaucher. Il leur est d'ailleurs possible d'avoir les mêmes exigences de diplôme ou d'expérience professionnelle que celles prévues par l'article D. 4644-6 du code du travail pour les IPRP externes. Rien ne s'oppose non plus à ce que le responsable du SSTI demande à l'IPRP, préalablement à son embauche, de se faire enregistrer auprès de la DIRECCTE.

La commission de contrôle est consultée sur les créations d'emplois d'IPRP (code du travail, art. D. 4622-31 [4]) ; elle peut donc formuler des exigences quant au niveau de diplôme, à l'expérience professionnelle et au domaine de compétence technique ou organisationnel comme à la spécialité.

De même, la commission médico-technique, bien que sa consultation sur les créations d'emplois d'IPRP ne soit pas expressément prévue, est consultée sur les questions relatives à « la mise en œuvre des compétence pluridisciplinaires au sein du service de santé au travail » (code du travail, art. D. 4622-28 [1°]). Elle peut, à ce titre, utilement être consultée sur le profil des IPRP dont le recrutement est envisagé.

Il n'y a donc plus d'obligation pour le SST de faire appel à un IPRP habilité auprès du collège régional tripartite (CARSTAT, ARACT et OPPBTP), tel que prévu par les anciens articles L. 4622-4 et R. 4623-26 et suivants du code du travail.

Ses attributions

Il participe, en tant que membre de l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail, aux missions du SST, et donc, comme précisé à l'article R. 4623-38 du code du travail « dans un objectif exclusif de prévention, à la préservation de la santé et de la sécurité des travailleurs et à l'amélioration des conditions de travail ». Cet article ajoute que, « dans ce cadre, il assure des missions de diagnostic, de conseil, d'accompagnement et d'appui, et communique les résultats de ses études au médecin du travail. »

Les conditions d'exercice de sa mission

« Il ne peut subir de discrimination en raison de ses activités de prévention » et « assure ses missions dans des conditions garantissant son indépendance » (code du travail, art. R. 4623-37 al. 2). S'il ne bénéficie pas de la même protection que le médecin du travail en cas de rupture du contrat de travail, le comité interentreprises ou la commission de contrôle est consulté sur son licenciement (code du travail, art. D. 4622-31 [7°]).

En tant que membre de l'équipe pluridisciplinaire, l'IPRP bénéficie des droits suivants :

- l'information sur la nature et la composition des produits utilisés ainsi que sur leurs modalités d'emploi et sur les résultats de toutes les mesures et analyses réalisées dans le domaine de compétence du médecin du travail mentionnées à l'article R. 4623-1 du code du travail (code du travail, art. R. 4624-4) ;
- le droit d'accès à tous les documents non nominatifs relatif à la santé et la sécurité au travail rendus obligatoires par la quatrième partie du code du travail ; ce droit s'exerçant, comme pour tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail, dans des conditions garantissant le caractère confidentiel des données ainsi que la protection des informations relatives aux secrets de fabrication et procédés d'exploitation (code du travail, art. R. 4624-5).

Il dispose du temps nécessaire et des moyens requis pour exercer sa mission (code du travail, art. R. 4623-37 al. 1)

S'il est placé sous l'autorité hiérarchique du directeur du service, il inscrit son intervention dans le cadre des actions menées par l'équipe pluridisciplinaire, animée et coordonnée par le médecin du travail. Il définit ainsi les lieux et la durée nécessaire de ses interventions et sa méthode de travail avec le médecin du travail, qui est garant de la cohérence d'ensemble de l'action de l'équipe pluridisciplinaire.

Enfin, il communique les résultats de ses études au médecin du travail (code du travail, art. R. 4623-38), ce dernier les communiquant à l'employeur (code du travail, art. R. 4624-8) et aux autres membres de l'équipe pluridisciplinaire.

2.3.2. L'IPRP externe

Les IPRP non employés par les SSTI doivent être enregistrés par le DIRECCTE (code du travail, art. L. 4644-1 al. 3). Cet enregistrement se substitue à l'ancienne habilitation, qui est supprimée. Il s'agit d'une procédure simplifiée, mais qui préserve la garantie de compétence des IPRP compte tenu notamment du caractère exigeant du dossier d'enregistrement.

Les dispositions relatives à l'IPRP enregistrés ne se trouvent pas dans le titre II du livre VI du code du travail, mais dans son titre IV intitulé « Institutions et personnes concourant à l'organisation de la prévention » et, plus précisément, dans le chapitre IV « Aide à l'employeur pour la gestion de la santé et de la sécurité au travail ».

Afin d'assurer la transition entre le dispositif de l'habilitation et celui de l'enregistrement, le III de l'article 1^{er} de la loi du 20 juillet 2011 prévoit que l'habilitation délivrée avant son entrée en vigueur vaut enregistrement pendant une durée de trois ans à compter de la date de sa promulgation. Les habilitations des IPRP sont donc valables au maximum jusqu'au 20 juillet 2014.

L'enregistrement

Les articles D. 4644-6 à D. 4644-11 du code du travail fixent les règles en matière d'enregistrement des IPRP.

L'enregistrement de la personne physique ou de la personne morale

Ni la loi ni le décret ne précisent si c'est chaque IPRP personne physique ou la personne morale qui doivent se faire enregistrer. Dès lors, le choix doit être laissé au demandeur et la DIRECCTE enregistrera donc soit l'IPRP personne physique soit l'organisme employant les IPRP.

Lorsque l'IPRP appartient à un organisme, l'enregistrement de ce dernier apparaît d'autant plus justifié : c'est en effet la personne morale qui devra signer avec l'entreprise ou le SSTI la convention fixant les conditions d'intervention (code du travail, art. R. 4644-2).

Toutefois, si la demande d'enregistrement émane d'un IPRP employé par un SSTI, seule la personne physique pourra être enregistrée, un SSTI ne pouvant se faire enregistrer en tant qu'IPRP.

L'enregistrement doit se faire auprès de la DIRECCTE compétente pour le domicile de l'IPRP et non pas la DIRECCTE du lieu d'exercice de la fonction. En effet, l'enregistrement est valable « pour l'ensemble du territoire national » (code du travail, art. D. 4644-8).

Le contenu du dossier de demande d'enregistrement

a) La compétence du demandeur

Alors que pour l'IPRP interne, employé par les SSTI, le code du travail ne fixe pas de conditions de diplômes ou d'expérience professionnelle, pour l'IPRP externe les conditions de cette compétence sont précisées. Ainsi, l'article L. 4644-1 alinéa 3 précise qu'il dispose de compétences dans le domaine de la prévention des risques professionnels et de l'amélioration des conditions de travail.

Le dossier de demande d'enregistrement doit contenir les justificatifs de cette compétence, attestant soit de la détention d'un diplôme, soit d'une expérience professionnelle (code du travail, art. D. 4644-6).

Il est précisé que l'obligation de détention d'un diplôme n'est pas cumulative. Ainsi, la personne doit détenir :

- soit un diplôme d'ingénieur ;
- soit un diplôme sanctionnant au moins deux ans d'études supérieures dans les domaines de la santé, de la sécurité ou de l'organisation du travail ;
- soit un diplôme sanctionnant au moins trois ans d'études supérieures dans un domaine scientifique ou dans une matière relevant des sciences humaines et sociales et liée au travail.

Ces dispositions relatives à l'obligation de détention d'un diplôme existaient déjà pour la procédure d'habilitation des IPRP telle que précisée par la circulaire du 13 janvier 2004.

À défaut de détenir un de ces diplômes, le demandeur doit justifier d'une expérience professionnelle dans le domaine de la prévention des risques professionnels d'au moins cinq ans, étant précisé que cette activité doit avoir été exercée à titre principal et non accessoire.

À titre d'exemple, l'IPRP est un ergonome, un métrologue, un toxicologue, un spécialiste en organisation du travail ou en aide à l'évaluation des risques.

b) La déclaration d'intérêt

Cette déclaration a pour objet de préciser que, dans l'exercice de sa mission, l'IPRP n'aura pas d'intérêts directs ou indirects avec les entreprises ou les SSTI, susceptibles de porter atteinte à l'objectivité dont il doit faire preuve.

c) Le dossier de demande de renouvellement d'enregistrement

L'enregistrement de l'IPRP étant valable cinq ans, au terme de cette durée il doit présenter une demande de renouvellement de son enregistrement, auquel sera joint, en plus des autres pièces obligatoires, un rapport d'activité concernant les cinq dernières années d'exercice.

d) Le dossier présenté par une personne morale

En cas de demande d'enregistrement présentée par une personne morale, les justificatifs du diplôme ou de l'expérience professionnelle pour chaque IPRP personne physique seront joints et vérifiés par le DIRECCTE. Si une ou plusieurs personnes de l'organisme ne disposent pas des compétences requises, l'organisme ne sera pas enregistré.

Lors du renouvellement de l'enregistrement, le rapport d'activité sera celui de l'organisme, correspondant à la consolidation des interventions de ses IPRP.

La déclaration d'intérêt sera produite par la personne morale.

La décision du DIRECCTE relative à l'enregistrement et au retrait d'enregistrement

a) La forme de l'enregistrement

Le décret ne précise pas la forme de l'enregistrement. En fait, cela consiste en la délivrance d'un récépissé d'enregistrement par le DIRECCTE, daté, comportant un numéro d'enregistrement, précisant la période de validité de l'enregistrement, les domaines et spécialités de l'IPRP.

b) Le délai pour l'enregistrement

L'article D. 4644-7 du code du travail précise que le DIRECCTE enregistre l'IPRP dans un délai d'un mois à compter de la date de réception du dossier. Le DIRECCTE peut utilement accuser réception de chaque demande d'enregistrement en précisant qu'à défaut de réponse le silence de l'administration vaut refus d'enregistrement. Les voies et délai de recours sont précisés dans l'accusé de réception.

c) Le retrait de l'enregistrement

L'article D. 4644-9 du code du travail donne la possibilité au DIRECCTE de mettre fin, à tout moment, à l'enregistrement d'un IPRP qui ne dispose pas des compétences nécessaires, qui ne respecte pas les prescriptions légales ou qui n'est plus en mesure d'assurer sa mission.

d) La publicité de l'enregistrement et la communication de l'information

Afin d'informer les employeurs et les acteurs de la santé au travail dans chaque région, une liste des IPRP enregistrés est publiée en ligne sur le site internet de la DIRECCTE. Au niveau national, la publication de la liste des IPRP enregistrés sur le site « Travailler mieux » est également prévue.

Les conditions d'exercice des missions de l'IPRP

L'IPRP intervient dans une entreprise soit parce que l'employeur fait directement appel à lui dans le cadre de l'article L. 4644-1 du code du travail, soit dans le cadre d'une prestation de service pour un SSTI en raison de ses compétences dont le service ne dispose pas (cas prévu à l'art. R. 4623-39 du code du travail).

Ces deux cas font l'objet soit d'une convention entre l'IPRP et l'entreprise, soit d'une convention entre l'IPRP et le SSTI qui est portée à la connaissance du ou des médecins du travail concernés, et dont le contenu est fixé à l'article R. 4644-2 du code du travail.

C'est dans cette convention que les conditions assurant son indépendance pour exercer ses missions seront précisées.

Il a accès à tous les documents non nominatifs relatifs à la santé et la sécurité du travail rendus obligatoires par la quatrième partie du code du travail, dans le respect de la confidentialité des données et des secrets de fabrication et des procédés d'exploitation dont il peut avoir connaissance (code du travail, art. R. 4644-5).

Enfin, lorsque l'employeur fait appel à un IPRP enregistré, il informe son SST de cette intervention ainsi que des résultats des études menées dans ce cadre (code du travail, art. R. 4644-3).

2.4. *L'appel à compétences pour s'occuper des activités de protection et de prévention des risques professionnels de l'entreprise*

La loi du 20 juillet 2011 a introduit un chapitre IV dans le titre IV (Institutions et personnels concourant à l'organisation de la prévention) du livre VI de la quatrième partie du code du travail. Ce chapitre s'intitule « Aide à l'employeur pour la gestion de la santé et de la sécurité du travail ».

Il contient un article dans la partie législative, l'article L. 4644-1 et les articles R. 4644-1 à D. 4644-11 dans la partie réglementaire.

L'article L. 4644-1 dispose en ses alinéas 1 et 2 que « L'employeur désigne un ou plusieurs salariés compétents pour s'occuper des activités de protection et de prévention des risques professionnels.

Le ou les salariés ainsi désignés par l'employeur bénéficient, à leur demande, d'une formation en matière de santé au travail dans les conditions prévues aux articles L. 4614-14 à L. 4614-16. »

Ces dispositions répondent aux exigences posées par l'article 7 de la directive 89/391/CEE du Conseil du 12 juin 1989 concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail, qui prévoit la désignation par l'employeur d'« un ou plusieurs travailleurs pour s'occuper des activités de protection et des activités de prévention des risques professionnels de l'entreprise et/ou de l'établissement ». L'article 7 de la directive ajoute que, « si les compétences dans l'entreprise et/ou l'établissement sont insuffisantes pour organiser ces activités de protection et de prévention, l'employeur doit faire appel à des compétences (personnes ou services) extérieures à l'entreprise et/ou à l'établissement ».

Ce chapitre « Aide à l'employeur pour la gestion de la santé et de la sécurité au travail » concerne toutes les entreprises, quelles que soient leur taille et les modalités retenues par l'employeur pour assurer le suivi de la santé de ses salariés.

Le salarié désigné

L'article R. 4644-1 du code du travail précise que ces personnes sont désignées après avis du CHSCT ou, à défaut, des délégués du personnel.

Il s'agit soit de personnes déjà présentes dans l'entreprise – et qui peut-être exercent déjà cette mission –, soit de personnes recrutées pour mener cette mission. Dans les deux cas, l'employeur doit formaliser la désignation, notamment en demandant l'avis du CHSCT, étant précisé qu'il ne s'agit pas d'un avis conforme. L'information donnée au CHSCT va au-delà de la simple communication du nom de la personne, a fortiori s'il s'agit d'un recrutement. L'employeur doit donner des précisions sur sa compétence dans le domaine de la prévention des risques professionnels, en indiquant notamment ses diplômes et son expérience professionnelle, et sur les missions qui lui seront confiées.

Un écrit entre l'employeur et chaque personne désignée n'est pas obligatoire. Toutefois, s'il s'agit d'un recrutement, un contrat de travail écrit peut bien entendu apporter toutes précisions sur les activités confiées et les modalités d'exercice de la mission. S'il s'agit de confier la mission à une personne déjà présente dans l'entreprise, un avenant à son contrat de travail peut également mentionner ces éléments, étant précisé que la signature d'un tel avenant ne peut être imposée au salarié s'il s'agit de l'attribution de tâches nouvelles modifiant la nature de ses fonctions. Il s'agit en effet dans ce cas d'une modification du contrat de travail.

Le code du travail ne fixe aucune exigence de diplôme ou d'expérience professionnelle pour la désignation de la personne compétente. L'article 7 de la directive 89/391 ne fixe pas plus d'exigences et précise uniquement que « les travailleurs désignés doivent avoir les capacités nécessaires ».

Il appartient donc à l'employeur qui recrute ou qui désigne – si elle est déjà présente dans l'entreprise – une personne pour s'occuper des activités de protection et de prévention des risques professionnels, de s'assurer de sa compétence, à travers ses diplômes et/ou son expérience professionnelle. En pratique, c'est ce que font déjà les employeurs des entreprises qui nomment des responsables santé-sécurité, responsables prévention des risques..., situations qui existent dans certaines PME et sont fréquentes dans les grandes entreprises. La personne désignée peut également être un salarié bénéficiant d'une délégation de pouvoir dans le domaine de la santé-sécurité. Ce salarié a, en effet, la compétence nécessaire puisqu'il s'agit d'une des conditions définies par la jurisprudence concernant la personne qui reçoit la délégation (selon une formule fréquemment reprise par la Cour de cassation, le délégué doit être « pleinement pourvu de l'autorité, de la compétence et des moyens nécessaires pour remplir sa mission »).

Cet appel à compétences est organisé dans des conditions telles que le salarié désigné est en mesure de remplir pleinement ses missions. Celles-ci ont vocation à comprendre à la fois une démarche d'évaluation des risques, notamment par la réalisation de diagnostics, une démarche d'élaboration et de planification d'actions s'inscrivant dans la démarche de prévention de l'employeur, et un suivi de la mise en œuvre de ces actions. Ceci implique qu'il dispose des moyens requis (code du travail, art. R. 4644-1) et d'une certaine autonomie.

Enfin, l'alinéa 2 de l'article L. 4644-1 du code du travail permet à ces personnes de bénéficier, à leur demande, d'une formation en matière de santé au travail, dans les conditions prévues par les articles L. 4614-14 à L. 4614-16 pour la formation dispensée aux représentants du personnel au CHSCT. Sa durée est donc de trois

jours dans les entreprises de moins de trois cents salariés et de cinq jours dans les entreprises d'au moins trois cents salariés. Cette formation est à la charge de l'employeur dans les mêmes conditions que pour les membres du CHSCT. L'employeur peut également organiser une formation pour la personne désignée, alors même qu'elle n'a pas demandé à bénéficier d'une formation.

La responsabilité

Si le code du travail ne traite pas de la responsabilité de la personne compétente, le principe général de la responsabilité de l'employeur en matière de santé et de sécurité (obligation de sécurité de résultat rappelée à plusieurs reprises par la Cour de cassation) doit être rappelé.

Par ailleurs, l'article 7 de la directive 89/391 précise que la désignation des personnes compétentes est faite « sans préjudice des obligations visées aux articles 5 et 6 ». L'article 5 de la directive est relatif à la responsabilité de l'employeur en matière de sécurité et de santé des travailleurs. L'article 6 fixe les obligations de l'employeur pour assurer la protection de la sécurité et de la santé des travailleurs.

La désignation d'une personne compétente pour s'occuper des activités de protection et de prévention des risques professionnels n'a donc pas pour effet de transférer la responsabilité de l'employeur dans le domaine de la santé et de la sécurité du travail à cette personne.

Toutefois cette responsabilité peut lui être transférée en cas de délégation de pouvoir de l'employeur. Il est rappelé que la délégation de pouvoir n'est valable que si le délégataire est investi de l'autorité, de la compétence et des moyens nécessaires à l'exercice de sa mission.

Ce salarié désigné n'est pas un salarié protégé.

L'appel aux IPRP ou à un organisme de prévention des risques professionnels
(Caisse, OPPBTP, ANACT et réseau) en l'absence de compétences internes

Dans la mesure du possible, l'employeur doit d'abord chercher à désigner un salarié de son entreprise pour s'occuper des activités de protection ou de prévention des risques professionnels. Si les compétences de l'entreprise ne permettent pas d'organiser ces activités, alors l'employeur peut faire appel, après avis du CHSCT ou, en son absence, des délégués du personnel aux IPRP du service de santé au travail interentreprises auquel il adhère ou aux IPRP enregistrés auprès du DIRECCTE.

L'avis du CHSCT ou des délégués du personnel, qui n'est pas un avis conforme, n'est requis que si l'entreprise est dotée de l'une de ces institutions représentatives du personnel. Si tel n'est pas le cas, l'employeur fait appel directement à l'IPRP de son choix.

Dans ce cadre, l'IPRP auquel l'employeur fait appel a vocation à exercer la même mission que celle du salarié désigné, le cas échéant, par l'employeur, à savoir une mission d'évaluation générale des risques et de définition d'actions de prévention. Il doit donc avoir des compétences lui permettant de répondre à cette mission à caractère généraliste. Il n'a bien sûr pas vocation à se substituer aux organismes divers, prestataires de services techniques (une entreprise de maintenance industrielle, un fournisseur de dispositifs de sécurité, d'équipements de travail ou de protection individuelle, un vérificateur...) qui interviennent en appui de l'employeur et à sa demande dans le cadre de la gestion de différents risques (et qui n'ont pas à se faire enregistrer comme IPRP dans ce cadre).

L'article L. 4644-1 du code du travail donne également la possibilité à l'employeur de faire appel aux organismes de prévention des risques professionnels. Il s'agit :

- des services de prévention des caisses de sécurité sociale avec l'appui de l'INRS dans le cadre des programmes de prévention mentionnés à l'article L. 422-5 du code de la sécurité sociale ;
- de l'OPPBTP ;
- de l'ANACT et du réseau des associations régionales pour l'amélioration des conditions de travail.

L'organisme auquel il est fait appel peut choisir d'intervenir, ou pas, dans l'entreprise qui en fait la demande en fonction de son secteur d'activité, de sa taille ou encore de ses caractéristiques en matière de risques professionnels et de population concernée. Il peut, par ailleurs, conditionner son intervention à certains engagements de l'employeur en matière de prévention des risques professionnels au regard de la démarche de prévention déjà engagée ou des priorités d'action, définies par l'organisme ou par l'entreprise.

Les alinéas 2 et 3 de l'article L. 4644-1 du code du travail ne doivent pas être lus comme des obligations chronologiques pour l'employeur consistant à faire premièrement appel à l'IPRP de son SSTI, puis, à défaut de compétences dans ce service, à un IPRP enregistré et, enfin, à l'un des organismes ci-dessus mentionnés. L'employeur peut très bien faire appel directement à un IPRP enregistré ou à l'organisme de prévention.

Enfin, il apparaît important que le SST soit informé de l'intervention dans l'entreprise d'un IPRP enregistré ou de l'un des organismes de prévention et des résultats des études menées dans ce cadre. C'est pourquoi l'article R. 4644-3 du code du travail prévoit cette information par l'employeur.

3. Les missions et actions des services de santé au travail

Les missions des SST sont désormais définies dans le code du travail. L'article L. 4622-2 du code du travail dispose que « les services de santé au travail ont pour mission exclusive d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail ». Dans les services autonomes de santé au travail, ces missions sont assurées par les médecins du travail, qui mènent leurs actions en coordination avec les employeurs, les membres du CHSCT ou les délégués du personnel, les salariés compétents désignés par l'employeur ou les IPRP ou les orga-

nismes auxquels il est fait appel pour s'occuper des activités de protection et de prévention des risques professionnels de l'entreprise (code du travail, art. L. 4622-4). Dans les SSTI, elles sont assurées par l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail animée et coordonnée par le médecin du travail (code du travail, art. L. 4622-8).

Pour mener cette mission exclusive, le SST met en œuvre les actions précisées à l'article L. 4622-2 :

- conduite d'actions de santé au travail, dans le but de préserver la santé physique et mentale des travailleurs tout au long de leur parcours professionnel ;
- conseil aux employeurs, aux travailleurs et leurs représentants sur les dispositions et mesures nécessaires afin d'éviter ou de diminuer les risques professionnels, d'améliorer les conditions de travail, de prévenir la consommation d'alcool et de drogue sur le lieu de travail, de prévenir le harcèlement sexuel et moral (nouvelle mission introduite par la loi n° 2012-954 du 6 août 2012 relative au harcèlement sexuel), de prévenir ou de réduire la pénibilité au travail et la désinsertion professionnelle et de contribuer au maintien dans l'emploi des travailleurs ;
- surveillance de l'état de santé des travailleurs en fonction des risques concernant leur sécurité et leur santé au travail, de la pénibilité au travail et de leur âge ;
- participation au suivi et à la traçabilité des expositions professionnelles ainsi qu'à la veille sanitaire.

Ces actions peuvent être classées en deux catégories principales :

- les actions sur le milieu de travail ;
- le suivi individuel de l'état de santé du salarié qui relève du médecin du travail.

3.1. *Les actions sur le milieu de travail*

3.1.1. Les principales actions en milieu de travail

L'action 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. L'article R. 4624-1 du code du travail cite les principales actions qui ont vocation à être menées, dans ce cadre, par l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail dans les SSTI ou par les médecins du travail en collaboration avec les services de prévention dans les entreprises dotées de services autonomes. La définition et l'organisation de ces actions doivent s'inscrire dans le cadre des priorités définies notamment par le projet pluriannuel de service et le CPOM.

La fiche d'entreprise, un document clé dans la démarche de prévention

Une attention particulière doit être portée aux actions qui relèvent de l'identification et de l'analyse des risques, notamment par le biais de l'élaboration et de la mise à jour des fiches d'entreprise. Celles-ci ont une importance majeure, notamment dans les petites entreprises, dans la mesure où cette fiche constitue un des premiers leviers pour mettre en œuvre une démarche de prévention et pour aider l'employeur dans l'identification et l'évaluation des risques présents dans son entreprise ou son établissement.

Élaborée par l'équipe pluridisciplinaire dans les SSTI ou le médecin du travail dans les services autonomes, la fiche d'entreprise consigne en effet notamment les risques professionnels et les effectifs de salariés qui y sont exposés. Elle est obligatoire pour toutes les entreprises, quel que soit leur effectif, et doit être remise aux entreprises ou établissements qui viennent d'adhérer à un SST au plus tard un an après leur adhésion. Elle est tenue à la disposition du DIRECCTE et du médecin inspecteur du travail (code du travail, art. D. 4624-40) ainsi que de l'inspecteur du travail. Un exemplaire de cette fiche est conservé au sein du service de santé au travail. Cette fiche constitue non seulement un instrument de repérage des risques professionnels et des populations concernées qui s'articule avec le document unique d'évaluation des risques, réalisé par l'employeur, mais aussi de sensibilisation et d'information de l'employeur sur les questions de santé au travail. À cet égard, sa délivrance et son actualisation sont des éléments importants d'appréciation et de contrôle de l'activité du SST par la DIRECCTE, notamment en direction des petites entreprises.

La participation aux réunions du CHSCT

Aux termes des articles L. 4623-2, R. 4614-2 et 3 du code du travail, seul le médecin du travail est membre de droit de cette instance. Il ne peut donc pas se faire représenter par un autre membre de l'équipe pluridisciplinaire. Lorsqu'une question inscrite à l'ordre du jour le justifie, sous réserve de l'accord de l'employeur et des représentants du personnel au CHSCT, il peut se faire assister par un ou plusieurs membres de l'équipe. Cet accord doit avoir été inscrit à l'ordre du jour et fait l'objet d'une délibération du CHSCT.

Les actions de formation

La loi du 20 juillet 2011 ouvre enfin la possibilité pour les SST d'élaborer et de mener des actions de formation pour les salariés des entreprises adhérentes dès lors qu'elles répondent à l'objet et aux missions du service. Que ce soit dans le domaine de la radioprotection (code du travail, art. R. 4451-117), dans celui de la protection contre le bruit (code du travail, art. R. 4436-1) ou dans le cadre de l'article R. 4624-1 du code du travail, les dispositions réglementaires prévoient une intervention du médecin du travail ou des membres de l'équipe pluridisciplinaire, en

qualité de conseil. Ils participent à l'élaboration ou sont associés à la formation aux risques professionnels. Il ne pèse pas sur eux d'obligation réglementaire d'assurer personnellement ces formations. En conséquence, leurs actions en matière de formation restent dans le champ de compétence du SST. Financièrement, ces formations participent des missions du service de santé au travail et sont prises en charge dans le cadre de la prestation globale en santé travail couverte par la cotisation appelée conformément à la règle énoncée à l'article L. 4622-6 du code du travail.

En revanche, un refus d'enregistrement en tant qu'organisme de formation par le DIRECCTE doit être opposé aux SST demandant à être reconnus comme tels. Le SST ne peut, en effet, voir son objet étendu à la formation. La reconnaissance comme organisme de formation contrevient aux dispositions de l'article L. 4622-2 du code du travail et à l'objet social du SST qui est exclusif de toute autre activité que celle d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail.

3.1.2. Des moyens garantis pour s'assurer de l'effectivité des actions sur le milieu de travail

Des moyens propres au médecin du travail

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).

Conformément à l'article R. 4624-3 du code du travail, seul le médecin du travail a libre accès aux lieux de travail, pour y réaliser des visites soit à son initiative, soit à celle de l'employeur, du CHSCT ou, à défaut, des délégués du personnel. Ce droit n'est pas étendu aux autres membres de l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail, pour lesquels l'accès au lieu de travail doit donc se faire en concertation avec le médecin du travail et avec l'accord de l'employeur.

Le médecin du travail peut, aux frais de l'employeur, réaliser ou faire réaliser, notamment par un IPRP, des prélèvements et des mesures aux fins d'analyse ainsi que faire procéder à des analyses ou mesures qu'il estime nécessaires par un organisme habilité (code du travail, art. R. 4624-7). En cas de désaccord entre l'employeur et le médecin du travail, la décision est prise par l'inspecteur du travail après avis du médecin inspecteur du travail.

Lorsque l'employeur est averti par le médecin du travail de ces risques et des moyens de protection dont il doit être fait usage, ce dernier en informe les travailleurs concernés et le CHSCT.

Des modalités particulières d'échange d'information entre l'employeur et le médecin du travail :

L'employeur est tenu de communiquer au médecin du travail les fiches de données de sécurité relatives aux produits utilisés, prévues par l'article R. 4411-73 du code du travail (code du travail, art. R. 4624-4).

Le médecin du travail doit quant à lui communiquer à l'employeur les rapports et résultats des études qu'il a pu mener (code du travail, art. R. 4624-8). Dans les SSTI, cette communication concerne l'ensemble des rapports et études produits par les différents membres de l'équipe pluridisciplinaire. Il revient alors à l'employeur de porter ces rapports et résultats à la connaissance du CHSCT ou, à défaut, des délégués du personnel et de les tenir à la disposition du médecin inspecteur du travail.

Au-delà de ces précisions sur les communications obligatoires d'information, l'accent est désormais mis sur le dialogue qui doit s'instaurer entre le médecin du travail et l'employeur sur certains sujets.

Ainsi, l'article R. 4624-6 du code du travail prévoit que l'employeur doit prendre en considération les avis formulés par le médecin du travail concernant l'application des dispositions relatives à l'emploi des travailleurs handicapés. Il doit informer le médecin du travail des motifs qui s'opposent éventuellement à la mise en œuvre des avis rendus. En cas de difficulté ou de désaccord, la décision est prise par l'inspecteur du travail après avis du médecin inspecteur.

De plus, la loi du 20 juillet 2011 a instauré une procédure écrite d'échange d'informations avec l'article L. 4624-3 du code du travail. Le médecin du travail qui constate un risque pour la santé des travailleurs propose par un écrit motivé et circonstancié des mesures visant à la préserver ; l'employeur doit prendre en considération ces propositions et, en cas de refus, doit faire connaître par écrit les motifs qui s'opposent à ce qu'il y soit donné suite. Les propositions du médecin du travail et la réponse de l'employeur sont tenues à la disposition du CHSCT ou, à défaut, des délégués du personnel, de l'inspection du travail, du médecin inspecteur du travail, des agents des services de prévention des organismes de sécurité sociale ou des organismes professionnels de prévention. Inversement, le médecin du travail saisi par l'employeur d'une question relative à sa mission générale de préservation de la santé des travailleurs du fait de leur travail, notamment par la surveillance de leurs conditions d'hygiène au travail, des risques de contagion et de leur santé, fait connaître ses préconisations par écrit.

Le principe du tiers temps :

Pour assurer la réalisation des actions sur le milieu de travail, le principe du tiers temps du médecin du travail consacré à ses missions en milieu de travail est maintenu (code du travail, art. R. 4624-4). Il s'agit d'organiser les missions du médecin du travail sur le milieu de travail, en demi-journées. Le médecin du travail doit consacrer un nombre minimum de demi-journées à son action sur le milieu de travail. Dans un souci d'efficacité de l'action sur le milieu de travail, la répartition de ces demi-journées doit s'échelonner sur l'année et sur le mois de manière régulière. C'est au SST de s'en assurer.

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 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.

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.

Les moyens de l'équipe pluridisciplinaire et des autres membres concourant aux services de santé au travail

Outre la visite des lieux de travail et les différentes prérogatives prévues à l'article R. 4624-1 du code du travail, l'équipe pluridisciplinaire dispose des moyens suivants :

- l'information sur la nature et la composition des produits utilisés ainsi que sur leurs modalités d'emploi et l'information sur les résultats de toutes les mesures et analyses réalisées dans le cadre de l'article R. 4623-1 du code du travail, c'est-à-dire dans le cadre des missions du médecin du travail (code du travail, art. R. 4624-4) ;
- le droit d'accès à tous les documents non nominatifs rendus obligatoires par la quatrième partie du code du travail, ce droit s'exerçant dans des conditions garantissant le caractère confidentiel des données ainsi que la protection des informations relatives aux secrets de fabrication et procédés d'exploitation (code du travail, art. R. 4624-5). L'article R. 4624-9 du code du travail rappelle ce principe d'interdiction de révéler les secrets de fabrication et les procédés d'exploitation dont pourraient avoir connaissance les membres de l'équipe pluridisciplinaire.

Dans les services autonomes de santé au travail, ces moyens sont ceux du médecin du travail qui peut, en tant que de besoin et avec l'accord de l'employeur, faire appel aux services chargés des activités de protection des salariés et de prévention des risques professionnels dans l'entreprise.

3.2. *Le suivi individuel de l'état de santé du salarié*

Le suivi de l'état de santé du salarié se fait à l'occasion de l'examen médical. 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 de la visite médicale, 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. À l'occasion de cet examen, le médecin du travail informe le salarié des risques d'exposition à son poste et lui indique les moyens de prévention et de surveillance à mettre en œuvre.

À l'issue de chaque examen médical, le médecin du travail établit une fiche médicale d'aptitude en double exemplaire. Un exemplaire est remis au salarié et un autre à l'employeur, qui le conserve pour pouvoir le présenter à l'inspecteur du travail et au médecin inspecteur du travail, à leur demande (code du travail, art. R. 4624-47). L'examen médical donne lieu à un compte rendu porté au dossier médical en santé au travail (code du travail, art. D. 4624-46).

Le code du travail prévoit plusieurs types d'examens médicaux :

- l'examen d'embauche (code du travail, art. R. 4624-10 à R. 4624-15) ;
- les examens périodiques y compris ceux réalisés dans le cadre de la surveillance médicale renforcée (code du travail, art. R. 4624-16, R. 4624-18 et R. 4624-19) ;
- les examens à la demande (code du travail, art. R. 4624-17) ;
- les examens de préreprise et de reprise du travail dans certaines circonstances (code du travail, art. R. 4624-20 à R. 4624-24) ;
- les examens complémentaires (code du travail, R. 4624-25 à R. 4624-27).

Si les modalités de l'examen médical d'embauche et des examens complémentaires varient peu par rapport à la réglementation antérieure, les modalités des autres examens médicaux sont modifiées afin, notamment, de favoriser le maintien dans l'emploi du salarié.

3.2.1. L'examen d'embauche

L'article R. 4624-11 précise qu'il a pour finalité :

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

Les deux dernières finalités de l'examen d'embauche sont nouvelles et rappellent l'importance de cette première rencontre entre le médecin du travail et le salarié dans la démarche de prévention.

En cas de nouvelle embauche par le même employeur ou lorsque le salarié change d'entreprise mais occupe un emploi identique présentant les mêmes risques d'exposition, la dispense d'examen d'embauche est maintenue (code du travail, art. R. 4624-12). Le médecin du travail doit être en possession de la dernière fiche d'aptitude du

salarié. Outre les conditions qui existaient déjà, la condition relative à l'absence d'inaptitude reconnue lors du dernier examen médical demeure également mais est modifiée : les deux délais de douze mois et de six mois sont doublés. Désormais, aucune inaptitude ne doit avoir été reconnue lors du dernier examen médical intervenu au cours soit des vingt-quatre mois précédents lorsque le salarié est à nouveau embauché par le même employeur, soit des douze derniers mois lorsque le salarié change d'entreprise.

L'allongement de ces durées suit la modification de la périodicité des examens médicaux. Ces dispositions concernent notamment les salariés embauchés sous contrat de travail à durée déterminée.

Néanmoins, cette dispense de l'examen médical d'embauche est impossible :

- pour les salariés bénéficiant d'une surveillance médicale intéressant certaines professions ou certains modes de travail comme le permet le 3° de l'article L. 4111-6 du code du travail ;
- pour les salariés relevant de la surveillance médicale renforcée prévue à l'article R. 4624-18 du code du travail.

Il est possible d'organiser un seul examen d'embauche en cas de pluralité d'employeurs, sous réserve qu'ils aient conclu un accord ou que cela ait fait l'objet d'un accord collectif de branche organisant le financement de la surveillance médicale de ces salariés. Cette opportunité doit faciliter la tenue de cet examen, pour les salariés qui travaillent à temps partiel auprès de plusieurs employeurs dans une même période ou chez plusieurs employeurs dans des périodes successives (code du travail, art. R. 4624-14). Ce dernier cas correspond, par exemple, aux man-queurs ou intermittents du spectacle qui peuvent signer plusieurs contrats sur une même année.

3.2.2. Les examens périodiques dans le cadre de la surveillance médicale, y compris renforcée

Obligatoires, les examens périodiques ont toujours pour finalité de s'assurer du maintien de l'aptitude médicale du salarié au poste de travail, complétée désormais par une information du salarié sur les conséquences médicales des expositions au poste de travail et du suivi médical nécessaire (code du travail, art. R. 4624-16 al.1). Ils interviennent soit dans le cadre du suivi médical de tout salarié, soit dans le cadre de la surveillance médicale renforcée pour certaines catégories de salariés.

Le déroulement des examens périodiques

Le médecin du travail assure ces examens périodiques. Le salarié est convoqué par le SST.

Le collaborateur médecin et l'interne peuvent, dans le cadre des protocoles médicaux, être amenés à effectuer des examens prescrits dans le cadre de ces visites.

Le principe de la périodicité de vingt-quatre mois pour les examens médicaux demeure. Mais, « sous réserve d'assurer un suivi adéquat de la santé du salarié », l'agrément délivré au SST par la DIRECCTE permet de la moduler « lorsque sont mis en place des entretiens infirmiers et des actions pluridisciplinaires annuelles et, lorsqu'elles existent, en tenant compte des recommandations de bonnes pratiques existantes » (code du travail, art. R. 4624-16, cf. deuxième partie II. – Agrément, 2.1.2). Afin d'assurer un suivi adéquat de la santé du salarié, le médecin du travail peut confier au collaborateur médecin ou à l'interne des visites médicales orientées vers la recherche de symptômes ou de signes cliniques susceptibles d'être en lien avec une exposition professionnelle et à l'infirmier la réalisation d'entretiens qui viennent compléter et enrichir le suivi individuel, sous sa responsabilité et dans le cadre de protocoles écrits.

La surveillance médicale renforcée

Le décret n° 2012-135 du 30 janvier 2012 a réformé en profondeur le dispositif de la surveillance médicale renforcée tant en ce qui concerne les salariés qui y sont soumis que la fréquence et la nature des examens qu'elle implique afin de le mettre en cohérence avec l'évolution des connaissances scientifiques et médicales pour chaque risque tout en assurant un suivi adéquat et équivalent pour les travailleurs exposés.

D'une part, les catégories de salariés relevant de la surveillance médicale renforcée ont été actualisées. La liste des bénéficiaires, définie à l'article R. 4624-18 du code du travail, est plus précise et plus ciblée. Relèvent désormais d'une surveillance médicale renforcée :

- les travailleurs âgés de moins de dix-huit ans ;
- les femmes enceintes ;
- les salariés exposés à l'amiante, au plomb dans les conditions prévues à l'article R. 4412-160 du code du travail, au risque hyperbare, au bruit dans les conditions prévues au 2° de l'article R. 4434-7 du code du travail, aux vibrations dans les conditions prévues à l'article R. 4443-2 du code du travail, aux agents biologiques des groupes 3 et 4 et aux agents cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction de catégories 1 et 2 ;
- les travailleurs handicapés.

D'autre part, les modalités de suivi (fréquence et nature des examens) ont profondément évolué. Elles relèvent désormais du médecin du travail qui doit tenir compte notamment des recommandations de bonnes pratiques. La périodicité des visites médicales tout comme le type d'examen pratiqué peut être modifiés sous réserve qu'un examen de nature médicale soit pratiqué tous les vingt-quatre mois. Dès lors, un salarié relevant d'une surveillance médicale renforcée bénéficie, comme tout salarié, d'un examen périodique dans les conditions définies par l'article R. 4624-18 du code du travail c'est-à-dire un examen périodique tous les vingt-quatre mois, sauf modulation

accordée par la DIRECCTE dans le cadre de l'agrément du service de santé au travail, mais aussi d'au moins un examen de nature médicale tous les vingt-quatre mois. Par examen de nature médicale, on entend un examen qui donne lieu à une prescription et une interprétation du médecin du travail ou du collaborateur médecin (examens radiologiques, plombémie, etc.).

Certaines dispositions spécifiques ont été maintenues pour des catégories particulières de travailleurs qui viennent préciser la périodicité des examens médicaux. Ainsi, aux termes de l'article R. 4451-48 du code du travail, les travailleurs exposés aux rayonnements ionisants, classés en catégorie A bénéficient d'un suivi de leur état de santé au moins une fois par an.

Cette modification du dispositif de surveillance médicale renforcée a conduit à l'abrogation de nombreux textes antérieurs, notamment des arrêtés précisant les modalités du suivi médical pour certains risques professionnels :

- arrêté du 18 novembre 1949 : poussières arsenicales ;
- arrêté du 21 décembre 1950 : risques d'inhalation d'hydrogène arsénié ;
- arrêté du 13 juin 1963 : silicose professionnelle ;
- arrêté du 11 juillet 1977 : fixant la liste des travaux nécessitant une surveillance médicale spéciale ;
- arrêté du 5 avril 1985 : lésion maligne de la vessie ;
- arrêté du 6 juin 1987 : benzène ;
- arrêté du 15 septembre 1988 : plomb métallique et à ses composés ;
- arrêté du 31 janvier 1989 : bruit ;
- arrêté du 28 mars 1991 : milieu hyperbare ;
- arrêté du 28 août 1991 : rayonnements ionisants ;
- arrêté du 15 juin 1993 : manutention manuelle de charges ;
- arrêté du 13 décembre 1996 : inhalation des poussières d'amiante.

De plus, la loi du 20 juillet 2011 rend caduques, à compter du 20 janvier 2013, les clauses des accords collectifs comportant des obligations en matière d'examens médicaux réalisés par le médecin du travail différentes de celles prévues par le code du travail. Ainsi, les nombreuses clauses des accords collectifs prévoyant que les seniors bénéficient d'un examen médical annuel sont caduques. Il n'est donc plus possible de définir, par des accords collectifs de branche même étendus, de nouvelles catégories de postes ou de métiers ou des situations particulières qui justifieraient que les salariés concernés bénéficient d'une surveillance médicale renforcée.

3.2.3. Les examens de préreprise et de reprise

Ces examens ont pour objectif principal de favoriser le maintien dans l'emploi d'un salarié devenu inapte à occuper son poste de travail. En identifiant les aménagements de poste nécessaires, en le formant en vue d'occuper un nouveau poste de travail ou en procédant le plus tôt possible à une recherche de poste, le salarié pourra être plus sûrement reclassé.

L'examen de préreprise

Un examen de préreprise est obligatoirement organisé pour le salarié placé en arrêt de travail d'une durée de plus de trois mois, à l'initiative du médecin traitant, du médecin conseil des organismes de sécurité sociale ou du salarié (code du travail, art. R. 4624-20). C'est le SST qui convoque le salarié.

L'objectif de cet examen est de favoriser le maintien dans l'emploi du salarié et, à ce titre, le médecin du travail peut recommander au cours de l'examen :

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

Ces recommandations doivent permettre à l'employeur d'anticiper la recherche de reclassement du salarié dont l'état de santé ne lui permettra sans doute plus de reprendre son poste. Dans sa démarche, le médecin du travail peut s'appuyer sur le service social du travail de l'entreprise ou du SSTI. Ce dernier peut apporter son appui dans les démarches nécessaires au salarié avec les organismes sociaux et de prévoyance, mais également préparer son reclassement et l'accompagner à son retour dans l'entreprise.

Aucun avis d'aptitude ou d'inaptitude ne peut être délivré par le médecin du travail à l'issue de cet examen. Il informe seulement l'employeur et le médecin conseil de ses recommandations afin que toutes les mesures soient mises en œuvre en vue de favoriser le maintien dans l'emploi du salarié. Le salarié peut s'opposer à cette information (code du travail, art. R. 4624-21).

L'examen de préreprise s'inscrit bien dans les missions des SST définies à l'article L. 4622-2 du code du travail (conseiller les employeurs et les travailleurs sur les dispositions et mesures nécessaires afin de contribuer au maintien dans l'emploi). C'est d'ailleurs au SST de convoquer le salarié.

L'examen de reprise

Le principe d'un examen de reprise qui existait déjà au bénéfice de certains salariés demeure, à une exception (code du travail, article R. 4624-22). Il s'adresse :

- aux femmes après le congé de maternité ;

- aux salariés après une absence pour cause de maladie professionnelle ;
- aux salariés après une absence d'au moins trente jours pour cause d'accident du travail, de maladie ou d'accident non professionnel. La durée de l'absence retenue est donc unifiée, alors qu'elle était précédemment d'au moins huit jours pour les absences dues à un accident du travail et de vingt et un jours pour les absences en raison d'une maladie ou d'un accident non professionnel.

L'examen de reprise en cas d'absence répétées pour raisons de santé est supprimé. En effet, un examen médical à la demande du salarié ou de l'employeur permet de contrôler, en cas de doute, l'aptitude du salarié (code du travail, art. R. 4624-17).

Conformément à l'article R. 4624-23 du code du travail, cet examen doit permettre de :

- délivrer l'avis d'aptitude médicale du salarié à reprendre son poste ;
- préconiser l'aménagement, l'adaptation du poste ou le reclassement du salarié ;
- examiner les propositions d'aménagement, d'adaptation du poste ou de reclassement faites par l'employeur à la suite des préconisations émises par le médecin du travail lors de la visite de préreprise.

Dès que l'employeur a connaissance de la date de la fin de l'arrêt de travail, il saisit le SST, pour que l'examen de reprise soit organisé dans un délai de huit jours à compter de la reprise du travail par le salarié.

Il convient de souligner l'importance de cet examen de reprise tant pour l'employeur que pour le salarié. Tant qu'il n'a pas eu lieu, l'employeur n'est pas informé de l'aptitude ou de l'inaptitude du salarié à son poste. C'est l'examen de reprise qui met fin à la suspension du contrat de travail, conformément à une jurisprudence constante de la Cour de cassation, même s'il ne coïncide pas avec le retour du salarié dans l'entreprise. Tant que la visite de reprise n'a pas été effectuée, le contrat de travail reste suspendu (Cass. soc., 22 octobre 1996, Bull. n° 338).

3.2.4. L'examen à la demande

L'examen médical à la demande de l'employeur ou du salarié est maintenu (code du travail, art. R. 4624-17).

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.

L'employeur peut demander un examen médical du salarié par le médecin du travail, afin d'obtenir un avis sur son aptitude au poste. Cette démarche peut se révéler nécessaire, par exemple, après un changement de poste de travail. Cette possibilité ne concerne pas la visite de préreprise prévue par l'article R. 4624-20 du code du travail, en raison de son caractère spécifique.

3.2.5. Les examens complémentaires

Il s'agit d'examens nécessaires :

- à la détermination de l'aptitude médicale du salarié au poste de travail, notamment au dépistage des affections comportant une contre-indication à ce poste de travail ;
- au dépistage d'une maladie professionnelle ou à caractère professionnel susceptible de résulter de l'activité professionnelle du salarié ;
- au dépistage des maladies dangereuses pour l'entourage du salarié.

La prise en charge du coût est désormais assumée par l'employeur lorsqu'il dispose d'un service autonome, et par le SSTI dans les autres cas. Les objectifs de ces examens médicaux n'ont pas changé.

Il est rappelé que ces examens sont « réalisés dans des conditions garantissant le respect de leur anonymat » (code du travail, art. R. 4624-26 dernier alinéa). Cette précision s'avère particulièrement importante pour les examens prescrits par le médecin du travail d'un service autonome de santé au travail, puisque c'est l'employeur qui prend en charge leur coût. S'il est donc informé de la réalisation des examens complémentaires, il ne doit pas pour autant connaître le nom des salariés concernés. Il appartient donc à l'employeur de donner au médecin du travail le moyen de garantir l'anonymat des examens complémentaires.

Dans les SSTI, le directeur doit également permettre au médecin du travail de garantir le même anonymat à l'égard des salariés des entreprises adhérentes.

En cas de désaccord entre l'employeur et le médecin du travail, sur la nature et la fréquence de ces examens, la décision est prise par le médecin inspecteur du travail (code du travail, art. R. 4624-27).

3.2.6. La déclaration d'aptitude et d'inaptitude

Les différents examens médicaux (examen d'embauche, examens périodiques, ...) permettent de s'assurer de l'aptitude médicale du salarié au poste de travail.

Seul le médecin du travail est compétent pour constater l'aptitude ou l'inaptitude du salarié et pour délivrer, à l'issue de chacun des examens, sauf pour la visite de préreprise, une fiche médicale d'aptitude (code du travail, art. R. 4624-47).

Le modèle de la fiche d'aptitude prévu par l'article R. 4624-49 du code du travail est fixé par arrêté. Cette fiche indique la nature de l'examen médical, qui est à l'initiative de cet examen, la date de l'examen, les conclusions sur l'aptitude ou l'inaptitude au poste de travail et les délais et voie de recours en cas de contestation par le l'employeur ou le salarié tel que prévu par l'article L. 4624-1 du code du travail. Ainsi, l'avis médical relatif à l'aptitude peut être contesté devant l'inspecteur du travail, dans les deux mois après qu'il a été émis. La décision de l'inspecteur du travail peut quant à elle faire l'objet d'un recours hiérarchique auprès du ministre chargé du travail, dans le délai de deux mois suivant sa notification.

La procédure de droit commun de reconnaissance de l'inaptitude du salarié demeure la même. Le médecin du travail doit réaliser une étude du poste et une étude des conditions de travail dans l'entreprise ainsi que deux examens médicaux espacés de deux semaines, accompagnés, le cas échéant des examens complémentaires.

Il est toutefois désormais possible pour le médecin du travail de délivrer un avis d'inaptitude en une seule visite quand il y a eu une visite de préreprise dans un délai de trente jours au plus (ce qui donne toute sa place à la visite de préreprise dans la procédure d'aptitude sans alourdir les formalités nécessaires) ou en cas d'urgence lorsque le maintien du salarié à son poste entraîne un danger immédiat pour sa santé ou sa sécurité ou celles des tiers. Dans ces deux hypothèses (code du travail, art. R. 4624-31), le médecin du travail doit réaliser une étude du poste et une étude des conditions de travail dans l'entreprise. Même en cas d'urgence, il apparaît indispensable que le médecin du travail se prononce en toute connaissance du poste occupé et des conditions de travail dans l'entreprise. Ces conditions sont donc cumulatives.

En dehors de ces deux hypothèses, la délivrance d'un avis d'inaptitude en une seule visite n'est pas valable et entache d'illégalité la procédure suivie par le médecin du travail.

DEUXIÈME PARTIE : CONTRACTUALISATION, AGRÉMENT, CONTRÔLE ET PILOTAGE

La réforme vise à établir les conditions d'un meilleur pilotage de la santé au travail au niveau régional en assurant la cohérence des actions menées par les différents acteurs institutionnels et en dynamisant les services de santé au travail autour d'objectifs quantitatifs et qualitatifs partagés. Les SST constituent, en effet, une pièce maîtresse de l'architecture du système de prévention des risques professionnels et de la politique de santé au travail, sur le terrain. À cet égard, s'il leur appartient de s'organiser pour assurer au mieux leurs missions, l'État, la branche AT-MP et les partenaires sociaux ont un rôle nouveau à jouer dans le pilotage et le contrôle de ces acteurs de premier plan de la santé au travail. Les CRPRP et les CRAT-MP constituent des lieux clés pour ce pilotage.

L'objectif partagé est bien celui de l'implication des SST dans les priorités de la politique de santé au travail, définies nationalement puis déclinées et adaptées régionalement en fonction des territoires.

Le CPOM, l'agrément et le projet pluriannuel de service sont ainsi des leviers d'action pour la politique régionale de santé au travail qui répondent à des logiques différentes mais qui doivent s'articuler au mieux dans la mesure où ils interagissent étroitement. Le CPOM et l'agrément doivent permettre d'inscrire pleinement l'action des SST dans les priorités de la politique publique de santé au travail, et de garantir une bonne couverture territoriale des besoins en santé au travail. Le projet de service pluriannuel des SSTI, joint à la demande d'agrément, doit, quant à lui, permettre d'apprécier l'adéquation des moyens et de l'organisation du service aux priorités d'actions qu'il a définies sur la période considérée :

- mentionné à l'article L. 4622-14 du code du travail, le projet de service pluriannuel est un document pivot entre l'agrément et le CPOM. Il est élaboré par le SSTI au sein de la commission médico-technique avant d'être soumis à l'approbation du conseil d'administration. En partant des objectifs en matière de prévention définis à partir d'éléments de diagnostics locaux fins, il fixe les priorités d'action du service. Ce document, structurant pour le service comme pour les entreprises adhérentes, peut être révisé régulièrement en fonction des évolutions du service et de son activité ;
- mentionné aux articles D. 4622-48 et suivants du code du travail, l'agrément est accordé par le DIRECCTE, après avis du médecin inspecteur du travail, pour cinq ans. Cet agrément, véritable expression de la mission régaliennne de l'administration du travail, fixe l'effectif maximum de salariés suivis par l'équipe pluridisciplinaire dans les SSTI ou le médecin du travail dans le SST autonome, ainsi que le nombre de médecins du travail par secteur ;
- le CPOM, prévu par l'article L. 4622-10 du code du travail, constitue un des leviers essentiels pour atteindre ces objectifs puisqu'il vise à assurer une meilleure synergie entre les interventions d'acteurs complémentaires :
 - la branche AT-MP (direction des risques professionnels, commission des accidents du travail et des maladies professionnelles, caisses) avec une logique de gestion du risque et de réduction de la sinistralité ;
 - l'administration du travail qui porte la politique de santé et de sécurité au travail, à travers le respect des obligations de la quatrième partie du code du travail ;
 - les SST.

Puisque les liens entre ces trois documents sont étroits sans que leur articulation soit figée de manière univoque, leur élaboration doit se faire en cohérence, dans une temporalité adaptée aux enjeux propres à chaque situation. En effet, aux termes de la loi du 20 juillet 2011 et de ses deux décrets d'application du 30 janvier 2012, aucun CPOM ne peut être conclu si le SSTI n'est pas préalablement agréé. Au moment du renouvellement de l'agrément, la DIRECCTE examine la mise en œuvre du CPOM préalablement conclu et celle du projet de service pluriannuel. Ce dernier s'inscrit dans le cadre du CPOM qui doit notamment permettre de mettre en œuvre les priorités de ce projet de service.

C'est pourquoi une attention particulière doit être portée aux échanges préparatoires et réguliers entre la DIRECCTE, la Caisse et le SSTI contractant, avant toute finalisation de ces documents.

Cette vigilance est particulièrement importante pendant la phase de montée en puissance du dispositif et d'appropriation par tous les acteurs de la démarche de contractualisation. Il est aujourd'hui très difficile, voire impossible, de définir un calendrier linéaire ou un phasage unique des différentes étapes pour l'ensemble des SST. La méthode d'élaboration de ces documents doit, en effet, tenir compte de la situation propre à chaque SST, des réalités régionales différentes et des degrés d'appropriation variés.

1. Le projet de service pluriannuel

Pratique reconnue et généralisée par la loi du 20 juillet 2011 (code du travail, art. L. 4622-14), le projet de service pluriannuel est un cadre d'action commun et partagé par tous les acteurs du SST (directeur, équipe pluridisciplinaire dans toutes ses composantes), un repère pour les entreprises adhérentes et un document pivot pour les pouvoirs publics et le service dans la démarche de contractualisation et d'agrément. Il contribue à l'appropriation des principaux apports de la réforme par tous ses acteurs de cette même réforme. Il constitue un document structurant, véritable support d'un dialogue constructif sur les objectifs et priorités partagés du service ainsi que sur les modes d'action et de fonctionnement.

D'une part, en partant des objectifs en matière de prévention fondés sur des éléments de diagnostics locaux fins, ce document définit les priorités d'action du service. Il peut ainsi fixer des objectifs et des priorités propres à chacune des catégories de personnels composant l'équipe pluridisciplinaire et à l'ensemble du service tant sur des thèmes que sur des modes d'intervention.

D'autre part, il permet, dans chaque SSTI, de préciser les méthodes de travail de chacun des membres de l'équipe pluridisciplinaire et de l'équipe dans son ensemble. Il peut, à cet égard, proposer des éléments communs pour les différents protocoles écrits conclus entre les médecins du travail et les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire dans le respect de l'indépendance professionnelle des médecins du travail et des autres professionnels de santé.

Le projet de service pluriannuel est élaboré au sein de la commission médico-technique avant d'être soumis à l'approbation du conseil d'administration. Ce document peut être révisé régulièrement en fonction des évolutions du service et de son activité.

Dans un objectif de cohérence entre le projet de service pluriannuel, l'agrément et le CPOM, en particulier dans la phase de montée en puissance de la réforme qui ne permet pas d'établir une chronologie stricte entre ces trois documents, les échanges entre le SST, la DIRECCTE et la CARSAT doivent être encouragés à toutes les étapes. Ces échanges peuvent avoir lieu en amont ou au cours de l'élaboration du projet de service pluriannuel, et, en tout état de cause avant son adoption définitive par le conseil d'administration. Dans ce cadre, la DIRECCTE et en particulier le médecin inspecteur du travail peuvent accompagner le service et la commission médico-technique dans ce projet structurant. Enfin, même si le code du travail ne prévoit pas de durée pour ce projet, il semble opportun d'encourager les SSTI à fixer une durée maximale pour leur projet de service en essayant de l'articuler au mieux avec celle du CPOM et de l'agrément.

2. L'agrément

L'agrément des SST, prévu par les articles D. 4622-48 à D. 4622-53 du code du travail, constitue l'expression de la mission régalienne de l'administration. Il concerne tous les SST, autonomes comme interentreprises, dont il atteste la conformité aux dispositions du titre II du livre sixième de la quatrième partie du code du travail. Il s'articule pour les SSTI avec le CPOM et le projet de service pluriannuel.

Les dispositions légales ont été élaborées dans le souci d'être applicables et appliquées pour donner tout son sens à cette décision du DIRECCTE, qui contribue à inscrire l'action des SST dans une stratégie régionale tout en tenant compte des enjeux nationaux et de l'impératif d'égalité de traitement des salariés. L'agrément, adapté aux spécificités de chaque SST, repose ainsi sur des repères communs et partagés. Il n'est cependant pas le seul levier d'action dont dispose la DIRECCTE pour assurer l'effectivité des exigences en santé et sécurité au travail. Le médecin inspecteur du travail, par son dialogue constant avec les SST, les médecins du travail et l'ensemble des personnels participant à la santé au travail, est un interlocuteur privilégié des services de santé au travail (*cf.* IV sur le contrôle et le pilotage des services de santé au travail par l'État de cette partie).

La réforme issue de la loi du 20 juillet 2011 donne une impulsion nouvelle à la politique d'agrément d'autant que le décret n° 2012-137 a procédé à une refonte importante de ce dispositif.

2.1. L'agrément, un instrument renouvelé qui répond à des objectifs ambitieux

L'agrément fixe le cadre dans lequel le service de santé au travail est autorisé à intervenir pour mener ses missions et permettre aux employeurs de répondre à leurs obligations en matière de suivi de la santé de leurs salariés. Il garantit la qualité des prestations offertes, notamment vis-à-vis des entreprises adhérentes, et leur conformité avec les exigences réglementaires, ainsi que les conditions de mise en œuvre effective des politiques publiques en santé et sécurité au travail, dont certaines actions figurent au CPOM.

Dans ce cadre, une véritable politique régionale d'agrément doit être mise en place par la DIRECCTE et présentée chaque année au comité régional de prévention des risques professionnels siégeant en formation restreinte. Cette politique doit avoir pour objectif de veiller aux équilibres suivants :

- garantir la qualité des prestations offertes et leur conformité avec les exigences réglementaires ainsi que les conditions de mise en œuvre effective des politiques publiques en santé au travail ; vérifier, à cet égard, que chaque SST dispose des moyens de fonctionnement suffisants pour mettre en œuvre l'ensemble de leurs obligations définies par le code du travail, incluant leur participation à la politique publique de santé au travail ;
- assurer une offre en santé au travail lisible, accessible, de qualité et prenant en considération les particularités territoriales et les enjeux prioritaires de santé au travail qui en découlent, notamment en direction des PME et des TPE ; veiller, dans ce cadre, à une affectation des ressources en temps médical cohérente avec ces enjeux au sein de chaque SST, et entre les différents services.

Garantir la qualité du service rendu à l'entreprise et au salarié

L'agrément doit permettre – notamment par la mobilisation de deux nouveaux leviers, à savoir la modulation de la périodicité des examens médicaux périodiques et la fixation de l'effectif maximum de salariés suivis par médecin du travail dans les services autonomes, ou par équipe pluridisciplinaire dans les services interentreprises – d'améliorer la qualité du service rendu aux entreprises adhérentes et à leurs salariés.

D'une part, le SST peut solliciter, dans le cadre de sa demande d'agrément, une modulation de la périodicité des examens médicaux périodiques pour une catégorie particulière de travailleurs, un secteur professionnel ou un type de risque. Cette possibilité est ouverte aux SSTI comme aux services autonomes.

Cette modulation doit être motivée et s'appuyer sur une organisation du service cohérente avec l'effectif de salariés suivis et la mise en œuvre des contreparties légalement exigées (entretiens infirmiers, actions collectives en milieu de travail annuelles et cohérence avec les recommandations de bonnes pratiques existantes). Elle est donc appréciée au cas par cas et de manière fine pour tenir compte des expositions réelles aux risques professionnels et des caractéristiques de la population suivie ainsi que des priorités, de l'organisation et des moyens de chaque service pour la catégorie de salariés qui bénéficierait d'une telle modulation. À titre d'illustration, il semblerait ainsi difficile de prévoir que tous les salariés du secteur industriel dans une même région aient un examen médical périodique tous les trente-six mois qu'ils occupent un emploi d'assistant de direction, d'ingénieur, de soudeur ou de conducteur d'engin.

Il revient donc au DIRECCTE, après avis du médecin inspecteur du travail, de définir cette modulation en tenant compte notamment des caractéristiques des entreprises et des salariés suivis, des contreparties prévues par le service en terme d'entretiens par des infirmiers, des collaborateurs médecins ou des internes ainsi que par des actions pluridisciplinaires annuelles en milieu de travail et des recommandations de bonnes pratiques. Ces dernières, véritables états de l'art sur une question médicale, reconnues par les professionnels de santé, donnent des repères utiles pour décider de la modulation adéquate tout en garantissant la qualité du suivi de la santé des salariés et en assurant une homogénéité au niveau national. Dans la décision d'agrément, le DIRECCTE précise les périodicités retenues et les salariés auxquelles elles s'appliquent.

Il s'agit, d'autre part, de conférer davantage de souplesse au service, en particulier interentreprises, pour son organisation interne puisque la réglementation ne fixe plus de plafond pour le nombre d'entreprises et de salariés suivis ni pour le nombre d'examens médicaux pratiqués annuellement. Dans un contexte contraint, ces éléments quantitatifs se sont, en effet, révélés peu pertinents dans la mesure où l'activité du médecin du travail dépend fortement de l'activité même des entreprises et de leurs caractéristiques en termes de population salariée et de risques professionnels.

C'est donc désormais l'agrément qui fixe le nombre de médecins par secteur (code du travail, art. D. 4622-26 al. 2) ainsi que l'effectif maximal de travailleurs suivis par médecin du travail ou, pour les SSTI, par équipe pluridisciplinaire. Ce nombre maximal de salariés suivis doit notamment s'apprécier au regard :

- des obligations réglementaires en termes d'examens médicaux (surveillance médicale renforcée, examen d'embauche, etc.) ;
- des caractéristiques des entreprises et de la population, prises en charge ;
- des risques particuliers liés à l'activité ;
- des moyens mis à disposition du médecin du travail et de l'équipe pluridisciplinaire ;
- des actions collectives de prévention programmées et mises en place ;
- des éventuelles modulations de la périodicité des examens médicaux périodiques.

Pour les services autonomes de santé au travail, l'article R. 4623-11 prévoit, dans le cas où plusieurs médecins du travail sont employés, l'affectation de chacun d'eux « à un secteur déterminé, défini par l'employeur ».

Garantir une juste couverture territoriale par les services de santé au travail

La garantie d'une juste couverture du territoire par les SST est assurée par la politique régionale d'agrément qui doit s'appuyer sur un diagnostic régional des besoins et des moyens à disposition. Celui-ci doit permettre de dégager une trajectoire à moyen terme en faveur d'une amélioration de la couverture territoriale.

Il convient, par la politique d'agrément, d'éviter deux écueils : les situations de monopoles et l'éparpillement des SST. Ces deux situations portent, en effet, préjudice à la qualité et l'effectivité de la prestation en santé au travail. La politique de regroupement des SSTI doit être poursuivie, en concertation avec les acteurs concernés, pour leur permettre d'atteindre une taille critique, seule à même de garantir une bonne allocation des ressources médicales dans un contexte contraint, et d'améliorer la qualité des services rendus aux entreprises adhérentes. Ainsi, chaque SSTI agréé pourra assurer pleinement l'ensemble de ses missions et disposer d'équipes pluridisciplinaires de qualité. La politique de rapprochement de SSTI ne doit toutefois pas conduire à la création de services trop importants au regard des difficultés de fonctionnement que cela peut engendrer. La recherche d'une taille critique suffisante doit ainsi être conciliée avec le maintien, dans la mesure du possible, d'une diversité de choix pour les entreprises devant adhérer à un SSTI.

Par ailleurs, dans le cadre d'un diagnostic et de priorités d'action partagés entre plusieurs SST, des mises en commun ou en réseau de moyens peuvent être envisagées pour renforcer l'impact d'une politique de prévention en direction de certains publics ou secteurs d'activité spécifiques, par exemple en direction des travailleurs intérimaires ou des travailleurs saisonniers. De telles synergies peuvent être admises dans le cadre de l'agrément, mais également s'inscrire dans le cadre de la contractualisation, à la condition de veiller à ce qu'elles soient pilotées et suivies dans des conditions satisfaisantes par les instances de contrôle et de surveillance des services et qu'elles ne conduisent pas le service à réduire les moyens consacrés à la mise en œuvre effective de la pluridisciplinarité.

Même si désormais l'agrément des SSTI ne se fait plus secteur par secteur mais globalement, leur organisation en secteur géographique professionnel ou interprofessionnel demeure. L'article D. 4622-25 du code du travail précise, en effet, qu'il est « organisé en secteurs géographiques, professionnels ou interprofessionnels ». Dès lors, le DIRECCTE prend notamment sa décision d'agrément, au vu de la déclaration par le SST de la couverture géographique, professionnelle ou interprofessionnelle qu'il prétend assurer, de l'organisation du secteur qu'il a retenue, de son projet de service pluriannuel et du CPOM.

À l'occasion de la création d'un service ou d'une demande de renouvellement d'agrément, la cartographie des SST, établie à la lumière des besoins et des orientations dégagées au niveau régional, constitue le cadre dans lequel s'inscrit l'examen de cette demande par le DIRECCTE afin de doter le territoire de la couverture la plus adaptée à ses besoins. C'est bien au niveau d'une région que s'apprécie la couverture territoriale et la répartition de l'offre en santé au travail.

S'agissant en particulier de premières demandes d'agrément, notamment pour des services autonomes de santé au travail ou des SSTI à compétence fermée, le DIRECCTE doit s'assurer que ces services concernent des entreprises ou des groupes ayant des effectifs salariés significatifs et une réelle volonté d'agir en terme de prévention qui répondent à des besoins, des implantations géographiques et des caractéristiques en terme de population suivie et de risques professionnels spécifiques. De telles créations s'inscrivent dans des contextes locaux particuliers qu'il faudra prendre en compte en veillant notamment à leur impact sur les SST existants et les ressources dont ils disposent.

Afin d'accompagner de telles démarches et d'anticiper les impacts éventuels sur les équilibres régionaux, un dialogue le plus en amont possible avec les responsables du projet et les services du ministère chargé du travail doit être organisé.

2.2. La procédure d'agrément : une procédure harmonisée et simplifiée

Le décret n° 2012-137 du 30 janvier 2012 a procédé à une refonte du dispositif de l'agrément en harmonisant et simplifiant la procédure mais aussi en précisant les règles d'octroi, de modification et de retrait de l'agrément. Les exigences formelles pour l'octroi de l'agrément ont ainsi été clarifiées et les obligations réglementaires renforcées.

Les SST sont agréés par le DIRECCTE après avis du médecin inspecteur du travail (code du travail, art. D. 4622-48) pour une durée de cinq ans selon une procédure identique qu'il s'agisse de services de santé au travail autonomes, ou interentreprises.

2.2.1. La demande d'agrément par le service de santé au travail

La demande d'agrément ou de renouvellement d'agrément est accompagnée d'un dossier comportant les éléments fixés par l'arrêté du 2 mai 2012 relatif à la composition des dossiers de demande d'agrément ou de renouvellement d'agrément des SST. Le contenu de ce dossier est différent selon qu'il s'agit d'un service autonome de santé au travail ou d'un SSTI.

Pour les SST de groupe, cette demande est présentée à la DIRECCTE du siège.

De même, lorsque des SSTI ont une compétence géographique dépassant les limites de la région administrative, le dossier d'agrément est déposé auprès de la DIRECCTE du « siège » du SST, qui est aussi compétente pour s'engager dans la démarche de contractualisation. Un échange d'informations entre la DIRECCTE du « siège » et les autres DIRECCTE concernées doit alors se mettre en place non seulement au moment de la procédure d'agrément et de contractualisation pour recueillir les avis des autres DIRECCTE concernées, mais aussi annuellement pour permettre à toutes les DIRECCTE concernées de présenter à leurs partenaires sociaux régionaux la politique d'agrément et de contractualisation pour tous les SST intervenant dans leur région.

Les demandes de rattachement à un SST d'un établissement ou d'une entreprise située dans le ressort d'une autre région sont présentées à la DIRECCTE ayant délivré l'agrément, sous réserve de l'accord du DIRECCTE géographiquement compétent pour l'établissement.

La demande de renouvellement d'agrément doit être présentée par le service au moins quatre mois avant le terme de l'agrément en cours. Cette nouvelle obligation devrait permettre de mieux anticiper les demandes de renouvellement d'agrément et donc d'éviter les acceptations tacites en cas de silence de l'administration.

L'article 2 du décret n° 2012-137 du 30 janvier 2012 prévoit que les agréments délivrés en application des dispositions du code du travail dans leur rédaction antérieure restent valables jusqu'à la date de leur échéance. Les SST n'ont donc pas à déposer une demande de renouvellement d'agrément anticipée. De telles demandes pourront toutefois être instruites par les DIRECCTE lorsqu'elles s'inscrivent dans une démarche globale de qualité (élaboration d'un projet de service pluriannuel cohérent et contractualisation) qui ne vise pas qu'une modulation de la périodicité des examens médicaux et lorsque le SST dispose des moyens nécessaires pour mettre en œuvre cette démarche.

Toutefois, lorsque les dates d'échéance d'agrément des différents secteurs ne coïncident pas, le SST doit présenter une demande de renouvellement d'agrément pour l'ensemble du service à l'occasion de la première arrivée à échéance d'un agrément de secteur.

2.2.2. L'examen de la demande par le DIRECCTE

Le contrôle au fond de la demande d'agrément ou de renouvellement d'agrément

En cohérence avec les objectifs de la politique d'agrément précisés ci-dessus, le DIRECCTE peut décider, au regard du suivi régulier qu'il effectue du SST demandeur, de la mise en œuvre effective des actions prioritaires

prévues par le projet de service pluriannuel et le CPOM, de l'examen du dossier présenté et de l'avis du médecin inspecteur du travail émis, le cas échéant, à la suite d'un contrôle sur place, d'agréer ou non le SST. L'agrément constitue pour la DIRECCTE une modalité de contrôle du respect des dispositions légales du code du travail par le SST qui s'inscrit et s'articule avec le contrôle régulier du service, décrit au IV de cette même partie.

L'ensemble des éléments sur lesquels doit porter le contrôle lors de l'instruction de la demande d'agrément est détaillé au point 4.2 de la présente circulaire pour l'inscrire dans le suivi et le contrôle régulier des services.

Néanmoins, certains éléments à vérifier doivent faire l'objet d'une attention particulière de la DIRECCTE. Il en est ainsi du respect de l'indépendance du médecin du travail, des moyens mis à leur disposition, de la réalité des actions sur le milieu de travail (par exemple, réalisation et actualisation des fiches d'entreprise) et de la conformité des locaux quelle que soit la forme du service.

En ce qui concerne les SSTI, il faut en particulier veiller au bon fonctionnement des instances de contrôle et de surveillance et au respect des nouvelles obligations en matière de gouvernance. Comme toute association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 relative au contrat d'association, qui sollicite un agrément, le SSTI doit satisfaire aux trois critères suivants (art. 25-1 de la loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations créé par l'art. 123 de la loi du 29 février 2012 relative à la simplification du droit et à l'allègement des démarches administratives) :

- répondre à un objet d'intérêt général ;
- présenter un mode de fonctionnement démocratique ;
- respecter les règles de nature à garantir la transparence financière.

Dans ce cadre, le DIRECCTE dispose d'un droit de regard sur les statuts et règlement intérieur du SSTI qui sont partie intégrante du dossier d'agrément, d'autant que toute modification des statuts doit être portée à sa connaissance dans un délai de trois mois. Pendant la montée en puissance de la réforme, il importe que le DIRECCTE soit particulièrement vigilant sur la conformité des statuts et des règles de fonctionnement des SSTI aux nouvelles dispositions issues de la loi du 20 juillet 2011 et des décrets du 30 janvier 2012. Il vérifie en particulier que les statuts (1) contiennent les règles importantes régissant l'organisation et le fonctionnement du service de santé au travail et le(s) règlement(s) intérieur(s) les précisions nécessaires à son fonctionnement et qu'ils ne contreviennent pas aux dispositions du code du travail.

Il convient aussi que le DIRECCTE soit particulièrement attentif à la mise en place effective de la pluridisciplinarité, notamment au travers des recrutements qu'elle implique, le cas échéant.

L'agrément ne peut être refusé que pour des motifs tirés de la non-conformité aux prescriptions du code du travail relatives aux SST et doit être motivé (code du travail, art. D. 4622-49).

Si le DIRECCTE décide d'agréer le service, c'est pour une durée de cinq ans, conformément à l'alinéa premier de l'article D. 4622-48 du code du travail. Toutefois, pendant la phase de montée en puissance de la réforme, le DIRECCTE peut accorder, à titre dérogatoire, un agrément d'une durée inférieure à cinq ans. Celui-ci peut être admis s'il vise à permettre au SST de s'approprier les nouveaux outils, notamment dans le cadre de l'élaboration de son projet de service pluriannuel et de son CPOM. Il importe dans ce cadre que les justifications de cette durée dérogatoire de l'agrément soient explicitement indiquées au service et qu'une clause de rendez-vous soit fixée avec la DIRECCTE afin de lui garantir la plus grande visibilité et la plus grande sécurité possibles.

Les modalités pratiques de l'examen

La DIRECCTE accuse réception de la demande d'agrément ou de renouvellement d'agrément selon les modalités suivantes :

- si le dossier est complet : l'accusé de réception (adressé par LRAR) mentionne le délai d'instruction, les conséquences du silence gardé sur la demande et indique les voies et délais de recours hiérarchique et contentieux (2) ;
- si le dossier est incomplet : la DIRECCTE informe le demandeur, par LRAR également, du caractère incomplet de sa demande, en précisant les pièces indispensables manquantes et du délai dans lequel il lui appartient de les produire, ainsi que de la prorogation du délai au terme duquel intervient une décision implicite (article 2 du décret n° 2001-492 du 6 juin 2001 pris pour l'application de la loi n° 2000-231 du 12 avril 2000). En effet, le délai de quatre mois ne commence à courir qu'à réception de ces pièces. Lorsque le dossier est complet, le DIRECCTE en accuse réception avec mention du délai d'instruction, des conséquences du silence gardé sur la demande et indication des voies et délais de recours hiérarchique et contentieux (2).

La DIRECCTE dispose de quatre mois pour instruire la demande d'agrément ou de renouvellement d'agrément, délai qui débute à la date de réception du dossier complet. À l'issue de ces quatre mois, le silence gardé par l'administration vaut décision d'agrément conformément au nouvel article D. 4622-52 du code du travail, sur la base de la demande formulée par le service (modulation de la périodicité, effectif maximal de salariés suivis, secteurs définis notamment).

(1) Les associations soumises au contrôle des pouvoirs publics doivent faire figurer dans leurs statuts et non dans un règlement intérieur les règles importantes qui régissent leur organisation et leur fonctionnement (CE Avis sect. Intérieur 17-10-1978).

(2) Le recours hiérarchique devant le ministre est adressé à : direction générale du travail, sous-direction des conditions de travail, de la santé et de la sécurité au travail, bureau de la politique et des acteurs de la prévention, 39-43, quai André-Citroën, 75902 Paris Cedex 1.

Compte tenu de ce changement important, il convient donc que la DIRECCTE soit particulièrement vigilante quant aux conséquences d'une décision implicite d'acceptation passé le délai de quatre mois ce qui doit conduire à examiner en priorité les demandes d'agrément ou de renouvellement d'agrément qui comportent des propositions de modulation de la périodicité des examens médicaux.

2.2.3. L'agrément conditionnel, la modification et le retrait de l'agrément (art. D. 4622-51 du code du travail)

Lorsque la DIRECCTE constate que les conditions de fonctionnement du SST ne satisfont pas aux obligations du titre II du livre sixième de la quatrième partie du code du travail (articles L. 4621-1 et suivants et R. 4621-1 et suivants du code du travail relatifs aux SST), il peut accorder un agrément conditionnel, modifier l'agrément ou même retirer l'agrément au service :

- il invite, par LRAR, le SST concerné à se mettre en conformité dans un délai qu'il détermine, mais qui ne pourra pas être supérieur à six mois ; ce délai de mise en conformité est préalable à toute décision concernant le SST, dès qu'un dysfonctionnement est constaté, et non plus aux seules décisions de modification ou de retrait de l'agrément ; c'est une formalité préalable substantielle si la modification ou le retrait de l'agrément est envisagé ;
- si le service n'a pas accompli les diligences nécessaires, la DIRECCTE peut, après avis du médecin inspecteur du travail :
 - mettre fin à l'agrément accordé et délivrer un agrément pour une durée maximum de deux ans non renouvelable (au lieu d'un an non renouvelable précédemment), sous réserve d'un engagement précis et daté de mise en conformité de la part du SST. Il peut s'agir, par exemple, d'acquisition de matériels, de mise en conformité de locaux, de recrutement de médecin, d'infirmier ou d'IPRP, ou encore de développer l'action en milieu de travail. Lorsqu'à l'issue de cette période, le SST a satisfait à ses obligations, l'agrément lui est accordé, pour une période de cinq ans.
 - modifier, ou retirer, par une décision motivée, l'agrément délivré.

Tout SST qui n'est plus agréé ou dont l'agrément a été modifié doit en informer ses adhérents. Ainsi, l'entreprise adhérente pourra alors s'adresser à un autre SSTI agréé.

2.2.4. Les voies et délais de recours

Comme toute décision administrative individuelle, la décision d'agrément, d'agrément conditionnel ou de refus d'agrément doit être motivée : elle comporte l'énoncé des éléments de droit et de fait qui en constituent le fondement.

Le délai de formation du recours est de deux mois à compter de la réception de la notification de la décision. La mention des voies et délais de recours figure dans la décision administrative. À défaut, ce délai n'est pas opposable au requérant.

Saisi d'un tel recours, le ministre peut annuler ou réformer la décision de la DIRECCTE. Il statue dans un délai de quatre mois. Le silence gardé pendant plus de quatre mois vaut décision d'agrément.

3. La contractualisation avec les services de santé au travail interentreprises

Selon l'article D. 4622-45 du code du travail, le CPOM définit des actions visant à :

- mettre en œuvre les priorités d'actions du projet pluriannuel prévu à l'article L. 4612-14 du code du travail et à faire émerger les bonnes pratiques ;
- améliorer la qualité individuelle et collective de la prévention des risques professionnels et des conditions de travail ;
- mettre en œuvre les objectifs régionaux de santé au travail définis dans les plans régionaux de santé au travail ;
- promouvoir une approche collective et concertée et les actions en milieu de travail ;
- mutualiser, y compris entre les SST, des moyens, des outils, des méthodes, des actions, notamment en faveur des plus petites entreprises ;
- cibler des moyens et des actions sur certaines branches professionnelles, en faveur de publics particuliers ou sur la prévention de risques spécifiques ;
- permettre le maintien dans l'emploi des salariés et lutter contre la désinsertion professionnelle.

Aux termes de l'article L. 4622-10 du code du travail, le CPOM ne concerne que les SSTI.

Il est conclu, pour une durée maximale de cinq ans, entre le SST, la DIRECCTE et la caisse, après avis du CRPRP dans sa formation restreinte et de l'ARS.

Afin d'accompagner la mise en œuvre régionale de la démarche de contractualisation, la qualité et la fréquence des échanges entre DIRECCTE et caisse, mais aussi entre DIRECCTE, caisse et SST sont essentielles et feront l'objet d'une vigilance particulière.

3.1. Une démarche structurante pour les SSTI

Le CPOM est obligatoire pour chaque SSTI agréé, y compris pour ceux agréés antérieurement à la réforme et dont l'agrément perdure au-delà de la date d'entrée en vigueur des décrets comme le prévoit l'article 2 du décret n° 2012-137 du 30 janvier 2012. Mais il s'agit avant tout d'une démarche volontaire qui lie trois parties prenantes, avec pour objectif d'aboutir à un consensus partagé et ambitieux.

Le CPOM vise essentiellement à mettre en œuvre les priorités d'action du projet de service pluriannuel en cohérence avec les objectifs régionaux de santé au travail et de prévention, définis notamment dans le cadre du PRST et de la déclinaison territoriale de la COG AT-MP.

Le CPOM prévoit les moyens mobilisés à cet effet par le SST, la DIRECCTE et la caisse. Il engage ainsi les trois parties contractantes.

3.2. *Un cadre fédérateur pour toute contractualisation avec des SSTI*

Les conventions prévues à l'article L. 422-6 du code de la sécurité sociale, conclues entre les SSTI et les caisses, sont annexées aux CPOM

Cependant, dans la mesure du possible, il conviendra d'intégrer dans le cadre du nouveau CPOM les objectifs de ces conventions pour éviter que plusieurs documents de contractualisation ne se développent en parallèle, ce qui nuirait à la cohérence d'ensemble du dispositif. Afin d'anticiper d'éventuelles difficultés, caisses et DIRECCTE devront travailler en amont sur les conventions conclues antérieurement pour déterminer comment les intégrer aux nouveaux CPOM.

Les conventions quadripartites avec l'OPPBTB devront s'inscrire dans le cadre des CPOM dont elles constitueront une annexe

Le 14 décembre 2011, un accord cadre national de partenariat en santé au travail dans le secteur du bâtiment et des travaux publics a été conclu entre l'OPPBTB, la commission nationale d'information et de liaison des SSTI du BTP, la DGT et la CNAMTS.

Cet accord-cadre prévoit une déclinaison régionale sous la forme de conventions quadripartites dont l'objet principal est la mise en place d'actions coordonnées de prévention et d'une instance de coordination. Ces conventions seront annexées aux CPOM afin de garantir la cohérence des objectifs, des priorités et des actions menées. Elles doivent permettre de tenir compte des spécificités du secteur du BTP et des moyens que peut apporter l'OPPBTB dans un objectif d'amélioration de la prévention des risques professionnels dans ce secteur.

Une vigilance particulière sera portée à l'articulation entre les priorités du CPOM et celles des conventions quadripartites, par des échanges nourris et réguliers avant la conclusion des deux documents, afin d'éviter la multiplication des objectifs spécifiques. Par ailleurs, il conviendra, dans la mesure du possible, de ne pas séparer les instances de suivi.

3.3. *La construction de partenariats étroits entre les différents acteurs*

Dans un objectif de cohérence, il est essentiel de construire des partenariats étroits entre les différents acteurs dans le respect de leurs missions et de leurs compétences pour développer une approche homogène sur le territoire en matière de santé au travail.

Le partenariat structurant entre les services de la DIRECCTE et de la Caisse

Ce partenariat, en amont même de la démarche de contractualisation avec le SST, revêt un caractère essentiel afin :

- d'établir un diagnostic partagé qui recense, en cohérence avec les orientations de la politique régionale de santé au travail exprimées dans le cadre du CRPRP, les moyens et les besoins en matière de prévention des risques sur le territoire. Ce diagnostic préalable et partagé s'appuie sur les travaux préparatoires à l'élaboration des plans régionaux de santé au travail, sur les éléments pertinents des budgets opérationnels de programme (BOP), mais aussi sur les données statistiques relatives aux entreprises (ESE) et relatives aux SST (inspection médicale) des DIRECCTE, sur les données de sinistralité des caisses et sur les études disponibles ;
- de définir des priorités communes partagées, qui ne se résument pas à une addition des priorités des DIRECCTE, d'une part, et des caisses d'autre part ;
- d'identifier les actions qui pourraient être prioritairement proposées au SSTI contractant et mises en œuvre par les parties prenantes au CPOM.

Le partenariat entre le SSTI, la DIRECCTE et la Caisse

Pour garantir la cohérence entre le projet de service pluriannuel, son CPOM et les objectifs régionaux de santé au travail partagés, le SSTI doit dialoguer le plus tôt possible avec les différentes parties prenantes à cette démarche de contractualisation (DIRECCTE, Caisse).

Il faut, en effet, privilégier les échanges en amont ou au cours de l'élaboration de ce projet de service, et, en tout état de cause, avant son adoption définitive par le conseil d'administration. Ces échanges doivent favoriser l'émergence d'un projet de service pluriannuel de qualité faisant apparaître un diagnostic précis et des priorités d'action définies en cohérence.

L'association étroite des partenaires sociaux régionaux

Il convient enfin d'impliquer et d'associer étroitement les partenaires sociaux régionaux dans le pilotage en amont comme dans le suivi de la contractualisation. Ces derniers ont, en effet, vu leur rôle renforcé par la création des CRAT-MP dans les caisses en 2009 et par les nouvelles missions confiées aux CRPRP en matière de politique régionale de santé au travail.

Les CRPRP constituent l'instance privilégiée d'échanges et d'informations, mais également de pilotage de la politique régionale de santé au travail, en lien avec les réflexions menées au sein de la CRAT-MP. Le renforcement de ce pilotage constitue l'un des enjeux de la réforme. Ce pilotage régional peut se fonder sur des données quantitatives et qualitatives (nombre de CPOM, nombre de projets de service pluriannuels, nombre de services agréés, nombre de salariés couverts par ces dispositifs, etc.) transmises par la DIRECCTE et la Caisse. Plus globalement, il sera opportun de définir, avec l'ensemble des partenaires concernés, des modalités régionales de suivi afin d'accompagner le déploiement opérationnel de la réforme, notamment dans sa phase de montée en puissance.

De plus, les CRPRP dans une formation restreinte composée des collègues des représentants des administrations de l'État et des représentants des organisations d'employeurs et de salariés représentatives au niveau national sont ainsi consultés avant toute conclusion d'un CPOM et sont informés annuellement de la politique régionale menée par la DIRECCTE en matière d'agrément. Compte tenu des enjeux, le décret n° 2012-137 du 30 janvier 2012 relatif à l'organisation et au fonctionnement des SST a établi une règle de déport pour les partenaires sociaux régionaux lors de la consultation de la formation restreinte du CRPRP sur la conclusion d'un CPOM (article D. 4622-44 du code du travail). Ainsi, un administrateur ou un salarié d'un SST qui siège dans cette formation ne doit pas participer aux débats concernant le CPOM de son service pour éviter qu'il ne soit juge et partie.

Il faut enfin saisir l'ARS. Cette consultation préalable à la conclusion du CPOM doit permettre d'améliorer la cohérence et l'articulation entre la politique de santé au travail et celle de santé publique dans le respect de leurs particularités. Les modalités de consultation seront précisées ultérieurement suite aux échanges engagés, au niveau de la DGT, avec les ARS.

3.4. *Des repères communs pour le contenu du CPOM*

Il ne s'agit pas, ici, de fixer des règles contraignantes quant aux contenus des CPOM qui doivent avant tout s'adapter aux priorités communes et partagées ainsi qu'aux réalités locales en matière de santé au travail, mais plutôt de rappeler quels sont les grands chapitres d'un CPOM.

Le CPOM rappelle le contexte dans lequel il s'inscrit en reprenant notamment les éléments suivants

- le diagnostic régional partagé qui a vocation à figurer en chapeau de tous les CPOM d'une même région ;
- le rappel des points de référence communs (plan régional de santé au travail, déclinaison régionale de la COG AT-MP, etc.) ;
- le diagnostic sur les enjeux locaux de santé au travail, élaboré par le SST contractant, sur la base de son projet de service et, le cas échéant, avec l'appui de la DIRECCTE et de la Caisse par la mise à disposition de différentes sources. C'est un diagnostic fin, ciblé et propre au secteur géographique du SSTI contractant.

Le CPOM précise les priorités communes, définies conjointement par le SSTI contractant, la DIRECCTE et la Caisse

Ces priorités partagées sont définies conjointement par la DIRECCTE, la Caisse et le SSTI contractant à partir des priorités identifiées dans le projet de service pluriannuel, dans le plan régional de santé au travail et la déclinaison régionale de la COG AT-MP ainsi que toute priorité commune à la DIRECCTE et à la Caisse. Afin d'éviter la multiplication et la juxtaposition des priorités, leur définition doit faire l'objet d'un dialogue régulier entre les trois parties contractantes pour parvenir à un consensus, ambitieux mais réaliste.

Certaines des priorités peuvent être communes à plusieurs SSTI. Des actions peuvent, par conséquent, être partagées, par exemple pour la mise en œuvre de priorités nationales, d'actions en faveur d'un large public ou d'une catégorie de travailleurs particuliers comme les travailleurs saisonniers, d'actions de prévention d'un risque partagé sur le territoire comme les troubles musculo-squelettiques en Bretagne dans l'industrie agroalimentaire ou la prévention du risque chimique en Isère. Ceci suppose alors de mutualiser les moyens et l'animation des actions mises en œuvre dans le cadre de ces priorités communes.

Le CPOM décline les priorités communes en programme d'action avec une formalisation simple des apports de chacune des parties contractantes

Chaque objectif ou priorité doit être décliné en une ou plusieurs actions au sein desquelles sont explicitement indiqués les engagements respectifs de chacune des trois parties contractantes, les moyens mobilisés, les indicateurs mis en place pour évaluer les actions et les résultats escomptés.

Comme pour les priorités, ces programmes d'action doivent être partagés.

À titre d'exemple, peuvent figurer dans un CPOM les programmes d'action suivants :

- action CMR ;
- action « prévention de la désinsertion professionnelle » ;
- action RPS ;
- action TMS ;
- action sectorielle par métier : par exemple, métiers de la propreté, garages etc. ou un mixte entre secteur d'activité et risque, par exemple CMR dans le BTP ;
- action de prévention des accidents du travail, comme pour les chutes de hauteur dans le secteur du BTP ou agricole et forestier ;

- parmi les moyens que les DIRECCTE peuvent apporter, on peut mentionner les éléments suivants :
 - aide à la construction de diagnostic (données statistiques sur l'emploi et les entreprises ou sur la santé au travail) ;
 - organisation de journées thématiques d'information sur des priorités ou des actions prévues par un ou plusieurs CPOM ;
 - appui technique de la DIRECCTE : diffusion de bonnes pratiques, mutualisation de documents ;
 - animation de réseaux, notamment sur des actions communes à plusieurs SST, y compris en partenariat avec la caisse ;
 - moyens financiers dans le cadre du programme budgétaire dédié (P111) ;
 - valorisation des actions.

Les caisses peuvent notamment mobiliser les moyens suivants :

- appui pour le ciblage d'entreprises ;
- apport dans le cadre de la réalisation des diagnostics régionaux et infrarégionaux ;
- appui au développement de la pluridisciplinarité ;
- organisation en commun d'actions de communication vers les entreprises ;
- articulation des offres de formation à destination des entreprises ;
- méthodologie de projet, notamment sur la définition des indicateurs de réussite ;
- appui documentaire à l'action (INRS, cellules d'appui risques chimiques, physiques et biologiques) ;
- appui des unités techniques (laboratoires et centres de mesures physiques) sur un programme défini en commun ;
- aide à la valorisation des résultats obtenus ;
- mobilisation d'incitations financières si besoin ;
- interface avec le réseau de l'assurance maladie, notamment le service social régional, et la direction régionale du service médical.

Tous ces moyens sont donnés à titre illustratif. Ils peuvent être apportés soit séparément par la DIRECCTE ou la Caisse soit faire l'objet d'une coanimation et d'une approche commune.

Il faut toutefois veiller à ce que les programmes d'action définis dans le cadre du CPOM ne précisent pas les moyens de fonctionnement des services.

Le CPOM fixe des modalités de suivi et d'évaluation de sa mise en œuvre

Il convient de définir pour chaque programme d'action des indicateurs de suivi et de résultat, qualitatifs et quantitatifs, simples, pragmatiques et partagés qui permettent de s'assurer de la mise en œuvre du CPOM et d'en faire une évaluation à son terme.

Ces indicateurs ont vocation à servir de support à des informations régulières de la commission médico-technique et du conseil d'administration du SST contractant sur l'avancement du CPOM.

Ils peuvent aussi faire l'objet d'un examen au moins annuel par les trois parties contractantes, ce qui doit permettre d'identifier les difficultés éventuelles, de modifier si besoin les modalités des actions et d'adopter de nouvelles priorités par voie d'avenant au CPOM.

Ces indicateurs peuvent concerner non seulement des engagements du SSTI contractant mais aussi ceux de la DIRECCTE ou de la Caisse. Ces dernières doivent être en mesure de remplir leurs obligations définies dans le cadre du CPOM, tout en apportant des conseils tout au long de la réalisation du CPOM et en participant à la mobilisation de tous les acteurs.

Ils pourront être transmis et utilisés, en tant que de besoin, dans le cadre du suivi régional de la contractualisation.

À son terme, le CPOM doit faire l'objet d'une évaluation et d'un bilan qui sera pris en compte par la DIRECCTE dans le cadre de la demande de renouvellement d'agrément du SST contractant.

4. Le contrôle et le pilotage des SST par l'État

À travers la démarche de contractualisation et la nouvelle politique d'agrément, la réforme met à disposition de la DIRECCTE deux nouveaux leviers essentiels et complémentaires pour élaborer, piloter et animer une véritable stratégie régionale de santé au travail. Dans ce cadre, l'État doit prendre toute sa place dans le pilotage des SST en s'appuyant sur la procédure d'agrément (*cf.* deuxième partie, II) et sur les modalités prévues pour un contrôle au fil de l'eau des SST, appelées ci-dessous.

4.1. Le contrôle administratif

Le contrôle exercé par les services déconcentrés du ministère chargé du travail (DIRECCTE et inspection du travail) porte à la fois sur les SST et sur les employeurs.

4.1.1. Deux interlocuteurs privilégiés et complémentaires

Sur toutes les questions relatives à la santé au travail, les SST disposent de deux interlocuteurs privilégiés au sein de la DIRECCTE : le responsable du pôle travail et le médecin inspecteur du travail, qui interviennent chacun dans leur domaine de compétences. C'est toutefois la DIRECCTE qui prend les décisions relatives à l'agrément et engage l'État dans la conclusion du CPOM.

Le responsable du pôle travail de la DIRECCTE doit s'assurer du respect par le SST de l'ensemble de ses obligations, notamment au moment de l'examen d'une demande d'agrément ou de renouvellement d'agrément. Il instruit ces demandes et rédige les décisions soumises à la signature du DIRECCTE. Il est particulièrement attentif à la conformité juridique du fonctionnement des SST (composition des équipes, fonctionnement des instances de contrôle, respect des obligations en matière de visites médicales, action sur le milieu de travail, mise en œuvre des actions du CPOM).

Interlocuteur quotidien privilégié des SST (code du travail, art. L. 8123-1), le médecin inspecteur du travail intervient en appui du service dans l'élaboration et le suivi de son projet de service pluriannuel ou dans la mise en œuvre des recommandations de bonnes pratiques de la HAS et des sociétés savantes. Il apporte les réponses nécessaires sur les aspects médicaux (notamment sur les examens médicaux et les questions relatives à l'aptitude). Il s'assure de l'effectivité de l'indépendance du médecin du travail, du respect du secret professionnel et de la protection des données personnelles au sein du SST.

Il exploite les rapports administratif et financier (RAF) et les rapports d'activité du médecin du travail (RAM) que les SST lui communiquent annuellement. À partir de l'analyse de ces données, le médecin inspecteur du travail peut déceler des dysfonctionnements qui justifient un contrôle plus approfondi du service. Il est habilité à intervenir seul dans les entreprises et les SST et à faire des lettres d'observation (code du travail, art. L. 8123-2). Dans certaines circonstances, il peut être accompagné du DIRECCTE ou de son représentant, ou de l'inspecteur du travail territorialement compétent pour le SST en cause. Ce dernier peut également contrôler seul le SST. L'article L. 8123-1, alinéa 3, du code du travail précise que « les médecins inspecteurs du travail agissent en liaison avec les inspecteurs du travail, avec lesquels ils coopèrent à l'application de la réglementation relative à la santé au travail ». À ce titre, il est important que le médecin inspecteur du travail soit informé des observations faites par l'inspecteur du travail à la suite de ses contrôles des services de santé au travail. Il s'agit en effet d'éléments utiles pour le médecin inspecteur du travail dans le cadre de son suivi régulier des services de santé au travail.

Le médecin inspecteur du travail est aussi le conseiller du DIRECCTE et de l'inspecteur du travail puisqu'il donne un avis préalable obligatoire à la décision de l'inspecteur du travail sur les contestations d'avis médicaux d'aptitude et de rupture du contrat de travail des médecins du travail et à celle du DIRECCTE sur les demandes d'agrément ou de renouvellement d'agrément.

4.1.2. Le contrôle du service

Sont présentés ci-après les principaux points composant le contrôle d'un SST par la DIRECCTE qu'il intervienne au fil de l'eau ou dans le cadre de l'examen d'une demande d'agrément.

La connaissance fine des services et des caractéristiques des entreprises et salariés suivis comme condition préalable

Pour apprécier le respect des obligations incombant aux SST, la DIRECCTE doit d'abord disposer d'informations fiables et harmonisées sur les besoins en santé au travail et sur les moyens existants et mis en œuvre pour y répondre, notamment au travers des projets de service pluriannuels.

L'exploitation du gisement de données des SST, fournies à la DIRECCTE notamment par le biais des RAF et des RAM, est alors essentielle. Ces documents permettent au médecin inspecteur du travail 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 ou à l'attribution d'un agrément conditionnel.

Au niveau national comme régional, le pilotage de la médecine du travail et des SST sera amélioré par la mise en place prochaine d'un système d'information dédié, SINTRA, qui permettra une centralisation des données contenues dans le rapport administratif et financier des services de santé au travail et dans le rapport d'activité du médecin du travail, dont les modèles sont fixés par arrêté et seront prochainement refondus.

Ce suivi régulier des services est facilité par l'obligation faite aux SSTI de faire connaître au DIRECCTE, dans les trois mois, tous changements survenus dans leur administration ou direction, ainsi que toute modification apportée à leurs statuts (code du travail, art. D. 4622-20).

La vérification des moyens mis à disposition : l'approche quantitative

Il s'agit de s'assurer que le médecin du travail dans les services autonomes et l'équipe pluridisciplinaire dans les SSTI bénéficient des moyens prévus réglementairement pour mener leurs missions, tant au regard du suivi individuel de l'état de santé des salariés que des actions en milieu de travail.

Qu'il s'agisse de services autonomes ou interentreprises, le contrôle porte d'abord sur la conformité des moyens matériels mis à disposition du médecin du travail et de l'équipe pluridisciplinaire tels que les locaux, les équipements ou encore les possibilités d'effectuer des examens complémentaires. À ce titre, l'équipement bureautique de chaque médecin doit répondre à plusieurs objectifs : permettre la recherche d'informations nécessaires à son activité, participer aux dispositifs de veille et d'alerte sanitaire, garantir la confidentialité des données, ce qui suppose par exemple que le médecin du travail dispose d'une adresse électronique professionnelle individuelle et d'un accès à Internet. Ces exigences peuvent être étendues à tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire dans les SSTI.

Le contrôle porte ensuite sur le temps dont dispose effectivement le médecin du travail pour remplir ses missions (examens médicaux obligatoires, tiers temps). À cet égard, il est rappelé que le médecin du travail doit disposer du temps nécessaire pour organiser et réaliser les examens médicaux à la demande des salariés ou des employeurs. Dès lors, il est important pour la DIRECCTE de connaître précisément la composition et les caractéristiques des secteurs affectés à un médecin du travail. L'organisation matérielle d'un secteur est ainsi un élément fondamental pour apprécier ses temps de déplacement qui doivent être pris en compte pour la détermination de sa charge de travail.

Dans les SSTI, le médecin du travail qui anime et coordonne une équipe pluridisciplinaire doit aussi avoir du temps et des moyens matériels pour le faire. Dans la mesure du possible, il convient que le directeur du SSTI s'assure que tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire aient les moyens matériels et temporels de remplir leurs missions.

La vérification qualitative du fonctionnement des SST : un enjeu majeur de la réforme

Quelle que soit la forme du SST, la DIRECCTE contrôle, en particulier et avec une vigilance particulière, les points suivants :

- l'indépendance des médecins du travail ;
- l'effectivité de l'action sur le milieu de travail qui recouvre le temps de présence effective en milieu de travail et celui consacré à la préparation et la rédaction des divers documents et résultats d'études qui concrétisent cette activité. La DIRECCTE apprécie, en particulier, l'effectivité de l'action en milieu de travail à partir des contrôles sur les plannings des médecins du travail et des autres membres de l'équipe pluridisciplinaire, le cas échéant, leurs rapports annuels, ainsi que les fiches d'entreprises et les rapports et études portant sur le milieu de travail ;
- l'effectivité du suivi médical des salariés, au regard notamment de la modulation de la périodicité des examens médicaux accordée, le cas échéant, dans l'agrément, à partir d'une analyse des contreparties effectivement mises en œuvre et, si besoin, par des contrôles ponctuels ;
- le bon fonctionnement des instances de contrôle apprécié à partir d'un faisceau d'indices (composition, fréquence des réunions, taux et causes de l'absentéisme des différents membres, activités et points discutés, etc.) et des comptes rendus de réunion, tenus à la disposition de la DIRECCTE dans le délai d'un mois suivant la réunion ;
- l'évaluation de la participation du SST à la veille sanitaire.

Pour les SSTI, l'un des enjeux de la réforme réside dans la mise en place effective de la pluridisciplinarité qui nécessite donc un suivi particulier. Pour ce faire, la DIRECCTE peut vérifier les points suivants :

- composition de l'équipe pluridisciplinaire, recours à des IPRP externes ;
- effectivité et fluidité de l'accès par les IPRP aux informations relatives aux risques pour la santé et la sécurité (fiches d'entreprise...);
- actions pluridisciplinaires prévus par le projet de service pluriannuel, par le CPOM, suivi de l'avancement de ces projets ;
- outils dont le service ou l'employeur s'est doté pour évaluer le besoin en prévention des entreprises adhérentes ;
- 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 ;
- évaluation des résultats des interventions en matière de pluridisciplinarité ;
- modalités de diffusion des résultats.

Il s'agit également de vérifier que les nouvelles dispositions relatives à la gouvernance rénovée des SSTI sont bien appliquées :

- composition paritaire du conseil d'administration ;
- bon fonctionnement de la commission médico-technique, contrôlé notamment à partir d'un examen attentif de ses comptes rendus qui sont tenus à disposition du médecin inspecteur du travail.

4.2. *Le contrôle de l'inspection du travail*

Les services d'inspection du travail sont compétents pour contrôler les SST, qu'il s'agisse de services autonomes ou interentreprises. Ils assurent également le contrôle des obligations des entreprises en matière de suivi de ses salariés.

D'une manière générale, il est rappelé qu'en application de l'article L. 8113-4 du code du travail, « les inspecteurs et contrôleurs du travail peuvent se faire présenter, au cours de leurs visites, l'ensemble des livres, registres et documents rendus obligatoires [par le présent code] ou par une disposition légale relative au régime du travail » (code du travail, art. L. 8113-4). C'est pour cette raison qu'il a été décidé, dans un souci de simplification, de retirer des nouvelles dispositions réglementaires la référence à l'obligation de tenue à disposition ou de transmission de ces documents à l'inspecteur du travail.

Les documents établis par les médecins du travail (dossier médicaux en santé au travail, lettre à l'employeur, etc.) sont soumis au secret professionnel. Ils appartiennent au salarié ou à l'employeur. Ils ne sont pas transmissibles aux agents de contrôle.

Pour le contrôle des SST, dans certains cas, une coopération entre l'inspecteur du travail et le médecin inspecteur du travail peut être utile. Au-delà du contrôle spécifique des SST, les médecins inspecteurs du travail agissent en liaison avec les inspecteurs du travail, avec lesquels ils coopèrent à l'application de la réglementation relative à la santé au travail (code du travail, art. L. 8123-1).

Comme à l'issue de tout contrôle, l'inspecteur ou le contrôleur du travail peut rédiger des lettres d'observations au président ou au directeur du SSTI ou à l'employeur et, le cas échéant, constater des infractions au code du travail par voie de procès-verbal.

Les infractions aux règles relatives à la médecine du travail sont précisées dans le chapitre V du titre IV (« Dispositions pénales ») du livre VII (« Contrôle ») de la quatrième partie du code du travail (partie réglementaire), aux articles R. 4745-1 à R. 4745-3.

L'article R. 4745-1 est de portée particulièrement large puisqu'il vise la méconnaissance des dispositions relatives aux missions et à l'organisation des SST prévues aux articles L. 4622-1 à L. 4622-7 du code du travail ainsi que celles des décrets pris pour leur application.

Il s'agit notamment des infractions suivantes :

- absence d'adhésion à un SSTI ou de mise en place d'un service autonome de santé au travail (code du travail, art. L. 4622-1) ;
- non-respect des missions des SST (code du travail, art. L. 4622-2) et de l'exercice de ces missions dans les services autonomes (code du travail, art. L. 4622-4) ;
- non-respect du rôle du médecin du travail (code du travail, art. L. 4622-3) ;
- non-prise en charge par l'employeur des dépenses afférentes au service de santé au travail (code du travail, art. L. 4622-6) ;
- non-respect par le responsable du SSTI des règles relatives à ce service (code du travail, art. L. 4622-7 : « Lorsque le service de santé au travail est assuré par un groupement ou organisme distinct de l'établissement employant les travailleurs bénéficiaires de ce service, les responsables de ce groupement ou de cet organisme sont soumis, dans les mêmes conditions que l'employeur et sous les mêmes sanctions, aux prescriptions du présent titre. »)

L'article R. 4745-2 précise les infractions aux dispositions relatives au médecin du travail, plus précisément aux dispositions concernant son recrutement, ses conditions d'exercice et sa protection.

L'article R. 4745-3 concerne les infractions aux dispositions relatives à l'action du médecin du travail prévue à l'article L. 4624-1 et aux articles R. 4624-1 et suivants. Commet par exemple une telle infraction l'employeur qui empêche le libre accès du médecin du travail aux lieux de travail, qui ne lui permet pas d'effectuer une étude de poste, ou encore l'employeur ou le président du SSTI qui ne respecte pas le principe du tiers temps du médecin du travail en milieu de travail.

Les infractions aux articles R. 4745-1, R. 4745-2 et R. 4745-3 sont punies de l'amende prévue pour les contraventions de la cinquième classe (1 500 €).

L'article R. 4745-4 sanctionne les infractions à l'absence d'organisation d'un service social du travail dans un établissement employant habituellement deux cent cinquante salariés et plus, tel que prévu par l'article L. 4631-1 du code du travail. L'infraction est punie d'une amende de la quatrième classe (750 €).

L'article R. 4721-5 du code du travail précise les infractions soumises à la procédure de la mise en demeure préalable à procès-verbal.

Enfin, en cas de récidive dans le délai de trois ans, les infractions aux articles L. 4621-1 à L. 4624-3 et L. 4644-1 et aux règlements pris pour leur application sont punies d'un emprisonnement de quatre mois et d'une amende de 3 750 €, le tribunal pouvant également ordonner, à titre de peine complémentaire, l'affichage du jugement aux portes de l'établissement de la personne condamnée, aux frais de celle-ci, et son insertion, intégrale ou par extraits, dans les journaux qu'il désigne (code du travail, art. L. 4745-1).

TROISIÈME PARTIE : LES CATÉGORIES PARTICULIÈRES DE TRAVAILLEURS

1. Les travailleurs temporaires

Les dispositions de droit commun en matière de SST ne peuvent pas être appliquées sans aménagement aux travailleurs temporaires, en raison de leur situation particulière. Conformément aux dispositions de l'article L. 1251-1 du code du travail, ce sont des salariés mis à la disposition temporaire d'un client utilisateur pour l'exécution d'une mission par une entreprise de travail temporaire. Ces missions sont généralement de courte durée. Les travailleurs temporaires doivent souvent être mis à la disposition des entreprises utilisatrices très rapidement. Ils peuvent être inscrits à plusieurs entreprises de travail temporaire.

- L'article L. 1251-22 du code du travail, non modifié par la loi du 20 juillet 2011, fixe les règles suivantes :
- les obligations relatives à la médecine du travail sont à la charge de l'entreprise de travail temporaire ;
 - sauf lorsque l'entreprise de travail temporaire relève du régime agricole, le suivi médical des salariés est assuré par des SST faisant l'objet d'un agrément spécifique ;
 - lorsque l'activité exercée par le salarié temporaire nécessite une surveillance médicale renforcée, les obligations correspondantes sont à la charge de l'entreprise utilisatrice.

Les dispositions relatives à la surveillance médicale des travailleurs temporaires sont prévues par le chapitre V du titre II relatif aux services de santé au travail. Selon l'article D. 4625-1 du code du travail, les dispositions des chapitres I^{er} à IV du titre II sont applicables à la surveillance des travailleurs temporaires, sous réserve des modalités particulières prévues par les articles D. 4625-2 et suivants du code du travail.

1.1. *Un agrément spécifique du service de santé au travail*

Les SST compétents pour le suivi des travailleurs temporaires sont soit des services autonomes, soit des services interentreprises qui font l'objet d'un agrément spécifique par le DIRECCTE.

Quelle que soit la forme du SST, la demande d'agrément ou de renouvellement d'agrément est accompagnée d'un dossier spécifique dont les éléments sont fixés par un arrêté du ministre chargé du travail (code du travail, art. D. 4625-2). De plus, le SST ne peut être agréé que s'il s'engage à participer au fichier commun (code du travail, art. D. 4625-3) qui, conformément à l'article D. 4625-17 du code du travail, doit être constitué entre les différents SST agréés pour le suivi des salariés temporaires dans une zone géographique.

Les entreprises de travail temporaire qui ne disposent pas d'un service autonome de santé au travail doivent adhérer à un SSTI agréé pour exercer les missions de santé au travail en faveur des travailleurs temporaires. Ce SSTI constitue un secteur à compétence géographique propre (code du travail, art. D. 4625-5). Cela signifie que le secteur réservé aux travailleurs temporaires peut avoir une compétence géographique différente de celle des autres secteurs du SST, voire dans certains cas excéder la compétence géographique du service dans son ensemble.

Le SSTI, pour son secteur réservé aux travailleurs temporaires, n'est pas soumis à l'obligation de créer un centre médical fixe, tel que prévu par l'article D. 4622-27 du code du travail pour les autres secteurs des SSTI. En l'absence de centre médical fixe, le secteur réservé aux travailleurs temporaires est rattaché au centre médical fixe d'un autre secteur du même service.

Un secteur à compétence géographique réservé aux salariés temporaires peut désormais être commun à plusieurs SSSI disposant d'un agrément spécifique pour le suivi des salariés temporaires (code du travail, art. D. 4625-5).

Enfin, un médecin du travail ne peut être affecté exclusivement à ce secteur spécifique, la DIRECCTE pouvant accorder une dérogation à cette règle, après avis du médecin inspecteur du travail, lorsque les caractéristiques particulières du secteur l'exigent (code du travail, art. D. 4625-7).

Le fichier commun

Partagé au sein d'une même zone géographique, le fichier commun trouve sa justification dans le fait que les salariés temporaires peuvent être inscrits à plusieurs entreprises de travail temporaire relevant de SST différents. Pour permettre à ces entreprises et aux SST de déterminer si les intéressés ont déjà bénéficié d'un examen médical pour un emploi donné et éviter ainsi des répétitions inutiles et coûteuses d'examens médicaux déjà effectués, il est indispensable qu'une centralisation des données relatives aux fiches d'aptitude soit mise en place. Le fichier commun a donc pour finalité le regroupement des fiches d'aptitude des salariés temporaires (code du travail, art. D. 4625-17, al. 2).

La zone géographique est celle dans laquelle plusieurs SST demandent à être agréés pour assurer le suivi médical des salariés temporaires. Elle est déterminée par la DIRECCTE lorsque la compétence des services est située à l'intérieur de la région et par les DIRECCTE lorsque cette compétence géographique recouvre tout ou partie de deux ou plusieurs régions.

Les entreprises adhérentes au SSSI agréé pour le suivi des salariés temporaires ne peuvent accéder qu'aux informations attestant l'aptitude du salarié à un ou plusieurs emplois (code du travail, art. D. 4625-18).

Il faut souligner que le fichier commun comporte des données nominatives figurant sur les fiches d'aptitude. En conséquence, sa création et sa gestion sont soumises aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Conformément aux dispositions de l'article 22 de cette loi, les traitements automatisés de données à caractère personnel doivent, préalablement à leur mise en œuvre, faire l'objet d'une déclaration à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) comportant l'engagement que le traitement satisfait aux exigences de la loi (art. 23), excepté le cas où le responsable a désigné un correspondant à la protection des données à caractère personnel chargé d'assurer, d'une manière indépendante, le respect des obligations de la loi, la désignation du correspondant étant notifiée à la CNIL et portée à la connaissance des instances représentatives du personnel.

Par ailleurs, les SST doivent respecter les exigences posées par l'annexe à l'arrêté fixant le contenu du dossier spécifique accompagnant la demande d'agrément ou de renouvellement d'agrément. Cette annexe précise les caractéristiques exigées du traitement automatisé des informations nominatives mises en commun par les SST.

Cette annexe précise de manière limitative les renseignements relatifs à l'identification du salarié et ceux concernant son aptitude qui figurent dans le fichier commun. Le fichier ne doit comporter aucun autre renseignement concernant le salarié et, surtout, aucun renseignement d'ordre médical.

Afin de respecter le principe selon lequel l'entreprise adhérente ne peut accéder qu'aux informations attestant l'aptitude du salarié, la fiche d'aptitude ne doit indiquer que les emplois pour lesquels le salarié est déclaré apte. Les emplois pour lesquels il est déclaré inapte ne doivent en aucun cas apparaître.

Les informations sont introduites dans le fichier et mises à jour par le SST auprès duquel le salarié passe son examen médical. Ces informations sont accessibles aux autres SST et aux entreprises de travail temporaire uniquement à partir du nom du salarié et si quatre données au moins d'identification du salarié sont indiquées. Ainsi, en aucun cas, ces entreprises ne peuvent obtenir une liste de salariés déclarés aptes à tel ou tel emploi.

Les entreprises de travail temporaire doivent prendre toutes les dispositions pour que les agents de contrôle (inspecteurs et contrôleurs du travail, médecin inspecteurs du travail) aient accès aux fiches d'aptitude, soit par la consultation du fichier dans l'entreprise, soit par la remise par l'entreprise d'une copie des fiches d'aptitude figurant dans le fichier.

Il est précisé que la création du fichier commun ne rend pas obsolète la fiche d'aptitude de droit commun prévue par l'article R. 4644-47 du code du travail. Cette fiche, destinée au travailleur temporaire et à l'entreprise de travail temporaire qui le recrute – et non aux autres entreprises de travail temporaire – indique non seulement les

emplois pour lesquels le travailleur est déclaré apte mais également ceux pour lesquels il est déclaré inapte ou apte avec réserves, éléments nécessaires aussi bien pour le travailleur temporaire que pour l'entreprise de travail temporaire qui le recrute.

1.2. *Les actions du médecin du travail*

1.2.1. Les actions sur le milieu de travail

Il est important que le médecin du travail de l'entreprise de travail temporaire puisse avoir accès aux postes de travail des salariés temporaires dont il assure le suivi, avant le début et au cours de leur mission. C'est pourquoi l'article R. 4625-8 prévoit que les conditions de cet accès sont fixées entre l'entreprise utilisatrice et l'entreprise de travail temporaire, après avis des médecins du travail intéressés.

1.2.2. Les examens médicaux

L'examen d'embauche

Pour tenir compte des caractéristiques de la population des salariés temporaires et introduire de la souplesse dans la réglementation, le décret n° 2012-135 du 30 janvier 2012 a repris les dispositions de l'accord du 26 septembre 2002 relatif à la santé et à la sécurité dans le travail temporaire. L'article R. 4625-9 du code du travail prévoit que cet examen peut désormais être effectué par :

- le médecin du travail de l'entreprise de travail temporaire ;
- le médecin du travail d'un service interentreprises de santé au travail proche du lieu de travail du travailleur temporaire ou professionnel ;
- le médecin du travail du service autonome de santé au travail de l'entreprise utilisatrice auprès de laquelle est détaché le travailleur temporaire.

L'entreprise de travail temporaire doit informer le médecin inspecteur du travail de son intention de recourir à l'une de ces facultés et communiquer au SST concerné les coordonnées de son service de santé au travail habituel afin de faciliter l'échange d'informations entre les deux services, dans le respect des obligations de confidentialité (code du travail, art. R. 4625-9).

L'examen médical d'embauche peut avoir pour finalité de rechercher si le travailleur est médicalement apte à exercer plusieurs emplois, dans la limite de trois. Une dérogation à un nouvel examen d'embauche avant une nouvelle mission est prévue par l'art R. 4625-10 du code du travail, sous réserve du respect de quatre conditions cumulatives, la dernière condition ayant été modifiée par le décret n° 2012-135 :

- le médecin du travail n'estime pas nécessaire cet examen ;
- le médecin du travail a pris connaissance de la fiche d'aptitude ;
- l'aptitude médicale ou l'une des aptitudes reconnues lors de l'examen médical d'embauche réalisé à l'occasion d'une mission précédente correspondent aux caractéristiques particulières du poste et aux informations échangées par l'entreprise utilisatrice et l'entreprise de travail temporaire ainsi que par leurs médecins du travail ;
- lorsqu'aucune inaptitude n'a été reconnue lors du dernier examen médical intervenu soit au cours des vingt-quatre derniers mois, si le travailleur est mis à disposition par la même entreprise de travail temporaire, soit au cours des douze derniers mois, dans le cas d'un changement d'entreprise de travail temporaire. Ces nouvelles durées de validité valent pour les aptitudes médicales délivrées à compter du 1^{er} juillet 2012 ainsi que pour les aptitudes médicales en cours de validité au 1^{er} juillet 2012.

Les examens périodiques et la surveillance médicale renforcée

Les dispositions des articles R. 4624-16 à R. 4624-19 sont applicables aux travailleurs temporaires. Ils bénéficient donc d'examens médicaux périodiques tous les vingt-quatre mois ou plus si l'agrément du SST le prévoit dans des conditions équivalentes à celles prévues pour les salariés de droit commun.

Lorsque l'activité exercée par le travailleur temporaire nécessite une surveillance médicale renforcée, les obligations correspondantes sont à la charge de l'entreprise utilisatrice. Les examens médicaux sont ainsi réalisés par son médecin du travail, qui se prononce éventuellement sur son aptitude médicale à occuper le poste de travail. Il informe le médecin du travail de l'entreprise de travail temporaire du résultat de ces examens (code du travail, art. R. 4625-12).

2. **Les travailleurs des associations intermédiaires**

Depuis l'entrée en vigueur au 1^{er} juillet dernier de la réforme de la médecine du travail, ces associations doivent obligatoirement adhérer à un SSTI pour le suivi de tous leurs salariés, et faire procéder à un examen d'embauche à l'occasion de la première mise à disposition des travailleurs. Ceci constitue une avancée importante pour cette population, éloignée de l'emploi dans une situation souvent précaire.

Toutefois, ce suivi doit être adapté aux spécificités de cette catégorie particulière de travailleurs et à celles des associations intermédiaires qui sont des structures associatives de type loi de 1901, conventionnées par l'État et qui ont pour rôle, outre l'embauche de personnes en difficulté et leur mise à disposition d'utilisateurs à titre onéreux mais sans but lucratif, l'accueil des demandeurs d'emploi et la réception des offres d'activités ainsi que l'organisation de parcours de formation et l'information des intéressés sur leurs droits.

Ainsi, le décret n° 2012-135 du 30 janvier 2012 a introduit des éléments de souplesse, notamment sur l'examen d'embauche (code du travail, art. R. 5132-26-7).

2.1. Une adhésion à un service de santé au travail interentreprises obligatoire

L'association intermédiaire, conformément à l'article R. 5132-26-6 du code du travail, doit assurer le suivi des personnes qu'elle met à disposition en adhérant à un SSTI. Elle choisit un SSTI sur son secteur géographique.

Le SSTI choisi ne peut s'opposer à l'adhésion d'une entreprise relevant de sa compétence, sauf avis contraire de la DIRECCTE (code du travail, art. D. 4622-21).

2.2. Les missions et actions du SSTI

Toutes les dispositions relatives aux missions et actions des SSTI s'appliquent aux associations intermédiaires, sous réserve des modulations introduites en matière d'examen d'embauche et d'aptitude. Néanmoins, ces missions et actions pourront, lors des échanges entre l'association intermédiaire et le SST au moment de l'adhésion, faire l'objet d'adaptation.

Les actions sur le milieu de travail

Certaines actions répondent plus précisément aux besoins de ces associations dont les travailleurs mis à disposition interviennent fréquemment chez des particuliers employeurs, lieux de travail où l'équipe pluridisciplinaire ne peut intervenir. De ce fait, le SSTI peut privilégier les actions de formation et d'information au sein de l'association sur les mesures nécessaires afin d'éviter ou de diminuer les risques professionnels et d'améliorer leurs conditions de travail. Par exemple, des actions d'information sur les gestes et postures pour prévenir les dorsalgies peuvent être mises en œuvre.

Le SSTI veille à prévenir et, si possible, à réduire la pénibilité au travail et la désinsertion professionnelle de ces salariés. Il a aussi vocation à jouer un rôle particulier en matière de prévention des conduites addictives et de prévention de harcèlement sexuel ou moral.

Le suivi individuel de l'état de santé des salariés

Comme tout employeur, l'association intermédiaire doit assurer le suivi médical de ses salariés et prévenir les risques d'atteinte à leur santé et leur sécurité. À cet effet, l'équipe pluridisciplinaire du SST assure le suivi individuel de l'état de santé de ces salariés, notamment lors des examens médicaux. Au cours de ces examens, le médecin du travail se prononce sur l'aptitude du salarié à occuper son emploi (et non son poste) et lui apporte des informations sur les risques professionnels qu'il encourt et lui donne des conseils de prévention.

L'examen d'embauche n'a pas lieu dès la signature du contrat conclu entre l'association intermédiaire et le salarié mais uniquement au moment de la première mise à disposition ou dans un délai d'un mois suivant cette mise à disposition pour répondre aux spécificités des salariés en insertion. Cet examen est indispensable, quel que soit le nombre d'heures travaillées, et doit avoir lieu le plus tôt possible après l'acceptation d'une mission afin que le médecin du travail vérifie l'aptitude de ce salarié à exécuter un travail sans atteindre à sa santé ou à celle des tiers.

Lors de cet examen, le médecin du travail se prononce sur l'aptitude de ce travailleur à occuper trois emplois au plus.

Les dispositions prévues aux articles R. 4624-16 à R. 4624-19 du code du travail relatives aux examens périodiques, y compris dans le cadre de la surveillance médicale renforcée, s'appliquent aux travailleurs des associations intermédiaires. Les salariés bénéficiaires d'une surveillance médicale renforcée au sein de ces associations peuvent l'être au titre de leurs caractéristiques personnelles (jeunes, femmes enceintes, travailleurs handicapés) ou des risques auxquels ils sont exposés. Ces risques d'exposition sont plus restreints compte tenu de l'interdiction faite aux associations intermédiaires d'affecter leurs salariés à des travaux particulièrement dangereux (code du travail, art. L. 5132-10 et R. 5132-21). La liste de ces travaux est la liste prévue à l'article D. 4154-1, applicable aux salariés titulaires d'un CDD et aux salariés temporaires.

L'ensemble de la procédure de droit commun relative à l'aptitude s'applique aux salariés des associations intermédiaires à une exception près. Le médecin du travail ne se prononce pas sur un poste de travail occupé mais sur des emplois occupés. Il propose également des reclassements à des emplois qui peuvent être au nombre de trois au plus. Ces mesures sont fondamentales pour le maintien dans l'emploi de ces salariés. L'association intermédiaire peut demander au médecin du travail si les postes de reclassement proposés sont conformes à ses préconisations.

Le temps de trajet et de visite médicale est comptabilisé comme temps de travail.

3. Les salariés saisonniers

Le nouvel article D. 4625-22 du code du travail fixe des modalités particulières pour le suivi de l'état de santé des salariés saisonniers. Il s'agit d'adapter ce suivi, notamment la visite d'embauche, aux caractéristiques de l'activité des salariés saisonniers. En effet, ces salariés bénéficiaient rarement d'un examen médical d'embauche avant la fin de leur période d'essai. La courte durée de la période d'essai mais aussi du CDD ainsi que l'afflux important de salariés sous CDD sur une même période ne permettaient pas aux SSTI de répondre aux demandes.

Le dispositif retenu reprend les dispositions prévues par l'article R. 717-14-2 du code rural et de la pêche maritime pour les salariés saisonniers du secteur agricole, en distinguant deux catégories de saisonniers : les salariés saisonniers recrutés pour une durée au moins égale à quarante-cinq jours de travail effectif et les salariés saisonniers recrutés pour une durée inférieure à quarante-cinq jours.

Les salariés saisonniers recrutés pour une durée au moins égale à quarante-cinq jours de travail effectif peuvent être recrutés sous un ou plusieurs CDD et dans une ou plusieurs entreprises, durant la saison.

Ils doivent bénéficier d'un examen médical d'embauche, sauf s'ils sont recrutés pour un emploi équivalent à ceux précédemment occupés et si aucune inaptitude n'a été reconnue lors du dernier examen médical intervenu au cours des vingt-quatre mois précédent.

Les salariés saisonniers recrutés pour une durée inférieure à quarante-cinq jours sont dispensés de visite d'embauche.

En revanche, le SST organise à leur intention des actions de formation et de prévention, qui peuvent être communes à plusieurs entreprises. Ces actions sont organisées soit dans l'entreprise – notamment lorsqu'une entreprise emploie de nombreux salariés saisonniers et que ces locaux le permettent – soit dans les locaux du SST interentreprises ou dans un autre lieu. Dans les entreprises dotées d'un CHSCT, cette instance est consultée sur ces actions.

En plus des examens médicaux ou des actions de formation et de prévention au bénéfice des salariés saisonniers, l'équipe pluridisciplinaire du SST mène également à leur intention, comme pour les autres salariés, les actions sur le milieu de travail prévues par l'article R. 4624-1 du code du travail.

4. Les salariés des entreprises extérieures travaillant dans une entreprise utilisatrice

Le décret n° 2012-135 a modifié l'article R. 4513-12 du code du travail afin de répondre aux prescriptions du 4° de l'article L. 4625-1 relatif aux travailleurs exécutant habituellement leur contrat de travail dans une entreprise autre que celle de leur employeur.

Cet article concerne les salariés que fait intervenir une entreprise extérieure pour exécuter ou participer à l'exécution d'une opération, quelle que soit sa nature, dans un établissement d'une entreprise utilisatrice y compris dans ses dépendances ou chantiers (code du travail, art. R. 4511-1), étant précisé que l'intervention de l'entreprise extérieure doit s'inscrire dans la durée pour permettre son application.

L'article R. 4513-12, dans sa rédaction antérieure, permettait par accord entre les chefs de l'entreprise utilisatrice et de l'entreprise extérieure et les médecins du travail intéressés que l'examen médical périodique des salariés de l'entreprise extérieure soit assuré par le médecin du travail de l'entreprise utilisatrice. Cette possibilité est maintenue par le nouvel article R. 4513-12, l'accord permettant désormais que le médecin du travail de l'entreprise utilisatrice et, le cas échéant, les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire de santé au travail mènent les actions sur le milieu de travail pour le compte des salariés de l'entreprise extérieure.

C'est en effet le médecin du travail de l'entreprise utilisatrice qui a la meilleure connaissance des lieux de travail et des risques professionnels de cette entreprise, et qui est donc le plus à même d'y mener des actions en vue de préserver la santé de tous les salariés, qu'ils appartiennent à l'entreprise utilisatrice ou à l'entreprise extérieure.

Que cette faculté soit mise en œuvre ou non, le principe de l'accès du médecin du travail de l'entreprise extérieure aux postes de travail occupés ou susceptibles d'être occupés par les travailleurs de l'entreprise extérieure, dans l'entreprise utilisatrice, est maintenu. Les chefs des deux entreprises en fixent les conditions, après avis des médecins du travail intéressés (code du travail, art. R. 4513-13).