

**L'utilisation des compétences
médicales permettant à l'Etat
d'assurer ses responsabilités
dans le domaine de la santé au
niveau local**

- - -

**Les médecins inspecteurs
régionaux du travail et de la main
d'œuvre (MIRTMO)**

Rapport présenté par :

Jean-François BENEVISE et Alain LOPEZ

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

***Il est rappelé que les travaux de l'IGAS sont menés en toute indépendance.
Le présent rapport n'engage pas les ministres qui l'ont demandé.***

***Rapport n°RM2006 142A
Septembre 2006***

SOMMAIRE

1. UNE FIGURE DE MÉDECIN INSPECTEUR SINGULIÈRE DANS L'ADMINISTRATION	3
1.1 DES MÉDECINS EN DIFFICULTÉS D'INTÉGRATION DANS LEUR ADMINISTRATION	4
1.1.1 <i>Pendant longtemps, les priorités sont ailleurs dans les DRTEFP</i>	4
1.1.1.1 Une focalisation sur l'emploi et le chômage depuis trente ans	4
1.1.1.2 La figure de l'inspecteur du travail occulte celle du médecin.....	4
1.1.1.3 Les relations difficiles avec les directions, polluées par les « activités dérogatoires »	5
1.1.2 <i>Pas de perception d'un corps collectif mais une juxtaposition de parcours personnels</i>	6
1.1.2.1 L'existence d'une inspection médicale centrale du travail	6
1.1.2.2 Une politique de recrutement centralisée.....	6
1.1.2.3 Des MIRTMO trop peu nombreux pour être visibles, appelés à se renouveler fortement	7
1.2 DES MÉDECINS INSPECTEURS QUI TIRAIENT LEUR LÉGITIMITÉ DE L'EXTÉRIEUR DE L'ADMINISTRATION....	7
1.2.1 <i>Une compétence technique reconnue</i>	7
1.2.2 <i>Une indépendance source d'interrogations</i>	8
1.2.2.1 Vis-à-vis de l'administration une dépendance administrative et une absence de subordination	8
1.2.2.2 Un contrôle du Conseil de l'Ordre particulièrement vigilant sur les conditions d'exercice	9
1.2.2.3 Vis-à-vis des services de santé au travail : une proximité problématique.....	10
1.2.3 <i>Un statut ambigu et multiple</i>	11
1.2.3.1 Les MIRTMO sont régis par trois types de contrats selon leur date d'embauche	11
1.2.3.2 Chacun semble se satisfaire du statut actuel	12
2. UN MÉTIER EN RÉVOLUTION	13
2.1 UNE VISION TRÈS MORCELÉE DES ATTRIBUTIONS	13
2.1.1 <i>Des missions éparses</i>	13
2.1.2 <i>Une tentative de regroupement pas encore aboutie dans la circulaire de 1996</i>	14
2.1.3 <i>Un rôle important mais peu visible : l'animation du réseau de médecins du travail</i>	15
2.1.4 <i>Une observation de la répartition du temps de travail dont émergent quatre groupes de tâches</i>	15
2.2 DEUX MISSIONS TRADITIONNELLES DANS LESQUELLES LA PLUS-VALUE DU MIRTMO EST INCERTAINE. 17	
2.2.1 <i>Une instrumentalisation de l'avis sur contestations sur inaptitude</i>	17
2.2.1.1 Une procédure d'avis médical du MIRTMO au service d'une décision administrative de l'inspecteur du travail	17
2.2.1.2 Des recours croissants qui transforment le sens de l'avis sollicité.....	17
2.2.2 <i>L'agrément à la recherche d'un contenu</i>	18
2.3 L'IRRUPTION DE LA SANTÉ AU TRAVAIL REDONNE UN SENS À L'ACTION	20
2.3.1 <i>Le drame de l'amiante est à l'origine d'une responsabilisation de tous les acteurs</i>	20
2.3.2 <i>Cette affaire illustre les carences du système français de santé au travail au regard des enjeux de la santé publique</i>	21
2.3.2.1 La faillite d'un système de prévention et d'expertise laissé aux seuls partenaires sociaux	21
2.3.2.2 L'incapacité de la médecine du travail, et de ses contrôleurs, à détecter un enjeu de santé publique à travers la visite d'aptitude	22
2.3.3 <i>Le développement de la démarche de prévention permet d'aborder les risques lents et différés</i>	23
2.3.3.1 La sous-déclaration des maladies professionnelles	23
2.3.3.2 Une meilleure connaissance des expositions aux risques	23
2.3.3.3 Une démarche d'évaluation des risques, enfin acquise, qui débouche sur la prise en compte des risques chimiques	24
3. LES OUTILS DU CHANGEMENT POUR LES MIRTMO	26
3.1 LA RÉVOLUTION DE LA SANTÉ AU TRAVAIL	26
3.1.1 <i>Une politique amorcée par les partenaires sociaux et voulue par les pouvoirs publics</i>	26
3.1.1.1 Un signal donné par les partenaires sociaux dès 2000	26
3.1.1.2 Le triptyque des réformes initiées par les pouvoirs publics	27
3.1.2 <i>Le travail planifié donne du sens à l'action</i>	27
3.2 UN SERVICE EN VOIE D'IDENTIFICATION.....	28
3.2.1 <i>Un renforcement indirect des effectifs et des compétences</i>	28
3.2.1.1 Un renforcement direct des effectifs qui se fait attendre.....	28
3.2.1.2 Des cellules régionales pluridisciplinaires, moyen détourné de renforcer les effectifs.....	29
3.2.1.3 Une formation plus structurée à partir d'une première sensibilisation.....	29
3.2.2 <i>La structuration du pilotage est perfectible</i>	30
4. LES CONDITIONS D'UN REPOSITIONNEMENT RÉUSSI.....	32

4.1	LES PRINCIPES D'UN ÉQUILIBRE HARMONIEUX	32
4.1.1	<i>L'administration de la santé publique doit pleinement reconnaître l'autonomie du secteur</i>	32
4.1.1.1	L'administration du travail craint que ses spécificités soient niées.....	32
4.1.1.2	L'intérêt du secteur de la santé de reconnaître une réelle autonomie.....	33
4.1.2	<i>L'administration du travail ne doit pas construire son dispositif isolément de la santé publique</i>	34
4.1.3	<i>Les deux secteurs doivent travailler ensemble</i>	34
4.2	POUR UN FONCTIONNEMENT PLUS EFFICACE DE L'INSPECTION MÉDICALE DU TRAVAIL.....	36
4.2.1	<i>Conserver les équilibres de positionnement à l'intérieur de la DRTEFP</i>	36
4.2.2	<i>Approfondir les fonctions de l'inspection médicale du travail</i>	36
4.2.2.1	Vers une animation plus serrée du réseau.....	36
4.2.2.2	Piloter l'évaluation des pratiques professionnelles pour les MIRTMO et la médecine du travail.....	37
4.3	ALLER AU BOUT DES LOGIQUES	38
4.3.1	<i>Affirmer la nature régaliennne des missions de santé au travail passe par une évolution du statut des MIRTMO</i>	38
4.3.1.1	Un renforcement de la dimension publique du statut des MIRTMO	38
4.3.1.2	Développer la mixité des profils des équipes.....	39
4.3.1.3	Orienter la formation et le statut vers la construction de parcours de santé publique	39
4.3.2	<i>Développer l'intersectoriel via les médecins et via les directeur</i>	40
4.3.3	<i>Organiser un pilotage des services de santé au travail</i>	41
4.3.3.1	Clarifier les conditions de leur contrôle.....	41
4.3.3.2	Participer à l'élaboration de véritables contrats d'objectifs	42
4.3.3.3	Redécouvrir la dimension inspection de la fonction	43

ANNEXES

Les MIRTMO

Les médecins inspecteurs régionaux du travail sont une catégorie de médecins salariés de l'Etat, travaillant en régulation collective peu connus hors des cercles de l'administration du travail. Disposant d'un rôle, d'une place et d'un statut singuliers au sein de cette administration, ils sont désormais confrontés à une révolution du sens de leur métier avec les nouveaux développements de la politique de santé au travail.

1. Une figure de médecin inspecteur singulière dans l'administration

Le sort de l'inspection médicale du travail est dès l'origine lié à celui de l'inspection du travail¹. Dans la loi fondatrice du 19 mai 1874, les inspecteurs du travail peuvent se faire accompagner par des experts, parmi lesquels un médecin. D'abord sous forme de missions temporaires (loi du 17 juillet 1937), l'inspection médicale du travail est définie dans sa conception actuelle par la loi du 31 octobre 1941 dont les grandes orientations restent en vigueur :

- les médecins inspecteurs du travail² « exercent une action permanente en vue de la protection de la santé au lieu de leur travail », en liaison avec les inspecteurs du travail³ ; ils rédigent annuellement un rapport qu'ils transmettent au directeur régional de la santé ;
- ils bénéficient des dispositions du code du travail protégeant l'inspection du travail dans l'exercice de ses fonctions : libre entrée dans les locaux, accès à tous documents – données techniques des procédés industriels comprises - pour connaître les conditions de travail des salariés, et droit de prélèvement sur les matières et produits ;
- création d'un « comité permanent⁴ » chargé d'élaborer la doctrine de médecine du travail et de fixer les règles d'action des médecins inspecteurs du travail.

La loi du 7 mars 1944 fusionne l'inspection médicale du travail et celle de la main d'œuvre et le décret du 16 janvier 1947 constitue la base encore actuelle de leur statut. Les fonctions restent essentiellement occupées soit par des contractuels⁵ soit par des vacataires, titulaires du diplôme ou du certificat d'hygiène industrielle et de médecine du travail ou d'un titre scientifique supérieur et inscrits au tableau du Conseil de l'Ordre. Les nominations sont

¹ Cette partie historique emprunte beaucoup d'éléments à la thèse de Mme Larche-Mochel « réflexions sur le droit du travail » soutenue en 1993.

² Employés pour des missions temporaires, rémunérés à la vacation, ils exercent sous l'autorité des trois médecins inspecteurs généraux recrutés sur contrat à durée indéterminée. Le recrutement est effectué par le secrétaire d'Etat au travail, après accord du secrétaire d'Etat à la famille et à la santé.

³ Divers projets de réforme concoctés pendant la guerre proposent de substituer une intervention « à la demande des inspecteurs du travail »

⁴ Dont 1/3 des membres est désigné sur proposition du secrétaire d'Etat à la famille et à la santé. Ce comité sera transformé en « conseil supérieur de la médecine du travail et de la main d'œuvre par décret du 27 décembre 1950.

⁵ Contrat de deux ans maximum, renouvelable par décision expresse, après avis motivé du chef de service.

prononcées par arrêté du ministre du travail et de la sécurité sociale, après avis du ministre de la santé publique et de la population.

La France a maintenu cette conception généraliste des fonctions d'inspection médicale du travail, à l'instar de celle que défend l'inspection du travail⁶.

1.1 Des médecins en difficultés d'intégration dans leur administration

Ces médecins ont longtemps été les mal aimés de leur administration. Nés d'une loi adoptée sous Vichy, vacataires de l'action publique et issus de la médecine du travail financée par les employeurs, ils sont restés en marge des politiques menées par les DRTEFP, faute de moyens, de visibilité et d'orientations sur leurs missions.

1.1.1 Pendant longtemps, les priorités sont ailleurs dans les DRTEFP

1.1.1.1 Une focalisation sur l'emploi et le chômage depuis trente ans

Les administrations comme les partenaires sociaux ont, depuis la montée des chiffres du chômage, mis l'accent sur l'indemnisation, la formation, le reclassement des travailleurs et la revitalisation économique des bassins d'emploi. La politique du travail a été la grande oubliée de cette période. Les inspecteurs du travail, comme leur bras médical les MIRTMO, ont été longtemps pourvus du seul code du travail pour intervenir, sans priorités ni lignes directrices c'est à dire sans avoir les moyens de s'interroger sur la meilleure façon de peser sur la réalité, avec des moyens par définition limités⁷.

1.1.1.2 La figure de l'inspecteur du travail occulte celle du médecin

Dans toute administration, la coexistence entre personnels administratifs, base de l'action généraliste et corps techniques, dotés des connaissances spécifiques à l'action du secteur concerné, n'est pas chose facile, compte tenu des formations reçues et des manières de concevoir la décision.

Au sein de l'administration du travail, le corps de l'inspection du travail assure à la fois les missions techniques d'inspection définies par le code du travail mais aussi les missions d'administration généraliste, de fait plus orientées sur la politique de l'emploi mais pas seulement. Par ailleurs, la figure de l'inspection du travail occupe une place symbolique très forte au sein de cette administration, en raison de ses pouvoirs propres au sein des entreprises, de sa pratique professionnelle, de la force de sa parole collective.

⁶ Le dispositif français a peu d'équivalent ailleurs. Par exemple, la Belgique est organisée en trois inspections spécialisées par matière et par métiers: sociale par des juristes, technique par des ingénieurs et médicale par des médecins.

⁷ Sous réserve des actions prioritaires « santé et sécurité au travail » définies par la DRT depuis les années 1980 des impulsions successives de la délégation à la sécurité au travail et de l'impact de plusieurs directives européennes, en particulier celle relative aux prescriptions minimales de santé et sécurité au travail.

Dans ce contexte, toute autre compétence a du mal à être reconnue pour elle-même. Le médecin inspecteur, longtemps peu présent dans le service, peu sollicité par la hiérarchie, mal positionné par les textes, est en fait un auxiliaire de l'inspecteur du travail, ce dernier étant seul habilité à dire le droit et donc « le vrai ». La répartition des pouvoirs sur les contestations d'inaptitude est à cet égard, révélatrice. D'une certaine manière, dans le schéma traditionnel, le médecin inspecteur ne peut intervenir ni comme inspecteur, ni même comme médecin, au sens d'une compétence à dire ce qui est bon pour le travailleur, du point de vue de sa santé au travail.

1.1.1.3 Les relations difficiles avec les directions, polluées par les « activités dérogatoires »

Les relations restent marquées par les conditions de création du « corps », s'agissant d'une fonction essentiellement précaire, le plus souvent exercée par des vacataires. Dans ce contexte, les activités complémentaires, dites dérogatoires, des MIRTMO étaient inévitables ; d'abord encouragées, elles ont été par la suite seulement tolérées, avec de fortes variations selon les pratiques locales, puis peu à peu interdites au fur et à mesure de l'amélioration du statut.

A l'origine, après guerre, elles sont le fait d'enseignants en faculté, pratiquant expertises et consultations de pathologies professionnelles au sein des hôpitaux, qui occupent une place reconnue dans leur région, façonnant des générations d'étudiants et internes par l'enseignement. La fonction d'inspection est alors l'accessoire de la fonction enseignante.

Par la suite, le champ de ces tâches s'est orienté vers des cumuls de fonctions, en médecine de main d'œuvre (pour l'ANPE ou l'AFPA) et consultations hospitalières. On a même vu un médecin inspecteur, d'un ministère doté de sa propre inspection du travail, en même temps salarié d'un service de santé au travail qu'il devait contrôler. Il n'est guère étonnant que ces présents-absents du service public aient été mal considérés par des directeurs régionaux qui étaient pourtant censés exercer leur autorité administrative à leur égard.

Ces ambiguïtés se sont cristallisées lors d'un conflit mémorable en 2000⁸ dont la sortie de crise, matérialisée par une circulaire, révèle l'ampleur et la gravité pour l'administration. Ce texte⁹ relatif à l'organisation, au fonctionnement et aux moyens de l'inspection médicale, détaille sur plus d'une page les moyens de fonctionnement dont doit bénéficier chaque médecin inspecteur : un bureau individuel garantissant la confidentialité des entretiens, un secrétariat dédié¹⁰, du mobilier de rangement, des moyens de documentation, le droit au remboursement des frais de déplacement, à la formation, matériel bureautique et à un accès à Internet-Intranet.. S'il faut faire la part du contexte, du raidissement d'un certain nombre de médecins plus attachés à la forme qu'au fond, cette liste de pré-requis autant que de revendications concrètes donne la mesure des difficultés d'insertion de ces médecins inspecteurs.

⁸ Grève administrative d'un an et demi pour des motifs salariaux et de positionnement au sein de l'administration.

⁹ Circulaire n°6 DRT-DAGEMO du 5 novembre 2001 (Annexe 1.2) qui fait suite à la circulaire DRT 96-6 du 17 avril 1996 (Annexe 1.1)..

¹⁰ Distinct des moyens supplémentaires dont peut bénéficier le MIRTMO par la présence d'un interne de médecine du travail.

Tout n'a pas été réglé partout depuis et la perception d'électrons libres reste encore assez répandue. Des désaccords s'expriment sur le choix des indicateurs ou les priorités de choix pour des formations. Mais les uns et les autres se situent désormais sur un terrain professionnel de débat classique sur des axes ou priorités d'action, comme a pu le vérifier la mission dans les trois régions qu'elle a pu rencontrer.

1.1.2 Pas de perception d'un corps collectif mais une juxtaposition de parcours personnels

1.1.2.1 L'existence d'une inspection médicale centrale du travail

Les MIRTMO sont placés sous « l'autorité et le contrôle technique du chef de service de l'inspection médicale du travail centrale »¹¹. Héritière d'une vision centralisée de l'organisation de la fonction, conformément aux textes fondateurs, l'inspection médicale centrale assure les missions essentielles de gestion du corps :

- conseiller technique du directeur des relations du travail et placé sous son autorité administrative directe, le chef de service¹² propose les nominations, les notations, les promotions, organise la formation ;
- l'inspection centrale anime les activités des MIRTMO et « contribue par ses travaux et ses avis à la conception et à la mise en œuvre des politiques de santé au travail », veillant à l'application d'une « doctrine médicale commune et cohérente » ;
- le service organise des réunions semestrielles des MIRTMO et assure la synthèse des données statistique et réglementaires de leur activité.

1.1.2.2 Une politique de recrutement centralisée

Le recrutement des MIRTMO se fait dans le seul vivier existant, à savoir la médecine du travail. Sur sollicitation de collègues de la région ou/et en réponse à des annonces sur les revues médicales, les médecins intéressés présentent leur candidature devant une commission nationale ad hoc chargée d'établir une liste d'aptitude aux fonctions : présidée par le directeur des relations du travail, celle-ci comprend un représentant de la DAGEMO, un DRTEFP et un MIRTMO (le plus ancien). Le chef de service de l'inspection médicale du travail assurant les fonctions de rapporteur devant la commission, joue un rôle clef dans la décision d'inscription. A ce titre, il filtre les candidatures en vérifiant les titres (diplôme de médecin du travail), travaux (souvent non publiés), lors d'un entretien de motivation. Formellement, ce sont les DRTEFP qui prennent la décision d'embauche, en choisissant dans la liste établie. Mais le seul choix qui leur reste est en fait celui de ne pas embaucher.

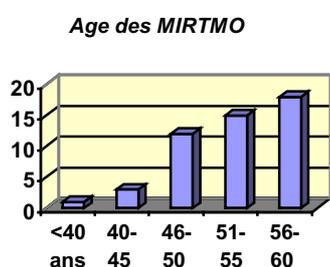
¹¹ Circulaire du 5 novembre 2001 précitée.

¹² Assisté d'un adjoint et d'un médecin inspecteur, également MIRTMO.

Soucieux de faire prévaloir une conception exigeante de la compétence, conformément au décret du 16 janvier 1947 le chef de service écarte tout candidat qui serait devenu médecin du travail par les voies dérogatoires¹³ mises en place pour résorber le déficit constaté et attendu (après 2010) dans les services de santé au travail.

1.1.2.3 Des MIRTMO trop peu nombreux pour être visibles, appelés à se renouveler fortement

Maintenus longtemps à un ou deux par région, les MIRTMO ont vu leurs effectifs plus que doubler depuis 1981 avec une référence de un médecin inspecteur pour 300 000 salariés. Avec un nombre variant de un à sept selon la taille de la région, l'effectif reste modeste avec seulement 49 personnes en 2006.



L'âge moyen est élevé avec 18 médecins inspecteurs de plus de 55 ans et 15 ayant entre 50 et 55 ans. La question des conditions et des profils de recrutement et de l'attractivité des fonctions est dès lors importante, d'autant que 14 postes sont encore aujourd'hui vacants.

1.2 Des médecins inspecteurs qui tiraient leur légitimité de l'extérieur de l'administration

1.2.1 Une compétence technique reconnue

Avant d'être médecin inspecteur, les MIRTMO sont des médecins du travail. Ils sont de ce fait obligatoirement inscrits¹⁴ au tableau du Conseil de l'Ordre. Passés par un internat à visée professionnelle, dans lequel les enseignements ne sont pas trop coupés des réalités du monde du travail¹⁵, leur compétence technique et médicale est rarement mise en question.

¹³ Soit par voie de régularisation ouverte aux médecins en fonctions exerçant sans diplôme (article 28 de la loi 98-735 du 1er juillet 1998 ; article 189 de la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002) sous réserve d'une formation évaluée ; soit par reconversion, (article 194 de la loi de modernisation sociale précitée). Pendant une durée de cinq ans, la loi permet d'exercer la médecine du travail ou la médecine de prévention à la double condition d'exercer une activité médicale depuis au moins cinq ans et d'obtenir un titre en médecine de santé au travail et de prévention des risques professionnels à l'issue d'une formation spécifique d'une durée de deux ans comprenant une partie théorique et une partie pratique en milieu du travail. Voir note du Conseil de l'Ordre sur les voies d'exercice de la médecine du travail (Annexe 2.1).

¹⁴ Décret n48-1671 du 26 octobre 1948.

¹⁵ Exemple de questions aux écrits du concours national de praticien des établissements publics de santé :
 2001 : un ancien calorifugeur se plaint de douleur thoracique et d'altération de l'état général : démarche diagnostique et réparation ; un manutentionnaire manipulant une centaine de pièces par heure se plaint de douleurs volontiers nocturnes au niveau des doigts : démarche diagnostique
 2002 : conduite à tenir en cas d'ébriété aigue en milieu du travail ; diagnostic et étiologies des asthmes professionnels en milieu hospitalier ;

Ils gardent un lien utile avec l'hôpital en assurant fréquemment des consultations de pathologies professionnelles. Attentif aux travaux et recherches, ils participent aux congrès de la profession et publient volontiers des articles dans les revues spécialisées.

Toute cette activité entretient un lien organique et personnel avec les professionnels et les enseignants chercheurs. Cette double relation contribue à donner un contenu scientifique à la discipline de médecine du travail tout en valorisant une expérience professionnelle due à un poste d'observation et d'action privilégié. Cette dimension devrait croître encore avec le développement de travaux sur les expositions aux risques (cf. infra).

1.2.2 Une indépendance source d'interrogations

Du fait de leur origine, les MIRTMO subissent les mêmes critiques que l'ensemble de la médecine du travail, initialement vécue par les salariés comme insuffisamment tournée vers les questions d'hygiène, et encore souvent perçue comme dangereuse pour leur avenir professionnel par les décisions d'inaptitude auxquelles elle participe, en permanence trop liée à l'employeur pour être digne de confiance et surtout peu en mesure de s'intéresser de trop près au processus de production.

Médecins et salariés de droit public, les MIRTMO vivent en outre dans une double dépendance, administrative et technique, hiérarchique et fonctionnelle.

1.2.2.1 Vis-à-vis de l'administration une dépendance administrative et une absence de subordination

En tant que salarié public, les MIRTMO sont placés sous l'autorité administrative directe¹⁶ du DRTEFP, «sauf dans l'exercice des compétences qu'il tient directement de la loi ou du règlement» et sous réserve de l'autorité technique exercée par le chef de service de l'inspection médicale.

Historiquement, l'affirmation d'une absence de subordination est première : une circulaire de 1949 précise :

« il ne saurait exister la moindre subordination entre le médecin inspecteur et le directeur départemental, l'activité des médecins inspecteurs n'étant soumise qu'au contrôle incombant, chacun en ce qui le concerne, au médecin chef du service de l'Inspection médicale et aux directeurs intéressés à l'administration centrale »

Cette règle ne fait que reprendre la notion d'indépendance technique reconnue par le code de déontologie (art 95 devenu R.4127-95 du code de la santé publique) :

« Le fait pour un médecin d'être lié dans son exercice professionnel par un contrat ou un statut à une administration, une collectivité ou tout autre organisme public ou privé n'enlève

2003 : conduite à tenir devant un accident d'exposition au sang chez un agent hospitalier ; démarche diagnostique et conduite à tenir devant une lombosciatique L5-S1 chez une aide soignant de gériatrie.

¹⁶ L'interprétation qui est faite de cet adjectif peut avoir des conséquences sur les choix d'organisation.

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 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. »

En commentaire, le Conseil de l'Ordre indique qu'il ne peut y avoir de subordination ou de dépendance, vis-à-vis de l'établissement ou de l'organisme qui emploie le médecin, que du point de vue administratif (horaire, organisation du service...).

En pratique, les MIRTMO sont évalués à trois niveaux successifs : le directeur régional, le chef de service de l'inspection médicale du travail et le directeur des relations du travail. La présence d'un haut fonctionnaire en notateur final montre le lien organique reconnu avec la hiérarchie administrative.

1.2.2.2 Un contrôle du Conseil de l'Ordre particulièrement vigilant sur les conditions d'exercice

Le Conseil de l'Ordre a toujours été très critique vis-à-vis de la médecine du travail, craignant qu'elle se développe au détriment de la médecine libérale soignante. Il n'a eu de cesse de faire interdire tout acte, même en pratique limitée et dérogatoire¹⁷, réduisant un moyen pour les médecins du travail de gagner la confiance des salariés. De même, il tentera de bloquer la parution du décret instituant le certificat de spécialité pour exercer la médecine du travail, pourtant prévu par la loi de 1946¹⁸.

Plus largement, le Conseil de l'Ordre est habilité à viser tous les contrats signés par les médecins, y compris salariés¹⁹ lui doivent lui être soumis pour avis (article 84 codifié au R.4127-84 du code de la santé publique) :

« L'exercice habituel de la médecine, sous quelque forme que ce soit, au sein d'une administration de l'Etat, d'une collectivité territoriale ou d'un établissement public doit faire l'objet d'un contrat écrit, hormis les cas où le médecin a la qualité d'agent titulaire de l'Etat, d'une collectivité territoriale ou d'un établissement public ainsi que les cas où il est régi par des dispositions législatives ou réglementaires qui ne prévoient pas la conclusion d'un contrat.

Le médecin est tenu de communiquer ce contrat à l'instance compétente de l'ordre des médecins. Les observations que cette instance aurait à formuler sont adressées par elle à l'autorité administrative intéressée et au médecin concerné. »

¹⁷ Sur recours de la CSMF et du Conseil de l'Ordre, le Conseil d'Etat annule le 23 janvier 1948 l'article 15 du décret de 1946 qui autorisait un exercice soignant réduit par les médecins du travail.

¹⁸ Cité par Stéphane Buzzi, Jean-Claude Devinck et Paul-André Rosental dans « la santé au travail « 1880-2006.

¹⁹ Pour le Conseil de l'Ordre, seuls échappent à cette obligation « les médecins qui n'ont pas la qualité d'agents contractuels mais celle de fonctionnaires titulaires, ainsi que ceux qui sont régis par des dispositions législatives ou réglementaires qui ne prévoient pas la conclusion d'un contrat ».

En l'espèce, il a longtemps donné un avis systématiquement négatif aux contrats d'embauche des MIRTMO qui lui étaient soumis, estimant qu'ils ne faisaient pas suffisamment référence aux obligations déontologiques. Le contrat a été modifié récemment et porte maintenant la mention « ...exercera ses fonctions dans le respect des dispositions du code de déontologie médical ».

Enfin, le Conseil de l'Ordre, appelé à émettre des avis à l'occasion des réformes, a émis des recommandations très précises sur le dossier médical informatisé utilisé par les services de santé au travail²⁰ puis critiqué plusieurs dispositions du décret du 28 juillet 2004 sur la médecine du travail²¹.

1.2.2.3 Vis-à-vis des services de santé au travail : une proximité problématique

Par construction, les MIRTMO sont issus des services de santé au travail qu'ils sont chargés de contrôler, qui plus est sans avoir changé de région lors de ce changement de fonctions. Cette seule énumération illustre les ambiguïtés de cette fonction, plus organisée comme un déroulement de carrière que comme une modification radicale de leur posture de travail. Or, le seul point commun entre ces deux métiers est le champ de la santé à traiter. Pour le reste, tout change : l'employeur (l'Etat au lieu d'une structure d'entreprise ou inter entreprise), le niveau de responsabilité (l'entreprise ou le bassin d'emploi ou le secteur dans le premier cas, une région, des branches dans le second), ce qui est attendu enfin (le suivi effectif des salariés prioritaires et l'étude des postes et conditions de travail dans un cas, le contrôle de la réglementation et l'intégration dans un processus administratif d'ordre médico-légal dans le second).

Certes, on peut avancer que la qualité de médecin du travail transcende les postures différentes, que la continuité l'emporte sur la rupture et que les liens tissés dans la région sont autant d'atouts pour faire progresser les actions²², surtout en l'absence de pouvoirs de contrainte, pour l'essentiel. Si l'absence de mobilité obligatoire est une des caractéristiques de la fonction médicale, quel qu'en soit le mode d'exercice, le passage à un nouveau métier est toujours précédé d'un temps de formation. Ce n'était pas le cas jusqu'à la session de formation systématique des médecins en fonction mise en place depuis deux ans, initiative qui ne répond encore pas directement au souci de prise de distance vis-à-vis des services.

Cette situation, aggravée par un recrutement exclusif et endogame a toujours gêné l'administration centrale et orienté ses projets de réforme du statut, y compris en envisageant de fonctionnariser le corps. Corporatisme ambiant ou volonté réduite de revaloriser les mission des intéressés, rien n'a pu aboutir à ce jour.

²⁰ Rapport janvier 2003 mis à jour en juin 2004 annexe 2.2

²¹ Communiqué du 17 juin 2005. annexe 2.3

²² Tel médecin du travail rencontré par la mission argumente en ce sens, estimant qu'il faut bien connaître pour contrôler et que pour bien conseiller, il faut que le demandeur soit en aptitude à « métaboliser » le conseil et avoir disponibilité pour mettre en œuvre.

1.2.3 *Un statut ambigu et multiple*

1.2.3.1 *Les MIRTMO sont régis par trois types de contrats selon leur date d'embauche.*

Le premier, pour les personnes entrées avant 1984, concerne quatre personnes - dont le chef de service - recrutées sur titre et nommées par arrêté ; il prévoit expressément un droit aux « activités dérogatoires ».

Depuis 1984²³, les nouveaux embauchés sont passés en contrat à durée déterminée de trois ans renouvelable, conformément au nouveau statut de la fonction publique d'Etat. Sans changement de rémunération, il contraint les intéressés à renoncer à toute autre activité ; certains sont repartis mais la plupart ont donc conservé des « activités dérogatoires », l'administration fermant les yeux.

Après la mise en évidence de difficultés croissantes de recrutement, le conflit de 2000-2001, la grille de rémunération a été sensiblement revalorisée, par alignement sur celle du CISME (syndicat employeur des médecins du travail) avec reprise partielle puis totale de l'ancienneté.

La dernière version de cette grille résulte d'une décision de la DAGEMO, établissant un barème de rémunération annuelle proportionnel à l'ancienneté et évoluant comme suit :

<i>Barème MIRTMO</i>	<i>A partir du 1/07/2006</i>
Après 15 ans de service	66 491.37€
Après 10 ans de service	60 056.72€
Après 5 ans de service	55 766 .96€
Dès le recrutement	51 477.19€

La seule indemnité complémentaire prévue (1300€/an) est allouée pour la participation aux comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles. La décision fait référence à la réglementation des cumuls issue du décret du 29 octobre 1936.

Ce statut devient plus avantageux que celui des MISP, réserve faite du plafonnement de la carrière à 15 ans au bout desquels la rémunération maximale est atteinte²⁴.

Pour intéressantes qu'elles apparaissent pour les médecins, ces évolutions ne répondent pas à la question plus large du statut dans une administration d'Etat.

²³ L'article 3 de la loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires impose que tous les emplois civils permanents de l'Etat soient occupés par des fonctionnaires. La loi 84-16 du 11 janvier 1984 portant statut de la fonction publique de l'Etat a, par dérogation, autorisé le recrutement de contractuels, pour des durées de trois ans renouvelable une fois, lorsque la nature des fonctions ou les besoins des services le justifient, notamment pour des fonctions hautement spécialisées. La limite temporelle de reconduction a été levée par l'article 76 de la loi n°87-588 du 30 juillet 1987 en autorisant désormais les renouvellements exprès. La jurisprudence européenne vient de contraindre la France à reconnaître de durée indéterminée les contrats à durée déterminée renouvelés par deux fois.

²⁴ Les MIRTMO, comparant avec leur ancienne protection sociale, notent que l'alignement sur l'augmentation du point Fonction publique se fait avec retard et qu'ils ne bénéficient ni de participation de l'employeur à la prévoyance ni d'un 13^{ème} mois, à l'inverse des dispositions de la convention collective des médecins du travail. Ils évaluent à 25% la perte de rémunération consécutive à leur changement de fonctions.

1.2.3.2 Chacun semble se satisfaire du statut actuel

C'est en 1989 que le directeur des relations du travail se prononce en faveur d'un statut de fonctionnaires. La même position est reprise par son successeur en 1998. Pour leur part, les MIRTMO rencontrés font état aujourd'hui d'une revendication permanente à la titularisation que l'administration aurait en permanence contrecarrée que ce soit sous la forme d'une intégration dans le statut des praticiens hospitaliers, ou celui des MISP²⁵. Ce sont des mesures d'amélioration indicielle qui finissent par déboucher sans que la question statutaire soit traitée.

La mission n'a pu obtenir de réponse convaincante à ses interrogations sur l'absence de modification substantielle de leur statut. C'est peut-être que cette question est directement liée à la vision qu'a l'administration du travail de ses relations avec le monde de la santé publique. Dit autrement, la méfiance est encore trop grande aujourd'hui (cf. infra) entre les administratifs comme entre les techniciens pour que les positions de principe adoptées par les hiérarchies aient pu se traduire en modification statutaire prochaine, que ce soit sous forme d'une intégration ou plus encore de corps unique de praticien de santé. Aussi, la mission estime que c'est en travaillant à des collaborations entre les secteurs, sur des bases respectant clairement l'identité et les particularités de chaque secteur, que l'intérêt d'un rapprochement se manifesterait et pas l'inverse.

²⁵ Le rapport sur « la réforme du statut des médecins inspecteurs du travail » établi en mars 2001 par M Claude Chetcutti, membre honoraire de l'IGAS et Daniel Furon, professeur de médecine du travail à Lille II, finissait par écarter l'hypothèse d'une intégration dans des statuts existants au profit de la création d'un corps spécialisé.

2. Un métier en révolution

A l'origine (décret du 16 janvier 1947), le MIRTMO a trois attributions essentielles :

- au titre de la sécurité sociale, transmettre aux caisses les statistiques dont il dispose sur les risques de maladies professionnelles et accidents du travail, participer aux comités techniques régionaux de la sécurité sociale pour préparer les mesures de tarification et de prévention ;
- assurer l'examen médical des travailleurs en vue de leur orientation professionnelle ou leur reclassement et l'envoi de ceux qui sont devenus inaptes ou diminués vers des centres de rééducation ;
- exercer une action permanente pour la protection des travailleurs sur leur lieu de travail et contrôler le fonctionnement des services médicaux du travail.

2.1 Une vision très morcelée des attributions

2.1.1 Des missions éparses

On chercherait en vain dans le code du travail une section rendant compte d'un champ d'attributions précis de l'inspection médicale du travail. Le code du travail est presque muet, à l'exception²⁶ de l'article L 612-1²⁷ et 2 qui constituent un chapitre 2 juste après l'inspection du travail dans un titre consacré aux services de contrôle :

« Les médecins inspecteurs du travail exercent une action permanente en vue de la protection de la santé physique et mentale des travailleurs au lieu de leur travail et participent à la veille sanitaire au bénéfice des travailleurs. Leur action porte en particulier sur l'organisation et le fonctionnement des services médicaux du travail prévus aux articles L. 241-1 et suivants. Les médecins inspecteurs du travail agissent en liaison avec les inspecteurs du travail et coopèrent avec eux à l'application de la réglementation relative à la santé au travail ».

Leurs compétences sont essentiellement définies par référence à celles de l'inspection du travail. Ainsi, Les MIRTMO disposent des mêmes pouvoirs que l'inspection du travail, sauf celui de mettre en demeure et de dresser procès-verbal²⁸.

Les références sont souvent éparses dans divers articles des codes du travail, rural ou de la santé publique²⁹. Plus globalement, l'article 5 du décret du 28 décembre 1994, dispose :

²⁶ L'article L611-7 du code du travail relatif à des missions temporaires concernant l'hygiène des travailleurs qui peuvent être confiées par le ministre visé des « médecins conseils de l'inspection du travail » et non les MIRTMO en tant que tels.

²⁷ Loi n° 73-4 du 2 janvier 1973 modifiée par la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 art. 191.

²⁸ Article L612-1 du code du travail.

²⁹ Exemple de la mission de veille sanitaire depuis 2002.

"Le médecin inspecteur régional du travail et de la main-d'oeuvre concourt à l'ensemble des missions des services déconcentrés du ministère du travail. A ce titre, il formule les avis et prend les décisions prévues par la loi et les règlements. Il est notamment chargé de l'étude des risques professionnels et de leur prévention. Il exerce une mission d'information au bénéfice des médecins du travail et des médecins de main-d'oeuvre. Il est chargé du contrôle technique de l'activité des médecins de main-d'oeuvre".

2.1.2 Une tentative de regroupement pas encore aboutie dans la circulaire de 1996

Il faut lire la circulaire du 17 avril 1996 pour avoir une vision relativement complète et commentée de leur missions, autour de quatre blocs :

- une participation aux actions des services déconcentrés « *en tenant compte tout particulièrement du développement de la démarche d'évaluation des risques, de l'épidémiologie et de la recherche pour identifier, caractériser et prévenir les risques professionnels* » ;
- conseil et assistance du DRTEFP : carte de compétence des service de santé au travail, avis sur recours sur le choix du service, rapport annuel sur la médecine du travail, avis sur les ristournes de cotisation de sécurité sociale, recours de l'employeur contre les injonctions à prendre des mesures de prévention et avis sur ces plans, mise en place de conventions d'objectifs ;
- appui technique à l'inspection du travail, aux services de santé au travail, de main d'œuvre et à la COTOREP à travers une série d'attributions ; il doit répondre aux divers cas dans lesquels il doit être saisi par l'inspection du travail³⁰ ; pour les service de santé au travail, il adresse des observations aux médecins, enregistre les titres de médecine du travail donne son avis au médecin du travail sur les décisions d'inaptitude, est saisi des différends portant sur les examens complémentaires, peut avoir communication du dossier du salarié, participer à des études épidémiologiques et animer des actions de formation des médecins du travail ;
- un rôle propre d'expert pour diverses taches très spécifiques: réception des rapports de médecine du travail des établissements de santé, fourniture d'informations aux CRAM, avis sur les contestations d'inaptitude du médecin de prévention dans la fonction publique.

Il ressort de cet inventaire une vision très morcelée des compétences, des taches impossibles à satisfaire intégralement, une position constante d'avis pour tiers mais pas de pouvoir décisionnel³¹, comme si le médecin inspecteur n'était sollicité pour son éclairage médical par les institutions administratives que pour une vision très individuelle ou partielle des problèmes.

³⁰ Nomination, licenciement, changement de secteur d'un médecin du travail, recrutement des infirmier(e) s du travail, emplois réservés aux travailleurs handicapés, prélèvements et mesures, dérogations relatives aux examens médicaux. L'avis du médecin inspecteur régional est également sollicité dans l'instruction de recours concernant l'avis d'aptitude.

S'agissant des conditions de travail spécifiques aux femmes et aux jeunes, lorsque le travail confié aux jeunes de plus de 16 ans excède leur force, les inspecteurs du travail ont le droit d'exiger leur renvoi de l'établissement sur l'avis conforme de l'inspection médicale du travail et de la main-d'œuvre.

³¹ Le seul cas inverse concerne les examens complémentaires à prescrire pour un salarié en cas de contestation d'un avis d'inaptitude.

Cette perception est renforcée par les limites portées à son champ d'intervention : intégrale pour le secteur privé, la compétence de l'inspection médicale du travail est partielle en agriculture (inaptitude et conditions de travail), dans la fonction publique territoriale (inaptitude et reclassement), déclinée par des textes spécifiques pour la fonction publique hospitalière et exclue pour la fonction publique d'Etat et les transports.

2.1.3 Un rôle important mais peu visible : l'animation du réseau de médecins du travail

A partir de leurs compétences de vérification des moyens mis à disposition du service de santé au travail par l'employeur, base essentielle de l'agrément des services, les MIRTMO ont développé une fonction d'animation de réseau, faite de réponse à des questions de droit ou de pratique professionnelle, de séances d'information formation sur des questions techniques ou d'actualité. Echappant au contrôle du DRTEFP, elle marque le territoire propre des MIRTMO, le degré de reconnaissance dont ils bénéficient par leurs pairs et caractérise leur degré de capacité à s'extraire de leurs anciennes fonctions.

C'est grâce à ce type d'investissement que peuvent se mettre en place des enquêtes de terrain de type SUMER³², entièrement soumises à leur bonne volonté. Au-delà de l'investissement personnel de tous ceux qui se passionnent pour leur activité, il manque pourtant un support de mobilisation organisé de la médecine du travail au service de la santé publique.

2.1.4 Une observation de la répartition du temps de travail dont émergent quatre groupes de tâches

Un rapport d'activité est prévu pour les MIRTMO mais pas toujours rédigé, compte tenu de l'accroissement de leur charge de travail. Le modèle utilisé devra être revu car il n'est d'ailleurs plus adapté à leurs missions. L'inspection médicale centrale du travail a fait parvenir à la mission les résultats d'une enquête effectuée auprès des MIRTMO concernant la répartition de leur temps de travail en fonction des missions. Sur les 27 (sur 47) qui ont répondu, quatre missions apparaissent très consommatrices de temps : les contestations sur avis d'inaptitude, les agréments et suivis des service de santé au travail, le travail d'animation de réseau déjà signalé et la formation. Accessoirement, les écarts mentionnés dans les colonnes minimum et maximum montrent des degrés de priorités très variables selon les régions et les personnes. [0]

Le temps globalement très faible consacré à la participation à la définition de la politique du travail au sein des CTRI confirme l'insuffisante intégration des MIRTMO dans le travail des équipes de direction sur un thème où ils auraient toute leur place. De même, les taux de participation aux divers plans : PRSE, PRSP, PST et aux cellules régionales d'appui apparaissent, sauf exceptions, notablement insuffisants au regard des ambitions du PST et de sa nécessaire articulation avec les politiques régionales de santé publique.

³² Enquête par sondage, conjointe inspection médicale du travail/DARES ; lancée début 1987 modifiée en 1991 et 2002 ; elle implique 1800 médecins du travail volontaires et non rémunérés, (300 en IDF) qui acceptent de répondre à des questionnaires portant sur les conditions de travail ; c'est un outil précieux pour observer les conditions de travail et les maladies professionnelles émergentes par branches, hors fonction publique, sur les thèmes enquêtés.

Activités des MIRTMO 2004-2005

	2004	2005	Minimum	Maximum
<i>Agréments et suivi des STT</i>	13,3 %	11,8 %	6% pour 1 MIRTMO	20% pour 3 MIRTMO
<i>Contestation L.241-10-1</i>	11,3%	12,3%	3% pour 3 MIRTMO	De 20 à 40% chez 4 MIRTMO
<i>Animation, mobilisation et conseils aux acteurs de santé au travail</i>	19,8%	18,1%	10%	47%
<i>Participation aux divers plans : PRSE, PRSP, PST</i>	7,5%	7,6%	0%	20%
<i>Participation aux cellules régionales d'appui</i>	7,5%	7,6%	0% pour 7 MIRTMO	40% pour 1 MIRTMO
<i>Participation à la veille et à l'alerte (MCP, TMS avec ou sans l'InVS) et différentes enquêtes</i>	6,9%	7,8%	0% pour 6 MIRTMO	40 % pour 1 MIRTMO
<i>Réseau « alerte de l'IMTMO</i>	4,3%	3,6%	0,25%	10%
<i>CRRMP</i>	5,3%	4,9%	1%	12%
<i>Etude RAF³³, RAM, statistiques, diffusion des données</i>	6%	4,9%	0%	10%
<i>Participation à la définition de la politique du travail (CTRI)</i>	0,9%	0,9%	0% pour 20 MIRTMO	10% pour 1 MIRTMO
<i>Participation à la mise en œuvre de la politique du travail</i>	6,2%	6,3%	0,1%	12%
<i>Divers autre (dont formation à Rennes)</i>	15,2%	14,5%	0%	40% (formation à Rennes comprise)

Source : enquête nationale inspection médicale centrale du travail

En contrepoint, le rapport d'activité de l'inspection médicale du travail d'Ile de France pour 2004 fait apparaître une surreprésentation des activités qui ne sont pas directement liées au code du travail.

Activité 2004 inspection médicale du travail Ile de France

	Agrément	inaptitude	Enregistrement diplômes	Enquêtes	Groupes de travail DR	Réunions inspection du travail	Réunions internes	Autres : animation SST, recherche, Sumer, groupes nationaux
<i>Nb ½ journées</i>	120	321	18	35	125	39	184	1141
<i>Moyenne MIRTMO</i>	20	53.5	3	5.83	20.83	6.5	32.3	190
<i>% total</i>	6.2	16.1	0.9	1.7	6.27	1.9	8.7	57.2

Source inspection médicale du travail Ile de France

Au-delà des chiffres et de leurs inévitables approximations, ce compte rendu d'activité tend à montrer que les MIRTMO se sont ici organisés pour orienter leur activité vers des missions nouvelles, plus récentes. Ceci peut résulter d'une faiblesse des saisines obligatoires ou d'un choix conscient pour évoluer vers des missions plus porteuses de sens. A l'inverse, il ne faudrait pas que cela conduise à un abandon des missions régaliennes, et de la participation aux cellules pluridisciplinaires d'appui à l'inspection du travail.

³³ Rapport annuel sur l'organisation et le fonctionnement des services de santé au travail.

2.2 Deux missions traditionnelles dans lesquelles la plus-value du MIRTMO est incertaine

2.2.1 Une instrumentalisation de l'avis sur contestations sur inaptitude

2.2.1.1 Une procédure d'avis médical du MIRTMO au service d'une décision administrative de l'inspecteur du travail

L'employeur comme le salarié peuvent contester l'avis d'aptitude ou d'inaptitude³⁴ du médecin du travail auprès de l'inspection du travail. La contestation s'applique « à toute difficulté ou désaccord » et peut porter sur les conclusions (apte ou non), leur portée (tout poste dans l'entreprise) et comporter des recommandations à l'employeur pour sa recherche de postes de reclassement.

C'est l'inspecteur du travail qui doit enquêter en sollicitant obligatoirement le MIRTMO, mais sans être lié par son avis, sauf certains cas³⁵. L'inspecteur du travail doit ainsi rechercher si le médecin du travail a exploré toutes les possibilités d'aménagement du poste de travail, apprécier si les propositions formulées par le médecin du travail sont suffisamment précises pour permettre à l'employeur de remplir son obligation de reclassement et examiner, via l'avis du MIRTMO³⁶, le fondement médical à l'origine de la reconnaissance de l'inaptitude.

L'inspecteur du travail doit se prononcer sur l'aptitude médicale du salarié. La jurisprudence administrative qui l'admet depuis 1991³⁷, a précisé en 2003³⁸ qu'il s'agit d'aptitude médicale et non de ses capacités professionnelles. Pour motiver sa décision, il ne peut se contenter de faire référence à l'avis du MIRTMO³⁹.

Au total, l'articulation des compétences dans cette procédure ne laisse pas d'étonner. Hors de tout champ statutaire, un fonctionnaire est conduit à décider de l'existence et d'un degré d'aptitude médicale, manifestant ainsi une subordination médicale aussi inhabituelle que déplacée, pour les deux parties d'ailleurs. La figure totipotente de l'inspection du travail se révèle ici, sans justification réelle pour les intéressés rencontrés par la mission.

2.2.1.2 Des recours croissants qui transforment le sens de l'avis sollicité

La question de l'aptitude est au centre d'enjeux de plus en plus conflictuels au sein des entreprises. Avec le vieillissement des salariés (47 ans de moyenne d'âge en PACA par

³⁴ Depuis une loi du 6 décembre 1976 codifiée au L241-10-1 du code du travail.

³⁵ Plusieurs décrets prévoient un avis conforme et un délai pour statuer : agents CMR, agents chimiques dangereux, rayonnements ionisants et travail en milieu hyperbare.

³⁶ D'autant plus difficile à rendre que les tribunaux lui imposent d'apprécier l'aptitude à la date de l'examen alors qu'un long délai peut s'être écoulé avec la saisine initiale.

³⁷ CE 4 octobre 1991 Société OCPR c/ Mme Barbier

³⁸ CE 3 décembre 2003 Ministre de l'équipement des transports et du logement c/Mme X

³⁹ Ces éléments sont repris dans une circulaire de la DRT n° 2004-06 du 24 mai 2004.

exemple), l'aptitude ou poste de travail devient une question majeure pour le fonctionnement productif des entreprises. La tentation peut aussi exister d'utiliser la procédure d'inaptitude comme un moyen soit d'être licencié soit d'accéder à la retraite pour invalidité, pour anticiper un départ en retraite. Enfin, la multiplication des avis d'inaptitude à tout poste émis par les médecins du travail, peut, au-delà des situations dans lesquelles la santé du travailleur est effectivement spécialement menacée, être un moyen détourné pour le médecin du travail de signaler une dégradation générale des conditions de travail⁴⁰.

Corrélativement, on assiste à une instrumentalisation croissante de la procédure de contestation des avis d'aptitude par les deux parties auprès de l'inspection du travail et des MIRTMO. Derrière l'avis d'inaptitude peut se cacher un licenciement transactionnel sur fond d'invocation de harcèlement moral. En PACA, on estime entre 25 et 30% l'augmentation des sollicitations en un an.

Ce sujet soulève un double problème :

- une répartition des compétences entre compétence médicale et administrative qui conduit l'inspecteur du travail à décider d'une question qui n'est, par définition, pas de son ressort⁴¹ ; dans le cadre de cette enquête, la seule mesure à proposer serait de rendre le MIRTMO décisionnel ou de lui donner une compétence d'avis conforme systématiquement, comme c'est déjà prévu dans des situations d'exposition les plus dangereuses, sous-entendu là où sa compétence est vraiment déterminante. A tout le moins serait-il souhaitable de distinguer ce qui relève du reclassement professionnel, apprécié par l'inspecteur du travail, de ce qui relève de l'aptitude médicale, évaluée par le MIRTMO
- compte tenu des sollicitations croissantes pesant sur l'inspection du travail comme les MIRTMO dans le cadre d'une procédure de plus en plus dévoyée par le employeurs comme les salariés, la question se pose également d'une remise en cause plus radicale de leur intervention, dont les contours dépassent le champ de cette étude mais dont la mission souhaite poser le principe, au titre d'une réflexion sur les priorités de tâches pour les MIRTMO. Repenser l'aptitude est d'ailleurs devenu un des chantiers du plan santé au travail⁴².

2.2.2 L'agrément à la recherche d'un contenu

Dans le cadre d'une mission de contrôle l'IGAS a récemment étudié⁴³ de façon approfondie la façon dont était mise en œuvre la réglementation sur ce point dans plusieurs DRTEFP⁴⁴. Le diagnostic de la mission était sans appel⁴⁵.

⁴⁰ Le médecin du travail dispose pourtant d'autres moyens pour attirer l'attention de l'employeur, que ce soit directement (au sein du CHSCT ou à l'occasion de son rapport annuel).

⁴¹ Selon nos interlocuteurs, de nombreux inspecteurs du travail sont mal à l'aise sur ces dossiers.

⁴² Objectif 4 fiche 4.3.

⁴³ L'agrément des services de santé au travail ; rapport n° 2004-038 présenté par Mme Aubin, M Duhamel et Lejeune en mars 2004.

Ce rapport faisait suite à une mission d'étude consacrée à la prévention sanitaire en milieu de travail rendue par H. Zeggar, J. Roux, P. de Saintignon, en février 2003.

⁴⁴ Alsace, Basse-Normandie, Ile de France, Nord-Pas-de-Calais, Pays de la Loire, Rhône-Alpes.

Au final vingt-sept recommandations étaient formulées⁴⁶ La mission présente souscrit intégralement à l'analyse et aux propositions précédentes sur ce point. Certaines organisations syndicales sont encore plus sévères⁴⁷, estimant que les MIRTMO ne s'investissent pas dans le contrôle du fonctionnement des services de santé au travail, que la procédure n'a aucune incidence sur la santé des travailleurs, qu'il est essentiel que les missions des médecins du travail soient cadrées par des objectifs collectifs de santé publique et que leur rapport annuel d'activité devienne une source d'informations sur l'état de santé des salariés au lieu d'être une compilation d'actes dépourvus de sens.

La mission ajoute que le MIRTMO n'a qu'une compétence d'avis technique sur les éléments d'appréciation qualitative du dossier. Ce qui touche à la planification devrait relever de compétences administratives de la DRTEFP, à l'instar du partage de compétences qui prévaut en planification sanitaire et médico-sociale⁴⁸. La logique de fonctionnement en binôme, très présente dans les services déconcentrés des affaires sociales, gagnerait à être partagée par le secteur emploi-travail.

Enfin, la logique contractuelle doit être explorée dans ses potentialités. Quand la technique des contrats d'objectifs et de moyens a été instaurée dans le champ de la santé et de la protection sociale, personne ne croyait à son développement. L'outil a été approprié par tous les acteurs et est devenu le levier majeur de tous les changements quantitatifs et qualitatifs dans le secteur. Cela impose toutefois à la tutelle d'appivoiser le contrat comme un outil de dynamique de transformation, et de le reconnaître comme porteur de régulation efficace au même titre qu'une réglementation, au moins pour les sujets qui ne relèvent pas de l'ordre public social.

⁴⁵ « Cette procédure vise à assurer que les moyens et l'organisation des services leur permettent d'exercer correctement leur mission de protection de la santé des travailleurs. Elle constitue la contrepartie de la délégation qui est faite aux entreprises d'une mission s'apparentant de fait à une mission de service public.

La mise en œuvre de la procédure d'agrément relève de l'improvisation permanente : absence de vision d'ensemble, défaut de pilotage, hétérogénéité des pratiques, manquements à la réglementation et décisions irrégulières sont monnaie courante. Il n'est pas rare que des services fonctionnent sans agrément pour une plus ou moins longue période. Nombre d'entre eux sont agréés alors qu'ils ne remplissent pas les conditions réglementaires.

La détérioration du dispositif traduit aussi le faible niveau de priorité accordé à ce dossier tant dans les directions régionales – où les médecins inspecteurs sont souvent laissés à eux-mêmes sans beaucoup d'appui ni d'orientations – qu'au niveau de l'administration centrale, dont l'absence de doctrine et le défaut de pilotage sont patents.

Les dispositions prévues n'offrent pas de garanties quant au développement effectif du temps consacré aux activités de prévention en milieu de travail, qui devrait être la contrepartie des assouplissements accordés en termes de visites médicales obligatoires. Elles s'en tiennent à une logique de moyens qui n'est plus adaptée à l'évolution des approches de la santé au travail et ne s'intéressent guère à la qualité des prestations rendues, ni à leur impact sur la santé des salariés ».

⁴⁶ Voir le rappel des propositions du rapport en Annexe 6.

⁴⁷ Note de la CFDT en réaction au rapport précité.

⁴⁸ Un exemple d'avis sur un renouvellement d'agrément est joint en annexe 3 ; il illustre l'absence de données médicales et l'importance des références procédurales.

2.3 L'irruption de la santé au travail redonne un sens à l'action

2.3.1 *Le drame de l'amiante est à l'origine d'une responsabilisation de tous les acteurs*

Le drame de l'amiante⁴⁹ a agi comme un révélateur des insuffisances de la prévention des risques professionnels en France et des limites de l'action des corps de contrôle (inspection et médecine du travail), pourtant dotés des instruments juridiques nécessaires. Ce matériau était suspecté depuis le début du siècle d'être hautement pathogène et les liens entre l'exposition prolongée et les mésothéliomes (cancers de la plèvre) avaient été identifiés dès 1935.

En droit du travail, le principe constant est celui de la responsabilité de l'employeur vis-à-vis de ses salariés. Ceux-ci sont évidemment les premiers impliqués dans l'usage des matériaux. Mais depuis l'affaire du sang contaminé, la justice demande également aux fonctionnaires de l'Etat de rendre compte de leur action ou inaction, y compris et surtout au niveau pénal. Saisis par des associations de victimes, les différents ordres de juridiction ont établi des responsabilités à tous les niveaux et remis en cause plusieurs principes fondamentaux qui régissaient l'équilibre des relations du travail dans le domaine de la santé au travail, bien au-delà de l'amiante:

- le compromis social établi par la loi du 9 avril 1898 sur la réparation des accidents du travail⁵⁰ (présomption d'imputabilité, réparation forfaitaire⁵¹ fondée sur un partage de responsabilités, immunité civile de l'employeur sauf faute intentionnelle ou inexcusable) a été mis à bas : s'appuyant sur une directive européenne⁵², la Cour de Cassation a jugé que les employeurs, sont tenus à une obligation de sécurité vis à vis de leurs salariés, qui a la nature d'une obligation de résultats et non de moyens⁵³. La faute inexcusable, exceptionnelle auparavant, devient progressivement la règle, définie par extension⁵⁴ comme un manquement à l'obligation de sécurité ;
- la juridiction administrative a également jugé l'Etat responsable pour avoir tardé à agir⁵⁵ : la décision du Conseil d'Etat s'appuie sur les carences de l'Etat dans le respect de ses obligations générales en matière de prévention des risques professionnels, et de surveillance sanitaire des salariés : « *il incombe aux autorités*

⁴⁹ Matériau fibreux, obtenu par broyage de roches a été largement utilisé (150 000 tonnes par an en France) pour ses qualités d'isolation acoustique et thermique ; l'inhalation des fibres qu'il contient attaque les tissus pulmonaires, génère fibroses ou pleurésies et mésothéliomes, forme de cancer incurables. Avec 2000 décès par an, la France est un des pays les plus touchés ; on prévoit de 50 à 100 000 morts dans les dix ans.

⁵⁰ Etendu aux maladies professionnelles par la loi du 25 octobre 1919.

⁵¹ La création du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante a fragilisé le principe de réparation forfaitaire.

⁵² Directive du 12 juin 1989 sur la santé des travailleurs : article 5-1 : « l'employeur est obligé d'assurer la sécurité et la santé des travailleurs dans tous les aspects liés au travail ».

⁵³ Cass. social arrêts 28 février 2002 pour les accidents du travail et 11 et 23 mai 2002 pour les maladies professionnelles.

⁵⁴ En effet, si tout accident du travail révèle un manquement de l'employeur à son obligation de sécurité de résultat, le manquement ne constitue pas, pour autant, une faute inexcusable de l'employeur. Débiteur d'une obligation de résultat, l'employeur doit prendre toutes les précautions et pas seulement certaines précautions, mais sa responsabilité au titre de la faute inexcusable ne sera engagée que s'il avait ou devait avoir conscience du danger auquel était exposé le salarié.

⁵⁵ CE 3 mars 2004. Les premières mesures d'interdiction, plus ambitieuses que dans la plupart des pays, datent du décret du 17 août 1977.

publiques chargées de la prévention des risques professionnels de se tenir informées des dangers que peuvent courir les travailleurs dans le cadre de leur activité professionnelle, compte tenu notamment des produits et substances qu'ils manipulent ou avec lesquels ils sont en contact, et d'arrêter, en l'état des connaissances scientifiques, au besoin à l'aide d'études ou d'enquêtes complémentaires, les mesures les plus appropriées pour limiter et si possible éliminer ces dangers »

2.3.2 Cette affaire illustre les carences du système français de santé au travail au regard des enjeux de la santé publique

L'IGAS a déjà analysé⁵⁶ les limites et carences du système français de prévention sanitaire en milieu du travail. La mission notait que le rattachement du système de prévention à la sécurité sociale (branche accidents du travail-maladies professionnelles) et sa déconnexion des systèmes de santé publique avait conduit à placer la réflexion et les débats à l'intérieur du cadre de négociations des partenaires sociaux, dans des temps et des schémas par trop éloignés des préoccupations de réactivité liées aux risques sanitaires, L'émiettement des responsabilités empêchait de déceler les risques suffisamment tôt pour être en mesure de les prévenir.

2.3.2.1 La faillite d'un système de prévention et d'expertise laissé aux seuls partenaires sociaux

L'ensemble de la chaîne de prévention, expertise et détection dérèglements collectifs de la santé en milieu de travail, mise en échec dans l'affaire de l'amiante, a interpellé les différents acteurs. La délégation par l'Etat de la prévention en milieu de travail à la sécurité sociale n'aurait pas dû l'exonérer de la conception d'une politique dans ce domaine ; or, au sein de l'INRS, seul organisme présent sur la prévention des risques professionnels et exclusivement financée par la sécurité sociale, la gestion paritaire a longtemps été en décalage avec les enjeux de santé publique, quels que soient les efforts des directions de l'organisme pour faire évoluer les perceptions..

L'expertise sur les risques n'a longtemps pas disposé pas du niveau de visibilité ni d'indépendance qu'elle atteignait dans d'autres pays. Le professeur Goldberg, un des rares experts épidémiologiste sur ce secteur, a souligné les faiblesses de la recherche sur les risques professionnels en France, en rappelant que la production scientifique française dans le domaine de l'épidémiologie est quinze fois plus faible que celle des Pays-Bas. Lorsque la première expertise collective indépendante⁵⁷ sur l'amiante a été réalisée par l'INSERM en 1996, il n'existait qu'une seule étude française publiée sur l'exposition aux risques professionnels sur la centaine d'articles consacrée à ce sujet. Il a fallu attendre 1998 pour que

⁵⁶ Mission d'étude consacrée à la prévention sanitaire en milieu de travail rendue par H. Zeggar, J. Roux, P. de Saintignon, en février 2003, dont les principaux éléments ont été repris dans le rapport annuel 2004 consacré à la prévention.

⁵⁷ Au sens d'une approche collective et contradictoire de l'expertise, dans un organisme financé sur fonds publics et dont les travaux ont été rendus publics.

soit mis en place le programme national de surveillance du mésothéliome (PNSM), alors qu'un registre spécial avait été créé trente ans auparavant.

Depuis, l'Etat s'est donné les moyens d'être présent et actif sur ce champ avec la création de deux agences sanitaires dédiées, l'InVS en 1998 pour la veille épidémiologique et l'AFSSET⁵⁸ en 2005 pour les études. La première suit la santé au long cours des populations tandis que la seconde évalue plus particulièrement les risques liés aux produits, à travers un programme d'expertises qui a déjà débouché sur plusieurs avis rendus publics⁵⁹.

2.3.2.2 L'incapacité de la médecine du travail, et de ses contrôleurs, à détecter un enjeu de santé publique à travers la visite d'aptitude

Plus que toutes les interrogations critiques sur les institutions, l'amiante révèle l'inefficacité de la médecine du travail à détecter collectivement⁶⁰ l'ampleur du phénomène par le biais de la visite d'aptitude individuelle. Toutes les personnes intoxiquées par l'amiante avaient été déclarées aptes. Pis, certains médecins du travail relèvent que la déclaration d'avis d'aptitude a donné l'autorisation médicale d'exposer des salariés à un risque dont on a pu identifier par la suite qu'il pouvait devenir potentiellement mortel.

Les médecins du travail et les MIRTMO s'interrogent aujourd'hui, en termes d'efficacité et d'éthique sur cette mission⁶¹. Entre médecin conseiller du salarié et médecin expert, le débat n'a pas abouti entre ceux qui restent attachés à ce mode de relation avec le salarié et ceux qui se placent délibérément au niveau de la population au travail ou de l'aptitude du poste de travail.

Pour la mission, hormis les cas de surveillance médicale renforcée, la déclaration d'aptitude obligatoire (comme la visite systématique) ne se justifie plus. Consommant inutilement un temps de travail précieux avec un bénéfice individuel discuté, compte tenu des biais connus sur ce type de contact, la visite d'aptitude se concentre sur le salarié, ne permet pas de détecter les sources d'exposition potentiellement pathogènes ni d'intervenir efficacement pour l'ensemble des salariés exposés. Les organisations syndicales elles-mêmes proposent de substituer un système de déclaration d'aptitude du poste à l'aptitude du salarié au poste⁶².

⁵⁸ Etablissement public administratif créé par la loi n°2001-398 du 9 mai 2001 pour la sécurité environnementale ; ses missions d'évaluation des risques et d'expertise en santé environnementale ont été étendues au milieu du travail par l'ordonnance n° 2005-1087 du 1er septembre 2005 à la suite du plan « santé au travail ».

⁵⁹ Amiante, formaldéhydes, éthers de glycol, fibres minérales artificielles, fénitrothion et téméphos, utilisés dans la lutte anti-vectorielle, mercure en Guyane, et plus largement les valeurs limites d'exposition aux substances dangereuses (VLEP)

⁶⁰ Les alertes ont été le fait d'initiatives individuelles fréquemment contrecarrées par les employeurs mais les rapports publics sur le sujet, notamment le rapport de la mission commune d'information du Sénat déposé le 20 octobre 2005, sont sévères sur ce point pour les professions d'inspection et de médecine du travail.

⁶¹ Voir à ce sujet un rapport très circonstancié émanant d'un groupe de travail de l'inspection médicale et publié sous le timbre de la DRTEFP d'Ile de France en décembre 2002.

⁶² Rapport IGAS sur la prévention sanitaire en milieu de travail déjà cité.

Pour autant, la relation individuelle avec le salarié (ce que certains médecins du travail appellent « approche compréhensive ») reste indispensable pour identifier des souffrances au travail que le seul examen des postes ou processus de travail ne permettra jamais.

Les MIRTMO étant médecins du travail, issus de cette pratique professionnelle, c'est d'eux que peut venir principalement une transformation des pratiques et des priorités. Le basculement à l'œuvre vers des actions plus collectives est l'occasion de donner un nouveau sens à l'action médicale publique.

2.3.3 Le développement de la démarche de prévention permet d'aborder les risques lents et différés

2.3.3.1 La sous-déclaration des maladies professionnelles

Le nombre relativement limité des maladies professionnelles reconnues chaque année contraste avec celui, beaucoup plus important des accidents du travail déclarés. Les pathologies déclarées sont en relation avec les possibilités d'indemnisation par l'inscription au tableau des maladies professionnelles. Dans une région comme PACA⁶³, 50% des pathologies déclarées concernent les TMS (troubles musculo-squelettiques), suivies par les pathologies respiratoires, essentiellement corrélées à l'amiante (38% des déclarations).

Par ailleurs, le code de la sécurité sociale (article L451-6) impose à tout médecin de déclarer tout symptôme ou maladie qu'il estime être en relation avec une activité professionnelle. Cette procédure, qui est prévue comme un moyen de mettre à jour le tableau des maladies professionnelles indemnissables, devrait jouer un rôle important d'alerte sur les pathologies existantes ou nouvelles, dans l'entreprise pour éviter ou atténuer de nouvelles expositions pour d'autres salariés, au niveau des autorités de la santé pour détecter les risques émergents. Or, elle est très peu utilisée par les médecins⁶⁴ ; elle ne porte que en PACA que sur 3% des maladies professionnelles indemnissables.

2.3.3.2 Une meilleure connaissance des expositions aux risques

L'enquête SUMER⁶⁵ précitée permet de connaître⁶⁶ le niveau et type d'exposition des salariés aux risques. Globalement, les résultats de la dernière enquête 2002-2003 donnent des informations significatives et mettent en évidence une augmentation de la pénibilité⁶⁷ :

⁶³ Au niveau national, les nouvelles reconnaissances de maladies professionnelles portaient sur des affections péri articulaires à 69%, des maladies dues à l'amiante à 14% et des affections du rachis à 8%.

⁶⁴ En PACA, 46% proviennent de la consultation du généraliste, 27% d'une consultation de pathologies professionnelle, 13% d'un médecin du travail, 11% de spécialistes et 3% de praticiens hospitaliers. Ces chiffres montrent une des facettes des fonctions des médecins généralistes souvent sous-estimée.

⁶⁵ Surveillance médicale des risques professionnels.

⁶⁶ Il ne s'agit pas là de statistiques. Le rapport INSEE n° 178/B010 et IGAS n° 2005-15 (VIENNOT / LEJEUNE) d'audit des statistiques AT/MP rappelle qu' « il existe bien d'autres sources d'information sur la santé au travail dont notamment les rapports des médecins du travail et des services de santé au travail. sur des accidents du travail et des maladies professionnelles émanant tant de l'inspection du travail, que des agents de prévention des organismes de sécurité sociale ou des CHSCT.... Organisées dans un système d'information, ces sources pourraient enrichir la connaissance du phénomène et contribuer aux missions d'évaluation des risques sanitaires assignées à l'InVS et à l'AFSSET. de la santé au travail,.. en prolongement du « Bilan des sources quantitatives dans le champ de la santé et de l'itinéraire professionnel » réalisé par madame CRISTOFARI (CEE) ».

- le nombre de salariés confrontés à un niveau de bruit supérieur à 85db a augmenté de cinq points en dix ans (18% contre 13% en 1994) ;
- la proportion de salariés travaillant sur écran plus de 20h par semaine a doublé, pour atteindre 22% ;
- les ouvriers et employés sont de plus en plus exposés aux produits chimiques (38% en progression de trois points en dix ans), sachant que 28 des 83 produits ou familles de produits chimiques sont considérés comme cancérogènes. Sur 400 000 salariés exposés à des produits mutagènes ou toxiques pour la reproduction, 1/3 ne bénéficie pas de protection individuelle ou collective.

2.3.3.3 *Une démarche d'évaluation des risques, enfin acquise, qui débouche sur la prise en compte des risques chimiques*

Le développement d'une approche de prévention des risques au sein des entreprises parvient à s'imposer comme une évidence, après des années de tâtonnements. Prévue dans une directive cadre européenne du 12 décembre 1989, les principes de démarche préventive et d'évaluation des risques ont été introduits en 1991 en droit français⁶⁸ mais ses outils essentiels (document unique sur les résultats de l'évaluation des risques en particulier) sont devenus opposables plus de dix ans après⁶⁹.

En ce qui concerne le risque chimique, la production de directives européennes toujours plus précises⁷⁰, l'amélioration des connaissances sur la toxicité des produits et la démarche d'évaluation des risques conduisent à la définition de bonnes pratiques, désormais introduits dans la réglementation et applicables à l'ensemble des risques à impact différé⁷¹.

Quand les résultats de l'évaluation révèlent un risque pour la santé et la sécurité des travailleurs, le décret du 23 décembre 2003⁷² oblige l'employeur à définir et appliquer des mesures de prévention visant soit à supprimer ou réduire l'agent chimique dangereux soit à prendre des mesures collectives techniques ou d'organisation du travail, ou en dernier ressort, des mesures de protection individuelle. L'employeur doit rédiger :

- une notice pour chaque poste récapitulant les dispositions prises pour éviter les risques et les consignes de protection,

⁶⁷ Voir l'analyse DARES-IMT parue en mars 2006 dans la revue « premières synthèses informations » D'autres renseignements issus de cette enquête sont présentés dans le n° de juin 2006 sur les expositions aux agents biologiques en milieu de travail.

⁶⁸ Loi n°91-1414 du 31 décembre 1991.

⁶⁹ Décret n°2001-1016 du 5 novembre 2001. Le document n'est devenu exigible qu'à compter du 8 novembre 2002.

⁷⁰ Directive 98/24/C concernant la protection de la santé et de la sécurité des travailleurs contre les risques liés à des agents chimiques sur le lieu de travail ; directive 1999/38/CE concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à des agents cancérogènes et l'étendant aux produits mutagènes ;

⁷¹ L'ensemble des produits et substances chimiques seront enregistrés et évalués en coordonnant les différentes agences nationales au sein du programme Reach. (Registration, Evaluation and Autorisation of CHemicals) ; 251 substances ont déjà été classées « cancérogènes, mutagènes et toxiques pour le reproduction » (CMR) par l'UE sur 30 000 substances d'usage courant dont 5 500 ont fait l'objet d'études de nocivité.

⁷² Décret n°2003-1254 relatif à la prévention du risque chimique.

- une fiche individuelle d'exposition déterminant la nature du travail, les caractéristiques du produit, les périodes d'exposition, la date et les résultats des contrôles d'exposition, la durée et l'importance des expositions accidentelles.

Le médecin du travail effectue la visite médicale préalable à l'exposition, peut prescrire des examens et établit une fiche d'aptitude attestant que le salarié ne présente pas de contre-indication médicale à ces travaux, indique la date de l'étude du poste de travail, et de mise à jour de la fiche d'entreprise.

3. Les outils du changement pour les MIRTMO

3.1 La révolution de la santé au travail

3.1.1 Une politique amorcée par les partenaires sociaux et voulue par les pouvoirs publics

L'aiguillon judiciaire autour de l'amiante a joué un rôle de révélateur pour tous les acteurs du système, désormais avertis de la nécessité de changer de paradigme. Les directives européennes adoptées dans les années 90 contenaient déjà, sur propositions de la France, des principes essentiels tels que l'évaluation des risques ou la pluridisciplinarité. Pourtant, c'est sur la lancée des initiatives des partenaires sociaux, les pouvoirs publics ont pris position sur le champ et réformé tous les outils en quelques années.

3.1.1.1 Un signal donné par les partenaires sociaux dès 2000

Conscients de la nécessité d'améliorer le fonctionnement du dispositif de prévention des risques professionnels, des retards pris dans l'application de la démarche sur l'identification et l'évaluation des risques, inquiets de la pénurie à venir de médecins du travail et désireux de prendre leurs responsabilités dans un secteur, les partenaires sociaux ont négocié et signé⁷³ le 13 septembre 2000 un accord national interprofessionnel sur la santé au travail et la prévention des risques professionnels qui définit les règles principales suivantes :

- recherche de compétences pluridisciplinaires pour évaluer les risques : les services de santé au travail devront s'entourer de spécialistes les plus divers⁷⁴, agréés par les CRAM ou les ARACT ; ce sont les nouveaux intervenants en prévention des risques professionnels (IPRP) ;
- la mission de la médecine du travail sera recentrée sur les actions en milieu de travail⁷⁵ ; seuls les salariés soumis à un risque spécifique conserveront une visite annuelle (la périodicité générale passant à 24 mois) sauf demande du salarié ou nécessité d'une surveillance médicale spéciale ;
- définition de programmes de prévention par branche et signature de conventions d'objectifs avec la sécurité sociale ;
- création d'observatoires régionaux de la santé au travail, paritaires, placés auprès des CRAM ;
- financement des mesures par prélèvement sur un fonds de la branche « accidents du travail » de la sécurité sociale.

⁷³ Pour les organisations professionnelles, le Medef, la CGPME et l'UPA ; pour les organisations syndicales, la CFDT, la CFE-CGC et la CFTC.

⁷⁴ Ergonomie, hygiène du travail, épidémiologie, secourisme, toxicologie industrielle, psychosociologie du travail, acoustique.

⁷⁵ Le tiers-temps de présence dans les ateliers, au poste de travail, prévu depuis 50 ans et jamais respecté.

3.1.1.2 *Le triptyque des réformes initiées par les pouvoirs publics*

Sur cette lancée, trois réformes majeures ont été lancées par le ministère chargé du travail :

- la réforme de la médecine du travail : reprenant plusieurs dispositions de l'accord, le décret du 28 juillet 2004 modifie la périodicité des examens médicaux, renforce les garanties d'indépendance des médecins du travail, redéfinit les critères de création d'un service de santé au travail, plafonne l'activité individuelle du médecin du travail pour rendre effective l'obligation de tiers-temps pour l'action en milieu de travail et réinvestit la commission de contrôle paritaire sur le fonctionnement des services de santé au travail ;
- le plan santé travail (2005-2009) traduit en 23 mesures les responsabilités de l'Etat sur le champ : création d'un outil d'expertise et d'évaluation des risques autonome (au sein de l'AFSSET), développement de la recherche fondamentale en santé au travail, création de cellules régionales pluridisciplinaires d'appui à l'inspection du travail, modification des instances de pilotage tripartites d'orientation⁷⁶ ;
- le plan de développement et de modernisation de l'inspection du travail (mars 2006) vise à favoriser le travail en réseau (création d'un service central de l'animation territoriale à la DRT intégrant l'inspection médicale centrale du travail, généralisation des cellules régionales d'appui, rapprochement des trois services d'inspection du travail), à développer une programmation pluridisciplinaire annuelle des contrôles destinée à créer une culture d'objectifs et de priorités avec une aggravation des sanctions administratives, le tout moyennant un renforcement des effectifs et de la formation⁷⁷.

3.1.2 *Le travail planifié donne du sens à l'action*

Les MIRTMO et les DRTEFP disposent désormais avec le plan santé au travail et la réforme des services de santé au travail d'une feuille de route programmatique dont ils peuvent et doivent se saisir dans leur travail. Le plan santé au travail en particulier met en avant huit objectifs quantifiés partiellement chiffrés⁷⁸. Les objectifs sont repris sous une forme voisine dans le plan national santé environnement avec la réduction des expositions professionnelles,

⁷⁶ Sont notamment créées des commissions régionales de prévention des risques professionnels, instance de concertation entre l'administration du travail et les partenaires sociaux.

⁷⁷ Dans le prolongement des plusieurs missions de l'IGAS : rapport n° 2002-138 de Daniel Lejeune, Christophe Lannelongue, Bruno Lucas, et Marie-Pierre Hourcade consacré au « pilotage et animation de l'inspection du travail dans les DRTEFP et les DDTEFP » ; rapport n°2004-197 de Mmes Marie-Ange du Mesnil du Buisson, Stéphanie Seydoux, MM. Guy Clary, Benjamin Joly, Nicolas Grivel et Jean-Patrice Nosmas consacré à « l'élaboration et à la mise en œuvre des diagnostics et plans d'action dans le cadre de la politique du travail » ; rapport n°2005-008 d'Emanuèle Jeandet-Mengual et Jacques Roux consacré à « l'évolution des services déconcentrés de l'Etat dans le domaine du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle.

⁷⁸ Diminuer le nombre d'accidents routiers mortels liés au travail ; réduire de 20% le nombre de travailleurs soumis à des contraintes articulaires plus de 20h par semaine; réduire le nombre de salariés soumis à un niveau de bruit de plus de 85db plus de 20h par semaine (les deux rapportés à la prévalence de l'enquête Sumer) ; diminuer les niveaux d'exposition aux agents cancérigènes des travailleurs ; diminuer les accidents du travail avec incapacité permanente ; améliorer l'efficacité des démarches d'évaluation des risques ; renforcer la coordination des acteurs ; réduire de 20% le nombre de TMS déclarées d'ici 2009.

et le développement de la surveillance épidémiologique des cancers professionnels. Cette démarche conduira tous les acteurs à rendre compte des évolutions, à utiliser des systèmes d'information pour collecter les données, au fil de l'eau et en ligne, permettant à terme d'organiser un véritable réseau d'échanges et d'animation avec les services de santé au travail.

Les services ne s'y sont pas trompés. Une enquête a, par exemple, été lancée par la DRTEFP d'Ile-de-France auprès des services de santé au travail pour préciser leurs pratiques en matière d'action en milieu de travail, mieux connaître le contenu de la pluridisciplinarité et l'organisation du contrôle social. A travers ces interrogations, dont les conclusions ont été débattues avec les intéressés lors de la première réunion organisée avec l'ensemble des services de santé au travail de la région⁷⁹, l'accent est clairement mis sur le tiers-temps et aux politiques de santé (cancer, santé des intérimaires et vieillissement des salariés) par rapport aux missions traditionnelles. Ces nouvelles exigences présentées aux services de santé au travail, et non aux médecins directement⁸⁰, ne constituent pas encore une condition de l'agrément mais le lien progresse entre les deux notions. La jurisprudence elle-même interroge la pratique des médecins du travail, notamment sur l'obligation de faire passer les visites d'embauche et de reprise alors que les moyens ne sont eux pas garantis, en particulier du fait d'un nombre de compétences insuffisantes pour faire jouer la pluridisciplinarité. A travers ces nouvelles approches se matérialise le passage d'une culture individuelle à une culture populationnelle, base de la santé publique.

Enfin, le passage du budget en mode Lolf contraint l'administration du travail à afficher ses objectifs avec des indicateurs, y compris sur la santé au travail, à travers le programme 4 consacré à la politique du travail. L'obtention des crédits est liée aux engagements sur les objectifs et bientôt à leur réalisation. Appelés à s'impliquer dans la définition des indicateurs, les MIRTMO découvrent une façon de travailler qui bouleverse leur manière d'aborder leur relation avec l'administration ; invités à ne pas rester extérieurs, ils prennent conscience de la place éminente des médecins dans une structure qui doit fonder ses décisions sur des diagnostics étayés qu'ils sont les seuls à pouvoir argumenter sous un angle médical pour la santé au travail. Inversement, ces priorités engagent les MIRTMO comme tous les agents de l'administration.

3.2 Un service en voie d'identification

3.2.1 Un renforcement indirect des effectifs et des compétences

3.2.1.1 Un renforcement direct des effectifs qui se fait attendre

Depuis le doublement des effectifs réalisé en 1981, les variations annuelles restent trop faibles par rapport aux besoins, sur les missions traditionnelles comme les orientations nouvelles. Le pilotage effectif des services de santé au travail nécessite des moyens plus importants qu'aujourd'hui, sauf à devoir choisir rapidement entre les deux types de missions.

⁷⁹ En janvier 2005.

⁸⁰ On peut souligner le paradoxe d'une médecine censée dépendre des employeurs et qui n'est pas en mesure de s'engager directement sur les objectifs des pouvoirs publics.

3.2.1.2 *Des cellules régionales pluridisciplinaires, moyen détourné de renforcer les effectifs*

Les cellules régionales pluridisciplinaires ont été créées au titre du plan santé travail par une circulaire de juin 2005⁸¹. Elles ont « *vocation à assurer dans le champ de la santé et de la sécurité au travail un appui scientifique, technique et de méthodologie aux agents en situation de contrôle de l'inspecteur du travail, dans leurs missions de contrôle et de diffusion de la culture de prévention sur les lieux de travail* ».

Destinées à être implantées dans chaque région, elles sont censées regrouper, sous la direction d'un directeur adjoint du travail dédié, un ou des ingénieurs de prévention, un ou des inspecteurs du travail, un ou des « MIRTMO en fonction dans chaque DRTEFP ». La circulaire précise que « *l'inscription d'un ou plusieurs MIRTMO dans une cellule dépendra de la disponibilité qui leur sera dégagée dans le cadre d'une nouvelle organisation de l'activité médicale, à prévoir suivant une répartition claire des tâches et du temps consacré à chacune de leurs missions* ».

Ainsi, pour ses concepteurs, le dispositif est avant tout un renforcement de l'expertise technique par l'appel à des compétences d'ingénieur⁸² et par l'autonomisation totale de la cellule. Les ingénieurs ont été effectivement privilégiés dans les recrutements⁸³. Mais parallèlement, les MIRTMO ont obtenu, dans un premier temps, d'être les référents médicaux des nouvelles équipes et demandent désormais avec les DRTEFP une non individualisation des équipes et des missions des nouveaux médecins recrutés par rapport à celles des MIRTMO. L'équilibre sera difficile à stabiliser entre la constitution de nouvelles équipes prioritairement dédiées à l'inspecteur du travail et le renforcement des équipes de MIRTMO intégrant cet appui renforcé.

3.2.1.3 *Une formation plus structurée à partir d'une première sensibilisation*

La formation initiale des MIRTMO a longtemps été inexistante. La compétence antérieure était censée pourvoir aux nouvelles fonctions en dépit du bouleversement du cadre d'exercice. Ce n'est que depuis deux ans qu'une sensibilisation aux nouvelles fonctions a été prévue, à l'initiative du directeur des relations du travail.

Compte tenu de leurs nouvelles missions dans le champ de la santé publique, mission a été donnée aux deux écoles intéressées (INTEFP-ENSP) de concevoir des modules leur permettant d'acquérir des bases en santé publique (concepts, acteurs, enjeux, méthodes), d'être capables de recueillir des indicateurs pertinents permettant une réelle observation de la santé de la population au travail, d'établir un diagnostic territorial avec les autres médecins de santé publique et de travailler avec eux en réseau.

⁸¹ Circulaire DRT n°2005-07 du 23 juin 2005 relative à la mise en place des cellules régionales pluridisciplinaires d'appui en matière de santé au travail.

⁸² Une fiche de poste est jointe en annexe de la circulaire.

⁸³ En Rhône-Alpes huit ingénieurs pour deux MIRTMO à mi temps.

Quatre semaines ont été organisées par l'ENSP, en commun avec les autres filières de santé publique⁸⁴ pour l'ensemble des MIRTMO en trois groupes, sur trois ans depuis 2005. Les bilans réalisés sont très positifs, les regrets des stagiaires portant sur une insuffisante mise en valeur du métier des MIRTMO et l'expression de besoins un peu différents (moins de statistiques et plus de communication).

Même bien accueillies, ces formations communes ne sont pas suffisantes. Il s'agit plus d'une mise à niveau de concepts méconnus dans la formation initiale de médecins du travail que d'une formation à l'emploi lors du changement de fonctions. La mission estime qu'une réflexion reste à mener sur une véritable formation initiale, entre la DRT, l'inspection médicale du travail, l'ENSP et l'INTEFP⁸⁵. Une formation initiale est indispensable⁸⁶ compte tenu des recrutements actuels avec les cellules régionales pluridisciplinaires et à venir avec le renouvellement du corps. Au-delà de la culture de santé publique, qui peut découler de modules inter métiers, priorité doit être donnée à l'accès aux connaissances juridiques de base, à la formation aux techniques administratives, à la présentation du cadre politico-administratif des missions des MIRTMO, aux acteurs et outils du partenariat et à l'environnement administratif.

La formation continue, inexistante aujourd'hui⁸⁷, doit également être organisée pour les MIRTMO avec un recensement personnel des besoins et l'établissement d'un parcours individualisé que pourrait piloter l'inspection médicale centrale du travail.

Toutes ces initiatives seront, à terme, porteuses d'identité collective dans la double dimension de spécificité professionnelle d'un métier charnière et de participation à une fonction de praticien de santé publique. Les médecins deviendraient alors des passeurs de la connaissance et vecteurs du rapprochement entre les deux secteurs.

3.2.2 La structuration du pilotage est perfectible

Dans les DRTEFP, les MIRTMO sont rattachés au pôle travail, et placés sous l'autorité directe d'un directeur adjoint dédié au secteur qui anime les réunions de service, gère les congés. Même dans les équipes les plus importantes, cette organisation est considérée comme de nature à répondre aux attentes.

La mission ne partage pas ce point de vue. A partir de trois personnes, on peut parler d'équipe et donc de nécessaire coordination. La direction a besoin d'un interlocuteur capable de s'exprimer au nom des collègues médecins, dans des contacts informels ou plus organisés

⁸⁴ MISP, IASS, PHISP, MEN, IES, IGS.

⁸⁵ La localisation à Rennes et Lyon des deux écoles pourrait être mieux utilisée pour démultiplier les sites en mêlant les publics et les intervenants.

⁸⁶ Au-delà des initiatives ponctuelles déjà prises : actuellement une journée de formation sur la conduite à tenir pour le contrôle des services de santé au travail a été réalisée et une journée sur l'organisation des ministères et les sources du droit est prévue. Les formations internes sont réalisées par l'inspection médicale du travail centrale. Une journée de formation portant sur les pratiques est prévue pour les nouveaux MIRTMO à chaque réunion de service de l'inspection médicale. A noter qu'une formation de deux fois trois jours à l'entrée en fonctions existait dans les années 90. Des demandes ont été faites auprès de l'INTEFP pour remettre en place cette formation.

⁸⁷ La participation aux congrès de médecins du travail est censée en tenir lieu, confirmant l'ancrage doctrinal dans les services du métier d'origine.

(participation éventuelle au comité de direction ou invitation ponctuelle au CTRI). Le constat d'un individualisme récurrent des médecins, ici comme ailleurs, ne peut servir d'alibi à une absence de réflexion sur ce sujet.

Par ailleurs, le pilotage du service demeure perfectible, notamment du fait de l'absence d'évaluation réelle des agents. Si la notation est classiquement assurée par un triple niveau - DRTEFP, chef de l'inspection médicale du travail et DRT - l'essentiel du travail et de l'intérêt de la fonction, à savoir l'entretien d'évaluation, n'est pas assuré. Les propos courtois mais fermes recueillis par la mission sur les « dégâts de ces entretiens⁸⁸ » dans le privé mais aussi dans le public l'ont renforcée dans sa conviction que le face à face hiérarchique est indispensable, pour les deux parties et plus encore dans cette administration qui a trop longtemps pratiqué l'évitement vis à vis de cette catégorie de cadres. Il appartient aux parties intéressées d'en déterminer les formes, le calendrier et le cadre mais l'enjeu est essentiel, à un moment où se redéfinissent les priorités d'exercice des missions. Il s'agit de constituer un corps, de sortir des non-dits et de confronter les écarts d'analyse pour renforcer l'administration du travail. Les formes évaluation collectives envisagées ici ou là ne suffiront pas.

Nolens volens, les médecins devront s'y résoudre via l'évaluation des pratiques professionnelles qui s'impose aussi à eux. Les MIRTMO auront intérêt à avoir à leurs côtés une administration du travail parfaitement informée de leurs actions et difficultés d'exercice quand il faudra rendre compte aux pairs, à l'Ordre ou à l'Université, des limites de pratiques professionnelles au regard d'un optimum jamais atteint, dans un contexte pas forcément bienveillant pour cette forme de médecine.

⁸⁸ Contrairement à ce qui est affirmé, des entretiens bien menés – sachant que les MIRTMO ont toute capacité de résister aux déviations éventuelles – sont aussi exigeants et positifs pour l'évaluateur que l'évalué.

4. Les conditions d'un repositionnement réussi

4.1 Les principes d'un équilibre harmonieux

4.1.1 *L'administration de la santé publique doit pleinement reconnaître l'autonomie du secteur*

4.1.1.1 *L'administration du travail craint que ses spécificités soient niées*

La montée en puissance des préoccupations en faveur de la santé publique, avec son cortège d'objectifs et de dispositifs font craindre au secteur du travail dans son ensemble une dilution quand ce n'est pas une disparition des principes, outils et méthodes qu'il met en œuvre.

L'administration du travail s'est construite sur des convictions et un positionnement particuliers qui respecte la répartition des pouvoirs au sein du monde du travail. Dans ce dernier, tout est fondé sur la responsabilité juridique du chef d'entreprise et politique des partenaires sociaux. La responsabilité du chef d'entreprise est le corollaire de la liberté d'entreprendre. Les salariés sont dans un lien de subordination avec l'employeur et n'ont pas la possibilité de se soustraire⁸⁹ aux risques et contraintes du travail prescrit.

Selon ses responsables, l'inspection du travail n'a pas le pouvoir d'appliquer des injonctions sur l'entreprise mais un pouvoir de contrôle sur des acteurs responsables qui rendent compte de leurs actes devant les syndicats et les juges. Le rôle d'un directeur régional est de mettre à disposition une expertise pour que le système d'acteurs s'organise pour transformer la relation de travail. Les partenaires sociaux ont une fonction régulatrice que doit faciliter l'administration, sans immixtion ni substitution ; disant le droit conventionnel, ceux-ci établissent aussi une doctrine de fonctionnement.

Une grande part des responsables de l'administration du travail craint fortement que l'extension du champ de la santé publique au monde de l'entreprise ne soit la fin de cette relation triangulaire, ne tende à stigmatiser le salarié pour ses comportements et à exonérer l'employeur de ses responsabilités. Elle considère que le monde de la santé méconnaît les règles de l'entreprise et ses équilibres internes.

La santé publique ne tiendrait pas suffisamment compte des partenaires sociaux et de leur participation à l'ordre public social. Si l'accent est mis sur les comportements individuels dans la survenance des maladies (cancer par exemple), la difficulté à démêler parmi les causes ce qui relève d'une exposition de ce qui est imputable à l'action de l'individu peut conduire à se focaliser sur les salariés et leurs comportements, et à sous-estimer sinon occulter la

⁸⁹ Sauf dans les réglementations les plus récentes avec le droit de retrait.

dimension professionnelle alors qu'on commence seulement à en envisager son étendue et ses conséquences. Au niveau financier, la sécurité sociale pourrait se substituer directement à l'indemnisation des maladies professionnelles sans participation de l'entreprise par la branche accidents du travail - maladies professionnelles, à hauteur des risques auxquels elle expose la santé de ses travailleurs.

Bref, il y a matière à dialoguer, tant les suspicions sont profondes⁹⁰. Mais la mission partage ce souci de ne pas banaliser le cadre du travail au nom d'un continuum indifférencié. La responsabilité de l'employeur est un levier précieux de responsabilisation de tous les acteurs, dans un système contractuel par essence déséquilibré.

4.1.1.2 L'intérêt du secteur de la santé de reconnaître une réelle autonomie

Si des maladroites relationnelles ou de présentation ont pu être commises, la vocation hégémonique de la santé publique sur le monde du travail reste à démontrer. Elle ne l'est pas plus que l'affirmation par les juristes du monde du travail de la supériorité du contrôle de la règle de droit du travail qui ne constitue pourtant qu'une partie des réglementations auxquelles sont soumises les entreprises (droit civil, concurrence, fiscalité, propriété intellectuelle, environnement etc). Les difficultés de la gouvernance d'entreprise se situent bien dans le respect d'une multitude de règles et leur conciliation quand elles se contredisent ; l'administration, quel que soit son champ d'activité est d'ailleurs amenée à en connaître et à en tenir compte.

Cela dit, les enjeux de la santé publique sont suffisamment larges et importants pour devoir être portés bien au-delà des seuls spécialistes du domaine. S'ils l'oublient, les pouvoirs publics se retrouvent sans citoyens aptes à porter des comportements responsables et sans relais d'intervention. Les groupes de population fréquentent des lieux et structures qui peuvent éduquer à la santé et participer à sa mise en œuvre : période de l'éducation, lieux de travail, pratiques sportives, centres de soins ou d'hébergement etc. Il y a largement à faire et l'administration de la santé a tout intérêt à disposer de capteurs, de relais, de sites tests pour développer les axes d'une politique de santé publique. La loi santé publique du 9 août 2004 est là pour donner un cadre d'action pour tous les domaines de la vie quotidienne, à condition de s'en saisir et de disposer des pilotes capables d'animer la réflexion et l'action dans leur champ.

Le monde du travail connaît effectivement des particularités, un langage, des codes que seule une administration dédiée peut capter et interpréter. Il est dès lors tout à fait légitime que l'administration du travail revendique cette fonction d'intermédiation et de pilotage dans son domaine, à condition toutefois qu'elle accepte de porter les objectifs et programmes de la santé publique et d'intégrer les contradictions éventuelles avec ses propres enjeux.

⁹⁰ La mission peut en témoigner à travers la raideur de certains entretiens.

4.1.2 *L'administration du travail ne doit pas construire son dispositif isolément de la santé publique*

Les débats actuels témoignent d'un retour aux sources vers le double rattachement travail et santé dont les acteurs se sont éloignés avec la spécialisation ministérielle. Toutes les décisions concernant la gestion des MIRTMO étaient prises à l'origine soit par co-décision travail-santé soit sur avis du ministre chargé de la santé.

Aujourd'hui chaque secteur a construit ses dispositifs et ses outils, au risque de doubler et de perdre en efficacité. Les cellules régionales pluridisciplinaires créées au titre du plan santé au travail peuvent remplir deux fonctions : l'appui à l'inspection du travail et l'expertise de santé publique. Si ce premier volet est explicitement mis en avant (cf. la circulaire précitée), comme contrepartie au maintien d'une inspection du travail généraliste, la frontière est tenue avec une fonction d'expertise, ce qui pose la question de l'efficacité dans l'utilisation de ressources rares et de la rapidité de réactions⁹¹.

De même, la mission d'appui à l'inspecteur du travail ne peut se concevoir dans ce domaine de la santé comme une simple internalisation de conseils techniques à l'appui de décisions administratives ou de procédure judiciaire mais doit être clairement intégrée une dimension de santé publique qui sera, in fine, dominante dans les résultats sanitaires et la perception externe du problème.

Enfin la frontière est tenue entre les deux secteurs. Les risques infectieux ne s'arrêtent pas à la porte des entreprises. La préparation collective à la survenue – désormais considérée comme probable- de la grippe aviaire a été l'occasion d'une réflexion générale qui conduit à bouleverser les frontières habituelles. La santé des travailleurs ne se découpe pas en tranches horaires ou thématiques et ne s'arrête pas à la porte des entreprises. Le plan gouvernemental du 6 janvier 2006 liste les mesures à prendre par le médecin du travail selon le niveau de risque atteint (1 à 6). Contrairement à un principe bien établi, il prévoit notamment, nécessité faisant loi, la participation des médecins du travail aux soins, sur réquisition du préfet au stade 5 de la pandémie (larges foyers de cas humains groupés non maîtrisés).

A cet égard, on ne peut prétendre faire face à ce type de risque en mettant en avant la seule responsabilité de l'employeur. Même dans le milieu du travail, les salariés sont appelés à la conscience de leurs actes, en participant à la mise en oeuvre des mesures prises pour garantir la santé et la sécurité, en respectant les instructions données par l'employeur et le règlement intérieur. Face au risque infectieux, les comportements font aussi partie du sujet⁹².

4.1.3 *Les deux secteurs doivent travailler ensemble*

Dans ce nouveau contexte, les initiatives de rencontres et de travail commun se multiplient, facilitées par la présence des agences sanitaires et les plans nationaux de santé publique. On

⁹¹ Le seul exemple d'intervention d'une cellule régionale pluridisciplinaire livrée à la mission a été les risques de contamination dans une entreprise d'équarrissage, dans laquelle la dimension grand public l'emportait nécessairement sur celle des salariés ; la sollicitation de la cellule a été suivie de celle de la CIRE.

En Rhône-Alpes, le programme de travail de la cellule régionale pluridisciplinaire prévoit un travail sur les deux champs : soutien aux agents de contrôle et aux actions collectives du plan régional travail notamment pour un inventaire régional des risques.

⁹² Y compris en intégrant la dimension anxiogène de ces sujets pour les responsables.

est loin du constat d'ignorance entre MISP et MIRTMO qui avait été fait et déploré par l'IGAS en mai 1997⁹³ même si nombre des recommandations présentées à l'époque restent d'actualité.

Les initiatives se multiplient en région : pour exemple, des réunions régulières se sont récemment tenues autour de la santé publique pour faire le point des référents par thèmes, définir les actions portées par chacun au titre des plans nationaux, choisir ensemble des cibles particulières etc. Mais toutes les préventions ne sont pas tombées : le vocabulaire n'est pas toujours commun (le mot de « surveillance » même à visée épidémiologique garde une connotation policière pour le champ travail) et ces efforts sont encore plus le fruit de démarches individuelles médicales que de pratiques systématiques des responsables.

En Ile de France, un groupe travail DRASS/CRAM/DRTEFP+MIRTMO a élaboré une stratégie commune intersectorielle sur le plan cancer à travers trois actions prioritaires :

- une action de repérage et de prévention : élaboration d'une plaquette au sein du groupe pour les inspecteur du travail et médecins du travail ; ce document a été repris et validé par le groupe du PRSP et décliné dans une branche professionnelle prioritairement exposée (branche du bois) ;
- un suivi post-professionnel des anciens salariés ; à partir du « curriculum laboris », il s'agit de repérer les moments d'exposition, souvent méconnus ; pour contourner l'obligation d'attestation commune d'exposition employeur-médecin du travail, en général pas respectée (340/10 000), les participants incitent les médecins du travail à établir des certificats médicaux d'exposition sous leur propre responsabilité, par référence au code de déontologie ;
- un travail de recherche avec l'institut inter universitaire de médecine du travail, à partir du signalement des salariés touchés par un cancer de la vessie ou du nez ayant conduit à un placement en ALD 30.

Parallèlement, les agences sanitaires intègrent désormais le milieu de travail dans leur champ de travail. L'IVS a créé un département dédié à la santé au travail et multiplie ses conventions régionales avec les DRTEFP pour créer des réseaux de surveillance épidémiologiques : en Pays de Loire, sur les TMS, en PACA⁹⁴ sur l'ensemble des risques professionnels maladies à caractère professionnel, TMS et expositions professionnelles). Des collaborations ponctuelles se développent au gré de l'actualité : en Alsace un travail avec la CIRE de l'Est sur les sols pollués du village des potiers, en Nord-Pas-de-Calais⁹⁵ une enquête environnementale de longue haleine sur les légionnelles.

Toutes ces expérimentations sont une approche pertinente pour saisir les questions de santé émergentes sur le lieu de travail tout en appréhendant les points de convergence et de divergence entre les deux réseaux. La mission estime qu'elles devraient être étendues à chaque région, à charge pour chaque partenaire de choisir les thèmes d'action commune. Dans ce processus, les agences jouent parfaitement leur rôle d'interface, tant qu'elles ne planifient pas la mise en place de réseaux de représentation territoriale propres. La mission réaffirme la

⁹³ Bilan et perspectives des relations entre MISP et MIRTMO : rapport n° 97-042 présenté par Mmes L Reyrole, H Dorlhac de Borne et M J Vincent. La mission insistait sur quatre axes de réforme : instaurer des relations bilatérales entre MISP et MIRTMO avec participation à des instances (ORS, CRS, groupes thématiques cf. alcoolisme, handicap, vieillesse), ; doter les MIRTMO d'un niveau de formation initiale et formation continue comparable à celui des MISP avec un principe de métissage des stagiaires ; les faire collaborer autour de la santé environnementale ; intégrer les chefs de service dans ces relations.

⁹⁴ Avec financement par l'IVS d'une embauche d'épidémiologiste pour deux ans renouvelables.

⁹⁵ L'institut de médecine du travail de Lille, en liaison avec les MIRTMO et les directeurs régionaux successifs, est précurseur depuis longtemps.

nécessité d'organiser la représentation de droit commun par les services déconcentrés existants ou au moins de maintenir avec eux un lien administratif de droit commun. C'est impératif pour gérer les crises, toujours du ressort des services déconcentrés, sous l'autorité du préfet. L'organisation des CIRE avec un double rattachement, scientifique auprès de l'InVS et administratif auprès des DRASS constitue un bon exemple d'un équilibre considéré comme efficace par la majorité des observateurs, au vu des conditions dans lesquelles ont été assurées les expertises de risques au cours de ces dernières années.

4.2 Pour un fonctionnement plus efficace de l'inspection médicale du travail

4.2.1 Conserver les équilibres de positionnement à l'intérieur de la DRTEFP

Les MIRTMO sont tentés de se référer à l'autonomie administrative et hiérarchique dont bénéficient les praticiens conseils de la sécurité sociale avec les directions régionales du service médical indépendantes des caisses. Ils y sont conduits par l'existence de l'inspection médicale centrale du travail qui peut être analysée comme l'embryon d'un service autonome.

Pour la mission, l'organisation actuelle témoigne d'un équilibre opportun entre service et métier, à travers le double rattachement. Nombre de médecins vivent sans problème cette situation comme une donnée de la situation de médecin salarié au sein d'une collectivité. Il faut aussi souligner les difficultés de l'autonomie intégrale des échelons médicaux au sein de l'assurance maladie pour assurer la mission de liquidation médicalisée en toute efficacité. Un tel modèle est à bien des égards dépassé et en cours de redéfinition.

Celui de l'administration du travail résulte de l'histoire mais constitue un bon exemple de conciliation entre plusieurs logiques. Le point à vérifier au sein des DRTEFP est le degré d'intégration du service des MIRTMO au service des politiques du travail, quel que soit son appellation avec un rattachement à un directeur adjoint identifié et responsable de l'animation du service. Dans les deux grandes régions visitées par la mission tel était bien le cas. L'enjeu au sein de l'administration du travail est de garantir que la fonction de conseiller technique du MIRTMO soit reliée à un processus de décision dans lequel le médecin a toute sa part, mais rien que sa part, en connaissant les arguments du débat et éventuellement les raisons pour lesquelles son avis n'a pas été suivi.

4.2.2 Approfondir les fonctions de l'inspection médicale du travail

4.2.2.1 Vers une animation plus serrée du réseau

Les contacts avec le réseau sont prévus à raison de deux rencontres annuelles de trois jours⁹⁶. A côté des temps de comptes rendus de groupes de travail apparaissent des temps d'échanges

⁹⁶ Au programme de la dernière session (trois jours) ont été abordés : comptes rendus de groupes de travail (groupe métier, rapport annuel du médecin du travail, surveillance médicale renforcée), présentation d'un projet de dossier médical informatisé pour les services de santé au travail, grippe aviaire, suivi post-professionnel des travailleurs exposés à l'amiante, et intervention du directeur des relations du travail sur l'actualité ;

sur questions réponses entre participants sur les sujets les plus divers⁹⁷ et aptes à développer une culture professionnelle commune.

Ces rencontres sont indispensables pour intégrer les nouveaux venus dans un « corps » qui grandit rapidement du fait de la montée en charge des cellules régionales pluridisciplinaires et est appelé à se renouveler. Il s'agit également de pouvoir débattre des voies et moyens de traduire en pratique les attentes de plus en plus fortes des pouvoirs publics vis-à-vis des services de santé au travail.

La présence d'une inspection médicale centrale du travail est à cet égard un réel atout. Ses missions viennent d'être confirmées à l'occasion de la réforme de la DRT, devenue DGT, direction générale du travail⁹⁸. Au-delà d'un point de référence au contact – parfois frictionnel - entre les deux sphères administrative et médicale, cette équipe permet d'introduire les préoccupations médicales en amont du travail ministériel au cœur du processus d'élaboration des textes, y compris dans sa dimension de connaissance intime des possibilités (atouts et limites) des services de santé au travail. En outre, travaillant sur les pratiques professionnelles, elle en facilite l'harmonisation progressive. Il reste à aller parfois au-delà des cohabitations entre services pour intégrer réellement la parole et les actions de l'IMTMO dans les messages portés la DGT.

4.2.2.2 Piloter l'évaluation des pratiques professionnelles pour les MIRTMO et la médecine du travail

Ce point, peu évoqué officiellement dans les entretiens, est pourtant essentiel pour la mission parce que la reconnaissance de la compétence professionnelle en dépend, sous le contrôle du Conseil de l'Ordre et de la Haute autorité de santé et que les pouvoirs publics ne pourront tenir leur discours volontariste sur l'entretien des compétences des soignants que si les médecins salariés s'y soumettent eux aussi.

La loi du 4 mars 2002 a rappelé l'obligation déontologique⁹⁹ pour tout médecin d'entretenir et de perfectionner ses connaissances par la formation continue. Elle peut être satisfaite de trois manières, au choix du professionnel concerné : participation à des actions de formation agréées, participation à des programmes d'évaluation de connaissances réalisés par des

⁹⁷ Évaluation des pratiques professionnelles, formulation des avis des médecins du travail, contestation d'avis d'aptitude dans des situations particulières, recours d'employeurs auprès de l'Ordre des médecins à la suite d'avis d'aptitude ou d'inaptitude, introduction de l'obligation d'immunisation contre la grippe dans l'article L. 3111- 4 du code de la santé publique, classification de certaines catégories de salariés en SMR ou non, gestion des difficultés des SST en sous-effectif médical et conseils à leur donner, conventionnements possibles ou non entre les SST et les différents types d'établissements de la fonction publique.

⁹⁸ Au terme de l'arrêté du 2 août 2006 relatif à l'organisation de la direction générale du travail, « l'IMTMO est chargée de la direction technique des médecins inspecteurs du travail et de la main-d'oeuvre (MIRTMO). Elle participe à la définition des orientations nationales de la politique du travail en ce qui concerne la santé au travail et s'assure de leur mise en oeuvre par les médecins inspecteurs du travail et de la main-d'oeuvre. Elle assure l'animation des activités du réseau des MIRTMO et organise la remontée, la consolidation et l'analyse des informations au niveau central. Elle répond aux questions déontologiques posées par les MIRTMO. Elle apporte une expertise pour l'élaboration des textes de droit du travail en matière de santé au travail et sur toute question relative à la santé au travail ».

⁹⁹ Article 11 du code de déontologie : « *Tout médecin doit entretenir et perfectionner ses compétences ; il doit prendre en compte toutes dispositions nécessaires pour participer à des actions de formation continue* »

organismes agréés, ou présentation orale d'un document attestant des efforts en matière de formation du médecin.

Trois conseils nationaux, constitués par grande catégorie d'exercice, fixent les grandes orientations, agréent les organismes formateurs et prestataires de programmes d'évaluation (après avis de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé pour cette dernière mission) et évaluent la formation médicale continue. Les conseils régionaux ont pour mission de valider, tous les cinq ans, le respect de l'obligation de formation. Le manquement à l'obligation de formation fait l'objet d'une procédure pouvant conduire le conseil régional à saisir la chambre disciplinaire de l'ordre, après l'échec d'une procédure de conciliation.

La loi du 4 mars 2002 constitue une véritable révolution pour les médecins en leur imposant une évaluation régulière de leurs connaissances et d'en rendre des comptes à leurs pairs, ce qui n'est pas plus facile pour des médecins en position de contrôle que des libéraux.

Généralisée par la loi du 13 août 2004, l'évaluation des pratiques professionnelles concerne aussi tous les médecins. Il s'agit d'une démarche individuelle, mais s'agissant de salariés, l'employeur tenu de mettre à disposition les outils nécessaires. L'assiduité à ces séances se traduit par l'acquisition de points, validé par le conseil supérieur de la formation continue.

Ces règles ne sont pas encore perçues comme des enjeux importants par les MIRTMO et leur hiérarchie. L'administration doit pourtant très rapidement mettre en place une réflexion sur les voies et moyens d'adapter ce dispositif au réseau des MIRTMO, sans parler des médecins du travail. Il n'est pas douteux que l'attention des organisations professionnelles de médecins libéraux se portera sur le degré d'avancement de la démarche pour ces catégories de médecins salariés.

4.3 Aller au bout des logiques

4.3.1 *Affirmer la nature régalienne des missions de santé au travail passe par une évolution du statut des MIRTMO*

4.3.1.1 *Un renforcement de la dimension publique du statut des MIRTMO*

La mission parlementaire intervenue sur l'amiante a clairement pris position en faveur d'une réforme profonde de la médecine du travail en la dotant d'un statut public et en faisant participer l'Etat à son financement, dans le cadre d'un service public de santé au travail. Il serait paradoxal qu'on n'en tire pas les conséquences au niveau du statut des MIRTMO ou qu'au moins son évolution ne précède pas cette recherche de distance avec l'entreprise. Or, dans leur grande majorité, ces médecins se considèrent avant tout comme des médecins du travail avant d'être des conseillers experts au service de l'administration¹⁰⁰.

¹⁰⁰ Il suffit de parcourir les revues professionnelles de médecine du travail ou les programmes des congrès pour mesurer combien les MIRTMO sont sollicités pour parler de la médecine du travail et peu de leur métier. C'est

En toute logique, cette fonction devrait trouver sa place dans un corps de fonctionnaires. C'est le sens de plusieurs projets antérieurs portés par plusieurs directeurs des relations du travail. Toutefois, vu la faible taille de l'effectif à l'heure où l'administration souhaite regrouper les corps et par souci de ne pas détourner les énergies de la priorité fondamentale qui s'attache à la réorientation des missions, la mission se rallie au maintien du statut actuel, en faisant porter l'attention sur les éléments concrets de l'insertion des MIRTMO dans leur administration de rattachement, dans une approche plus ouverte et transversale des métiers de la santé publique.

4.3.1.2 Développer la mixité des profils des équipes

Etre titulaire du diplôme de médecin du travail est nécessaire à l'exercice des missions telles qu'elles sont actuellement définies. Mais fonder exclusivement les recrutements des équipes sur ce profil maintient le lien ambigu avec la médecine du travail sans avoir accès à d'autres profils de nature à enrichir une équipe de travail, comme cela existe chez les autres catégories de médecins travaillant pour l'Etat.

Dès lors que les MIRTMO ne sont plus seuls, que leurs responsabilités sont étendues à travers les cellules régionales pluridisciplinaires, l'introduction d'autres profils dans les équipes, au moins dans les plus grandes régions est de nature à faire évoluer les pratiques et les méthodes d'action en santé au travail.

4.3.1.3 Orienter la formation et le statut vers la construction de parcours de santé publique

Pour des médecins travaillant pour l'Etat dans des fonctions régaliennes (contrôle, pilotage et régulation), le statut est une des conditions de l'indépendance et de la reconnaissance. Dans la mesure où tous les attributs statutaires (stabilité de la relation avec l'employeur, formation initiale, changement de région) de nature à reconnaître une réelle indépendance par rapport aux services contrôlés ne sont pas réunis, l'obtention de ces éléments doit être obtenu par d'autres moyens, reconnus comme équivalents.

Aussi, la mission avance-t-elle les propositions suivantes :

- rendre obligatoire la formation initiale à l'emploi organisée avec l'ENSP et l'INTEFP ;
- placer les MIRTMO sous statut d'emploi, identique à celui des MISP et praticiens conseils affectés à la régulation collective, pour favoriser une mobilité fonctionnelle et participer à la constitution à terme d'un corps de praticiens de santé publique¹⁰¹ susceptibles d'exercer dans différents secteurs de l'Etat ;

comme si la sollicitation permanente du médecin du travail pour conforter leur indépendance professionnelle par rapport à l'employeur occultait leur mission de porte parole de l'administration du travail vis à vis de ces services et de ces médecins.

¹⁰¹ Voir le rapport de synthèse pour plus de développements.

- instaurer une déclaration obligatoire de liens personnels¹⁰² pouvant donner lieu à conflit d'intérêt vis à vis des anciens services de santé au travail.

4.3.2 Développer l'intersectoriel via les médecins et via les directeur

Les pratiques de santé publique respectueuse des positions et prismes de chacun se développeront par les programmes mais aussi par les personnes, que ce soit les médecins ou les directeurs. Les premiers doivent être habilités à se rencontrer, d'abord pour se connaître et parce qu'ils sont médecins et disposent d'un langage commun, propice à des démarches conjointes. Les contacts établis jusqu'alors sont rarement organisés de cette manière. La participation conjointe au groupement régional de santé publique constitue un test d'implication dans une approche commune mais n'est pas le seul levier des rapprochements.

Parallèlement, même si les directions ont des échanges de nature managériale à développer, notamment en CTRI, qui ne requièrent pas toujours la présence des médecins, la présence du coordonnateur des MIRTMO serait utile quand sont traitées les questions de la politique du travail et du pilotage de l'inspection du travail.

Pour l'administration du travail, les liens avec l'Education nationale sont autant d'occasions de tenter de faire partager des soucis d'intégration des réflexes de sécurité dès l'acquisition des apprentissages.

De même l'articulation de l'administration du travail avec la branche accidents du travail de la sécurité sociale est à retravailler, pour retrouver la vision de 1947 qui faisait collaborer les services de la sécurité sociale et de l'inspection médicale du travail pour une évaluation commune de la santé des travailleurs. Comme le rappelle le rapport Chetcuti-Furon précité, l'autonomie des législations et le déséquilibre des moyens mis en œuvre¹⁰³ ont eu raison des collaborations initialement envisagées entre les deux secteurs. Aujourd'hui, ce sont trois systèmes qui coexistent sans s'interpénétrer : le réseau technique des services de prévention des CRAM, les compétences organisationnelles existant au sein du réseau ANACT et de l'INRS, les compétences médicales de la médecine du travail. Si l'idée avancée au sein de l'INRS d'intégrer la médecine du travail au sein des services prévention des CRAM a été en son temps écartée¹⁰⁴ vu l'opposition des organisations professionnelles, les organisations les plus pertinentes pour améliorer la prévention des risques pour la santé au sein du monde du travail restent à inventer.

Du côté de la sécurité sociale, il faut signaler les efforts de la CRAMIF¹⁰⁵ qui a créé depuis près de trente ans une fonction de médecin de prévention. Destinés à développer une approche pluridisciplinaire de la prévention, ces médecins du travail ont été embauchés au sein du service de prévention pour compléter et renforcer l'expertise technique de la branche dans ses interventions auprès des entreprises. Il serait intéressant de dresser un bilan de l'action

¹⁰² Toutes les personnes qui collaborent, même occasionnellement, aux travaux des ARH, doivent déclarer qu'ils n'ont « pas de lien ou intérêts directs ou indirects » avec les établissements de santé du ressort des agences (Art L 710-17-4 du code de la santé publique).

¹⁰³ Même si la CNAMTS a été tentée de faire disparaître l'autonomie de la branche accidents du travail-maladies professionnelles et des moyens qui lui étaient dédiés dans le cadre du développement de la polyvalence de traitement au sein des caisses.

¹⁰⁴ Ce serait pourtant un moyen d'assurer aux médecins du travail une indépendance indiscutable dans leur fonctionnement. Par ailleurs, c'est ainsi qu'est organisée la médecine du travail en agriculture.

¹⁰⁵ D'autres expériences de ce type existent à Strasbourg et Lille.

entreprise à travers la diversité de leurs missions (participation aux enquêtes sur les pathologies professionnelles, actions de formation, diagnostic de service préalable à l'intervention du service de prévention, réponse à des questions médicales posées par les ingénieurs etc). Ce pont établi entre spécialités et organismes s'apparente au mouvement inverse initié par l'administration du travail via les cellules régionales pluridisciplinaires. Il serait opportun que la DRT initie une réflexion sur les coopérations et complémentarités possibles avec ses propres agents, en lien avec la DSS pour les impacts possibles sur la sécurité sociale et les conventions d'objectifs et de gestion.

4.3.3 Organiser un pilotage des services de santé au travail

Sans reprendre ce qui a déjà été dit antérieurement par la mission IGAS « Agrément des services de santé au travail » et à son rapport n° 2004-038¹⁰⁶, il s'agit de proposer ici quelques pistes d'amélioration de l'intervention des MIRTMO dans ce domaine.

4.3.3.1 Clarifier les conditions de leur contrôle

L'inspection médicale centrale du travail a élaboré une fiche de procédure complète¹⁰⁷ destinée à servir de grille de travail aux MIRTMO, d'une part pour le contrôle des moyens (modalités d'organisation du service), d'autre part le contrôle de la conformité de l'action des équipes de santé au travail avec les objectifs de la santé au travail et de l'implication des services de santé au travail dans les priorités de la politique de santé au travail.

Ce document constitue une aide méthodologique réelle pour apprécier les aspects quantitatifs et qualitatifs du fonctionnement. Mais il ne peut en tant que tel servir le deuxième objectif d'implication dans les politiques de santé qui nécessiterait une autre présentation. La mission suggère que l'intervention médicale soit recentrée sur cet aspect du fonctionnement, l'aspect des moyens étant délégué à des compétences administratives. Formaliser une rupture franche des domaines, pour artificielle qu'elle puisse apparaître, serait un moyen de recentrer la compétence médicale sur le fond de la question, tout en faisant comprendre aux entreprises que ce n'est pas le seul respect des normes qui est attendu pour protéger la santé des travailleurs.

Sur un plan plus matériel enfin, la mise en place du réseau « Alerte » fait émerger un sous équipement et formation des médecins du travail en moyens modernes de communication. Les rapports d'activité des médecins du travail ne sont pas toujours numérisés¹⁰⁸ et 60% seulement des médecins du travail sont joignables par une adresse de messagerie. La santé publique effective passe par ces pré-requis, évidents mais pas encore assurés.

¹⁰⁶ Voir le récapitulatif des propositions de la mission en annexe 6 du présent rapport

¹⁰⁷ Voir annexe 4.

¹⁰⁸ Un projet d'arrête le prévoirait.

4.3.3.2 *Participer à l'élaboration de véritables contrats d'objectifs*

La mission a pu consulter le projet de contrat d'objectifs prévu en région Centre¹⁰⁹ avec les services de santé au travail. Autant ce document est précis sur les objectifs, autant sa dimension spécifiquement contractuelle n'apparaît pas.

Les objectifs sont clairement dans l'axe des réformes récentes, explicitant ce qui est attendu en général des services de santé au travail :

- « inscrire l'action des services de santé au travail dans les priorités de la politique de santé publique au travail ;
- satisfaire des objectifs de qualité en matière d'activité et d'approche pluridisciplinaire qui placent tous les acteurs de la prévention (médecins du travail, intervenants en prévention des risques professionnels, ...) en situation de complémentarité ;
- rendre plus lisible l'indépendance des services de santé au travail interentreprises, en modernisant leur mode de financement afin d'assurer aux entreprises et à leurs salariés des prestations médicales et pluridisciplinaires de qualité, quelque soit leur taille, leur secteur d'activité et leur localisation ;
- permettre des évolutions dans les pratiques professionnelles des médecins du travail et des équipes de santé au travail ;
- permettre de définir des objectifs à atteindre qui ne relèvent pas uniquement des exigences réglementaires. Ces objectifs peuvent être dictés par les spécificités de la population salariée d'un territoire donné ou encore de problématiques nouvelles ».

Ces objectifs sont déclinés en actions auxquelles sont attachés des indicateurs. Malheureusement, cet effort louable de quantifier l'activité et de se doter d'éléments de photographie ne sera d'aucune utilité pour mesurer des évolutions, apprécier un état de santé ; de même, aucune action ne fait l'objet d'échéances de réalisation et les particularités de cette région qui justifieraient le choix de ces actions n'apparaissent pas. En outre, poser la question de cette manière générale et exhaustive revient à soulever immédiatement la question des moyens de la part des cosignataires. Il est à craindre que l'outil contractuel ne soit, ici encore, utilisé pour faire cosigner ce qui relève d'une application réglementaire, sans consigner ce qui aurait pu faire l'objet de marges de progrès, sur certains thèmes intéressant les deux parties, à partir d'une réflexion, à froid au sein de la DRTEFP, sur ce qui est attendu des services de santé au travail.

La mission suggère que cette démarche alternative et sélective soit expérimentée dans d'autres régions.

¹⁰⁹ Voir annexe 5.

4.3.3.3 *Redécouvrir la dimension inspection de la fonction*

A force de mettre l'accent sur la dimension conseil et animation d'un réseau, on en oublie la fonction d'inspection qui définit le titre et le métier des MIRTMO. Elle n'est pas réservée aux inspecteurs du travail. Pour la direction des relations du travail, c'est peut-être la clef d'entrée d'un repositionnement des intéressés sur les missions et les postures professionnelles essentielles pour caractériser le métier. Pour la mission, les avis sur aptitude ou conseils informels aux services de santé au travail ne suffisent pas à garantir l'exercice de cette fonction d'inspection. Le test de sa réalité sera donné le jour où à froid un rapport de renouvellement d'agrément conclura au retrait et où à chaud, une équipe de MIRTMO pourra proposer la remise en cause de cet agrément sur dysfonctionnement avéré.

X

X

X

La réorientation des missions des MIRTMO, actuellement à l'oeuvre dans les services du travail et de l'emploi est aussi importante que fragile. C'est pourtant le meilleur levier pour faire évoluer ces médecins vers une fonction reconnue de conseiller technique de l'action administrative, sans que la prise de distance nécessaire avec leurs anciennes fonctions ne les prive de toute base conceptuelle pour agir. C'est dire si le rôle des directions régionales est essentiel pour assurer cette nouvelle intégration dans un équilibre renouvelé entre corps et compétences. La référence à la santé publique, loin de constituer une négation des bases de l'action constitue un outil de ces changements qui donneront sens aux interventions de chacun, pour les agents comme l'opinion publique, dans une vision renouvelée de la politique du travail.

Jean-François BENEVISE

Alain LOPEZ

ANNEXES

Liste des annexes

1. Circulaires missions
 - 1.1 17 avril 1996
 - 1.2 5 novembre 2001

2. Le Conseil de l'Ordre et la médecine du travail
 - 2.1 Les voies d'accès à la médecine du travail
 - 2.2 L'utilisation du dossier médical en médecine du travail
 - 2.3 Communiqué sur la réforme de la médecine du travail

3. Exemple de rapport de renouvellement d'agrément de services de santé au travail

4. Fiche de contrôle des services de santé au travail

5. Projet de contrat d'objectif en région Centre

6. Rappel des propositions du rapport IGAS 2994-038 sur l'agrément des SST

Annexe 1.1 : 17 avril 1996

MINISTERE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES

Direction des Relations du Travail

Paris, le 17 Avril 1996

.....	
-------	--

<p>CIRCULAIRE DRT 96/6 DU 17 avril 1996 relative au rôle et aux fonctions de l'Inspection médicale du travail et de la main-d'oeuvre à l'échelon régional.</p>

.....
-------	-------	-------	-------	-------	-------

(Texte non paru au Journal Officiel)

MESSIEURS LES PREFETS DE REGION.
MADAME ET MESSIEURS LES DIRECTEURS
REGIONAUX DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI
ET DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE
MESDAMES ET MESSIEURS LES MEDECINS
INSPECTEURS REGIONAUX DU TRAVAIL
ET DE LA MAIN-D'OEUVRE
MESSIEURS LES PREFETS DE
DEPARTEMENT
MESDAMES ET MESSIEURS LES
DIRECTEURS DEPARTEMENTAUX, DU
TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA
FORMATION PROFESSIONNELLE
MESDAMES ET MESSIEURS LES
INSPECTEURS DU TRAVAIL

Références : - Décret n°77.1288 du 24 novembre 1977 portant organisation des services extérieurs du travail et de l'emploi.

- Décret n° 94-1166 du 28 décembre 1994 relatif à l'organisation des services déconcentrés du ministère du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle.

- Instruction du 4 avril 1995 relative à l'organisation des directions régionales et départementales du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle.

Texte abrogé : - Circulaire DRT n° 18-79 du 6 juillet 1979 relative à la coopération de l'Inspection du travail et de l'Inspection médicale du travail pour la prévention des risques professionnels.

Les médecins inspecteurs régionaux du travail et de la main-d'oeuvre occupent une place spécifique au sein des services déconcentrés du ministère. Leur rôle et leurs missions restent parfois mal connus du fait sans doute, de la spécialité "médicale" de ces agents mais également en raison de la dispersion des textes qui les font intervenir et qui figurent notamment dans le code du travail, le code de la santé publique, le code rural et le code de la sécurité sociale.

Cette difficulté de situer la vocation de l'inspection médicale au sein des services a pu aboutir à diminuer son efficacité et à affecter la cohésion d'ensemble.

Il était d'autant plus indispensable de remettre en perspective le rôle et les missions du médecin inspecteur régional que de récentes dispositions réglementaires concernant l'organisation des services déconcentrés du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle ont été adoptées et sont en cours de mise en oeuvre.

A cet égard, l'article 5 du décret du 28 décembre 1994, dispose que *"le médecin inspecteur régional du travail et de la main-d'oeuvre ... concourt à l'ensemble des missions des services déconcentrés du ministère du travail. A ce titre, il formule les avis et prend les décisions prévues par la loi et les règlements.*

Il est notamment chargé de l'étude des risques professionnels et de leur prévention. Il exerce une mission d'information au bénéfice des médecins du travail et des médecins de main-d'oeuvre. Il est chargé du contrôle technique de l'activité des médecins de main-d'oeuvre".

L'instruction technique du 4 avril 1995 sur l'organisation des directions régionales et départementales du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle précise, qu'en ce qui concerne le médecin inspecteur régional du travail et de la main d'oeuvre, "une circulaire à paraître en précisera le rôle et les fonctions".

C'est donc l'objet de la présente circulaire qui a été élaborée en tenant compte des observations d'un groupe de travail composé de directeurs régionaux et de médecins inspecteurs régionaux .

I - LE ROLE DU MEDECIN INSPECTEUR REGIONAL DU TRAVAIL ET DE LA MAIN D'OEUVRE.

Le médecin inspecteur régional du travail et de la main d'oeuvre participe aux actions des services déconcentrés dans le domaine de ses compétences et collabore étroitement avec les différents acteurs de la prévention des risques professionnels. Il joue un rôle de conseil et d'appui technique auprès des services pour l'exercice des compétences qui leur sont dévolues. Enfin, il exerce lui même, en qualité d'expert, des missions spécifiques qu'il tient de dispositions législatives et réglementaires.

I-1 .LA PARTICIPATION AUX ACTIONS DES SERVICES DECONCENTRES.

Le médecin inspecteur du travail concourt à l'action des services déconcentrés, en tenant compte tout particulièrement du développement de la démarche d'évaluation des risques, de l'épidémiologie et de la recherche pour identifier, caractériser et prévenir les risques professionnels. Ces domaines participent en effet de la vocation du médecin inspecteur régional du travail et de la main d'oeuvre qui conduit "une action permanente en vue de la protection de la santé des travailleurs au lieu de leur travail"¹

Le médecin inspecteur régional est, dans le domaine de ses compétences, étroitement associé à la définition des orientations de la politique régionale de prévention des risques professionnels, à la préparation des programmes, des instructions et des documents que justifie la mise en oeuvre de cette politique, ainsi qu'à la définition des actions prioritaires. Il participe à l'animation et à l'évaluation de ces actions.

Plusieurs actions concertées menées dans les régions illustrent les modalités possibles de cette participation du médecin inspecteur régional à l'action des services déconcentrés.

* C'est ainsi que dans le cadre de l'action prioritaire nationale portant sur la manutention manuelle, le médecin inspecteur régional du travail et de la main d'oeuvre, a souvent été désigné en qualité de "personne ressource". Après avoir lui-même suivi une formation spécifique, il a formé l'ensemble des inspecteurs et contrôleurs du travail de sa région, notamment à l'utilisation des questionnaires permettant l'évaluation du risque.

Des projets identiques sont en cours de conception et de mise en place pour appuyer le renforcement en 1996 de l'action prioritaire "amiante".

* C'est ainsi également que dans une région, le médecin inspecteur et l'ingénieur sécurité ont conduit ensemble une action de recherche sur les risques liés à la profession de radiologue industriel. Dans d'autres régions, les médecins inspecteurs ont mené, dans un secteur géographique donné, des actions de contrôle portant sur les fiches d'entreprise, ou sur les contrats d'adhésion des entreprises, avec les services médicaux et avec l'ensemble des inspecteurs du travail. * C'est ainsi enfin que, dans une autre région, le médecin inspecteur a effectué avec l'économiste de la direction régionale, un contrôle dans les services médicaux du travail portant plus particulièrement sur les données figurant dans le rapport administratif et financier. Avec les différents responsables du service informatique de la direction régionale, il a "implanté" les nouveaux logiciels permettant le traitement statistique des données relatives à la fois au fonctionnement des services médicaux du travail et aux rapports techniques des médecins du travail.

I-2 . LE MEDECIN INSPECTEUR REGIONAL DU TRAVAIL ET DE LA MAIN D'OEUVRE JOUE UN TRIPLE ROLE DE CONSEIL, D'APPUI TECHNIQUE ET D'EXPERT.

¹Articles L 612.1 et D 612.1 du code du travail.

I-2-1 . Le rôle de conseil du directeur régional du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle.

1.2.1.1. Le médecin inspecteur régional assiste le directeur régional du travail de l'emploi et de la formation professionnelle pour l'application des dispositions législatives et réglementaires relatives à la médecine du travail ².

- Le médecin inspecteur régional aide le directeur régional à établir la carte de la compétence géographique et professionnelle des services médicaux du travail de la région.

Il lui fait part de tous avis lors de l'instruction des recours formés en application des articles R 241.1 et R 241.10.1 du code du travail, au cours du renouvellement ou du retrait de l'agrément des services médicaux du travail (articles R 241.7 et R 241.9), au cours du renouvellement ou du retrait de l'approbation de la compétence géographique et professionnelle des services médicaux ou de l'agrément des secteurs de certains de ces services (R 241.21 à R 241.25), lors de l'instruction des demandes d'octroi de dérogation en application des dispositions réglementaires (R241.13), lors de l'instruction des demandes d'octroi de dérogation à l'application de certaines dispositions réglementaires relatives à l'hygiène et à la sécurité du travail.

L'avis du médecin inspecteur régional est également recueilli dans le cadre des dispositions particulières à la médecine du travail des salariés liés par un contrat de travail temporaire (R 243.6, R 243.13).

- D'une façon plus générale, le médecin inspecteur régional du travail et de la main d'oeuvre assiste le directeur régional du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle dans le cadre de la commission régionale de médecine du travail³, notamment lors de l'établissement du rapport annuel sur l'état de la médecine du travail dans la région.

- Par ailleurs, le médecin inspecteur régional peut être conduit à établir, pour le directeur régional du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle et pour la commission régionale de médecine du travail, un bilan sur les problèmes de santé au travail de la région. Il apporte aussi son conseil technique au directeur régional, au sein du comité régional de coordination pour la prévention des risques professionnels.

1.2.1.2. Le concours technique du médecin inspecteur régional du travail et de la main-d'oeuvre peut aussi être sollicité par le directeur régional du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, en application des dispositions des articles L 422-3 et L 422-4 du code de la sécurité sociale, notamment lors de:

. la préparation de l'avis requis préalablement à l'octroi, par la caisse régionale d'assurance maladie, de ristournes sur la cotisation due au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles (article L 242-7 du code de la sécurité sociale) .

² Décret n°77 1288 du 24 novembre 1977 portant organisation des services extérieurs du travail et de l'emploi.

³ Décret 86.568 du 14 mars 1986 portant création de commissions régionales de la médecine du travail.

- . l'instruction de recours formés par l'employeur, en application de l'article L 422.4 du code de sécurité sociale, contre les injonctions de la caisse régionale d'assurance maladie invitant l'employeur "à prendre toutes mesures justifiées de prévention".
- . l'étude des projets de "dispositions générales de prévention" soumis à l'homologation du directeur régional du travail par la caisse régionale d'assurance maladie (L 422.4 du code de la sécurité sociale).
- . la mise en place des conventions d'objectifs.

I-2-2 . Le rôle d'appui technique aux services de l'inspection du travail, aux services médicaux du travail, aux services de la main d'oeuvre et à la COTOREP:

1.2.2.1. En liaison avec les directions départementales du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle et les sections d'inspection du travail, le médecin inspecteur régional participe au contrôle de l'application de la législation du travail dans les entreprises et à celui de l'organisation et du fonctionnement des services médicaux du travail ⁴.

Pour l'instruction des demandes dont il est saisi, l'inspecteur du travail doit prendre l'avis du médecin inspecteur, en application des articles R 241-31 et R 241-31-1 (nomination, licenciement, changement de secteur d'un médecin du travail), R 241-35 (recrutement des infirmier(e)s du travail), R 241-43 (emplois réservés aux travailleurs handicapés), R 241-44 (prélèvements et mesures), R 241-54 (dérogations relatives aux examens médicaux).

Le médecin inspecteur régional agit en liaison avec les inspecteurs du travail et coopère avec eux à l'application de la réglementation relative à l'hygiène du travail⁵.

S'agissant des conditions de travail spécifiques aux femmes et aux jeunes, lorsque le travail confié aux jeunes de plus de 16 ans excède leur force, les inspecteurs du travail ont le droit d'exiger leur renvoi de l'établissement sur l'avis conforme de l'inspection médicale du travail et de la main-d'oeuvre (L 211-2 du code du travail).

L'avis du médecin inspecteur régional est également sollicité dans l'instruction de recours concernant l'avis d'aptitude en vertu de l'article L 241.10.1 et des décrets ou règlements pris en application de l'article L 231-2.

⁴Décret du 24 novembre 1977.

⁵Article L 612-1 du code du travail.

⁷ Dans le cadre des établissements soumis aux dispositions prévues aux titres II et IV du livre II du code du travail

1.2.2.2. Dans le cadre de ses relations avec les services médicaux du travail, le médecin inspecteur régional :

- peut adresser des observations techniques directes aux services médicaux du travail (art R 241.3, R241.14, R 241.18),
- doit enregistrer les titres des médecins du travail (R 241.29)
- donne son avis au médecin du travail sur les décisions d'inaptitude (R 241.51.1)
- est saisi d'un différend éventuel entre l'employeur et le médecin du travail sur la nature et la fréquence des examens complémentaires (R 241.52)
- peut avoir communication du dossier médical du salarié (R. 241.56)
- peut participer à des études à caractère épidémiologique faites par le médecin du travail (R241.58).
- peut animer ou coordonner des actions de formation des médecins du travail

1.2.2.3. A l'égard des services médicaux de main d'oeuvre, le médecin inspecteur régional est chargé du contrôle technique de l'activité des médecins de main-d'oeuvre.

Il participe au contrôle des services médicaux de main d'oeuvre. Il donne son accord à l'engagement des médecins de main d'oeuvre et doit participer à l'élaboration de son contrat de travail. Il assure, au bénéfice de ces médecins, une mission d'information et d'étude à l'égard des problèmes posés par la prévention des risques professionnels et l'adaptation des conditions de travail et d'emploi de la main-d'oeuvre (rôle d'information, de formation, d'enseignement ...). Il est destinataire des statistiques trimestrielles d'activité des services médicaux de main d'oeuvre. Il intervient enfin en cas de contestation d'un salarié sur l'avis formulé par le médecin de main d'oeuvre ou sur les examens complémentaires demandés.

1.2.2.4. Dans le cadre des dispositions législatives relatives à la surveillance de la santé des personnes mises à disposition par les associations intermédiaires⁶, le médecin inspecteur régional a pour mission de procéder, s'il y a lieu, à la recherche de médecins acceptant, en qualité de médecins de main d'oeuvre, d'assurer les examens médicaux du personnel recruté par ces associations.

Le médecin inspecteur apporte aux médecins toutes informations techniques utiles sur l'objet et la finalité des examens médicaux, ainsi que sur les documents médicaux à utiliser.

Le médecin inspecteur vise les contrats et avenants aux contrats liant les médecins de main d'oeuvre aux directions départementales du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle.

Le médecin inspecteur peut exercer tout contrôle sur le bon fonctionnement du service.

Le médecin inspecteur donne obligatoirement son avis en cas de fautes professionnelles relevant de l'activité médicale de ces médecins.

⁶Article 128 du code du travail, circulaires du 3 mai 1987, 16 novembre 1987, 6 mai 1988 et 28 avril 1995.

I-2-3 . Un rôle propre d'expert.

Outre les missions concernant son rôle de conseil et d'appui technique énumérées dans les précédents paragraphes, le médecin inspecteur régional dispose d'un rôle propre d'expert dans les domaines qui suivent:

Dans le cadre des établissements publics de soins :

Il assure l'enregistrement des titres des médecins du travail (R 242.4). Il est destinataire du rapport sur l'organisation, le fonctionnement et la gestion financière du service médical des établissements hospitaliers (R 242.3), et des rapports annuels des médecins (R242.14).

Dans le cadre des établissements soumis aux articles 1001 à 1005 du code rural :

Le médecin inspecteur régional remplit un rôle analogue à celui qui est le sien au sein de la direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, au bénéfice du préfet et des services de l'inspection du travail, de l'emploi et de la politique sociale agricole⁷. Il peut être consulté par le médecin du travail avant que celui-ci n'émette un avis d'aptitude. Le dossier médical des salariés agricoles peut lui être communiqué.

Dans le cadre de la sécurité sociale :

Les médecins inspecteurs régionaux du travail fournissent des informations aux caisses régionales dans le cadre des enquêtes sur les conditions d'hygiène et de sécurité (L 422.3), ainsi qu'aux comités techniques régionaux (R 421.14). Ils sont membres du comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles⁸.

Dans le cadre des mines et carrières :

Lorsque le médecin inspecteur régional du travail et de la main-d'oeuvre a été nommé médecin inspecteur du travail dans les mines par le ministre chargé des mines, il reçoit notamment communication des fiches d'aptitude des salariés du régime minier et des fiches médicales (D 711.6), des contestations de l'avis du médecin du travail (D 711.13), des demandes de dérogations à l'exercice exclusif de la médecine du travail (D 711.18), du désaccord sur la nomination et la révocation du médecin du travail (D 711.20).

⁷ Décret 82-397 du 11 mai 1982, modifié par le décret 93.109 du 22 janvier 1993 et le décret 95.548 du 4 mai 1995 et circulaire du 24 juin 1993.

⁸ Loi n° 93-121 du 27 janvier 1993, décret n° 93-683 du 27 mars 1993 (article D-461.27 du code de la sécurité sociale).

Dans le cadre de l'application des dispositions du décret relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail, ainsi qu'à la prévention médicale dans la fonction publique⁹:

Le médecin inspecteur régional est saisi pour avis par le chef de service en cas de contestation des agents concernant les propositions formulées par le médecin de prévention.

II- LA PLACE DU MEDECIN INSPECTEUR REGIONAL DU TRAVAIL ET DE LA MAIN D'OEUVRE AU SEIN DE LA DIRECTION REGIONALE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE.

II-1 UNE SITUATION PARTICULIERE LIEE A SES OBLIGATIONS DEONTOLOGIQUES:

Le médecin inspecteur régional du travail et de la main-d'oeuvre est obligatoirement inscrit à l'ordre des médecins. Il est de ce fait soumis aux dispositions du code de déontologie médicale.¹⁰

Le code prévoit notamment dans son article 4 que " le secret médical, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession ..".

Il prévoit aussi à l'article 72 que le médecin doit "veiller à ce qu'aucune atteinte ne soit portée par son entourage au secret qui s'attache à sa correspondance professionnelle", à l'article 73 que le médecin doit "protéger contre toute indiscretion les documents médicaux" ainsi que "les informations médicales dont il peut être le détenteur" et enfin à l'article 95 que pour un médecin, "le fait d'être lié dans son exercice professionnel par un statut à une administration 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 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."

II-2 . UN POSITIONNEMENT SPECIFIQUE AUPRES DU DIRECTEUR REGIONAL DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE

Le médecin inspecteur régional du travail et de la main d'oeuvre est placé sous une double autorité, celle du directeur régional du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle et celle du chef du service de l'inspection médicale du travail et de la main d'oeuvre. L'article 5 du décret du 28 décembre 1994 précise en effet que "*le médecin inspecteur régional du travail et de la main-d'oeuvre est placé sous l'autorité du directeur régional du travail, de l'emploi et de la formation*

⁹Décret 95.680 du 9 mai 1995 modifiant le décret n°82 453 du 28 mai 1982

¹⁰Décret n°48.1671 du 26 octobre 1948 modifié par le décret 95.100 du 6 septembre 1995.

professionnelle sauf dans l'exercice des compétences qu'il tient directement de la loi ou du règlement, et sous réserve du dernier alinéa du présent article"

Le dernier alinéa prévoit que : *"Le médecin inspecteur régional du travail et de la main-d'oeuvre relève de l'autorité du chef de service de l'inspection médicale du travail et de la main-d'oeuvre pour l'exercice de ses compétences techniques"*.

Cette direction technique a pour objectif de permettre l'élaboration et l'application d'une doctrine commune et cohérente dans le respect des exigences de la déontologie médicale et des orientations fixées pour l'action administrative .

Rattaché directement au directeur régional du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, le médecin inspecteur régional du travail et de la main d'oeuvre coopère avec l'ensemble des services de la direction régionale et notamment le service "branche et entreprises", dans l'esprit des orientations de la présente circulaire et selon des modalités variées dont le paragraphe I 1 évoque quelques exemples non limitatifs.

Pour lui permettre d'assurer l'ensemble de ses missions, le médecin inspecteur régional, doté de moyens logistiques à cet effet, bénéficie de la communication nominative ou directe et de la mise à disposition de documents communs au directeur régional du travail , de l'emploi et de la formation professionnelle et à l'inspecteur du travail:

* Documents transmis au directeur régional du travail et au médecin inspecteur régional du travail : ce sont les documents cités aux articles R 241.16, R 241.19, R241.22, R 241.33.

* Documents transmis à l'inspecteur du travail et au médecin inspecteur régional du travail : ce sont les documents cités aux articles R 241.25, R 241.3, R 241.5, R241.14 et R 241.18, R 241.41.3, R 241.57.

* Rapports sur les accidents du travail et les maladies professionnelles dans les hôpitaux (R 241.13).

* *

*

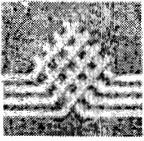
Vous voudrez bien me faire part des difficultés que vous pourriez rencontrer dans l'application de la présente circulaire et m'adresser vos observations sous le timbre direction des relations du travail/Inspection médicale du travail et de la main-d'oeuvre.

Le Directeur des Relations du Travail



Jean MARJMBERT

Annexe 1.2 : 5 novembre 2001



Paris, le 5 novembre 2001

.....	
-------	--

**CIRCULAIRE n° 6 DRT - DAGEMO
DU 5 NOVEMBRE 2001**
Relative à l'organisation, au fonctionnement et aux moyens de l'Inspection
médicale du travail et de la main-d'oeuvre.

.....
-------	-------	-------	-------	-------	-------

(Texte non paru au Journal Officiel)

**MESSIEURS LES PREFETS DE REGION
MADAME ET MESSIEURS LES DIRECTEURS REGIONAUX
DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA FORMATION
PROFESSIONNELLE
MESDAMES ET MESSIEURS LES MEDECINS INSPECTEURS
REGIONAUX DU TRAVAIL ET DE LA MAIN-D'OEUVRE
MESSIEURS LES PREFETS DE DEPARTEMENT
MESDAMES ET MESSIEURS LES DIRECTEURS
DEPARTEMENTAUX, DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA
FORMATION PROFESSIONNELLE**

Références :

- Décret n° 94-1166 du 28 décembre 1994 relatif à l'organisation des services déconcentrés du ministère du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle.
- Instruction du 4 avril 1995 relative à l'organisation des directions régionales et départementales du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle.
- Circulaire DRT 96/6 du 17 avril 1996 relative au rôle et aux fonctions de l'inspection médicale du travail et de la main d'œuvre à l'échelon régional.

La présente circulaire a pour objet principal de préciser et de compléter les précédentes instructions en vigueur et notamment la circulaire du 17 avril 1996 prise peu de temps après la réorganisation des services déconcentrés de fin 1994 et la création des Directions Régionales du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle.

Elle vise, dans le contexte de la prochaine Directive Nationale d'Orientation diffusée le 25 septembre dernier et de la globalisation des moyens de fonctionnement des services déconcentrés à préciser les moyens dont doivent disposer les médecins inspecteurs du travail pour accomplir leurs missions.

I. L'inspection médicale du travail et de la main d'œuvre est un service placé sous une double autorité : administrative et technique.

La loi du 31 octobre 1941 organise l'inspection médicale sous la forme d'un corps hiérarchisé : l'inspection médicale centrale et les inspections médicales régionales.

- 1. L'inspection médicale centrale.

Elle est placée sous l'autorité administrative directe du directeur des relations du travail.

Le médecin chef de service de l'inspection médicale est désigné comme conseiller technique du directeur des relations du travail pour toutes les questions relatives à la santé au travail et aux attributions des médecins inspecteurs régionaux du travail.

Le chef de service de l'inspection médicale est chargé en outre de la coordination et du contrôle de l'activité des médecins inspecteurs qui sont placés sous son autorité pour l'exercice de leurs compétences techniques.

- 2. Les médecins inspecteurs régionaux du travail et de la main d'œuvre.

Les médecins inspecteurs régionaux sont placés, dans chaque région, sous l'autorité administrative directe du directeur régional du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle et sous l'autorité et le contrôle techniques du chef de service de l'inspection médicale centrale.

Dans les régions où sont affectés plusieurs médecins inspecteurs, l'un d'entre eux peut être chargé par le directeur régional de fonctions de coordination.

II – Rôle et fonctions de l'inspection médicale.

II.1. L'inspection médicale centrale.

Dans le cadre de la direction des relations du travail, le service de l'inspection médicale du travail et de la main-d'œuvre participe à la gestion du corps des médecins inspecteurs, sans préjudice des compétences dévolues dans ce domaine à la direction de l'administration générale et de la modernisation des services, avec laquelle le service entretient à cet égard des relations suivies. A ce titre, il soumet, conjointement avec le directeur régional concerné, des propositions de nomination au directeur des relations du travail ; il formule des propositions de notation et de promotion ; il met en place des cycles de formation initiale ou continue en liaison avec l'INTEFP ou tout autre organisme compétent ; il propose en tant que de besoin les mesures relatives au nombre et à l'affectation des emplois de médecins inspecteurs.

Le service de l'inspection médicale du travail et de la main-d'œuvre anime et coordonne les activités des médecins inspecteurs régionaux, et contribue par ses travaux et ses avis à la conception et à la mise en œuvre des politiques du ministère en matière de santé au travail. Il veille à l'élaboration et à l'application par les médecins inspecteurs d'une doctrine médicale commune et cohérente, dans le respect des exigences de la déontologie médicale et notamment des exigences d'indépendance des médecins du travail qu'il contribue à garantir, ainsi que des orientations fixées dans le cadre des politiques globales menées par le ministère.

Il organise les réunions semestrielles des médecins inspecteurs, et coordonne l'activité des groupes de travail que l'inspection médicale met en place en son sein, de sa propre initiative ou à la demande du directeur des relations du travail.

Il participe au suivi des activités des services médicaux et de santé au travail en effectuant la synthèse des données statistiques réglementaires relatives à leur activité ; statistiques fournies par les services médicaux aux médecins inspecteurs régionaux .

II - 2. Les médecins Inspecteurs régionaux du travail et de la main d'œuvre.

II - 2.1 . Rôle et missions

Leur rôle et leurs missions restent parfois mal connus du fait sans doute, de la spécialité "médicale" de ces agents mais également en raison de la dispersion des textes qui les font intervenir et qui figurent notamment dans le code du travail, le code de la santé publique, le code rural et le code de la sécurité sociale.

Cette difficulté de situer la vocation de l'inspection médicale au sein des services a pu aboutir à diminuer son efficacité et à affecter la cohésion d'ensemble.

C'est la raison pour laquelle avait été élaborée, en tenant compte des observations d'un groupe de travail composé de directeurs régionaux et de médecins inspecteurs régionaux, la circulaire DRT 96/6 du 17 avril 1996 relative au rôle et aux fonctions de l'inspection médicale du travail et de la main d'œuvre à l'échelon régional.

Les médecins inspecteurs du travail exercent une action permanente en vue de la protection des salariés au lieu de leur travail. Ces missions, exclusivement préventives peuvent être regroupées schématiquement en 5 rubriques :

1. Le médecin inspecteur régional du travail et de la main d'oeuvre participe aux actions des services déconcentrés et est étroitement associé à la définition des orientations de la politique régionale de prévention des risques professionnels, à la préparation des programmes, des instructions et des documents que justifie la mise en oeuvre de cette politique, ainsi qu'à la déclinaison des actions prioritaires. Il participe à l'animation et à l'évaluation de ces actions ; autant de domaines qui relèvent en effet de la vocation du médecin inspecteur régional du travail et de la main d'oeuvre qui conduit "une action permanente en vue de la protection de la santé des travailleurs au lieu de leur travail".

2. Il a également un rôle de conseil auprès du directeur régional.

Le médecin inspecteur régional assiste le directeur régional du travail de l'emploi et de la formation professionnelle pour l'application des dispositions législatives et réglementaires relatives à la médecine du travail, pour les commissions régionales de médecine du travail et au sein du comité régional de coordination pour la prévention des risques professionnels.

Il peut aussi être sollicité par le directeur régional du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle, en application de dispositions du code de la sécurité sociale, notamment lors de la préparation de la mise en place des conventions d'objectifs.

3. Il a un rôle d'appui technique aux services de l'inspection du travail, aux services médicaux du travail, aux services de la main d'oeuvre et à la COTO/LEP. Il a dans ce cadre un rôle de conseil, d'animation, d'information et de formation des médecins du travail.
4. Enfin, il exerce lui même, en qualité d'expert, des missions spécifiques qu'il tient de dispositions législatives et réglementaires dans le cadre en particulier des établissements publics de soins, des établissements soumis aux articles 717 du code rural, de la sécurité sociale (comités techniques régionaux), dans le cadre des mines et carrières.
5. Il participe à l'institut de veille sanitaire au bénéfice des travailleurs. Il peut coordonner toute recherche, étude, enquête à caractère épidémiologique. Il peut participer à la constitution de réseaux régionaux d'experts et de coordination des actions de veille des médecins du travail.

Outre leurs missions de prévention, les MIRTMO sont sollicités à titre d'experts pour participer à la reconnaissance des maladies professionnelles dans le cadre des comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP).

Le médecin inspecteur régional du travail et de la main-d'oeuvre est obligatoirement inscrit à l'ordre des médecins. Il est de ce fait soumis aux dispositions du code de déontologie médicale.

En outre, le médecin inspecteur, agent de droit public, est soumis aux exigences de service public applicables à l'exercice de toute fonction de contrôle assurée au nom de l'Etat.

II - 2.2 . les moyens dont il doit disposer pour remplir ses missions

Il convient qu'ils disposent, au niveau territorial, de moyens homogènes, leur permettant d'accomplir efficacement leurs missions.

Sans préjudice des dispositions ci dessous, le DRTEFP met à la disposition de chaque MIRTMO, dans le cadre des effectifs et des crédits de fonctionnement de la région, les mêmes moyens humains et matériels que ceux attribués à un chef de service en Direction Régionale ou Départementale.

Logement:

Chaque MIRTMO dispose d'un bureau individuel, qu'il soit logé au siège de la DRTEFP ou sur un autre site, dans un lieu de travail permanent ou temporaire. Ce bureau doit permettre de recevoir du public et d'assurer la confidentialité des entretiens.

Les moyens nécessaires sont affectés au logement de ses collaborateurs permanents (secrétariat) ou temporaires (internes, vacataires) qui doivent être situés, dans la mesure du possible, à proximité immédiate du bureau du MIRTMO.

Le mobilier affecté permet de garantir efficacement la confidentialité de certains documents.

Des dispositions sont prises pour assurer la conservation d'archives spécifiques (rapports techniques des médecins du travail et rapports d'activité des services sur 5 ans), ou la confidentialité d'archives protégées (dossiers médicaux...).

Collaborateurs

Chaque MIRTMO doit disposer en propre d'un collaborateur dont le temps de travail est proportionnel à celui du médecin, chaque médecin à temps plein bénéficiant d'un collaborateur à temps plein.

Il importe de bien identifier les missions permanentes assumées par le ou les collaborateurs permanents (secrétariat, suivi AT/MP...), et les missions temporaires ou études qui peuvent être confiées à un interne dans le cadre de sa formation. En cas de besoin des heures de vacation sont affectées aux MIRTMO afin de répondre aux pointes d'activité (rapport annuel, études, saisies...).

Documentation

Le MIRTMO dispose des moyens de documentation disponibles dans la direction régionale, soit en propre soit en usage partagé.

Eu égard à ses missions il doit en outre avoir accès en propre à des bases de données spécifiques (Evalutil, toxicologie, INRS, Orfila...) à définir par accord avec le directeur régional.

Il participe à l'identification des abonnements (périodiques et revues techniques) et achats d'ouvrages à programmer dans le cadre de l'enveloppe annuelle de la DRTEFP.

Déplacements

Les déplacements professionnels des MIRTMO sont régis par les mêmes dispositions que les autres collaborateurs de la DRTEFP (circulaire Fonction publique du 8 novembre 1990). L'utilisation des véhicules de service s'effectue selon les modalités définies au plan local.

Etudes

Les MIRTMO sont sollicités pour la mise en oeuvre du programme régional annuel études/recherche/communication. Ils ont accès également aux crédits d'appui et en particulier aux crédits de communication affectés annuellement par la DAGEMO.

Les publications des résultats de ces études comme toutes les autres publications techniques seront soumises pour approbation au médecin chef de service de l'IMTMO, le DRTEFP étant informé du projet de publication.

Formation

La formation continue des MIRTMO dont il convient de rappeler qu'il s'agit pour eux d'une obligation déontologique est prise en charge soit au titre des actions proposées par l'INTEFP (actions générales ou spécifiques) soit sur la base d'une enveloppe formation continue individualisée affectée au cas par cas par l'INTEFP. La participation à des congrès en France (avec inscription gratuite) est prise en charge dans le cadre de l'enveloppe régionale de frais de déplacement. Pour les congrès se déroulant à l'étranger chaque cas fait l'objet d'un examen particulier avec le directeur régional.

Il est proposé d'examiner avec l'INTEFP la possibilité de programmer tout ou partie de la formation continue des MIRTMO dans le cadre des contrats d'objectifs régionaux ou inter-régionaux.

Informatique

Les MIRTMO et leur secrétariat doivent être dotés du matériel informatique correspondant à leurs besoins et bénéficier des formations leur permettant de l'utiliser.

Ils disposent des logiciels bureautiques standards ainsi que de logiciels spécifiques dont l'évolution et la mise à niveau seront prises en charge dans le cadre de la refonte des systèmes d'information, conformément aux décisions du comité de pilotage "travail".

Communication

Les MIRTMO disposent de tous les moyens de communication existants à la direction régionale.

Le directeur régional veille à ce que tous les courriers qui leurs sont destinés soient transmis sans retard, en respectant les règles de confidentialité conformément au code de déontologie médicale. Des modalités prises par le DRTEFP définissent les conditions d'une bonne information réciproque.

Les MIRTMO doivent bénéficier d'un accès direct aux messageries. Les liaisons INTRANET /INTERNET doivent être prévues dans le cadre des évolutions en cours.

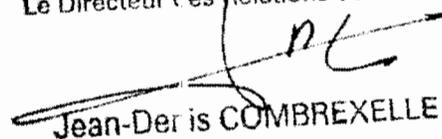
Un premier bilan de la mise en oeuvre de cette instruction sera établi dans un délai de un an.

Le directeur de l'administration générale
et de la modernisation des services



Dominique LACAMBRE

Le Directeur des Relations du Travail,



Jean-Denis COMBEXELLE

Annexe 2.1 : Les voies d'accès à la médecine du travail



LA MEDECINE DU TRAVAIL
Conditions d'accès

Médecine du travail et de prévention

février 2006

Les trois voies d'accès :

Les conditions requises pour exercer la médecine du travail sont énumérées à l'article R. 241-29 du code du travail, applicable aux médecins exerçant leur activité auprès des salariés de droit privé, dans des services autonomes ou des services inter-entreprises.

Si les médecins de prévention de la fonction publique hospitalière, de la fonction publique de l'Etat et de la fonction publique territoriale relèvent d'une réglementation différente, on peut observer que les conditions d'accès à la profession, prévues par leurs différentes réglementations, sont identiques à celles en vigueur pour les médecins du travail (cf. pour les médecins de prévention exerçant dans les administrations et établissements publics de l'Etat : l'article 13 du décret 82-453 du 28 mai 1982 modifié ; pour les médecins exerçant dans les collectivités territoriales : l'article 12 du décret 85-603 du 10 juin 1985 modifié et pour les médecins du travail exerçant dans les établissements hospitaliers : l'article R. 242-4 du code du travail).

La voie du diplôme :

Le diplôme d'études spécialisées de médecine du travail :

Ce diplôme d'études spécialisées peut être obtenu soit dans le cadre du concours « normal » de l'internat soit dans le cadre du concours spécial ouvert aux médecins en exercice au sein de l'Union européenne. C'est la raison pour laquelle ce concours est habituellement dénommé « concours européen ».

Il est bien entendu ouvert aux médecins inscrits en France à un tableau de l'Ordre.

Le certificat d'études spéciales de médecine du travail :

Il s'agit là d'un diplôme relevant de l'ancien régime des études médicales qui permet à son titulaire d'exercer la médecine du travail.

Le cas particulier du diplôme de l'Institut national de médecine agricole :

En application de l'article R 717-51 du code rural, les médecins qui souhaitent pratiquer la médecine du travail en agriculture, doivent être titulaires du CES du DES ou encore du diplôme délivré par l'Institut national de médecine agricole.

La notion de médecin du travail *en agriculture* renvoie aux exploitations agricoles, mais aussi plus généralement, en application de l'article L. 717-1 du code rural, aux entreprises du secteur agricole parmi lesquelles il faut mentionner les sociétés coopératives, les organismes de mutualité agricole, les caisses de crédit agricole mutuelles et les chambres d'agriculture.

Il faut ici souligner que le diplôme de l'Institut national de médecine agricole de Tours ne permet pas à son titulaire d'exercer en dehors des entreprises susmentionnées, de même qu'il n'est pas un diplôme qualifiant.

La voie de la qualification ordinale :

Tous les médecins inscrits au tableau de l'Ordre comme médecins spécialistes en médecine du travail, après avoir été qualifiés par les commissions de qualification peuvent exercer la médecine du travail dans les services autonomes ou inter-entreprises de santé au travail ou, en qualité de médecin de prévention, dans la fonction publique.

La demande de qualification en qualité de médecin spécialiste doit être présentée auprès du conseil départemental de l'Ordre.

La troisième voie : régularisation et reconversion :

La voie diplômante et la voie de la qualification n'ayant pas permis de recruter en nombre suffisant des médecins du travail, des mesures législatives ont dû être prises afin d'ouvrir une troisième voie.

Cette troisième voie repose sur deux mécanismes ; l'un de régularisation, l'autre de reconversion :

La régularisation :

Une première mesure de régularisation avait été prévue à titre exceptionnel par l'article 28 de la loi 98-735 du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire. Elle permettait aux médecins du travail et aux médecins de prévention, en fonction le 1^{er} juillet 1998, qui exerçaient déjà en qualité de médecin du travail ou de médecin de prévention, sans être titulaires du CES, du DES ou de la qualification ordinale, de poursuivre leur activité.

Les médecins étaient tenus de suivre un enseignement théorique, conforme au programme de l'enseignement dispensé au titre du DES de médecine du travail et de satisfaire à des épreuves de contrôle des connaissances, au plus tard, à la fin de l'année universitaire 2000 – 2001.

L'article 189 de la loi de modernisation sociale du 17 janvier 2002 a renouvelé cette disposition exceptionnelle pour les médecins en poste à la date du 18 janvier 2002. Les médecins devaient satisfaire aux épreuves de contrôle des connaissances avant la fin de l'année universitaire 2003 – 2004.

Le décret 2002-1082 du 7 août 2002 pris en application de l'article 189 de la loi de modernisation sociale, a précisé que l'enseignement que doivent suivre ces médecins est délivré par les UFR de médecine dispensant l'enseignement de 3^e cycle de médecine du travail. A l'appui de leur demande d'inscription, les médecins devaient fournir les documents attestant qu'ils occupaient effectivement un poste de médecin du travail ou de prévention à la date du 18 janvier 2002 (contrat de travail en particulier).

Deux points méritent d'être plus particulièrement soulignés. Tout d'abord, les médecins de prévention ne peuvent se prévaloir de leur exercice pour exercer en qualité de médecin du travail qu'à deux conditions : avoir satisfait au contrôle des connaissances évoqué ci-dessus et exercé postérieurement pendant trois ans. Ensuite, les épreuves de contrôle des connaissances n'ont ni pour objet ni pour effet de conférer un diplôme ou de donner une qualification.

La reconversion :

La deuxième mesure visant à remédier à la pénurie en médecins du travail figure à l'article 194 de la loi de modernisation sociale précitée. Codifiée sous l'article L. 241-6-1 du code du travail, elle permet aux médecins, pour une durée de cinq ans à compter de la promulgation de la Loi, d'exercer la médecine du travail ou la médecine de prévention (soit jusqu'au 18

janvier 2007) à la double condition d'exercer une activité médicale depuis au moins cinq ans et d'obtenir un titre en médecine de santé au travail et de prévention des risques professionnels à l'issue d'une formation spécifique d'une durée de deux ans comprenant une partie théorique et une partie pratique en milieu du travail.

Un décret d'application paru le 8 octobre 2003 (décret 2003-958 du 3 octobre 2003), instaure une capacité en médecine de santé au travail et de prévention des risques professionnels. L'accès à cette formation de deux ans, dispensée à temps complet, est subordonné à l'abandon de l'activité médicale antérieure. Cette capacité a été mise en place par arrêté du 14 novembre 2003 publié au Journal Officiel du 9 décembre 2003. Le système a été étendu aux médecins de prévention des collectivités territoriales par le décret 2005-528 du 24 mai 2005.

Le médecin qui souhaite s'y inscrire, doit communiquer le contrat d'engagement qui le lie au service de santé au travail ou au service de médecine de prévention dans lequel il effectuera la partie pratique de sa formation.

Les médecins titulaires de la capacité doivent s'engager à exercer la médecine du travail pendant au moins 4 ans. La méconnaissance de cette obligation entraîne le remboursement des frais d'inscription à la formation ainsi que de l'indemnité perçue, le cas échéant, au titre de l'abandon de l'activité antérieure.

Les modalités de l'octroi de cette indemnité, plafonnée à 5 000 €, ont été fixées par un arrêté du 12 juillet 2004 (JO du 3 août, p. 13825).

A ces différentes voies d'accès à la médecine du travail on doit ajouter les possibilités offertes aux médecins de l'Union européenne, bénéficiaires de la liberté d'établissement et de la directive 2005/36/CE du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance mutuelle des diplômes.

S'il existe aujourd'hui des situations où un médecin peut exercer la médecine du travail sans être qualifié spécialiste ou diplômé dans cette discipline, la loi a posé un certain nombre d'exigences pour la régularisation ou la reconversion.

C'est le lieu de rappeler que le Conseil national de l'Ordre des médecins s'est opposé à certains projets tendant à mettre en place une médecine du travail au rabais :

L'interdiction d'exercer la médecine du travail ou la médecine de prévention en dehors de ce cadre légal

Cette interdiction trouve son fondement dans le caractère d'ordre public des exigences fixées par les différents textes relatifs aux conditions d'exercice de la médecine du travail. Plus particulièrement, la méconnaissance des conditions requises pour exercer la médecine du travail constitue une infraction pénale, conformément aux dispositions de l'article L. 241-11 du code du travail.

Du point de vue déontologique, ces exigences marquent également le souci que les salariés bénéficient des professionnels les plus compétents pour éviter toute altération de leur santé du fait de leur travail.

Dès lors, il appartient au conseil départemental, au moment de l'inscription du médecin ou encore de la communication du contrat qu'il doit conclure avec l'entreprise ou l'administration qui l'emploie, de vérifier qu'il remplit bien les conditions prévues par la réglementation.

Les modèles de contrats rédigés par le Conseil national de l'Ordre des médecins prévoient d'ailleurs que le médecin atteste remplir les conditions requises pour exercer la médecine du travail et doit en fournir les justificatifs.

Le rôle du conseil départemental est d'autant plus important que l'irrégularité de l'exercice a des conséquences importantes en matière d'indépendance et de responsabilité. Tout d'abord, en matière d'indépendance, un médecin ne remplissant pas les conditions d'ordre public posées par la réglementation, est à la merci de l'organisme qui l'emploie, qui peut le licencier à tout moment en invoquant l'irrégularité du recrutement alors même qu'il aurait été fait en toute connaissance de cause. Cette situation n'est pas acceptable alors que précisément la loi a prévu, afin de garantir l'indépendance des médecins du travail, des garanties particulières en matière de licenciement. Ensuite, si une action en responsabilité est intentée contre le médecin en raison de son activité, il n'est pas interdit de penser que le juge tiendra compte du caractère irrégulier de son exercice. La prise en charge du dommage par un assureur en responsabilité civile professionnelle, fait également difficulté.

Pour toutes ces raisons, le conseil départemental ne peut donner qu'un avis défavorable aux contrats qui lui seraient soumis par des médecins ne remplissant pas les conditions légales pour exercer la médecine du travail.

La médecine du travail est-elle compatible avec la poursuite d'une autre activité médicale ?

Il faut distinguer deux situations :

1) L'exercice d'une autre activité médicale au sein des entreprises où le médecin exerce son activité de médecin du travail.

Le cumul est impossible dès lors que le code du travail prévoit que les fonctions de médecin du travail sont exclusives de toute autre fonction dans les établissements où il a la charge et qu'en application de l'article 99 du code de déontologie médicale (article 4127-99 du code de la santé publique) : *« Sauf cas d'urgence ou prévu par la loi, un médecin qui assure un service de médecine préventive pour le compte d'une collectivité n'a pas le droit d'y donner des soins curatifs. Il doit adresser la personne qu'il a reconnue malade au médecin traitant ou à tout autre médecin désigné par celle-ci ».*

2) La situation dans laquelle un médecin du travail exerce une autre activité en dehors d'un service de santé au travail ou d'un service de médecine préventive :

Cette hypothèse ne peut concerner que les médecins qui ne sont pas inscrits au tableau de l'Ordre en qualité de médecin spécialiste, dès lors que le règlement de qualification dispose que le médecin spécialiste exerce exclusivement la discipline pour laquelle il a été qualifié.

Pour les médecins généralistes, la situation est différente et on peut, dans les limites de la déontologie médicale et, en particulier, de l'article 99 précité (article 4127-99 du code de la santé publique) mais aussi de l'article 47 du code de déontologie médicale (article 4127-47 du code de la santé publique) sur la continuité des soins due aux malades, envisager qu'un médecin cumule une activité de médecine générale avec une activité de médecine du travail.

Cette situation se rencontre d'ailleurs, fréquemment avec les médecins généralistes non inscrits en qualité de médecin spécialiste en médecine du travail et qui exercent la médecine du travail ou la médecine de prévention sur la base d'un CES de médecine du travail. C'est aussi le cas des médecins généralistes qui ont obtenu le DES (concours européen) mais n'ont pas demandé leur inscription en qualité de médecin spécialiste en médecine du travail. Les mesures de régularisation permettent également d'envisager un cumul d'activités.

On doit cependant noter que cette possibilité est essentiellement ouverte, en application de l'article L. 241-8 du code du travail aux praticiens exerçant à temps partiel dans des entreprises dont les effectifs ne permettent pas l'emploi d'un médecin du travail à temps plein.

Textes de référence :

Code du travail : Articles L. 241-1 à L. 241-11, articles R. 241-29 à R. 241-34 ;

Décret 82-430 du 28 mai 1982 (médecine de prévention des administrations de l'Etat) ;

Décret 85-603 du 10 juin 1985 (médecine de prévention des collectivités territoriales) ;

Décret 2002-1082 du 7 août 2002 pris pour l'application de l'article 189 de la loi de modernisation sociale) ;

Décret 2003-958 du 30 octobre 2003 relatif à la reconversion des médecins vers la médecine du travail et la médecine de prévention.

**Annexe 2.2 : L'utilisation du dossier médical en médecine
du travail**



*Rapport adopté par le Conseil national de l'Ordre des médecins
lors de la session de Janvier 2003 (mise à jour juin 2004)
Dr. François-Xavier LEY*

LE DOSSIER MEDICAL EN MEDECINE DU TRAVAIL (DMT)

COMPOSITION ET COMMUNICATION DU DMT

Contenu du dossier et éléments communicables

Communication entre médecins

Cas particulier du Dossier médical informatisé de MDT (DMIMT)

Communication au salarié ou ayants droit

Bibliographie

Abréviations

ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

AT : accident du travail

CNOM : Conseil national de l'ordre des médecins

DS : décrets spéciaux

DMIMT : dossier médical informatisé de médecine du travail

DMT : dossier de médecine du travail

EFR : épreuves fonctionnelles respiratoires

MDT : médecin du travail

MIRTMO : médecin inspecteur régional du travail et de la main d'œuvre

TT : travail(leur) temporaire

CONTENU DU DOSSIER MEDICAL

Il s'agit des éléments *objectifs* du dossier de MDT qui ont été parfaitement définis dans le rapport conjoint Ordre-Ministère du Travail datant de 1995 par analogie avec le dossier hospitalier prévu par le décret N°92-329 du 30 mars 1992 à savoir :

1- les éléments communicables :

- la fiche d'identification du salarié,
- les antécédents médicaux personnels,
- les conclusions de l'examen clinique initial, et des examens cliniques successifs pratiqués par **tout médecin appelé à surveiller** ce salarié,
- les comptes-rendus des explorations para-cliniques et examens complémentaires significatifs,
- la correspondance technique qui équivaut à un compte-rendu et qui est une pièce du dossier médical,
- identification de l'entreprise et des entreprises précédentes si possible,
- les postes précédemment occupés dans l'entreprise actuelle et dans les entreprises précédentes,
- les éléments du poste de travail : définition, tâches effectuées
- le profil du poste actuel et ses risques connus individualisés, horaires de travail... et par défaut toute astreinte susceptible d'avoir une répercussion sur la santé du salarié,
- les résultats des métrologies effectuées,
- la détermination de l'aptitude,
- les conseils de prévention donnés,
- l'avis d'aptitude, d'inaptitude et les réserves faites,
- l'avis éventuel demandé au Mirtmo conformément à l'art. R 241-51-1 : le médecin du travail peut, avant de donner son avis, consulter le Mirtmo. Les motifs de son avis doivent être consignés dans le dossier médical du salarié,
- l'attestation d'exposition ouvrant droit au bénéfice de la surveillance post-professionnelle par le décret n° 93-644 du 26 mars 1993.

2- les éléments non communicables

- les informations sans relation avec l'activité de prévention,
- les courriers de l'employeur au MDT,
- les notes personnelles du MDT, au sens donné par l'arrêté du 5 mars 2004 portant homologation de bonnes pratiques relatives à l'accès aux informations « *C'est dans la mesure où certaines des notes des professionnels de santé ne sont pas destinées à être conservées, réutilisées ou le cas échéant échangées, parce qu'elles ne peuvent contribuer à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou à une action de prévention, qu'elles peuvent être considérées comme « personnelles » et ne pas être communiquées : elles sont alors intransmissibles et inaccessibles à la personne concernée comme aux tiers, professionnels ou non.* »
- les informations recueillies ou adressées par des tiers,
- les informations susceptibles de dévoiler un secret de fabrique ou des informations confidentielles de l'entreprise.

COMMUNICATION ENTRE MEDECINS

Le Conseil national préconise que, dans le cas de succession de médecins dans la tenue du DMT, le salarié en soit informé et puisse exprimer son opposition.

Plusieurs cas de figure se présentent :

1- Aux médecins désignés par le salarié : pas de restriction pour les éléments transmissibles, à condition que la demande soit bien identifiée et le médecin désigné également ; dans ce cas après accord écrit du salarié, la transmission est effectuée par le MDT lui-même et sous sa responsabilité (LR/AR) ,il s'agit -là de transmettre une copie du dossier (aux frais du demandeur) et de garder l'original bien sûr,

2- Aux médecins de Santé au travail qui prendront en charge la surveillance du salarié : les dossiers antérieurs de MDT constituent une source d'information essentielle, surtout s'il existe un dossier de surveillance médicale spéciale (carcinogènes, mutagènes, toxiques pour la reproduction par ex.) et en particulier dans le contexte législatif actuel de repérage des risques et de prise en charge et d'information du salarié :

2-1 : au médecin inspecteur régional du travail et de la main d'œuvre (MIRTMO) : ce médecin a accès à tous les éléments objectifs du dossier sans restriction, ce droit est inscrit dans l'art. R 241-56 du Code du Travail ; il est également prévu de lui transmettre les dossiers des entreprises qui cessent leur activité définitivement ainsi que dans tous les cas de surveillance médicale spéciale (SMS) .

2-2 : à d'autres médecins du travail :

- d'un autre service médical : l'accord écrit du salarié est indispensable et c'est actuellement l'usage,
- l'entreprise se délocalise , change de service inter et de lieu géographique : **pas** de transmission "en bloc" des dossiers, attendre l'accord écrit des salariés avant de transmettre au nouveau confrère en charge de l'entreprise,
- l'entreprise cesse son activité, avait un service autonome, le dernier médecin a charge de transmettre sous sa responsabilité les DMT au MIRTMO ; l'entreprise cesse son activité est affiliée à un service interentreprises, dans ce cas les dossiers restent au service interentreprises,
- l'entreprise change de médecin lors des réorganisations de secteur ou du fait du médecin (départ , retraite , congé de maternité, congés...) et reste dans le même service inter : il y a assimilation à une succession et le nouveau médecin reprend les dossiers des salariés sans formalité particulière . La règle retenue par l'Ordre est que la transmission à un autre médecin du travail du même service est admise si les médecins se succèdent dans une même entreprise, dans un même service inter, dans les établissements d'une même entreprise (arrêt du 28.10.1970 de la chambre civile de la cour de cassation et confirmée le 11.02.1972 par le Conseil d'état) ; le Conseil d 'Etat a jugé que « lorsqu'un malade s'adresse à un organisme (...) qui pratique la médecine collective , c'est nécessairement à l'ensemble du personnel médical de cet organisme que , sauf prescription particulière de la part de ce malade , le secret médical est confié » . En fait, l'obligation de secret est individuelle, mais la connaissance est collective « . La Loi du 4 mars 2002 introduit la notion d'accès du salarié à la gestion de son dossier médical et il convient d'en tenir compte et de l'informer de cette succession des médecins dans la tenue de son dossier (annotation de cette information dans le dossier du salarié).

- le salarié change d'entreprise en restant dans le même service inter, nous avons deux possibilités :
 - il est suivi par le même médecin que précédemment et celui-ci poursuit son dossier dans le cadre de la nouvelle entreprise,
 - la nouvelle entreprise de ce salarié est suivie par un autre médecin du travail du même service inter, ce dernier **informe** le salarié qu'il poursuivra la tenue de son dossier précédent sauf si le salarié s'y oppose.

2.3- Cas particulier des grandes entreprises et des services autonomes de multinationales :

2.3-1 :Le cas est prévu : le salarié donne son accord au préalable lors de la signature du contrat de travail à sa mobilité et son dossier suit automatiquement pour le médecin du travail du nouveau site de travail,

2.3-2 : le cas n'est pas prévu, le Conseil pense que dans l'intérêt du salarié il faut autoriser le transfert des éléments communicables du DMT et que pour tout ce qui concerne les pathologies *professionnelles* figurant au dossier, le salarié en soit informé et puisse s'y opposer.

2.4-Cas particulier des travailleurs intérimaires (TT) il s'agit de salariés inscrits dans plusieurs agences, donc multi-employeurs, ayant des dossiers ouverts dans plusieurs sites du même service inter., dans plusieurs services inter, dans plusieurs entreprises utilisatrices pour les SMS et donc suivis par plusieurs MDT !

- Lorsqu'il s'agit du même service inter. le médecin du travail informe le salarié de la poursuite de son dossier déjà existant de travailleur temporaire sauf si ce dernier s'y oppose,
- Lorsqu'il ce dossier est localisé dans un autre service inter, le salarié a la possibilité de demander son transfert au nouveau service dont il dépend,
- Les transmissions d'informations entre le médecin de l'entreprise de TT et le médecin de l'entreprise utilisatrice (EU) doivent se faire - spécialement en matière de transmission des résultats d'examens complémentaires - en accord avec les art. R 243-12 et R243-15 du code du travail.

La finalité est la préservation de la santé du travailleur donc un suivi correct, efficace et précis du salarié et pour ce faire le médecin de l'entreprise de TT a besoin d'un support complété au fur et à mesure des examens prévus par la réglementation du travail pour permettre de suivre dans le temps l'évolution de son état de santé, ses expositions remarquables (notamment celles susceptibles d'être à l'origine de pathologies professionnelles), les restrictions d'aptitudes *préservant* la santé du salarié.

3- Autres cas

3.1 - La transmission n'est cependant pas possible au médecin coordonnateur, sans existence légale aujourd'hui.

3.2 - Interdiction également de centraliser les dossiers au siège social de l'entreprise (id. pour le DMIMT) .

3.3 - La communication du DMT aux juridictions pénales : la saisie s'effectue selon les règles du code de procédure pénale .

3.4- La communication du DMT aux experts judiciaires s'effectue selon les dispositions de l'article.275 nouveau du code de procédure civile (les médecins de compagnie d'assurances en sont exclus).

La composition spécifique du dossier médical dans le cadre des décrets spéciaux : en application de l'art. L 231-2-2 , certains décrets spéciaux prévoient le contenu du dossier médical, le mode de transmission et le délai de conservation ou par assimilation délai de prise en charge dans le cadre d'un tableau de maladie professionnelle : poussières arsenicales , ,les travaux dans les égouts ,le bromure de méthyle, les CMR, les agents biologiques, l'amiante ,le bruit , les dérivés aminés des hydrocarbures aromatiques, le travail en milieu hyperbare , le plomb , les rayonnements ionisants , la silice, le travail sur écrans; peinture ou vernissage par pulvérisation, produits antiparasitaires à usage agricole, travaux exposants aux gaz destinés aux opérations de fumigation, l'hydrogène arsénié .

CAS PARTICULIER DU DOSSIER MEDICAL INFORMATISE (DMIMT)

Sur le plan déontologique il n'y a aucune distinction à faire entre le dossier "papier" et le DMIMT. Il convient cependant de respecter quelques règles de sécurité en matière de matériel et de logiciel médical ;

- dans le cas de services autonomes il est nécessaire de séparer l'informatique du service médical de celle du service informatique central ; en effet, aucune barrière ne résistera à un « hacker » qui mettra le temps nécessaire pour entrer dans le logiciel du service médical ; il est donc préférable d'isoler le « médical », de ne pas l'exporter sur la mémoire centrale par un réseau interne et surtout de ne pas connecter le matériel du service médical au Web , à moins de disposer d'un « fire wall » performant donc ...très onéreux ! Pour importer les données administratives il est aisé de copier les informations nécessaires à la mise à jour du logiciel médical sur des supports transferts et de les réinjecter, le service médical conservant ainsi l'entière maîtrise de ce transfert.

- si un serveur héberge les données celles-ci doivent être « cryptées » selon des algorithmes dûment expertisés et l'accès rendu possible uniquement par un système de clefs de chiffrement (voir à ce sujet l'ouvrage de L. Dusserre , F-A Allaert , E. Pavageau) .

- pour les transmissions à distance « d'éléments communicables » à un système centralisé (ex. : EDF, SNCF...) il convient d'utiliser le réseau télécom et de « crypter » les paquets d'informations.

- Le choix du logiciel médical est décidé en accord avec les médecins utilisateurs ou leurs représentant et ne peut en aucun cas être imposé par l'employeur.

La plupart des logiciels actifs sur le marché actuels comportent la possibilité d'édition :

- de la fiche de liaison prévue par le code du travail,
- de l'identification administrative et professionnelle du salarié,
- de l'identification de l'entreprise et de l'historique des postes dans celle-ci,
- des risques renseignés et l'historique des périodes d'exposition,
- le profil du poste de travail actuel,
- des fiches d'aptitudes successives,
- des examens complémentaires réalisés avec la mention succincte du résultat,

Ces logiciels ne peuvent bien sûr restituer que ce que le MDT y a renseigné , ainsi, en l'absence de numérisation , les correspondances , relevés et métrologie des postes de travail doivent encore être conservés sur support "papier". (voir en annexe "Le DMIMT"). Les questions le plus souvent posées au CNOM quant à l'utilisation de ces logiciels concernent les niveaux d'accès, de confidentialité et de partage des informations.

Le CNOM pense qu'il ne faut pas mélanger les genres et qu'il en va de la responsabilité et de l'éthique de chaque confrère donc de la déontologie et d'une éventuelle poursuite en chambre disciplinaire (dans le cas d'utilisation détournée que pourraient en faire certains médecins...sélection et élimination de certains salariés postulants !) dès lors qu'il a accès aux dossiers partagés et qu'il contrevient ainsi au Code de déontologie.

L'accessibilité et le partage des informations devient de plus en plus critique au fur et à mesure de l'ordre d'accès aux fichiers ci-après :

- 1- **base de données administratives**, identité, entreprise, organisation du cabinet médical, rapport annuel,
- 2- **base des postes de travail** , fiches de postes , fiches « produits » , historique des expositions ,fiche d'entreprise (attention au secret de fabrique !...),
- 3- **fiche d'aptitude et conclusions**, restrictions, orientations médicales, sociales,
- 4- **vaccins**, obligatoires, réglementaires ou simplement conseillés (leptospirose, hépatite A...),
- 5- **examens complémentaires au poste de travail**, métrologie d'ambiance, relevés effectués par le médecin du travail ou l'hygiéniste au poste de travail (attention au secret de fabrique !...),
- 6- **examens complémentaires** biologiques ou toxicologiques sur le salarié :
 - réglementaires (DS ,SMS..) définis par les textes,
 - demandés par le médecin du travail,
 - partagés avec l'accord et par l'intermédiaire salarié entre médecin traitant-médecin du travail ou médecin spécialiste-médecin du travail (radios, scanners lombaires, EFR, tests allerge...) ,

7- **données médicales :**

7.1- pathologies AT/MP dès lors qu'elles sont déclarées et déclenchent une enquête , leur confidentialité « tombe » car la déclaration est soit obligatoire (AT) soit à l'initiative du salarié (MP),

7.2- pathologies dont la connaissance et la mise en mémoire (DMIMT) accessible présentent un intérêt pour la détermination de l'aptitude sécuritaire ou pour le suivi de santé du salarié soumis à certaines expositions,

7.3- pathologies du domaine de la confiance n'ayant pas l'implication prévue à l'alinéa ci-dessus, Pour cet alinéa 7-3, il convient d'utiliser un « bloc notes confidentiel » qui permette au médecin en charge de l'effectif d'y noter des éléments confidentiels qu'il ne souhaite pas voir connus des autres médecins intervenant sur le dossier ».

8 - **logiciel d'infirmierie** comportant :

8-1 :un enregistrement des lésions , soins , pathologies en rapport avec le travail qui constitue une première constatation médicale (preuve médico-légale en cas de suites ou complications),(éléments communicables)

8-2 : des soins privés : pansements, injections, prélèvements sanguins sur prescription du médecin traitant...(éléments non communicables)

9 - **données thérapeutiques** : la plupart des logiciels prévoient le détail du traitement qui renseigne bien évidemment indirectement sur la pathologie : (ex : Tegretol°-> épilepsie ; clopyxol°-> schizophrénie etc..) et pourtantil est plus qu'important pour les postes à sécurité collective de posséder ces notions ! (non-communicables)

10 - **certains logiciels de régimes spéciaux** comportent à la fois : soins de ville et médecine du travail pour leurs agents (SNCF).

Commentaires

Il est bien sûr techniquement possible de cloisonner les fichiers à chacun des niveaux détaillés ci-dessus, les sociétés commercialisant les logiciels le proposent "à la carte" pour chaque service de médecine du travail , voire pour chaque médecin en prévoyant même une « trace » lorsque le dossier d'un salarié a été consulté par un autre confrère du service en identifiant même celui-ci !

Niveau 1 pour le siège social et la comptabilité

Niveau 1 et 6 pour les secrétaires effectuant les examens complémentaires,

Niveau 1, 2 et 5 pour les techniciens de la pluridisciplinarité,

Niveau 1 à 8-1 pour les médecins (sauf 7.3 et 7.2)

Niveau 1 à 9 pour la société de service informatique soumise au « secret professionnel » dans ses interventions de mise à jour ou de maintenance ! L'idéal étant de demander le « cryptage » de toutes les informations ayant un caractère médical à la société commercialisant le logiciel afin que la société de service informatique n'ait aucune « lecture » possible du contenu tout en conservant la possibilité de maintenance.

Le cas particulier des médecins coordonnateurs est souvent soulevé : doit-il avoir accès aux données des autres confrères « de terrain » lorsqu'il n'exerce qu'un rôle administratif ? C'est le cas pour les grandes sociétés nationales ou internationales qui peut être biaisé s'il conserve une petite activité clinique lui permettant l'accès à l'ensemble du logiciel !

Il reste in fine la liberté pour chaque médecin de compléter ou non les rubriques "sensibles" 7.2 à 9 dès lors que leur renseignement n'est pas un passage obligé du logiciel.

COMMUNICATION DU DMT AU SALARIE OU AUX AYANTS DROIT

La modification apportée par la Loi du 4 mars 2002 a pour objet de permettre, au choix de la personne, un accès direct ou médiatisé, du dossier médical la concernant :

- L'art. L 1111-7 prévoit la transmission de l'ensemble des informations concernant la santé du salarié qui :
- sont formalisées et ne constituent donc pas des notes personnelles
- - ou qui ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé.

Il en ressort donc que le médecin du travail ne peut se soustraire à cette demande et doit y procéder dans les conditions légales rappelées par le Conseil national de l'Ordre des médecins et en s'appuyant, le cas échéant, sur les recommandations de l'ANAES

Bibliographie

- 1** - Le dossier médical en MDT document conjoint Ministère et CNOM ,1995 .
- 2** - Arrêt Chorro ,Cour de cassation , ch.crim., N° 98-82136 du 30.10.2001.
- 3** - C.Manaouil ,C. Doutrelot-Philippon, O. Jarde, JF. Hennebique-Dezetter : Le secret professionnel en médecine du travail, Arch. mal. prof., 2000,61, n°4, 261-277.
- 4** - L. Dusserre , F-A Allaert , E. Pavageau : Sécurité de l'information médicale en télémédecine

Annexe 2.3 : Communiqué sur la réforme de la médecine du travail

A propos de la circulaire DRT N° 03 du 7 avril 2005 relative à la réforme de la médecine du travail

A l'attention des médecins du travail

Le Ministère du travail a récemment diffusé une circulaire afin de mettre en œuvre le décret 2004-760 du 28 juillet 2004 relatif à la réforme de la médecine du travail.

A la lecture de cette circulaire, le Conseil national de l'Ordre des médecins entend réaffirmer la mise en garde faite dans son communiqué du 23 août 2004 où il exprimait ses craintes que la charge de travail imposée aux médecins du travail ne conduise à une dégradation de la qualité de leur activité effectuée au bénéfice des salariés. Calculer les effectifs pris en charge par le médecin du travail, au prorata du temps de travail des salariés, n'est pas de nature à apaiser nos craintes.

La circulaire conforte l'importance du tiers temps dans l'activité des médecins du travail et souligne l'indispensable indépendance dont le médecin du travail doit bénéficier dans son activité.

Le Conseil national de l'Ordre des médecins s'en réjouit.

Cependant, au regard de l'indépendance professionnelle, le Conseil national de l'Ordre des médecins avait formulé les demandes suivantes :

- que les rapports et études pratiqués par les médecins du travail soient obligatoirement transmis par ces derniers, et eux seuls, aux entreprises concernées. Le président du service interentreprises de santé au travail se bornant à s'assurer de la réalité de cette transmission.
- qu'en dehors même des hypothèses prévues par la réglementation, le médecin du travail puisse décider au regard de la situation individuelle d'un agent son placement en surveillance médicale renforcée.
- que les médecins du travail soient obligatoirement destinataires des rapports d'activité des intervenants en prévention des risques professionnels.

Il regrette de n'avoir été suivi sur aucun de ces trois points.

Le Conseil national de l'Ordre des médecins souhaite également que les accords de branche qui sont susceptibles de lister les métiers et postes en surveillance médicale renforcée associent obligatoirement les médecins du travail.

Sans contester l'utilité d'une commission médico-technique qui permettra des échanges professionnels entre médecins et intervenants pluridisciplinaires, celle-ci ne saurait en aucun cas empiéter sur l'indépendance professionnelle du médecin et il ne lui appartient pas, à ce titre, de se prononcer sur certaines questions, notamment sur l'organisation des examens médicaux.

Enfin, malgré l'opposition du Conseil national de l'Ordre des médecins, la circulaire ministérielle a entendu donner une définition singulièrement restrictive de la notion de secret professionnel au regard des activités du médecin du travail.

Le Conseil national de l'Ordre des médecins conteste la restriction ainsi apportée qui limite le secret aux seules données personnelles de santé.

Ni la loi de santé publique de juillet 2004 qui contient des dispositions particulières sur la communication de certaines informations à l'Institut national de la veille sanitaire, ni l'arrêt du Conseil d'Etat visé dans la circulaire, n'autorisent le Ministère du travail à limiter le champ du secret médical aux seules données personnelles de santé.

**Annexe 3 : Exemple de rapport de renouvellement
d'agrément des services de santé au travail**



Direction régionale
du travail, de l'emploi et de
la formation professionnelle
Provence – Alpes – Côte
d'Azur

**Service Relations et
Conditions de Travail**
Inspection médicale
régionale

180, avenue du Prado
13285 MARSEILLE cedex 08
Tél.: 04 91 15 12 99
Fax : 04 91 04 64 18

Services d'informations du public
Info Emploi 0825 347 347
(0,15 /mn)
Internet :
www.sdtetfp.paca.travail.gouv.fr



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PREFECTURE DE LA REGION PROVENCE-ALPES COTE D'AZUR

Le médecin inspecteur régional du travail,
et de la main d'œuvre

à

Monsieur le directeur régional du travail, de
l'emploi et de la formation professionnelle

Marseille, le 12 juillet 2005

- n° 288
Affaire suivie par :

Vu et Transmis le :

19 JUL. 2005

Objet : Votre demande d'avis sur le renouvellement de l'agrément des secteurs médicaux et du secteur de travail temporaire du service de santé au travail de

Historique

Le précédent agrément a été délivré le 26 juillet 1999 pour le secteur médical et le secteur du travail temporaire.

Le dossier de demande de renouvellement est parvenu le 9 juin 2004 à la DRTEFP.

Des pièces manquantes ont été demandées le 9 juillet 2004 et reçues le 3 septembre 2004 (avis de la commission de contrôle et avis d'un médecin du travail).

D'autres compléments ont été demandés pour la mise en conformité de l'Association par rapport au décret du 28 juillet 2004 relatif à la réforme de la médecine du travail.

Ces éléments nous sont parvenus le 15 novembre 2004, puis le 6 juin et le 7 juillet 2005.

L'enquête

Elle a été effectuée en 3 étapes.

1/. Un premier état des lieux le 26 octobre 2004

Visite des 3 centres d'examen médicaux de Salon-de-Provence, Istres et Miramas, entretiens avec le personnel médical et administratif, puis avec des membres de la commission de contrôle.

Présentation de la réforme de la médecine du travail, de ses enjeux et des modifications à prévoir dans l'organisation et le fonctionnement du service, nécessaires pour le renouvellement de l'agrément.

Observations et demande de pièces complémentaires, confirmées par écrit le 10 novembre 2004 avec :

- création nécessaire d'un 2^e secteur médical (10 médecins du travail équivalents à 8.56 temps plein – chiffres au 1.1.2005) ;

- mise à jour des documents des entreprises adhérentes (le plus de 50 salariés ou ayant un CHSCT, des fiches d'entreprises des médecins, des plans d'activité initiés,
- et conformément aux dispositions du décret du 28 juillet 2004,
 - mise en conformité des statuts, du règlement intérieur, de la composition du conseil d'administration et de la commission de contrôle,
 - mise en place de la pluridisciplinarité,
 - installation de la commission médico-technique,
 - nouvelle répartition des entreprises et des effectifs des médecins, de l'organisation des 150 demi-journées de tiers temps.

2/. Deuxième état des lieux le 15 mars 2005

Etude, au centre de Salon, des réponses données aux différentes demandes effectuées, précisions sur les enjeux de la réforme de la médecine du travail avec la direction puis avec les médecins du travail.

Etude des réalisations effectuées et en cours. Attente des conclusions de l'assemblée générale des adhérents au service, convoquée en juin 2005.

3/. Troisième étape : conformité du dossier d'agrément

Sur le plan administratif

- ☒ Les nouveaux statuts de l'Association ont été adoptés le 23 juin 2005, lors de la réunion de l'assemblée générale de l'Association.
- ☒ La composition du conseil d'administration a été actualisée (10 membres employeurs et 5 membres issus de la commission de contrôle, elle-même également actualisée).
- ☒ Un nouveau règlement intérieur en vigueur au 1^{er} janvier 2005 a été adopté par le conseil d'administration du 23 novembre 2004. La cotisation demandée aux adhérents par salarié inscrit comprend les examens médicaux et complémentaires réglementaires, les interventions des médecins en entreprise et les prestations des IPRP.

Sur le plan pluridisciplinaire

- ☒ La pluridisciplinarité est officialisée avec l'habilitation au titre de la compétence technique le 22 octobre 2004 de _____, intervenant en prévention des risques professionnels, salariée de l'association, dont les différentes interventions m'ont été communiquées.
- ☒ La commission médico-technique a été constituée et s'est réunie pour la première fois le 31 janvier, puis le 29 avril 2005.

Sur le plan médical

- ☒ Le deuxième secteur médical a été créé avec avis favorable de la commission de contrôle, dont la composition a été actualisée, en date du 28 avril 2005. Les deux secteurs considérés sont :
 - secteur 1 (cantons de Salon, Orgon, Eyguière) avec 5 médecins (4,07 équivalents à un temps plein ou ETP) ;
 - secteur 2 (cantons d'Istres, Miramas et Berre) avec 5 médecins (4,49 ETP).
- ☒ La nouvelle répartition des entreprises et des effectifs par médecin a été établie dans chacun des deux secteurs avec une organisation du tiers temps tenant compte des nouvelles modalités réglementaires. Le nombre maximal d'entreprises affectés à un médecin reste en dessous des seuils fixés.

☐ Effectifs suivis en 2004 : 23 693 salariés (dont 2 077 travailleurs intérimaires) dans 2 556 entreprises adhérentes, avec un pourcentage de 3,6 % de surveillances médicales spéciales (ancienne classification) déclarées par les employeurs, ce qui représente un effectif moyen de 2 768 salariés/médecin ETP avec une moyenne de 298 entreprises affectées /médecin.

☐ Le temps partiel du médecin ne remplissant pas encore les conditions d'exercice de la médecine du travail a été compensé par l'augmentation du temps de travail d'un autre médecin, le _____, qui va travailler désormais à plein temps.

☐ Un médecin ayant émis une réserve lorsque son avis a été sollicité pour la demande de renouvellement d'agrément, celle-ci a été discutée avec le président du service puis lors d'un entretien avec le médecin le 27 avril 2005, ce qui a permis de résoudre en grande partie la difficulté signalée.

☐ Les médecins du travail communiquent à leur direction l'état de leurs transmissions des rapports et études en milieu de travail (logiciel informatique stétho).

☐ La direction du service a été invitée à mettre à jour les documents contractuels (entreprises de plus de 50 salariés ou à CHSCT) prévus à l'art. R. 241-25 du code du travail et à nous en communiquer la liste ; celle-ci, reçue le 7 juillet 2005, comporte 124 documents dont le quart est en cours d'actualisation.

☐ Les médecins du travail ont été invités à donner un avis motivé sur les surveillances médicales renforcées déclarées par les employeurs dans les documents pré-cités, ainsi que dans les documents déclaratifs (autres entreprises) des employeurs

☐ Les médecins du travail mettent à jour en 2005 toutes les fiches d'entreprises de plus de 50 salariés et préparent des plans d'activité en milieu de travail, davantage orientés vers l'évaluation et la prévention des risques professionnels, qui m'ont été communiqués.

Le service sera par ailleurs associé au projet de plan régional santé au travail en cours d'élaboration à la DRTEFP avec les autres services de la région.

Sur le plan matériel

☐ Les équipes médicales bénéficient de locaux convenablement équipés (5 cabinets à Salon, 2 à Istres, 2 à Miramas et 4 centres mobiles) et de 7 infirmeries d'entreprise, ainsi que du matériel nécessaire aux examens médicaux et complémentaires de base d'une part, des matériels habituels d'études de poste d'autre part (luxmètres, sonomètres...).

☐ L'IPRP possède son bureau et son matériel propre, avec des prévisions d'achat selon les nécessités.

☐ Le support informatique est surtout utilisé pour des applications administratives. Un rappel a été effectué sur les obligations réglementaires en matière de confidentialité des données médicales si le système informatique était appelé à se développer dans ce domaine.

Le secteur de travail temporaire

☒ 2 077 salariés d'entreprises de travail temporaire (dont 147 d'entreprises utilisatrices) adhérentes au service ont été examinés en 2004 dans les centres médicaux de l'association.

☒ Il n'y a pas eu de difficultés particulières signalées par ces entreprises, les salariés ou les médecins du travail.

CONCLUSION

Je donne un avis favorable à l'agrément des 2 secteurs médicaux interprofessionnels de cette association, dont l'un nouvellement créé à notre demande.

Je donne également un avis favorable au renouvellement du secteur de travail temporaire.



Dr

Annexe 4 : Fiche de contrôle des services de santé au travail

METHODOLOGIE DE CONTROLE DES SERVICES DE SANTE AU TRAVAIL INTERENTREPRISES

I - REGLES FONDAMENTALES

1. Le médecin inspecteur représente, dans son domaine de compétence, l'autorité publique.
2. L'avis qu'il doit donner au DRTEFP doit non seulement porter sur l'application correcte de la loi et du règlement relatifs aux services de santé au travail mais également sur la qualité du service proposé par les services à leurs adhérents en termes de protection de la santé physique et mentale des travailleurs.
3. Cette action est guidée par le code du travail et par le code de déontologie médicale.
4. Le médecin inspecteur n'est pas le supérieur hiérarchique du médecin du travail mais un contrôleur de la conformité et de la qualité de la prestation délivrée.

II – PRINCIPES GENERAUX DU CONTROLE PAR LE MEDECIN INSPECTEUR

Nature du contrôle

1- Vérifier que le service de santé au travail dispose de l'ensemble des moyens, prévus par la réglementation pour l'exercice de ses missions .Il s'agit là d'un contrôle de conformité à des textes réglementaires.

2- Vérifier que le service de santé au travail exerce bien l'ensemble de ses missions (notamment activités en milieu de travail), à l'exclusion de toute autre, en restant dans le cadre des objectifs de la santé au travail qui sont de protéger la santé et la sécurité des travailleurs des risques dus au travail par la surveillance des conditions de travail et celle de la santé des travailleurs.

Dans ce cadre, le médecin inspecteur sera amené à analyser l'activité du service de santé au travail au travers notamment (mais non exclusivement) de l'activité des médecins du travail.

Le rôle du médecin inspecteur n'est pas de comparer les modalités de l'activité du médecin du travail avec celles qui auraient été les siennes à sa place, mais d'étudier les modalités de cette activité en fonction des objectifs de la santé au travail et des obligations prévues par le code du travail. C'est le rappel de ces objectifs et de ces obligations qui doit motiver ses observations d'un caractère essentiellement technique.

Ainsi, le contrôle complet d'un service de santé au travail comporte deux parties qui peuvent, d'ailleurs, ne pas être effectuées en même temps.

- Une partie consacrée au contrôle des moyens qui visera les modalités d'organisation du service.
- Une partie réservée au contrôle de la conformité de l'action des équipes de santé au travail avec les objectifs de la santé au travail et de l'implication des services de santé au travail dans les priorités de la politique de santé au travail.

Modalités

Quand ?

Les contrôles peuvent être effectués d'une part à l'occasion de la demande ou du renouvellement de l'agrément, et d'autre part lors d'interventions régulières au sein du service.

1- Contrôle lors de la demande ou du renouvellement de l'agrément :

- Ce contrôle doit être complet.
- Il peut s'effectuer en plusieurs étapes : demande de renseignements par écrit, visite de locaux , etc.

2- Interventions régulières :

Les interventions de suivi du service, entre les périodes d'agrément, doivent être régulières : un contrôle par an, partiel ou complet, permet un suivi du service et facilite ensuite le contrôle en vue du renouvellement de l'agrément du service. Ces interventions sont d'autant plus importantes que, si des dysfonctionnements par non application de la réglementation sont constatés, elles pourront contribuer à la remise en cause de l'agrément précédemment accordé et donner lieu à un agrément pour une durée maximale de un an.

Ils peuvent être réalisés, par exemple :

- après étude des rapports annuels, des compte rendus des commissions de contrôle, etc.
- lors de l'embauche d'un nouveau médecin du travail
- après litiges éventuels.

Avec qui ?

Le médecin inspecteur est habilité à intervenir seul.

Il peut, dans des circonstances qu'il apprécie et selon des modalités préalablement définies, être accompagné soit du DRTEFP ou de son représentant, soit de l'inspecteur du travail compétent pour le siège du service.

Comment ?

Quelques règles de procédure : En règle générale, le contrôle doit être annoncé, ce qui n'exclut pas la possibilité, pour le médecin inspecteur du travail, d'intervenir inopinément.

- Le médecin inspecteur doit, lors de l'annonce du contrôle, faire connaître les personnes qu'il souhaite rencontrer :

Il appartient au médecin inspecteur de déterminer quels interlocuteurs il veut rencontrer et comment il souhaite les rencontrer. Par exemple, le président ou le directeur du service, les délégués des médecins, les médecins reçus ensemble ou séparément, le ou les intervenants en prévention des risques professionnels, les secrétaires médicales reçu(e)s ensemble ou séparément, des représentants du comité interentreprises ou de la commission de contrôle, etc.

Il peut demander à voir de façon isolée les délégués des médecins, des médecins en particulier, des intervenants en prévention des risques professionnels, des secrétaires médicales, des représentants salariés de la commission de contrôle.

Le refus du service de santé au travail de répondre à cette demande du médecin inspecteur sera pris en compte comme un élément de dysfonctionnement sérieux du service lors de l'avis délivré par le médecin inspecteur au DRTEFP à l'occasion de l'instruction du dossier d'agrément.

- Documents auxquels le médecin inspecteur a accès :

- planning de visites médicales
- planning des activités en milieu de travail
- registre du personnel
- feuilles de paye
- contrat du médecin
- règlement intérieur et statuts de l'association
- listes des entreprises adhérentes, radiées et démissionnaires
- niveau de formation et de qualification des secrétaires et éventuellement des intervenants en prévention des risques professionnels
- aux documents prévus au R.241-25 (document et déclaration d'adhésion)
- les conclusions, les propositions et de le bilan annuel de la commission médico-technique présentés aux instances de contrôle.
- et tout autre document utile à sa mission.

Le refus du service de santé au travail de répondre à cette demande du médecin inspecteur sera pris en compte comme un élément de dysfonctionnement sérieux du service lors de l'avis délivré par le médecin inspecteur au DRTEFP à l'occasion de l'instruction du dossier d'agrément.

- Doivent être examinés sur pièces lors du contrôle de l'agrément :

- Le dossier de demande de renouvellement d'agrément
- Le rapport relatif à l'organisation, au fonctionnement et à la gestion financière, établi par l'employeur ou par le président du service (RAF)
- Le rapport d'activité établi par chaque médecin du travail (RAM)
- Le rapport particulier propre à l'entreprise établi par le médecin du travail pour les entreprises ou établissements employant plus de 300

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

salariés

- Les procès verbaux des réunions des comités d'entreprises, des commissions de contrôle ou interentreprises ainsi que les commissions consultatives de secteur s'il y a lieu.

Suites à donner par le médecin inspecteur du travail

- Auprès du responsable du service de santé au travail.
Observations techniques éventuelles.
- Auprès du médecin du travail : observations techniques et conseils
- Auprès du DRTEFP : avis

III - PROCEDURE DU CONTROLE

Le contrôle se placera sur 2 plans : d'une part un contrôle des moyens qui visera en particulier les modalités d'organisation du service et d'autre part un contrôle du fonctionnement et de la qualité des prestations proposées.

1. CONTROLE DE L'ORGANISATION DU SERVICE

a / Organisation administrative

Compétence géographique et professionnelle

- Agrément initial ou après modifications ?
- Quelle est la surface géographique et/ou professionnelle couvertes ?
- nombre de secteurs géographiques et professionnels ?
- Incidence de la concurrence entre services ?
- Statuts et règlement intérieur : doivent être présents dans le dossier du MIRTMO.
- Projets éventuels de modification du service ?.

R 241-21
R.241.22

Agrément des secteurs

(renouvelé tous les 5 ans, possibilité d'agrément provisoire pour un an)

R 241-21 Al.2

Définition des secteurs :

- Déterminer précisément les secteurs médicaux géographiques et professionnels.
- Déterminer précisément les secteurs médicaux géographiques et interprofessionnels.

Quels est l'effectifs de chaque secteur :

- ventilé en SMR et non SMR.
- effectifs travail temporaires, saisonniers, fluctuations saisonnières.

- Prise en charge d'effectifs relevant d'un autre régime (collectivités territoriales, fonction publique d'Etat, Hôpitaux, ...) : existence et contenu d'une convention ? Eventuellement, modalités spécifiques de fonctionnement ? Moyens mis à disposition ?

Le nombre de médecins du travail par secteur est-il conforme au R.241-13 al. 1

R.241-13 al. 1

- Dérogation éventuelle demandée ou obtenue.

Existe-t-il un centre médical fixe par secteur ? est-il conforme à l'arrêté du 12 janvier 1984 ?.

Arrêté du 12 janvier 1984 concernant les locaux et l'équipement des services médicaux

L'affichage des listes nominatives

- Des médecins du travail attachés au secteur médical, des lieux où ils peuvent être joints.
- Des membres de la commission consultative de secteur ou de la commission de contrôle ou des membres du comité interentreprises, des lieux où ils peuvent être joints.

R 241-13 al.3

est-elle réalisée ?

Permanences du service de santé au travail

La permanence du service de santé au travail est-elle assurée pendant les périodes de congés ?

Comment est organisé le remplacement des médecins du travail en congés ?

Mise en œuvre de la pluridisciplinarité

Appel aux compétences d'intervenants en prévention des risques professionnels : - Vérifier l'existence des trois compétences : médicales, techniques et organisationnelles.

- Préciser comment se fait l'appel par le SST , en liaison avec les entreprises concernées, avec ces compétences pluridisciplinaires.

- IPRP salariés du SST ? organisation en association ou en GIE ? Appel aux CRAM - ANACT - OPPBTP –

- Les habilitations sont-elles conformes au R.241-1-4 ?.

- La consultation des organismes de contrôle avant recrutement ou licenciement de l'intervenant en prévention des risques professionnels a-t-elle été réalisée conformément à la réglementation ?.

- Les conventions établies sont-elles conformes à la réglementation ?. L'avis des organismes de contrôle a-t-il été demandé ?.

- Aperçu chiffré si possible de la mise en œuvre de la pluridisciplinarité.

- Comment est organisé l'accès aux informations relatives aux risques pour la santé et à la sécurité des travailleurs pour les IPRP- Ont-ils accès aux fiches d'entreprises, si oui, comment ? - Garanties de confidentialité ?

R.241-1-1 à R.241-1-8
Circulaire DRT 2004/01 du 13 janvier 2004 relative à la mise en œuvre de la pluridisciplinarité dans les services de santé au travail

- Comment sont organisées les modalités de collaboration entre l'IPRP et le médecin du travail – Sont-elles conformes à la déontologie médicale ? -

Fonctionnement du contrôle social :

- comité interentreprises ?
- commission de contrôle ?
- modalités particulières de gestion : à préciser
- composition du comité interentreprises ou de la commission de contrôle . : à préciser
- présence du ou des médecins du travail à ces instances ?
- la composition de la commission de contrôle a-t-elle été communiquée au DRTEFP ?
- la fréquence des réunions est-elle conforme à la réglementation ?
- le procès verbal de chaque réunion est-il transmis au DRTEFP ?
- l'avis de la commission de contrôle (ou du comité) est-il sollicité conformément à l'article R.241-14 ?
- l'instance de contrôle a-t-elle eu communication : des observations techniques éventuelles de l'inspection médicale - des plans d'activités des médecins du travail - etc?.
- s'est-elle prononcée sur le RAF et sur les RAM ?
- a-t-elle formulé des propositions relatives à l'organisation, au fonctionnement, à l'équipement et au budget du service médical ?
- la participation des membres salariés de la commission de contrôle au conseil d'administration pour un tiers des sièges est-elle effective ?
- le compte rendu des conseils d'administration a-t-il été adressé au DRTEFP ?

R.241-12
R.432.8
R.241-14
R.241-15
R.241-16

Commissions consultatives paritaires de secteur.

- Existence - composition - Fréquence des réunions ?.
- Est-elle consultée sur l'organisation du secteur médical - sur le RAF, sur le RAM ?
- A-t-elle eu communication des observations techniques éventuelles de l'inspection médicale ?
- Le procès verbal de chaque réunion est-il transmis au DRTEFP ?

R.241-17
R.241-18
R.241-19

Documents prévus à l'article R.241-25

- Le document est-il établi pour les plus de 50 salariés ?
- Est-il conforme à l'arrêté du 1^{er} avril 1989 ?
- Comporte-t-il l'avis exprimé du médecin du travail ?
- A-t-il été soumis au CE ou à défaut aux délégués u personnel ?
- Ces documents ont-ils fait l'objet de contestation auprès de l'inspection du travail ?
- La mise à jour est-elle annuelle ?
- La déclaration prévue pour les entreprises de moins de 50 salariés est-elle effectuée - comporte t-elle l'avis du médecin du travail.

R.241-25
Arrêté du 1^{er} avril 1989
La refonte de cet arrêté est prévue dans la circulaire du 7 avril 2005

Autres documents :

- **RAF** : R.241-3, R.241-5, R.241-14, R.241-18, R.241-26

- Est-il conforme à l'arrêté du 9 décembre 1971 ?
- A-t-il été transmis aux organismes de contrôle ? - dans les délais réglementaires ?
- Observations des organismes de contrôle ?
- A-t-il été communiqué à l'IT ? - au DRTEFP ? - au MIRTMO ? - dans les délais réglementaires ?

R.241-26
Arrêté du 9 décembre 1971 fixant les modèles de rapport annuel sur l'organisation, le fonctionnement et la gestion financière des services médicaux du travail. Document en cours de refonte.

- **RAM** :

- Est-il conforme à l'arrêté du 13 décembre 1990 ?
- A-t-il été présenté au contrôle social ? - dans les délais réglementaires ?
De quelle façon a-t-il été présenté : à défaut d'une présentation par chaque médecin du travail, le médecin inspecteur peut accepter la présentation d'un document écrit par un médecin délégué qui reprenne les éléments forts de chaque rapport. L'ensemble des RAM doit cependant avoir été préalablement mis à la disposition des organismes de contrôle.
- Observations des structures de contrôle ?
- A-t-il été communiqué à l'IT ? - au DRTEFP ? - au MIRTMO ?
- Les RAM comportent-ils des éléments de nature qualitative sur le travail effectué par les médecins ?

R.241-33
Arrêté du 13 décembre 1990 pris en application de l'article R.241-33 fixant les modèles de rapport annuel du médecin du travail. Document en cours de refonte.

Doivent également être appréciées les mesures prises pour l'organisation du suivi en santé au travail du personnel du service de santé au travail :

- Nom du service assurant le suivi : à préciser.
- Vérifier l'existence du document prévu au R241-25.
- Nom du médecin du travail : à préciser.

Dispositions particulières pour les salariés des entreprises de travail temporaire

Attention : 2 sources de droit, le code du travail et l'accord de branche.

Le code du travail :

- La demande d'agrément a-t-elle été accompagnée d'un dossier d'agrément spécifique conforme à l'arrêté du 14 octobre 1991 ?
- Le SST a-t-il constitué un secteur médical à compétence géographique propre ?
- Quel est le centre médical fixe de rattachement ?

R.243 et suivants
Arrêté du 14 octobre 1991

- Existe-t-il un fichier commun actif ? – L’avis du MIRTMO a-t-il été demandé dans le cadre de l’article R.243-13.
- Existe-t-il une dérogation pour affectation d’un médecin du travail à titre exclusif à ce secteur ?- Avis du MIRTMO ?.
- L’effectifs de salariés relevant de ce secteur est-il précisé ?
- Des mesures ont-elles été prises pour permettre une collaboration efficace entre médecin de l’entreprise de travail temporaire et médecin du travail de l’entreprise utilisatrice. Préciser éventuellement lesquelles.
- Les rapports annuels relatifs à l’organisation et au fonctionnement du service médical comportent-ils les indications particulières relatives à la surveillance des travailleurs temporaires ?
- Le document prévu à l’article R.241-25 (document d’adhésion) comporte-t-il les indications particulières relatives à la surveillance des travailleurs temporaires conformément à l’arrêté du 15 octobre 1991?
- Comment est organisée la prise en charge des examens complémentaires ?

Recours à l’accord de branche du 26 septembre 2002 sur la santé et la sécurité dans le travail temporaire ? Accord de branche du 26 septembre 2002 ; extension du 4 août 2003. Accord prévu pour une durée de 3 ans. Actuellement en cours de renégociation.

Lettre du 26 décembre 2003 (D2396)
Lettre du 4 août 2005(L. Setton)

- Le médecin inspecteur a-t-il été informé du recours de l’entreprise de travail temporaire à cette disposition ?
- Nombre d’entreprises de travail temporaire ayant eu recours à cette disposition dans le service interentreprises
- Pratique conforme à l’accord ?

Dispositions particulières pour la surveillance médicale des concierges et employés d’immeubles à usage d’habitation, employés de maison, assistantes maternelles

L.771-8
R.773-1 à R.773-12
Habilitation du service à effectuer cette surveillance ?
Avis du DRTEFP sur le tarif des cotisations ?

Dispositions particulières pour la surveillance médicale des travailleurs des installations nucléaires de base.

Fiche en annexe

<p><u>Importance éventuelle du nombre de salariés surveillés par le service et relevant d'une législation différente de celle prévue par l'article L.241-1</u></p>	<p>Art.10 du décret n°95-680 du 9 mai 1995 modifiant le décret du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail, ainsi qu'à la prévention médicale dans le fonction publique.</p>
<p>- <u>Médecine de prévention de la fonction publique d'Etat</u> Agrément du secteur spécifique <i>Art.10 du décret n°95-680 du 9 mai 1995 modifiant le décret du 28 mai 1982 relatif à l'hygiène et à la sécurité du travail, ainsi qu'à la prévention médicale dans le fonction publique.</i> (Arrêté précisant les modalités non paru)</p>	<p>Art.11 du décret n°2000-542 du 16 juin 2000 modifiant le décret 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 le fonction publique territoriale.</p>
<p>- <u>Médecine de prévention de la fonction publique territoriale</u> Convention entre le service médical et l'autorité territoriale ? <i>Art.11 du décret n°2000-542 du 16 juin 2000 modifiant le décret 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 le fonction publique territoriale.</i></p>	<p>R.242 et suivants du code du travail R.242-1 R.242-3</p>
<p>- <u>Services de santé au travail de la fonction publique hospitalière</u> Convention avec le service interentreprises ? Le rapport sur l'organisation, le fonctionnement et la gestion financière a-t-il été transmis au MIRTMO et à l'IT ?</p>	<p>R.241-29 R.241-30 R.241-31</p>
<p><u>Exercice par les services de santé au travail de prestations de formation</u></p>	<p>R.241-47 R.241-41-1</p>
<p>- secourisme, gestes et postures, etc. ? - Prestations payantes ou gratuites ?</p>	
<p><u>b / Médecins</u></p>	
<p>- Tous les médecins du service ont-ils les titres permettant l'exercice de la médecine du travail ? - Ont-ils fait enregistrer leurs titres auprès de l'inspection médicale ? - Leurs contrats ont-ils fait l'objet d'observations éventuelles de l'ordre des médecins ? (Remplacement et respect du code de déontologie). - Embauche : la procédure est-elle conforme au R.241-31 ?</p>	
<p><u>Temps d'activité réel</u> : (approche collective pour l'ensemble des médecins du service) : Evaluation du temps médical en équivalents temps plein. Heures supplémentaires éventuelles (autorisation de l'inspection du travail) ? Importance des temps de déplacement. Appréciation .</p>	
<p><u>Activité en milieu de travail</u> Mesures prises pour sa mise en œuvre ? Organisation : par le médecin ?- par son secrétariat avec ou sans son</p>	

accord ? Respect des 150 demi-journées ? Existence de plans d'activité – Individuels ? - communs à plusieurs médecins du travail ? - nombre et fréquence des visites des lieux de travail prévus ? - transmission aux employeurs ? - avis du CHS-CT ? Existence d'un rendu d'activité du tiers temps auprès de la direction du SST?	
<u>Autres fonctions exercées par les médecins du travail</u>	
- Délégué élu (au conseil d'administration et aux commissions de contrôle Modalités de l'exercice de ces fonctions.) ? . Prise en compte de temps de délégation ?.	R241-33, R.241-33 al 3 Arrêté du 13 décembre 1990
- Participation au C.H.S.C.T. et Comité d'Entreprise du service éventuellement.	R.241-34
- Délégué du personnel ?	
- Commission de contrôle et Commission consultative de secteur ?	
- Coordination : sa désignation. Modalités de l'exercice de ses fonctions.	
- Commissions spécialisées (équipement – documentation)	
	R.241-56 Arrêté du 24 juin 1970
<u>Documents établis par le médecin du travail :</u>	
- Rapport annuel : est-il conforme au modèle de l'arrêté du 13 décembre 1990 ? Est-il présenté aux organismes de contrôle par le médecin ? Est-il transmis conformément à l'article R.241-33 al 3 notamment au MIRTMO ?	
- Rapport pour les entreprises de plus de 300 salariés	
- Dossiers médicaux :	R.241-57 Arrêté du 24 juin 1970
- Papier	
- conforme au modèle - Arrêté du 24 juin 1970	
- transport notamment lors des déplacements pour examens médicaux en centres annexes ou en entreprises	R.241-57 al 3 Arrêté du 23 juin 1970.
- comment sont conservés les dossiers médicaux. Lieu ? - Qui est autorisé à les manipuler ? archivage - (conditions, durée, qui assure l'archivage, conservation et respect du secret médical)	Instruction TE/2/70 relative à l'application de l'arrêté du 23 juin 1970 relatif à la fiche spéciale.
- modalités de transmission au salarié ou aux ayant droit ?	
- Informatisation du service médical (voir point e)	
- Fiches d'aptitude	R 241-31
- Double ou triple exemplaire ?	R 241-30
- Conformes au modèle (imprimerie nationale) ?	R 241-31-1
- Modalités de transmission à l'employeur?	
- Fiches médicales à la demande du salarié.	
- Un exemplaire est-il conservé dans le dossier médical ?	
- Le contenu est-il conforme à l'arrêté du 23 juin 1970 ?.	

Contrôle de l'indépendance du médecin du travail :

- Les procédures d'embauche sont-elles respectées ?
- Les contrats sont-ils conformes à la déontologie et au respect de l'indépendance ? – ont-ils été soumis à l'Ordre des médecins ? - avis de l'Ordre ?
- La liste des entreprises à surveiller est-elle donnée au médecin du travail en début d'année ?
- La commission de contrôle est-elle saisie en cas de changement de secteur d'un médecin du travail ? - d'un changement d'entreprise ?.
- Dans le cas où existe un médecin coordonnateur, quel est son rôle exact.
- Modalités d'application aux médecins des dispositions relatives à la formation continue.
- Rémunération complémentaire des médecins pratiquant, pendant leur temps de médecine du travail, des examens relevant de la médecine de main d'œuvre ?

R.241-35 à R.241-37

c / Autres personnels1. / du service

- IPRP
 - Noms
 - Diplômes
 - Habilitations : date ? et catégorie ?
 - Temps et horaires de travail ?
 - Recruté après consultation des organismes de contrôle?
- Infirmier
 - Nom
 - Diplôme
 - Temps et horaires de travail ?
 - Affectation
 - Recruté avec accord du médecin du travail ?
- Secrétaires médicales
 - Nom
 - Diplôme
 - Temps et horaires de travail ?
 - Affectation - Liste nominative par secteur et temps de travail.
 - Recrutement avec accord du médecin du travail ?
- Chauffeurs
 - Nom
 - Etendue des fonctions de chauffeurs : à préciser.
- Autres personnels : lesquels ? – nombre ?.

R 241-38

R 241-36

- Situation de ces personnels selon le lieu d'activité :
 - ⇒ centre fixe,
 - ⇒ centre mobile,
 - ⇒ centre annexe.

R 241-36

2 / des entreprises adhérentes au service

- Infirmier mis à disposition du médecin du travail du service interentreprises -
 - Nombre
 - Liste des entreprises concernées
 - Participation aux actions en milieu de travail
- Secrétariat éventuel mis à disposition du médecin du travail du service interentreprises
 - Envoyé par le service interentreprises
 - Celui de l'entreprise

R.241-54, R.241-55
 Arrêté du 12.1.1984
 concernant les locaux et
 l'équipement des services
 médicaux du travail

d / Locaux

- Centres fixes de secteurs
 - Nombre centres fixes/secteurs
 - Cabinet médical
 - Salle d'investigations complémentaires
 - Secrétariat médical
 - Installations sanitaires
 - Salle d'attente
 - Bureau médical mis à disposition de l'ensemble des médecins
 - 2^{ème} salle d'investigations complémentaires
 - Dérogation pour >6 cabinets médicaux
- Centres d'entreprises
 - Nombre et liste
 - Pour les entreprises de >200 salariés dans établissements industriels et >500 pour les autres établissements
 - Conformés à la réglementation
 - Dérogations après avis du MIRTMO
- Centres d'appoint
 - Nombre et liste
 - Rattaché à une unité de secteur
 - Cabinet médical
 - Salle d'investigations complémentaires
 - Installations sanitaires

R.241-54
 R.241-54 al.2
 art.6 de l'arrêté du 12 janvier
 1984

Annexe technique à

- Salle d'attente
- Centres mobiles
 - Sas d'entrée
 - Compartiment d'examens biométriques
 - Secrétariat médical
 - Cabinet médical

l'arrêté du 12.1.1984 relative aux caractéristiques générales, à l'aménagement et à l'équipement des locaux médicaux fixes et mobiles.

Aménagement et équipement des locaux médicaux

- Le cabinet médical permet-il la pratique d'un examen médical de qualité ?
- Bureau
- Lit d'examen
- Téléphone
- Eau courante - Lavabo
- Isolement phonique de bonne qualité
- Eclairage suffisant
- Chauffage suffisant
- Accessibilité
- Qualité du matériel médical d'investigation - négatoscope
- Ordinateur
- Equipement pour l'action en milieu de travail : sonomètre - luxmètre - luminance mètre - etc.

e/ Informatisation du service

- Domaines informatisés :
 - Convocations
 - Gestion des activités médicales
 - Rapport annuel technique
 - Dossier médical
 - Fiches d'entreprise
- Nom du logiciel utilisé :
- Charte informatique ?
- Mesures prises pour préserver le secret médical (réseau – modalités d'accès)
- Maintenance :
 - Service informatique dans le service ?
 - Entreprise extérieure ?
- Mise en place d'une commission médicale informatique ?.
- Désignation – rôle d'un administrateur médecin ?.

- Avis de la CNIL
(affiché dans le service)
- Tous les médecins utilisent-ils l'informatique ?
- Matériel utilisé - (portable)
Accès Internet- disposition du courriel.
- Niveau et type de formation des utilisateurs.
- Types d'informations saisies par la secrétaire médicale, le médecin, l'intervenant en prévention des risques professionnels.
- Quelle saisie des activités en milieu de travail ?
- Possibilité de gestion de l'exposition aux risques d'un salarié, dans l'entreprise ?.
- Possibilité d'établir des cartographies d'exposition aux risques ?.

f / Fonctionnement administratif

- Modalité de mise à jour des effectifs : à préciser.
- Convocation pour les examens médicaux : délais ? - Planning des activités ? – Absentéisme ? - Lutte contre absentéisme ?
- Modalités de prise en charge des examens complémentaires ?
- Moyens permettant de respecter la confidentialité des orientations lors de certains examens complémentaires ?
- Participation des médecins à l'établissement des documents prévus à l'article R. 241-25 ?

2. CONTRÔLE TECHNIQUE DU FONCTIONNEMENT DU SERVICE

Le contrôle du fonctionnement du service a pour objet de vérifier que le service de santé au travail exerce bien l'ensemble de ses missions en restant dans le cadre des objectifs de préservation et de promotion de la santé au travail (objectif qualité).

1. Surveillance des conditions de travail

L'organisation du service facilite-t-elle ou au contraire s'oppose-t-elle à l'action du médecin du travail, en particulier sur quatre points.

- **La lisibilité** qu'a le médecin du travail sur l'ensemble des entreprises et des

- salariés dont il a la charge.
- **La souplesse de l'organisation** permet-elle ou pas, par exemple, de supprimer une vacation clinique pour un CHSCT exceptionnel, permet-elle ou pas de voir en urgence l'ensemble des salariés d'une collectivité du travail parce qu'il y a un problème qui se pose, etc...,
 - **l'organisation permet-elle de faire le lien entre visite clinique et visite de l'entreprise ?** ou bien les deux logiques de programmation, visite clinique et tiers-temps sont-elles déconnectées.
 - Enfin, la surveillance au titre de la médecine du travail n'a de sens que si le médecin du travail peut conserver des entreprises sur un temps suffisant, **l'organisation du travail permet-elle ce travail sur la durée ?**

R.241-47

Action en milieu de travail :

Le médecin inspecteur du travail examinera les éléments de ces actions :

- Le temps consacré à l'action en milieu de travail est-il conforme à la réglementation ?
Temps théorique prévu au programme de travail ? - Temps effectivement utilisé ? -
- Planification : programmé à jour fixe ou non par le médecin ou par son secrétariat ? - liberté de manœuvre du médecin ? -
- Modalités des interventions en entreprises :
 - Ponctuelle ?
 - Régulière ?
 - Accompagnée - par qui ? (secrétaire ? – infirmière ? - intervenant en prévention des risques professionnels ?)
- Etude de postes et de conditions de travail - participation à la démarche d'évaluation des risques -
- Pratique des prélèvements et mesures aux fins d'analyse en milieu de travail -
- Organisation du suivi des interventions (modifications des conditions de travail)
- Courrier -

R.241-41-3
Arrêté du 29 mai 1989

Fiches d'entreprises

Le médecin inspecteur du travail peut demander à examiner la copie des fiches d'entreprises conservées dans le service médical (demande effectuée auprès des médecins du travail qui permet un contrôle de qualité).

Il peut, à défaut, demander au service de santé au travail, la liste des entreprises assujetties, la liste des fiches d'entreprise réalisées et la date de leur dernière mise à jour – le contrôle portera alors uniquement sur la quantité)

- Réalisées conformément à la réglementation ? - Mise à jour ?
- Mode de transmission à l'employeur ?
- Présentation au CHS-CT ?
- Conservation dans le service de santé au travail d'une copie de la fiche ?

R.241-41-1

- Suivi ?

Existence d'un plan d'activité

Le médecin inspecteur du travail peut examiner le ou les plans d'activité élaborés par le ou les médecins du travail.

- Réalisé annuellement ?
- Individuellement ? – collectivement ?
- Transmis à l'employeur ?
- Avis du CHS-CT ou des délégués du personnel ?
- Difficultés éventuelles.

Participation au CHS-CT

- Modalités de convocation ?
- Programmation facile ou difficile ?
- Nombre d'entreprises ayant un CHS-CT
- Nombre de réunions
- Participation effective aux réunions du CHS-CT ?

Participation à des groupes de travail dans l'entreprise, dans le service, ou sur le plan régional

Observations sur le contenu des rapports d'activité en matière d'actions en milieu de travail.

2.Surveillance de l'état de santé

Les examens médicaux

- Nombre de personnes convoquées par vacation ?
- Durée des examens médicaux - temps suffisant ?
- Taux d'absentéisme - Mesures prises pour y faire face ?
- Importance des « visites » de reprise - de pré reprise ?
- Suivi des avis d'inaptitude ou des restrictions d'aptitude par le médecin du travail - Le médecin du travail dispose-t-il du temps nécessaire pour assurer ce suivi ?
- Déclaration des maladies professionnelles et des maladies à caractère professionnel - Suivi des déclarations ?.

3 - Recherche personnelle ou en association avec d'autres

- Participation à des enquêtes, à des études épidémiologiques ?

- Participation à l'alerte et à la veille sanitaire ?
- Développement de pôles de compétence ?
- Publications ?
- Restitution de l'ensemble de ces activités aux entreprises ? - aux salariés ? - aux branches d'activité concernées ?.

4 – Formation continue

- Prise sur l'activité en milieu de travail ? - ou sur le temps connexe ?
- Dans quel domaine ?
- Financée par ?
- Quantitativement et qualitativement suffisante ?
- Organisée par le service ?
- Besoins définis librement par le médecin du travail et autre personnel ?
- Nombre de médecins formés (nom) Nombre de jours .

Articles 4, 72, 73

Articles 45, 46, 50, 73, 96.

5- Activités de formation exercées par les médecins du travail

Tutorat d'internes ou de médecins en formation - autre

Articles 5, 95, 97

6- L'organisation du service permet-elle le respect du code de déontologie ?

Article 8

- Secret médical
- Dossier médical et transmission d'informations
- Indépendance :
 - Article 5 : « *Le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit.* »
- Liberté de prescription
 - « *Dans les limites fixées par la loi, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance...* ».
- Formation continue : « *Tout médecin doit entretenir et perfectionner ses connaissances ; il doit prendre toutes dispositions nécessaires pour participer à des actions de formation continue. Tout médecin participe à l'évaluation des pratiques professionnelles.* »
- Installation convenable : « *Le médecin doit disposer, au lieu de son exercice professionnel, d'une installation convenable, de locaux adéquats pour permettre le respect du secret professionnel et de moyens techniques suffisants en rapport avec la nature des actes qu'il pratique ou de la population qu'il prend en charge* »....

Article 11

Article 71

Article 83, 84

- Obligation de contrat écrit

3. RESULTATS DE L'ACTION DU SERVICE

- a- Quelle traçabilité de l'exposition des salariés aux risques le service de santé au travail a-t-il permis au médecin du travail de mettre en place ?
- b- Quels outils le service de santé au travail a-t-il mis à disposition des médecins du travail pour le suivi de l'évolution des risques dans les entreprises qu'ils surveillent ? (Durée de conservation des fiches d'entreprise par exemple)
- c- Quels outils le service de santé au travail a-t-il mis à disposition des médecins du travail pour le suivi de l'état de santé des salariés ?

Quels retours vers les partenaires sociaux et les branches professionnelles ont-ils été effectués par le service de santé au travail ou les médecins du travail?

Annexe 5 : Projet de contrat d'objectif en région Centre

CONTRACTUALISATION AVEC LES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL

1. Préambule

La santé au travail a fait l'objet, ces dernières années, de profondes évolutions, destinées à sa modernisation et à son adaptation aux nouvelles réalités du monde du travail

L'innovation majeure, amorcée par la loi du 17 janvier 2002, a consisté à faire évoluer la médecine du travail vers la santé au travail. Elle s'est traduite, d'une part, par la mise en place de services de santé pluridisciplinaires (décret du 24 juin 2003), d'autre part, par la réforme de la médecine du travail (décret du 28 juillet 2004), améliorant l'offre de prévention destinée aux entreprises.

L'objectif qui a présidé à ces évolutions est que la santé du salarié doit être considérée dans une approche globale de la santé au travail, quel que soit son statut, sa condition, son activité.

Ainsi, dans le cadre de la mise en œuvre des priorités de la politique de santé au travail et notamment celles figurant dans les plans santé travail et santé environnement, il apparaît essentiel de développer une politique contractuelle entre les services de santé au travail et la DRTEFP Centre.

Cette démarche doit également permettre de favoriser les expérimentations et les pratiques innovantes en santé et sécurité au travail.

La DRTEFP Centre propose à l'ensemble des services de santé au travail de mettre en place une contractualisation sur la base d'objectifs homogènes au niveau régional.

2. Les objectifs

Il est essentiel de consolider les réformes de structure, intervenues en 2003 et 2004 et qui ont considérablement modifié le paysage de la santé au travail sur le terrain, au niveau de l'entreprise.

Aussi, les mesures définies dans ce contrat visent à :

- ☞ Inscrire l'action des services de santé au travail dans les priorités de la politique de santé publique au travail.
- ☞ Satisfaire des objectifs de qualité en matière d'activité et d'approche pluridisciplinaire qui placent tous les acteurs de la prévention (médecins du travail, intervenants en prévention des risques professionnels, ...) en situation de complémentarité.
- ☞ Rendre plus lisible l'indépendance des services de santé au travail interentreprises, en modernisant leur mode de financement afin d'assurer aux entreprises et à leurs salariés des prestations médicales et pluridisciplinaires de qualité, quelque soit leur taille, leur secteur d'activité et leur localisation.
- ☞ Permettre des évolutions dans les pratiques professionnelles des médecins du travail et des équipes de santé au travail.
- ☞ Permettre de définir des objectifs à atteindre qui ne relèvent pas uniquement des exigences réglementaires. Ces objectifs peuvent être dictés par les spécificités de la population salariée d'un territoire donné ou encore de problématiques nouvelles.

3. Les actions à mettre en œuvre

Les principales actions que le service de santé au travail et la DRTEFP Centre se proposent de suivre en étroite coopération dans le cadre du projet du service de santé au travail sont reprises ci-dessous.

Pour l'ensemble des actions des indicateurs de suivi sont fixés.

Sur l'activité générale du service de santé au travail :

Le service s'engage à améliorer la qualité du suivi et du rendu compte de son activité.

La participation du service à la veille sanitaire est indispensable afin de fournir des connaissances épidémiologiques régionales sur l'état de santé des salariés.

Priorités et actions	Indicateurs
Renforcer la qualité des données quantitatives et qualitatives fournies par les SST	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de RAM reçus - Nombre de RAM avec commentaires et observations du médecin du travail - Données sur les SMR déclarées par les employeurs et les médecins
Participer à la veille sanitaire rapport statistique annuel global sur les pathologies observées dans le cadre des visites périodiques	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de médecins du travail (en équivalent temps plein) participant à la veille sanitaire. - Nombre de médecins du travail (en équivalent temps plein) participant à la veille sanitaire /effectif total de médecins du travail (en ETP).
Développer l'action des intervenants en prévention des risques professionnels	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'IPRP - Nombre d'IPRP en ETP/Nb de médecins ETP - Nombre d'actions menées par thème/ Nb entreprises suivies.
Développer l'information et la formation des différents acteurs de la prévention dans l'entreprise	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de communications et/ou d'interventions collectives en entreprise - Nombre de communications ou d'interventions collectives en entreprise/ Nb d'entreprises

Sur la participation du service de santé au travail aux priorités du plan santé travail, du plan santé environnement et du plan santé publique

Les différents plans déterminent des priorités d'action en terme de santé au travail :

- La réduction de l'exposition aux **substances cancérigènes, mutagènes et toxiques pour la reproduction (CMR)** constitue une priorité commune aux différents plans.
- En vue d'améliorer la protection des travailleurs, il est nécessaire de faire progresser la démarche de substitution de ces substances.
- **Les TMS** dont la progression est constante depuis plusieurs années sont à l'origine des déclarations de maladies professionnelles les plus fréquentes.
- La prégnance des **risques psycho-sociaux** sur le lieu de travail (stress, violence, pratiques addictives) est de plus en plus fréquemment présentée comme constituant une menace sérieuse pour l'intégrité physique et mentale des salariés. Une large part des solutions est à rechercher dans les domaines de l'organisation du travail.
- Saturnisme, fibres minérales artificielles, nuisances sonores,...

Parmi les autres priorités du plan santé environnement et du plan santé travail, les services de santé au travail ont un rôle important dans le suivi des salariés exposés, l'information, le conseil et la prévention.

Priorités et actions	Indicateurs
<p>☞ Les CMR: Participation à l'élaboration d'une cartographie régionale des CMR. Catégories 1 et 2 de la classification européenne.</p> <p>☞ Protection des femmes enceintes et fertilité masculine</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre fiches d'entreprises réalisées avec identification de CMR/nb total de fiches - Nombre de salariés exposés n/n-1 - Nombre de médecins du travail (en équivalent temps plein) participant à la cartographie CMR. - Nombre de médecins du travail (en équivalent temps plein) participant à la cartographie CMR /effectif total de médecins du travail (en ETP).
<p>☞ Suivre les cas d'asthme professionnel liés aux isocyanates</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nbre de salariés exposés aux asthmes professionnels reconnus en MP
<p>☞ Suivre les MP liés au plomb. Informer les salariés des risques pour eux-mêmes et leur famille.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de salariés exposés et d'entreprises concernées. - Nombre d'informations données par les médecins sur les risques de contamination des enfants des salariés exposés.
<p>☞ Les TMS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre et nature des actions conduites sur ce sujet. (information, participation à des travaux sur l'amélioration de l'organisation du travail, etc)
<p>☞ Bruit</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre et nature des actions conduites sur ce sujet. (information, participation à des travaux sur l'amélioration de l'exposition - Nombre de salariés exposés
<p>☞ Fibres minérales artificielles</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de fiches d'information sur les FMA diffusées dans les entreprises adhérentes au SST.
<p>☞ Les risques psychosociaux : Stress, violence, ... sont de plus en plus fréquemment présentés comme constituant une menace sérieuse pour l'intégrité physique et mentale des salariés. Une large part des solutions est à rechercher dans les domaines de l'organisation du travail</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'actions et d'initiative conduites dans ce domaine. - Nombre de médecins qui participent à SAMOTRA-CE dans le service - Nombre de médecins qui participent à Samotrace (en ETP) / effectif total de médecins (en ETP).

Priorités et actions	Indicateurs
☞ Recenser la nature et le nombre d'indicateurs biologique d'exposition prescrits par les médecins du travail (des réunions d'information des MIRT auprès des médecins du travail sont prévues sur ce thème).	- Nombre des différents IBE prescrits - Nature des IBE prescrits

☐ Sur le suivi des travailleurs dans le cadre d'une politique de maintien dans l'emploi

Dans le cadre de l'obligation d'emploi des TH, 73 % ont plus de 40 ans et 37% plus de 50 ans contre 19 % pour l'ensemble des salariés. Ce phénomène de densité élevée de salariés handicapés âgés dans la population au travail va s'accroître jusqu'en 2010 avec l'arrivée des enfants du baby boom dans ces classes d'âge. Le nombre de TH déclarés dans les DETH 2002 est de 9474 , le nombre de salariés TH déclarés par les MT est de 4731(RAM 2003),il faut inciter les médecins à un recueil plus exhaustif des déclarations.

Par ailleurs, les conditions de travail dans certains secteurs ou métiers génèrent des usures prématurées qui se traduisent par des restrictions d'aptitude importantes.

Parallèlement, les demandes d'aménagement faites à l'AGEFIPH ont tendance à s'élargir à des collectifs de travail qui mélangent des opérateurs handicapés reconnus et des salariés vieillissants partiellement inaptes. Ces situations nécessitent d'agir en pluridisciplinarité avec de multiples acteurs que sont les services de santé au travail, l'AGEFIPH, la CRAM, l'ARACT...

C'est pourquoi il apparaît nécessaire d'assurer :

- La détection de situation de maintien collectif
- La détection de situation individuelle de salariés de plus de 45 ans présentant des restrictions d'aptitude susceptibles d'entraîner un risque d'exclusion professionnelle.

Priorités et actions	Indicateurs
Etablir un suivi des salariés présentant des restrictions d'aptitude	Nombre d'avis médicaux autres que aptes causes de ces avis , type d'entreprises . Nombre de salariés maintenus dans l'entreprise Nombre de travailleurs handicapés suivis à ce titre en SMR.
Détecter et alerter sur les situations susceptibles de générer des inaptitudes ou des restrictions d'aptitude pour des groupes de salariés.	Nombre de sollicitation des organismes d'insertion professionnelle dans le cadre de maintien collectif dans l'emploi.

4. Mise en œuvre et suivi de l'accord

Ces objectifs et cette politique partagés avec les services de santé au travail font l'objet d'une concertation avec la commission régionale de médecine du travail.

Les plans d'activité établis par les médecins du travail devront refléter les orientations définies dans le cadre de cette contractualisation

Les médecins inspecteurs régionaux du travail de la DRTEFP Centre et les services d'inspection du travail apportent leur appui aux services de santé au travail pour la mise en oeuvre de ce contrat, facilitent les contacts entre les services de santé au travail et les autres partenaires sur le champs de la santé au travail.

**Annexe 6 Rappel des propositions du rapport ICS
24-08 sur l'agrément des SST**

**Propositions du rapport IGAS sur l'agrément des services de santé au travail
(Claire Aubin, Gilles Duhamel, Daniel Lejeune mars 2004)**

1. Clarifier les responsabilités de l'Etat, notamment en termes de couverture des besoins et de garantie d'un niveau minimum de qualité des services de santé au travail.
2. Définir un cadre cohérent de couverture des besoins au niveau régional et instaurer une décision unique de répartition des compétences pour l'ensemble des SST d'une région.
3. Définir les exigences essentielles limitativement énumérées auxquelles doivent satisfaire les services de santé au travail.
4. Œuvrer à instaurer des référentiels de bonnes pratiques et une évaluation des pratiques professionnelles des médecins du travail.
5. Inscrire la contribution des services dans le cadre de la politique de santé au travail.
6. Définir cette contribution dans une démarche de progrès à travers des contrats d'objectifs reflétant les priorités collectives de la politique de santé au travail.
7. Etudier la possibilité d'établir un lien entre ces contrats d'objectifs et la tarification des accidents et maladies professionnelles.
8. Transformer l'agrément quinquennal en une autorisation de fonctionner de durée modulable qui devrait être retirée en cas de manquement avéré aux exigences essentielles ci-dessus.
9. Accorder l'autorisation au niveau du service de santé au travail et non plus (comme l'agrément actuel) au niveau du secteur.
10. Assurer le respect des échéances pour supprimer les périodes de vide juridique.
11. Renforcer et faire appliquer la panoplie des moyens de contrôle de l'Etat pour permettre des sanctions graduées.
12. Saisir l'opportunité créée par la réforme de la médecine du travail pour impulser une campagne de mise en conformité des services de santé au travail.
13. Faire respecter les obligations de tiers temps médical, de plans d'activité et de fiches d'entreprises.
14. Eclaircir les règles de fonctionnement des commissions de contrôle des services de santé au travail et assurer un statut à leurs membres représentant les salariés.
15. Rendre possible la participation du directeur régional du travail ou de son représentant aux réunions des commissions de contrôle des SST.
16. Définir des indicateurs « clignotants » pour analyser les rapports financiers des services de santé au travail.
17. Consolider les rapports annuels des médecins au niveau du service de santé au travail.
18. Développer l'exploitation de la base de données existante sur les services de santé au travail.
19. Etudier le principe d'une déconnexion entre cotisation des entreprises et nombre de visites annuelles.
20. Instaurer le principe d'une responsabilité conjointe de l'employeur et du médecin du travail pour l'estimation de l'effectif salarié relevant d'une surveillance médicale spéciale.
21. Assurer un pilotage opérationnel par l'administration centrale et les directions régionales.
22. Doter les services déconcentrés d'une doctrine en matière de suivi et contrôle des services de santé au travail.
23. Répondre aux besoins de formation initiale des médecins inspecteurs du travail et de la main-d'œuvre (MIRTMO) et les former à la méthodologie de conduite de programmes en santé au travail.
24. Conduire une réflexion sur la répartition de la charge de travail des MIRTMO entre leur action à visée collective (essentiellement via les SST) et leur action à visée individuelle (principalement les problèmes de reclassement et d'inaptitude).
25. Conduire une réflexion sur la répartition et d'éventuels transferts de tâches entre médecins du travail, infirmiers et autres intervenants en prévention.
26. Initier une démarche de programmes de santé au travail intégrée à la politique de santé publique au niveau régional.
27. Elargir la composition de la commission régionale de médecine du travail (qui devrait devenir la commission régionale de santé au travail) et associer la commission au fonctionnement des futurs groupements régionaux de santé publique.