

GE-EST

« Mieux se connaître pour travailler ensemble et développer notre région »

AST 25

« Travailler ensemble, Mieux travailler, Pour mieux protéger »

GE-EST – AUTECHAUX – VENDREDI 02 DECEMBRE 2016

Ludovic LESNE - Directeur

QUELQUES REPERES

- **1942** : Le 28 juillet La loi rend la médecine du travail obligatoire en France. La même année une série de décrets prévoit la délivrance de "l'aptitude du salarié au poste de travail" par le médecin du travail.
- **1943** : Le 25 septembre, Monsieur Maurice COULON fait connaître en Préfecture la constitution de l'Association Comtoise Interprofessionnelle pour le fonctionnement du Service Médico-Social. (Aujourd'hui AST25).
- **1946** : Loi 11 octobre sur organisation services médicaux et sociaux du travail s'étend à toutes les entreprises, il s'agit d'une médecine exclusivement préventive (à la demande de L'Ordre de l'époque) pour tous les salariés, à la charge et sous la responsabilité des employeurs. Le rôle préventif des médecins du travail s'exerce pour l'essentiel à travers une action : une visite médicale annuelle obligatoire pour tous les salariés.
- **1985** : Convention 161 de l'OIT sur les Services de Santé au Travail – Ces services devant être « multidisciplinaires ».
- **1989** : Directive européenne : mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs dans le but d'obtenir : une harmonisation entre les états membres et une réduction des accidents de travail.
- **1991** : Loi 31 Décembre transposant en Droit Français la Directive Européenne de 1989

QUELQUES REPERES

- **2000** : S'appuyant sur l'accord des partenaires sociaux du 13 septembre, la loi transforme les Services de Médecine du travail en Services de Santé au travail.
- **2002** : Loi de modernisation sociale : Pluridisciplinarité : arrivée, aux côtés des médecins, d'autres professionnels dont les compétences, techniques sont complémentaires
- **2004** : Décret : priorité à l'action en milieu de travail, espacement des visites médicales.
- **2011-12** : Loi portant réforme de l'organisation de la « médecine du travail » et des Services de Santé au Travail : missions, équipes pluridisciplinaires, projet de service, contrat d'objectifs et de moyens...
-

L'Evolution : L 4622-1

Tous les établissements de quelque nature que ce soit occupant des salariés doivent organiser des Services médicaux du travail.

Ces Services sont assurés par un ou plusieurs médecins qui prennent le nom de médecins du travail et ...

« dont le rôle exclusivement préventif consiste à éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail ».



Cette définition pas évoluée entre
1946 et 2011

Articles L 4621-1 et suivants du CT

Mais l'organisation et les missions ont-elles, évoluées avec néanmoins le même objectif :

« Eviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail »

Les grandes dates

1946-1990 :

Le rôle préventif des médecins du travail s'exerce pour l'essentiel à travers une action : une visite médicale annuelle obligatoire pour tous les salariés.

Fin des années 90 :

Les médecins du travail se préoccupent de plus en plus des conditions de travail des salariés. L'enjeu de leur action est essentiel : **prévenir le plus en amont possible.**

13 Septembre 2000 :

S'appuyant sur l'**accord des partenaires sociaux du 13 septembre 2000**, La loi transforme les **Services de Médecine du travail en Services de Santé au travail.**

17 Janvier 2002 : Loi de Modernisation Sociale

L'arrivée, aux côtés des médecins du travail, d'autres spécialistes en Santé au travail dont **les compétences, techniques** sont complémentaires (ergonomes, ingénieurs sécurité, toxicologues, psychologues, épidémiologistes,...).

Les grandes dates

Décret du 25 juin 2003 : Généralisation de la pluridisciplinarité

Ce texte a généré la création de centaines d'emplois supplémentaires dans les Services Interentreprises de Santé au travail.

Ces emplois recouvrent de nombreuses compétences complémentaires parmi celles **rendues obligatoires par les nouveaux objectifs assignés à la Santé au travail** :

Ergonomes, ingénieurs sécurité, psychologues, toxicologues, épidémiologistes...

Apportant dans le même temps de nouvelles compétences et offres de service aux adhérents des Services.

Les grandes dates

On pouvait ainsi envisager le
Passage d'un « constat -
réparation des dommages » à
la « **prévention - suppression
du risque à la source** »



POUR REALISER L'OBJECTIF :

**Eviter toute altération de la santé des
travailleurs
du fait de leur travail**

**Offrir une prestation Santé / Travail pour les entreprises et leurs salariés
faisant appel à des compétences globales :
médicales, techniques et organisationnelles**

La Responsabilité qui est la votre dans le domaine de la Santé au Travail résulte d'obligations légales assorties de lourdes sanctions pénales.

La première obligation qui vous est faite en vertu de l'article L 4622-1 du CT est d'organiser un service de Santé au Travail.

C'est le mandat que vous confiez à AST 25

TOUT DE SUITE DERRIERE VIENT

L'ARTICLE L 4121-1 DU CT

L'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs.

Ces mesures comprennent :

- 1° Des actions de prévention des risques professionnels ;
- 2° Des actions d'information et de formation ;
- 3° La mise en place d'une organisation et de moyens adaptés.

L'employeur veille à l'adaptation de ces mesures pour tenir compte du changement des circonstances et tendre à l'amélioration des situations existantes.

LOI du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail et des Services de Santé au Travail

1 - Art. L. 4622-2. : Les Missions des Services de Santé au Travail

Les services de santé au travail ont pour **mission exclusive d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail.**

A cette fin, ils :

« 1° **Conduisent les actions de santé au travail**, dans le but de préserver la santé physique et mentale des travailleurs tout au long de leur parcours professionnel ;

« 2° **Conseillent les employeurs, les travailleurs, et leurs représentants sur** les dispositions et mesures nécessaires afin d'éviter ou de diminuer les risques professionnels, d'améliorer les conditions de travail, de prévenir la consommation d'alcool et de drogue sur le lieu de travail, de prévenir le harcèlement sexuel ou moral, de prévenir ou de réduire la pénibilité au travail et la désinsertion professionnelle et de contribuer au maintien dans l'emploi des travailleurs

« 3° **Assurent la surveillance de l'état de santé des travailleurs** en fonction des risques concernant leur sécurité et leur santé au travail, de la pénibilité au travail et de leur âge ;

« 4° Participent au suivi et **contribuent à la traçabilité des expositions professionnelles** et à la veille sanitaire. »



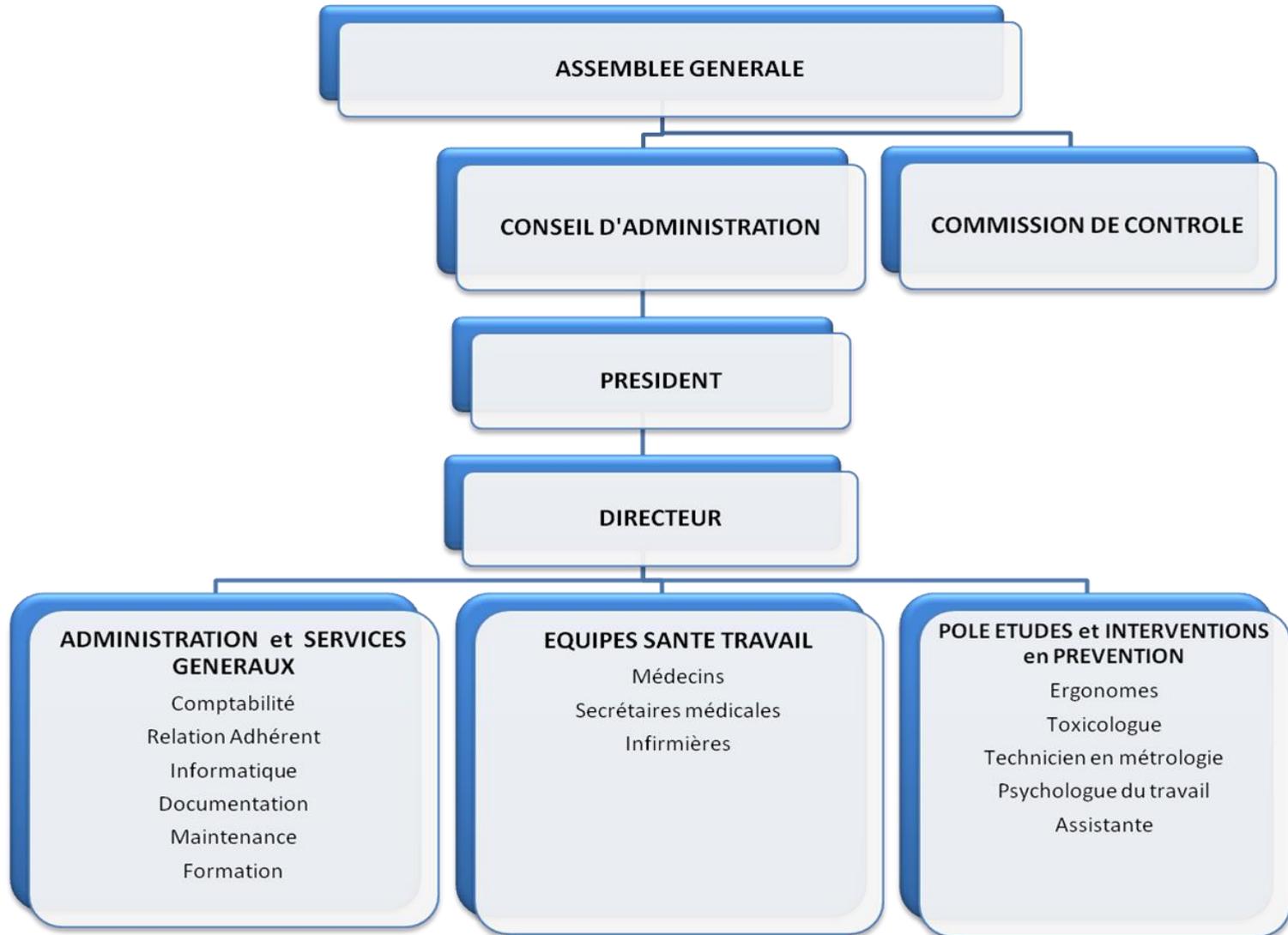
Le service, en tant que structure, est
doté depuis, légalement, des missions
citées.

Au mandat confié par les adhérents
s'ajoute désormais des missions
légales.



Les Instances et la Gouvernance des Services de Santé au Travail

Le fonctionnement



Composition CA - CC

Composition du Conseil d'Administration

Membres Représentants Employeurs : 10

Président : Monsieur Marcel FELT

Vice Présidente : Madame Danielle LEPORT

Administrateur : Madame Pascal LETESSIER

Administrateur : Madame Laurence VUILLEMIN

Administrateur : Monsieur Yves COLIN

Administrateur : Monsieur Jacques FORSTER

Administrateur : Monsieur Lionel DE CHALAIN

Administrateur : Monsieur Eric MAILLARD

Administrateur : Monsieur Gérard LASSERRE

Administrateur : Monsieur Martial DEVAUX

Membres Représentants Salariés : 10

Trésorier : Monsieur Nicolas BOUVERET

Secrétaire : Madame Marie MANZANO

Administrateur : Monsieur Philippe BRISEBARD

Administrateur : Monsieur Jérôme N GALLE EDIMO

Administrateur : Monsieur Philippe BANSE

Administrateur : Madame Sylvie FEBVRET

Administrateur : Monsieur Sébastien GRUT

Administrateur : Madame Pierrette BARDEY

Administrateur : **CFDT Non désigné**

Administrateur : **CFDT Non désigné**

Composition de la Commission de Contrôle

Membres employeurs issus des adhérents après avis des organisations patronales : 5

Secrétaire : MEDEF Monsieur Marcel FELT

Membre : MEDEF Mme Pascale LETESSIER

Membre : MEDEF M. Yves COLIN

Membre : CGPME M. Jacques VIEILLE

Membre : UPA M. Christian JACQUET

Membres issus des adhérents désignés par les organisations syndicales : 10

Président : FO Mme Marie MANZANO

Membre : CGT Mme Elisabeth NEDELEC

Membre : FO M. Jérôme N GALLE EDIMO

Membre : CFTC M. Nicolas BOUVERET

Membre : CFTC M. Philippe BRISEBARD

Membre : CFE/CGC M. Philippe BANSE

Membre : CGT M. Sébastien GRUT

Membre : CGT Mme Pierrette BARDEY

Membre : **CFDT Non désigné**

Membre : **CFDT Non désigné**

COMPETENCE

RAISON SOCIALE :

ACTION SANTE AU TRAVAIL DU DOUBS : « A S T 25 »

ADRESSE SIEGE :

5 A rue Victor Sellier - 25041 BESANCON CEDEX

COMPETENCE TERRITORIALE ET PROFESSIONNELLE :

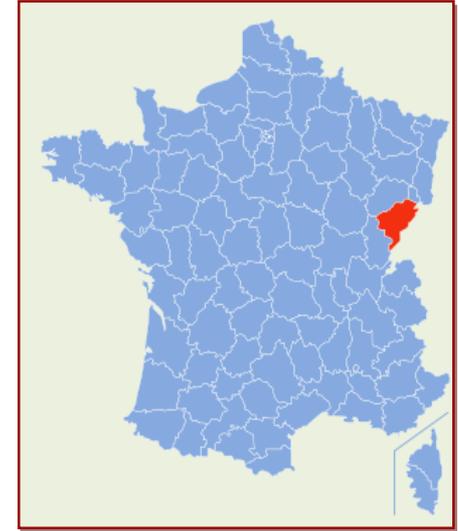
Arrondissement de BESANCON et cantons de AMANCEY, AUDEUX, BAUME-LES-DAMES, BOUSSIERES, CLERVAL, MAICHE (y compris DAMPRICHARD), MARCHAUX, MORTEAU, ORNANS partiellement, PIERREFONTAINE-LES-VARANS, QUINGEY, ROUGEMONT, ROULANS, LE RUSSEY, SAINT-VIT, VERCEL, VORAY SUR L'OGNON partiellement .

Toutes professions à l'exception de celles :

- . Du Bâtiment et des Travaux Publics
- . Du régime agricole (Lois sociales en agriculture)

SECTEURS TERRITORIAUX ET PROFESSIONNELS :

Besançon et agglomération + Haut Doubs + Entreprises de Travail Temporaire



LOI du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail et des Services de Santé au Travail

1 - Art. L. 4622-2. : Les Missions des Services de Santé au Travail

Les services de santé au travail ont pour **mission exclusive d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail.**

A cette fin, ils :

« 1° **Conduisent les actions de santé au travail**, dans le but de préserver la santé physique et mentale des travailleurs tout au long de leur parcours professionnel ;

« 2° **Conseillent les employeurs, les travailleurs, et leurs représentants sur** les dispositions et mesures nécessaires afin d'éviter ou de diminuer les risques professionnels, d'améliorer les conditions de travail, de prévenir la consommation d'alcool et de drogue sur le lieu de travail, de prévenir le harcèlement sexuel ou moral, de prévenir ou de réduire la pénibilité au travail et la désinsertion professionnelle et de contribuer au maintien dans l'emploi des travailleurs

« 3° **Assurent la surveillance de l'état de santé des travailleurs** en fonction des risques concernant leur sécurité et leur santé au travail, de la pénibilité au travail et de leur âge ;

« 4° Participent au suivi et **contribuent à la traçabilité des expositions professionnelles** et à la veille sanitaire. »

LES MISSIONS DES SSTI

Article L4622-8 : Les missions des services de santé au travail **sont assurées par une équipe pluridisciplinaire de santé au travail** comprenant des médecins du travail, des intervenants en prévention des risques professionnels et des infirmiers. Ces équipes peuvent être complétées par des assistants des services de santé au travail et des professionnels recrutés après avis des médecins du travail. Les médecins du travail animent et coordonnent l'équipe pluridisciplinaire.

Article L4622-9 : Les services de santé au travail **comprennent un service social du travail ou coordonnent** leurs actions avec celles des services sociaux du travail.

Article L4622-14 : Le service de santé au travail interentreprises **élabore**, au sein de la commission médico-technique, **un projet** de service pluriannuel **qui définit les priorités d'action** du service et qui s'inscrit dans le cadre du contrat d'objectifs et de moyens prévu à l'article L4622-10. Le projet est **soumis à l'approbation** du conseil d'administration.

Art. L4622-10 : **Les priorités des services de santé au travail sont précisées**, dans le respect des missions générales prévues à l'article L. 4622-2, des orientations de la politique nationale en matière de protection et de promotion de la santé et de la sécurité au travail, d'amélioration des conditions de travail, ainsi que de son volet régional, et en fonction des réalités locales, **dans le cadre d'un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM)** conclu entre le service, d'une part, l'autorité administrative et les organismes de sécurité sociale compétents, d'autre part, après avis des organisations d'employeurs, des organisations syndicales de salariés représentatives au niveau national et des agences régionales de santé.

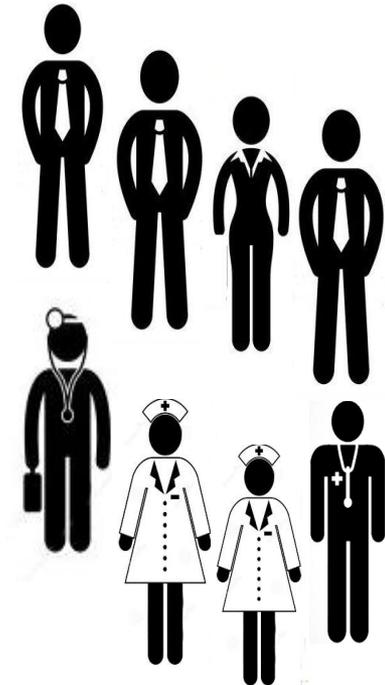
De quelle façon répondre : les équipes

285 SSTI en FRANCE

15 903 collaborateurs dont (personnes physiques) :

L'Equipe pluridisciplinaire
en santé au travail

Personnes physiques	2014 (Nbre)	2014 (ETP)	2014 (%)	2013 (%)
Médecins du travail	4 688	3 845	29 %	33 %
Collaborateurs médecins	316	285	2 %	1 %
Préventeurs	1 201	1 054	8 %	7 %
IDEST	1 123	954	7 %	5 %
ASST / Assistants Santé T.	999	933	6 %	5 %
ASST / Assistants Equipe Pluri	740	680	5 %	
ASST / Assistants Secrétaire M	3 961	3 685	25 %	29 %
Fonctions Direction/Support/Autres	2 875	2 772	18 %	21 %
TOTAL	15 903	14 208	100 %	100 %



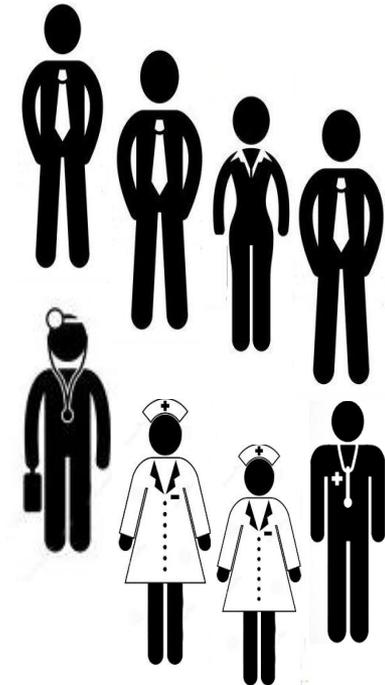
De quelle façon répondre : les équipes

285 SSTI en FRANCE

15 903 collaborateurs dont (personnes physiques) :

L'Equipe pluridisciplinaire
en santé au travail

Personnes physiques	Profession 2014 (ETP)	Profession 2014 (%)	AST 25 2015 (ETP)
Médecins du travail	3 845	29 %	30 %
Collaborateurs médecins	285	2 %	3 %
Préventeurs	1 054	8 %	8 %
IDEST	954	7 %	8 %
ASST / Assistants Santé T.	933	6 %	0 %
ASST / Assistants Equipe Pluri	680	5 %	
ASST / Assistants Secrétaire M	3 685	25 %	40 %
Fonctions Direction/Support/Autres	2 772	18 %	11 %
TOTAL	14 208	100 %	100 %

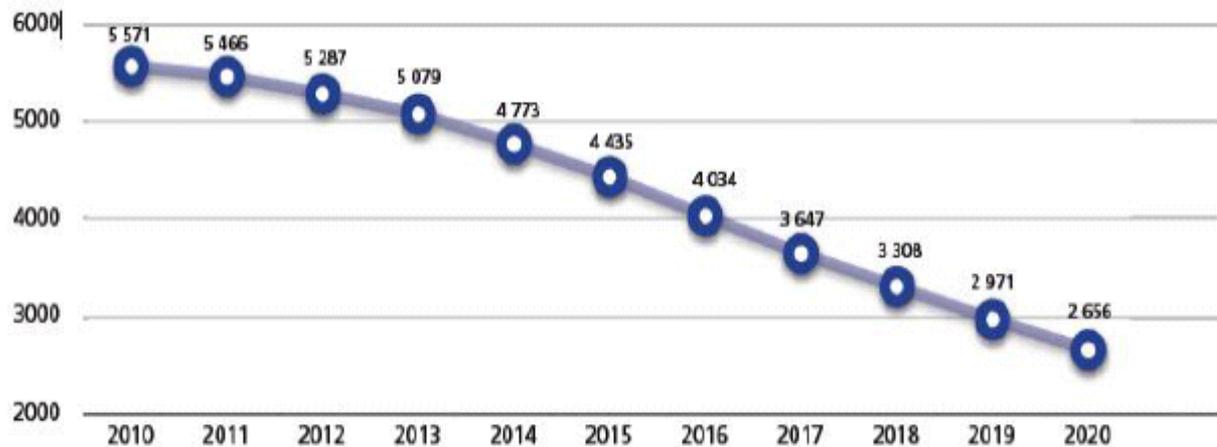


La prise en charge : Par qui

Démographie Médicale

Evolution du nombre de médecins du travail au sein des SSTI
Départ 65 ans – Hors apport à venir de la formation initiale et de la reconversion

(Source CISME – Chiffres extrapolés à partir d'un échantillon de 80% des SSTI)



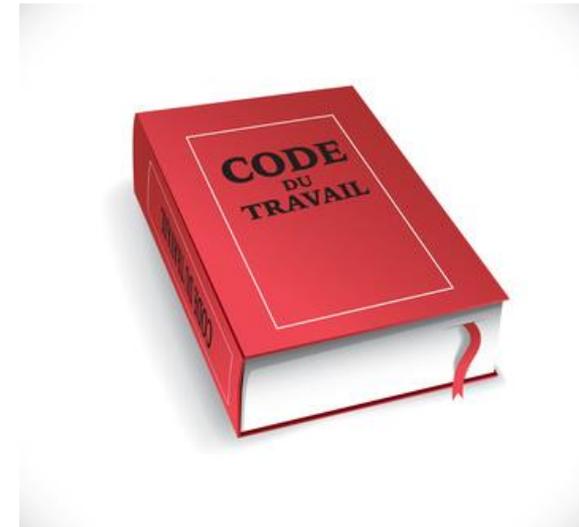
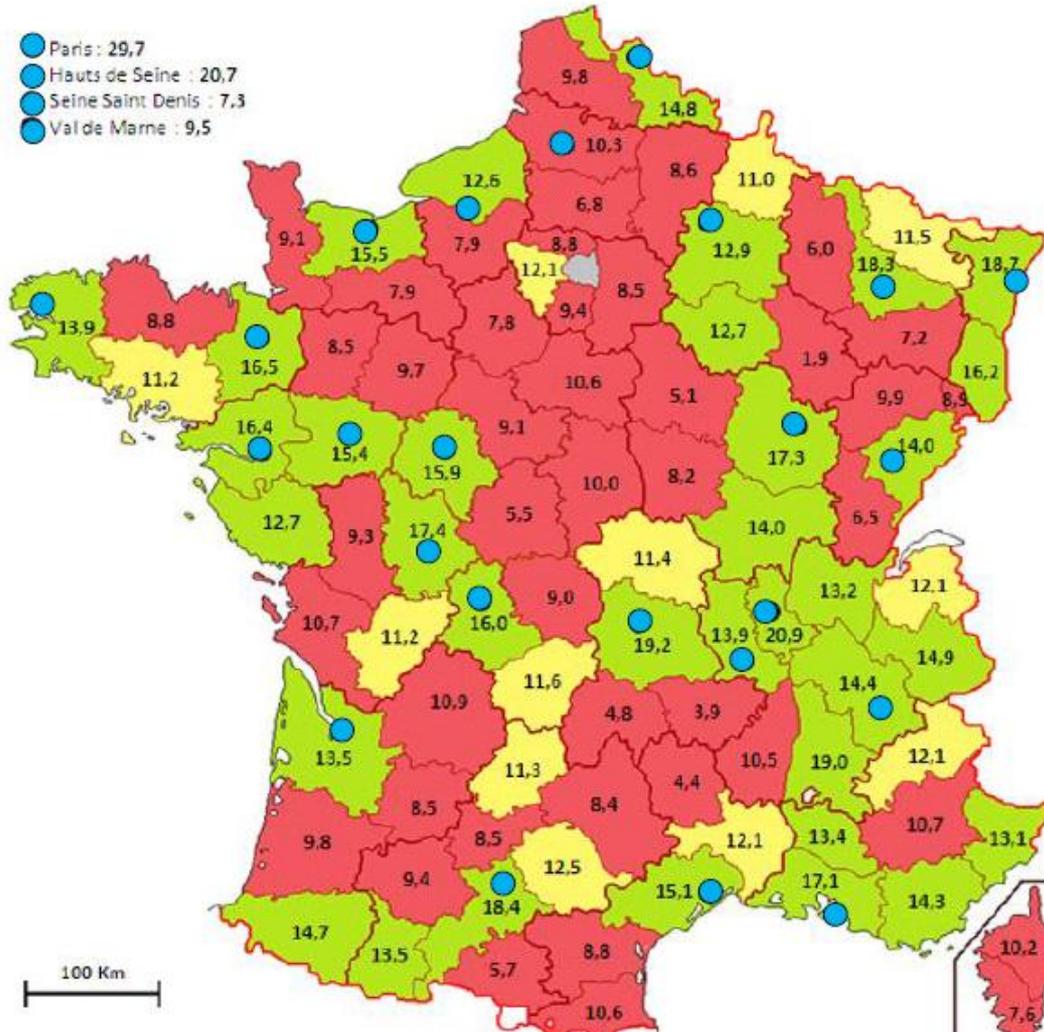
2013
4000 ETP

**L'embauche de médecins étrangers,
la formation d'internes et de collaborateurs médecins
amortit à la marge cette courbe**

2020
2000 ETP

La prise en charge : Par qui

Densité 2014 des médecins du travail pour 100 000 actifs



Source : données CNOM 2014

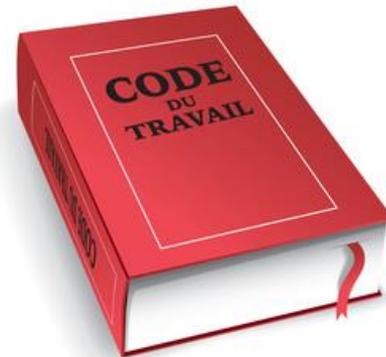
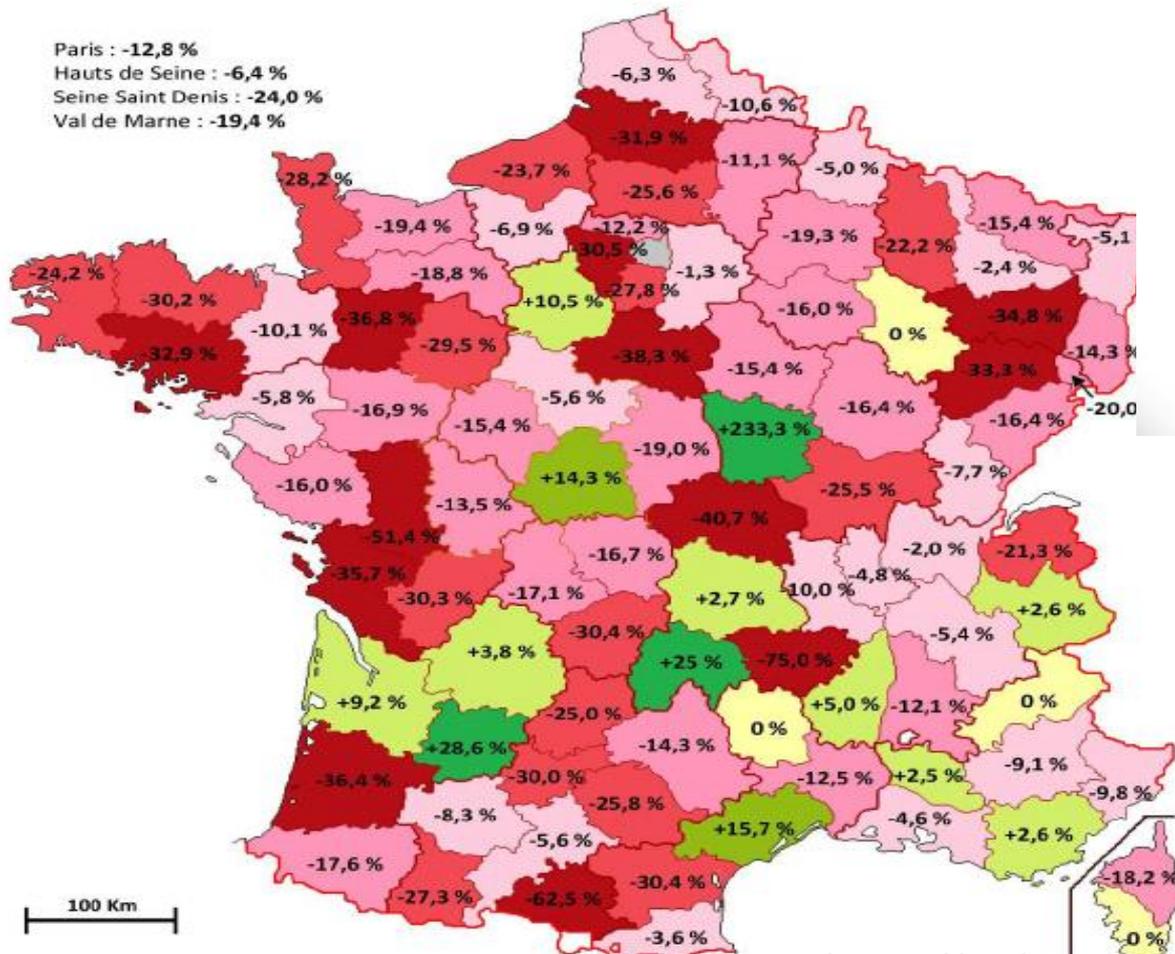


D'après les données de la Cartographie interactive de la démographie médicale au CNOM.

La prise en charge : Par qui

Variation des effectifs de médecins du travail entre 2007 et 2015 (Source CNOM)

Paris : -12,8 %
 Hauts de Seine : -6,4 %
 Seine Saint Denis : -24,0 %
 Val de Marne : -19,4 %

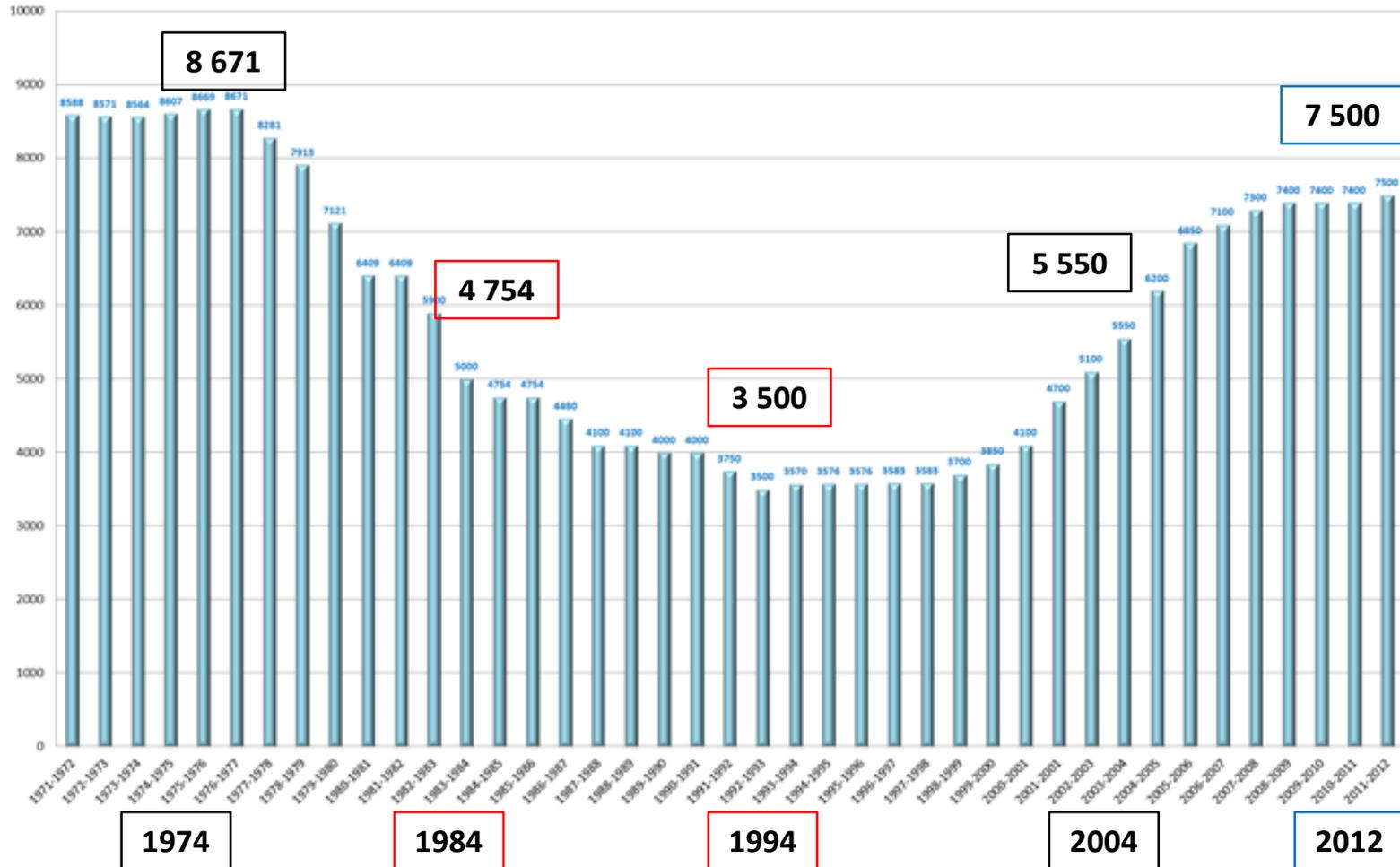


100 Km

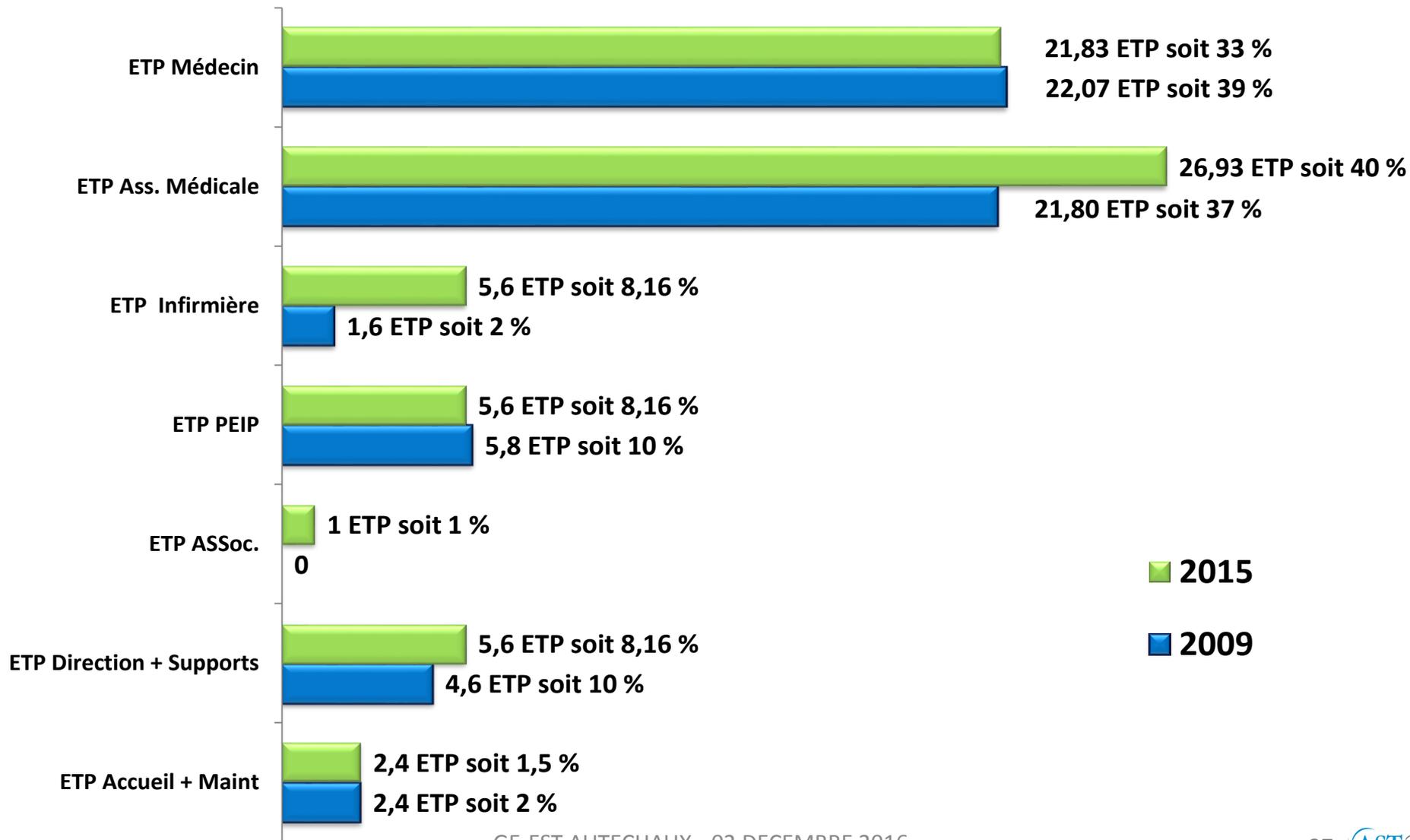
La prise en charge des missions : Par qui

Evolution du Numéris Clausus – 1971-2012

Nombre de places en deuxième année de médecine

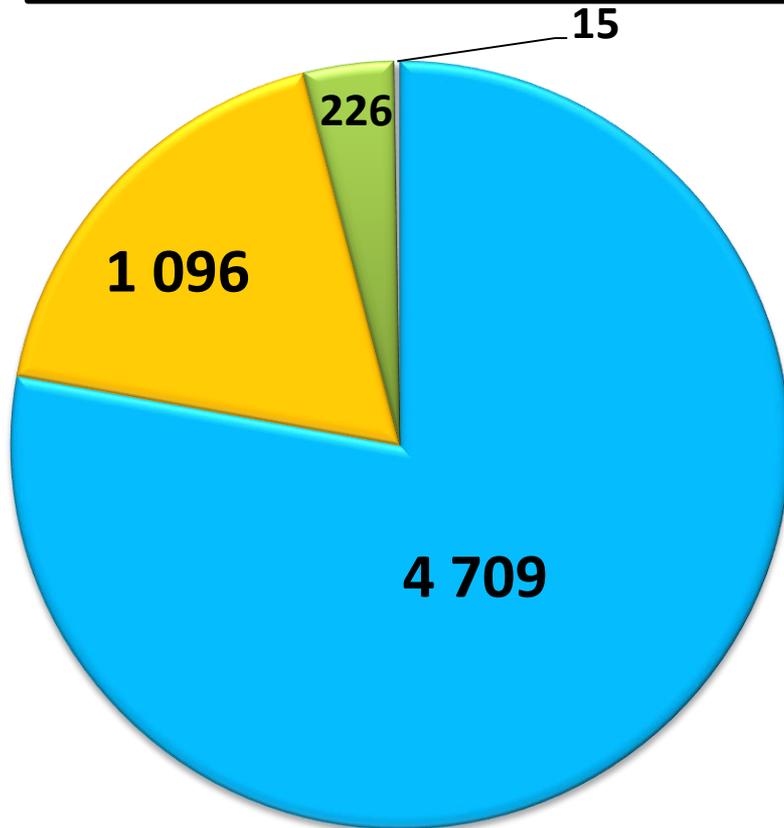


La prise en charge : Par qui

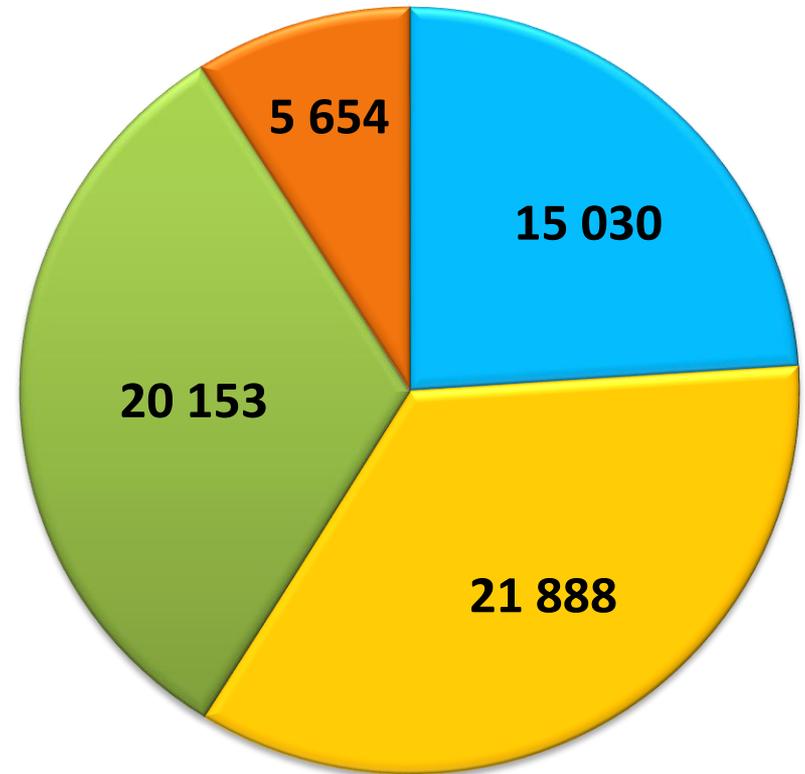


Les entreprises adhérentes : composition

2015 : En nombre



2015 : Salariés employés



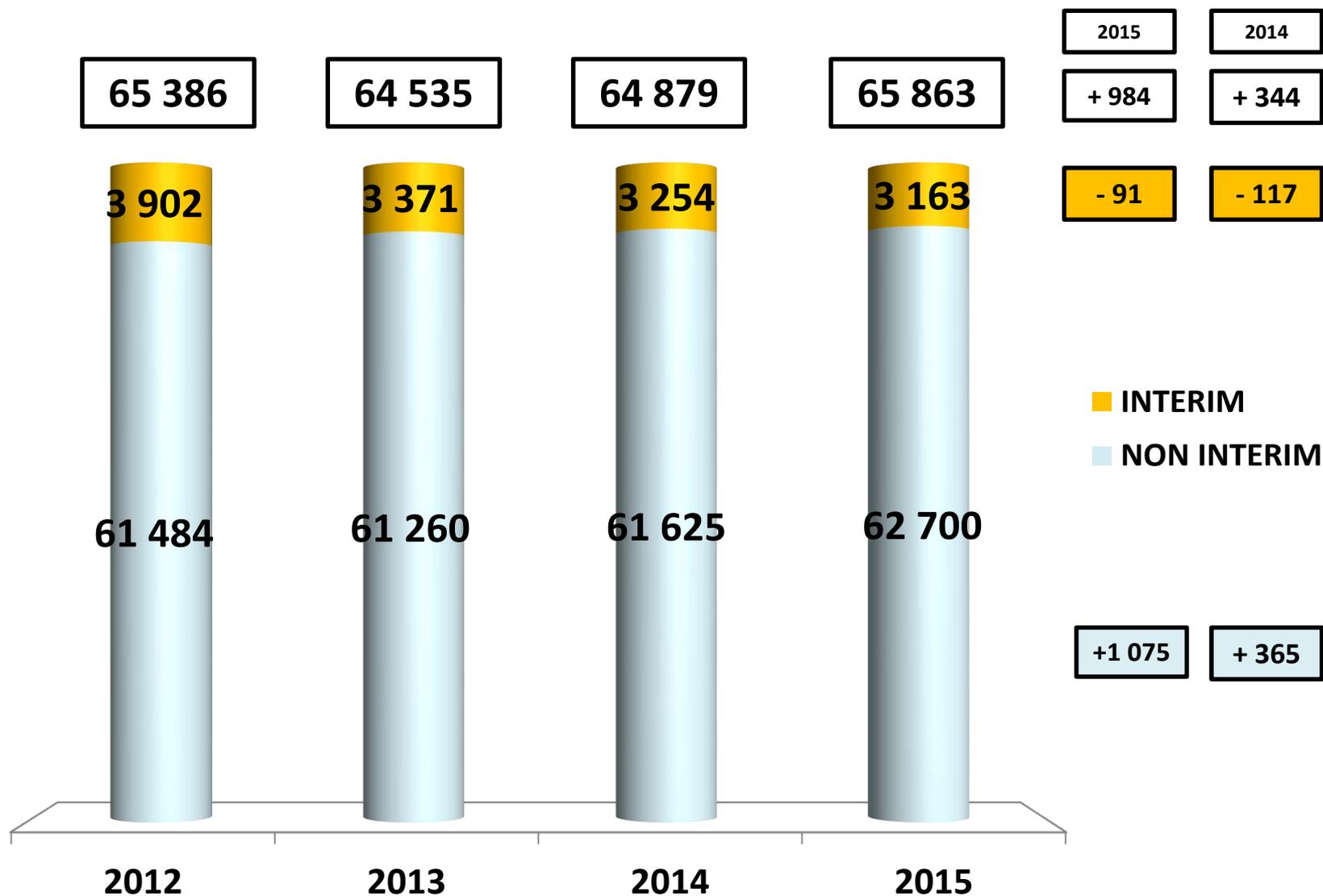
■ <10 ■ 10 à 49 ■ 50 à 299 ■ >300

■ <10 ■ 10 à 49 ■ 50 à 299 ■ >300

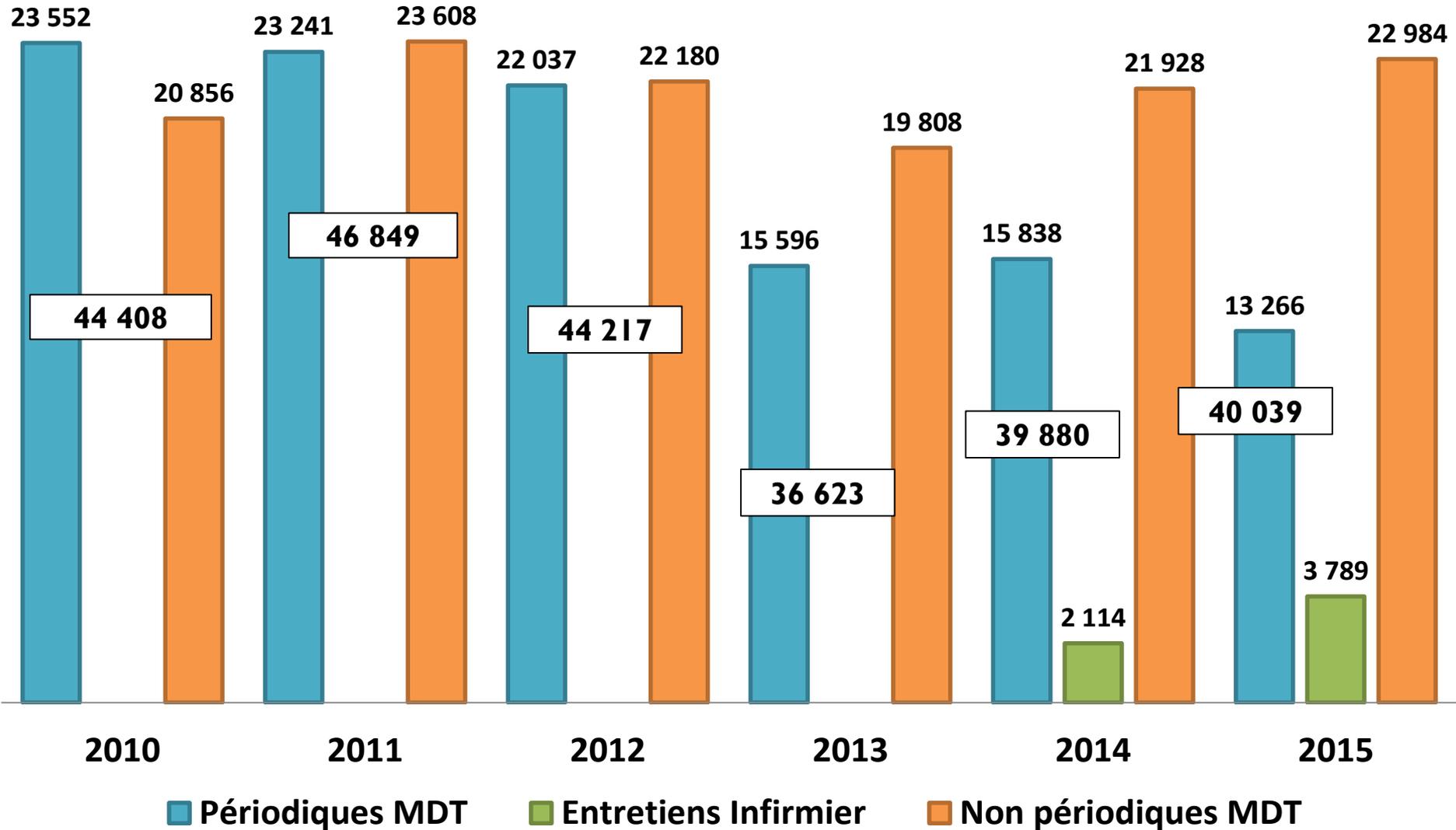
Les entreprises adhérentes : répartition (62 700 déclarés)

Taille de l'adhérent	Nbre	%	SMR	%	Non SMR	TOTAL	%	Intérim
De 0 à 9 salariés	4 709	77,89	1 001	8,53	14 004	15 030	23,96	
De 10 à 49 salariés	1 096	18,12	3 165	26,98	18 723	21 888	34,90	
Moins de 50 salariés	5 805	96,02	4 166	35,52	32 727	36 893	58,84	
De 50 à 299 salariés	226	3,73	5 774	49,22	14 379	20 153	32,13	
+ de 300 salariés	15	0,26	1 790	15,27	3 864	5 654	9,01	
Plus de 50 salariés	241	3,98	7 564	64,48	18 243	25 807	41,16	
TOTAL	6 046	100	11 730	100	50 970	62 700	100	

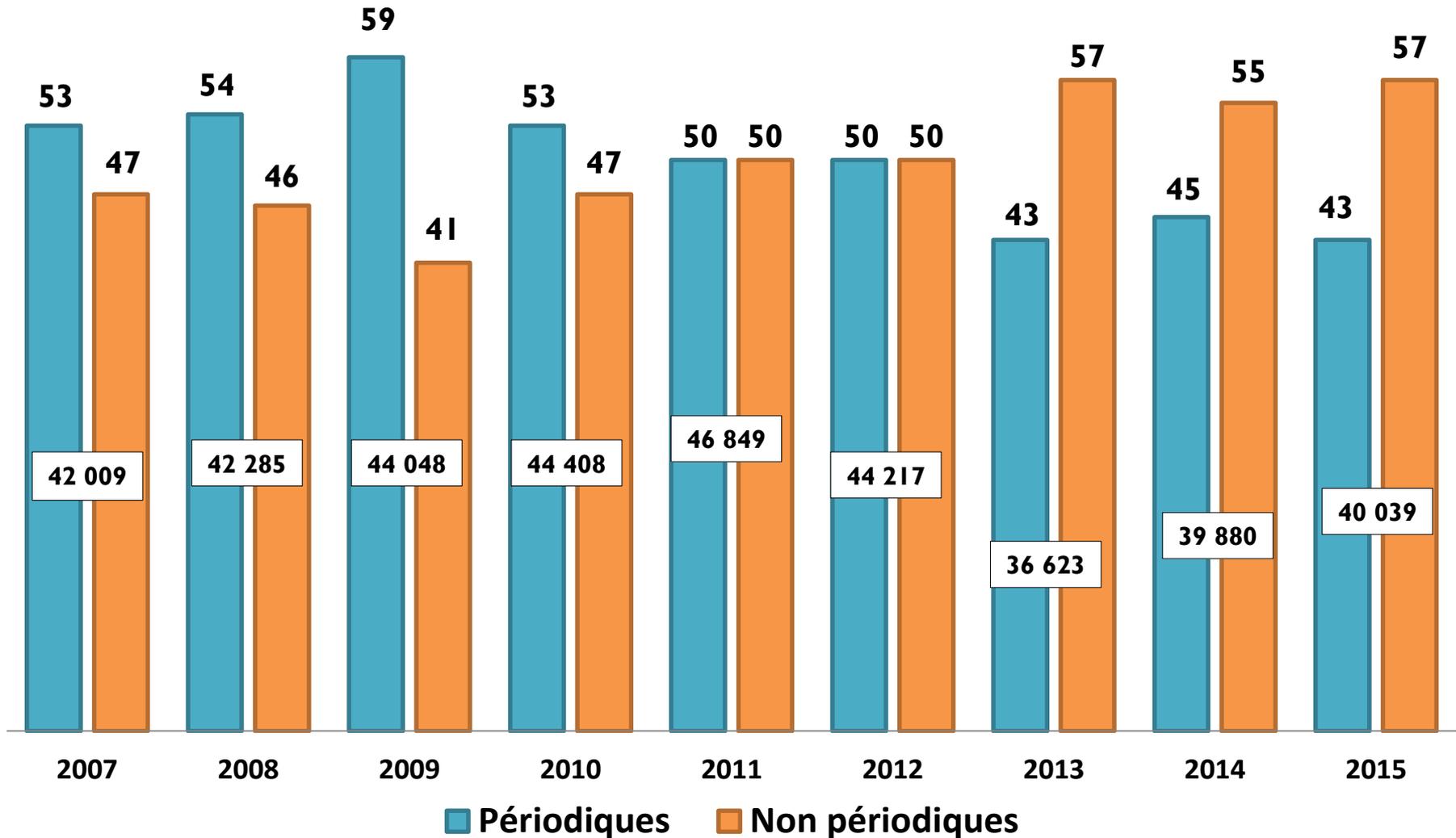
Le nombre de salariés déclarés pris en charge



Evolution des Avis médicaux rendus et Entretiens infirmiers réalisés



Rapport Périodiques / Non Périodiques 2007-2015



Lieux de réalisation des examens

Lieu de consultation	Nombre d'examens	Nombre d'EINF	TOTAL	%
Centre Principal ou Fixe	22 629	2 564	25 193	62,92 %
Centre Annexe	4 071	887	4 958	12,38 %
Centre Mobile	888	0	888	2,22 %
En entreprise	8 662	338	9 000	22,48 %
TOTAL	36 250	3 789	40 039	100

Précisions : **Les 40 039 consultations réalisées l'ont été pour 32 488 personnes.**

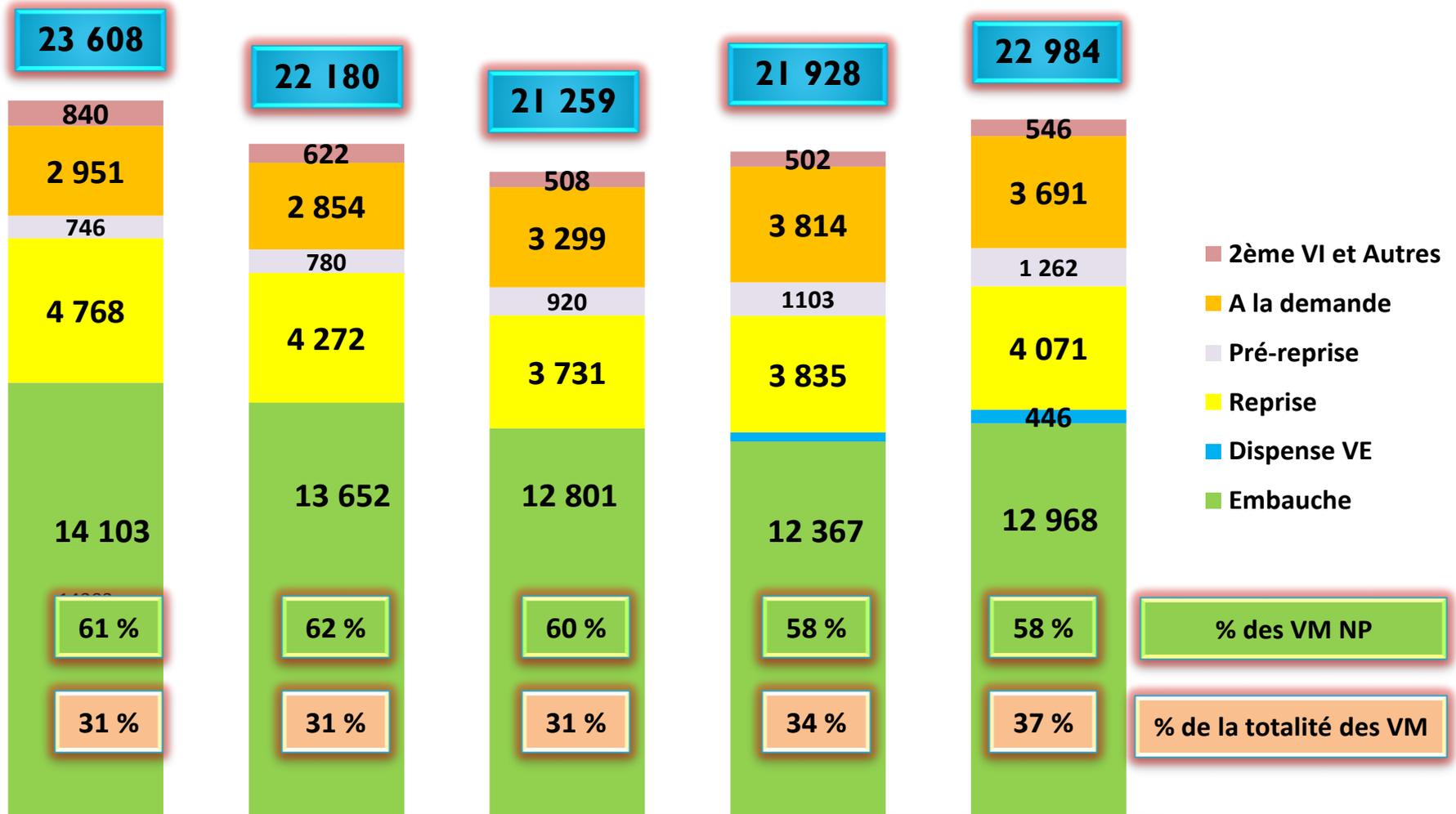
CE EST AU TECHNIQUE 02 DÉCEMBRE 2016

La classification en Surveillance Médicale Renforcée (SMR)

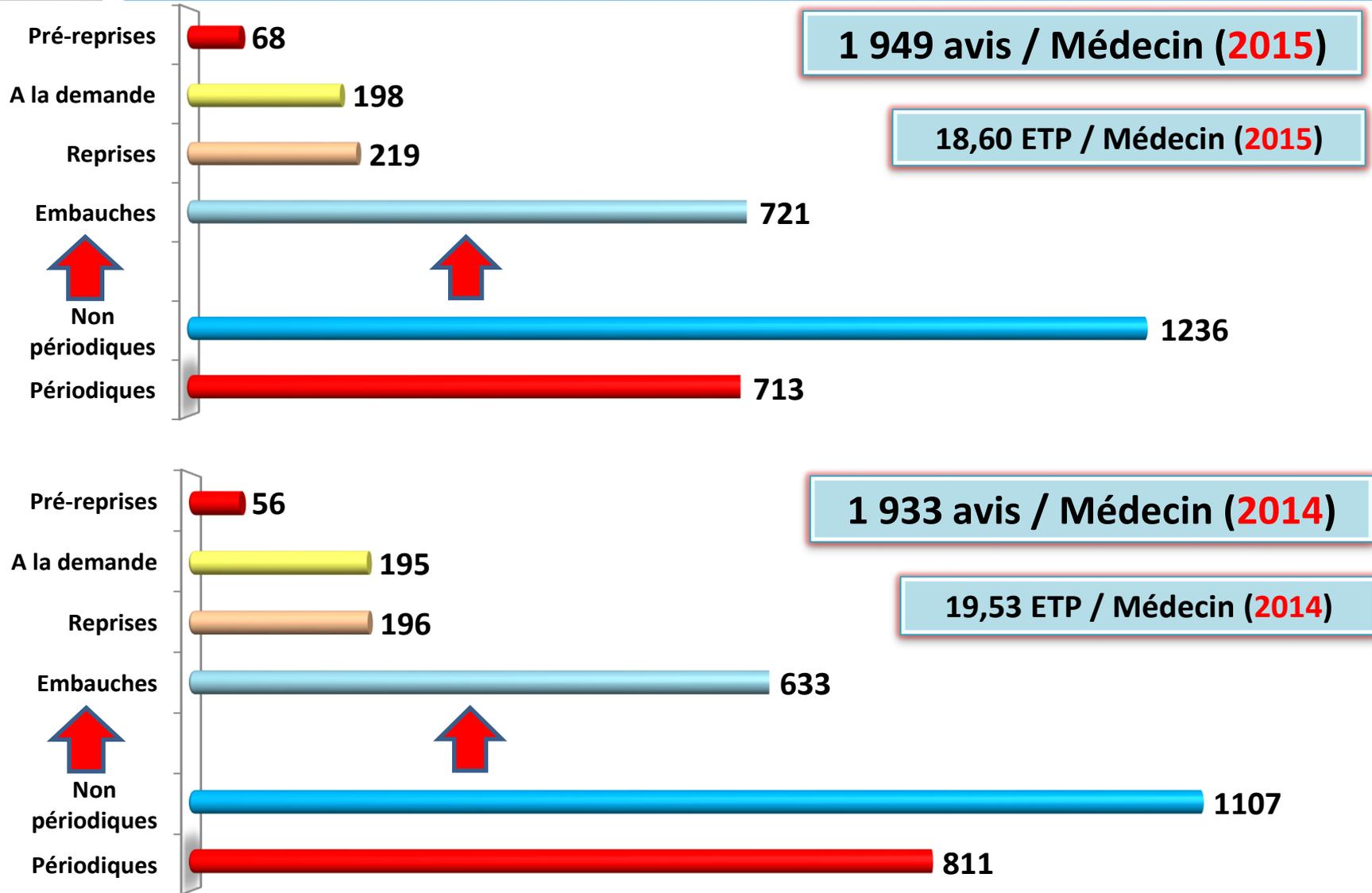
1 SALARIE PEUT ETRE EXPOSE A PLUSIEURS RISQUES SMR

EXERCICE 2015	TOTAL 2015		Variation /2014		RANG	
	Empl.	Méd.	Empl.	Méd.	Emp.	Méd.
Agents biologiques (Groupe 3 et 4)	4 099	6 507	+ 3,74 %	+ 0,80 %	3	2
Agents CMR (Catégorie 1 et 2)	2 084	4 135	+ 9,10 %	+ 1,17 %	4	4
Bruit	5 917	10 584	+ 0,68 %	+ 9,73 %	1	1
Amiante	115	246	- 23,33 %	+ 6,49 %	10	10
Travail de nuit	4 841	4 886	+ 9,15 %	+ 5,68 %	2	3
Plomb	42	102	- 62,5 %	- 38,18 %	11	11
Rayonnements ionisants	404	503	+ 6,59 %	- 1,90 %	7	9
Vibrations	340	1 005	+ 12,21 %	+ 15,38 %	8	6
Risque Hyperbare	1	10	- 90,00 %	- 10,00 %	12	12
Travailleurs de moins de 18 ans	444	804	+ 15,02 %	+ 14,36 %	6	7
Femmes enceintes	146	539	- 2,00 %	+ 14,68 %	9	8
Travailleur Handicapé (CDAPH)	1 971	2 369	+ 11,98 %	+ 15,05 %	5	5
Législation 2012	20 404	31 690	+ 5,00 %	+ 7,79 %		

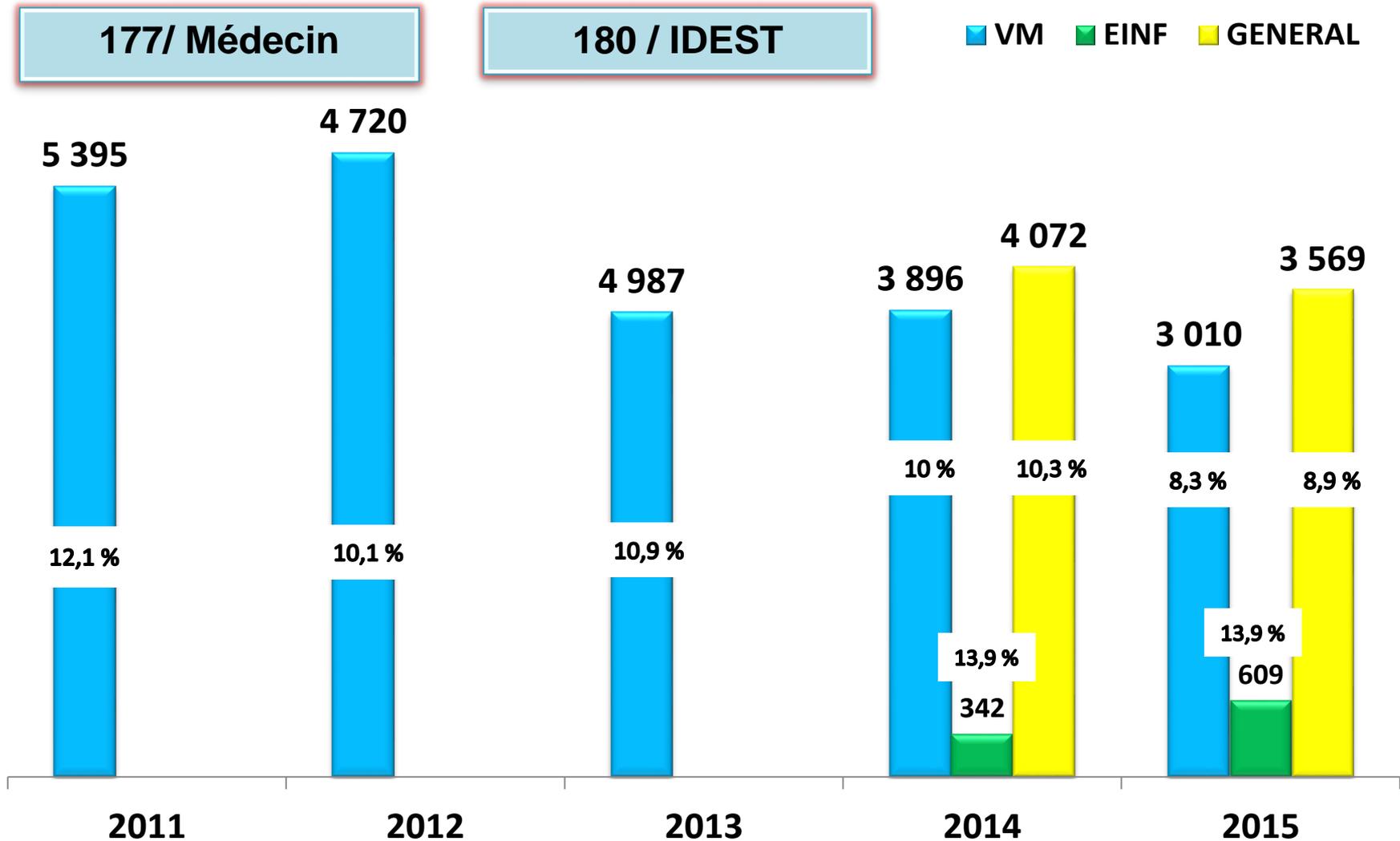
Non Périodiques : Répartition par type d'examen médical



Répartition type de visite pour 1 ETP Médecin



Absentéisme aux Examens Médicaux et EINF



La prise en charge : Par qui

30 Millions de visites ?

Besoin de visites médicales selon le code du travail :

En 2013 : 22 Millions d'embauches (dont **15 millions de contrats de moins d'un mois**)

(Source ACOSS-Ursaff)

= > **22 Millions de visites d'embauche obligatoires**

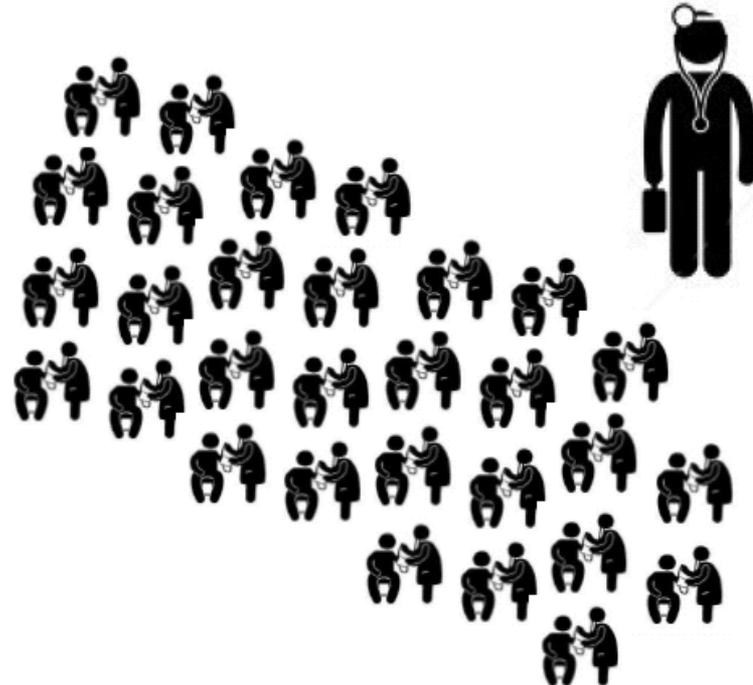
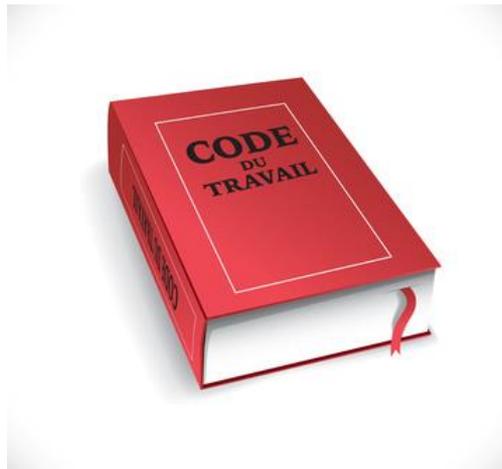
= > **2 Millions de visites de reprise, pré-reprise, à la demande**

(Source Bilan des conditions de travail)

= > **Environ 6 Millions de visites de visites périodiques réglementaires**

(Hypothèse d'une périodicité entre 2 et 4 ans et d'une proportion de SMR de 20 %)

Une prescription réglementaire applicable ? : Par qui

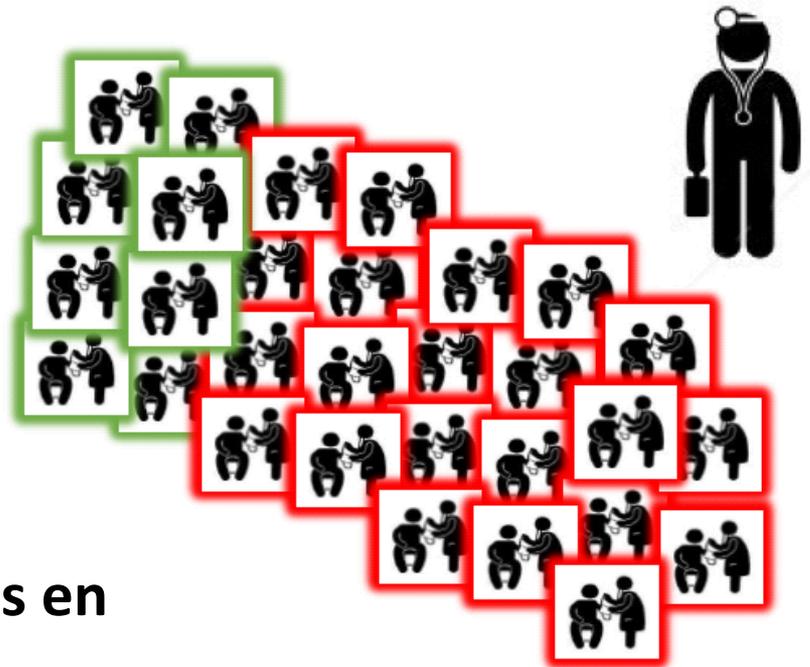
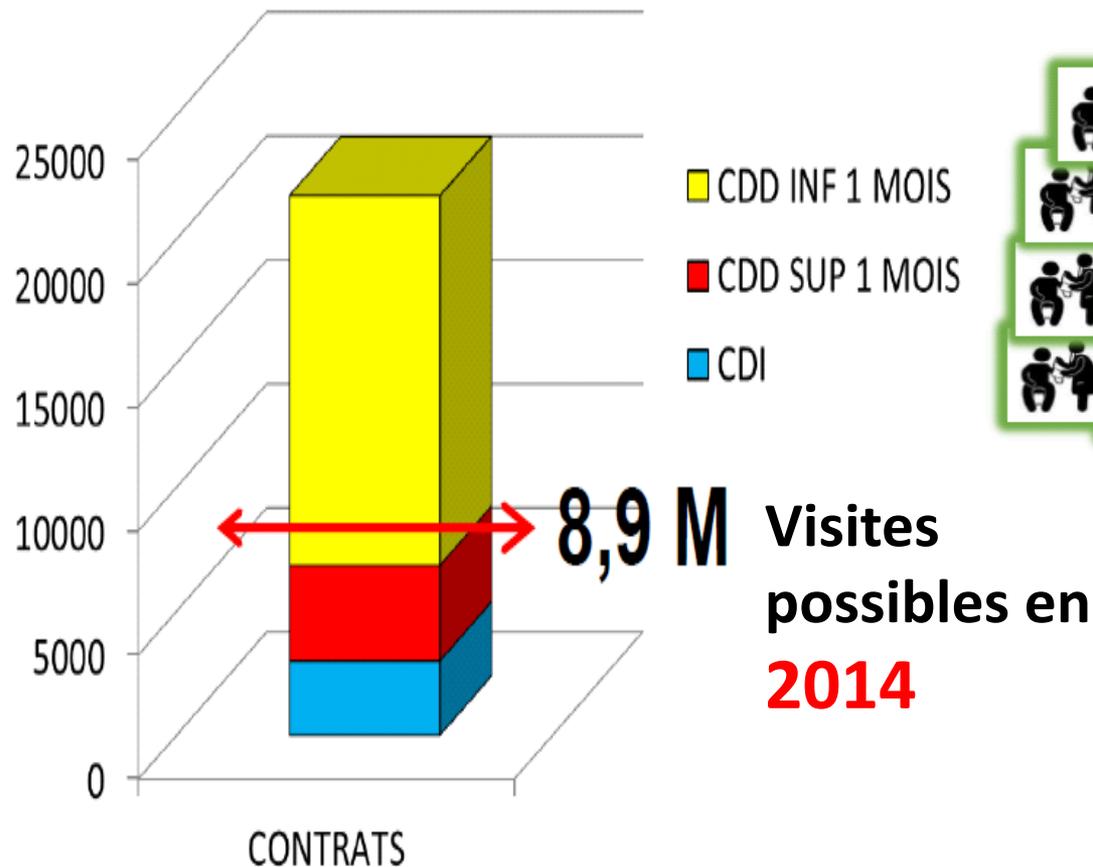


Suivi individuel des salariés :
visite d'embauche
systématique quelle que soit
la durée du contrat, visites
périodiques, de reprise, à la
demande...

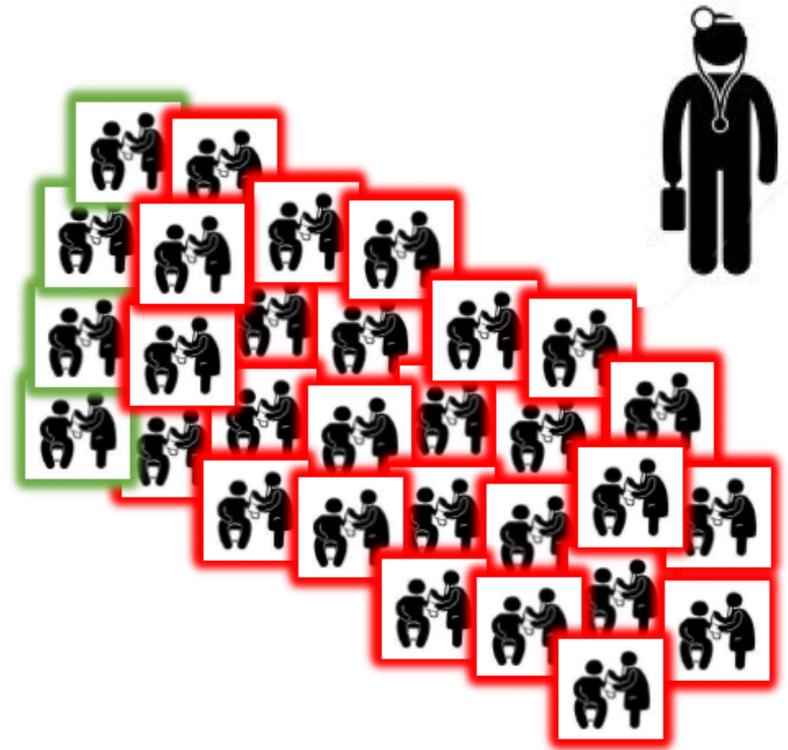
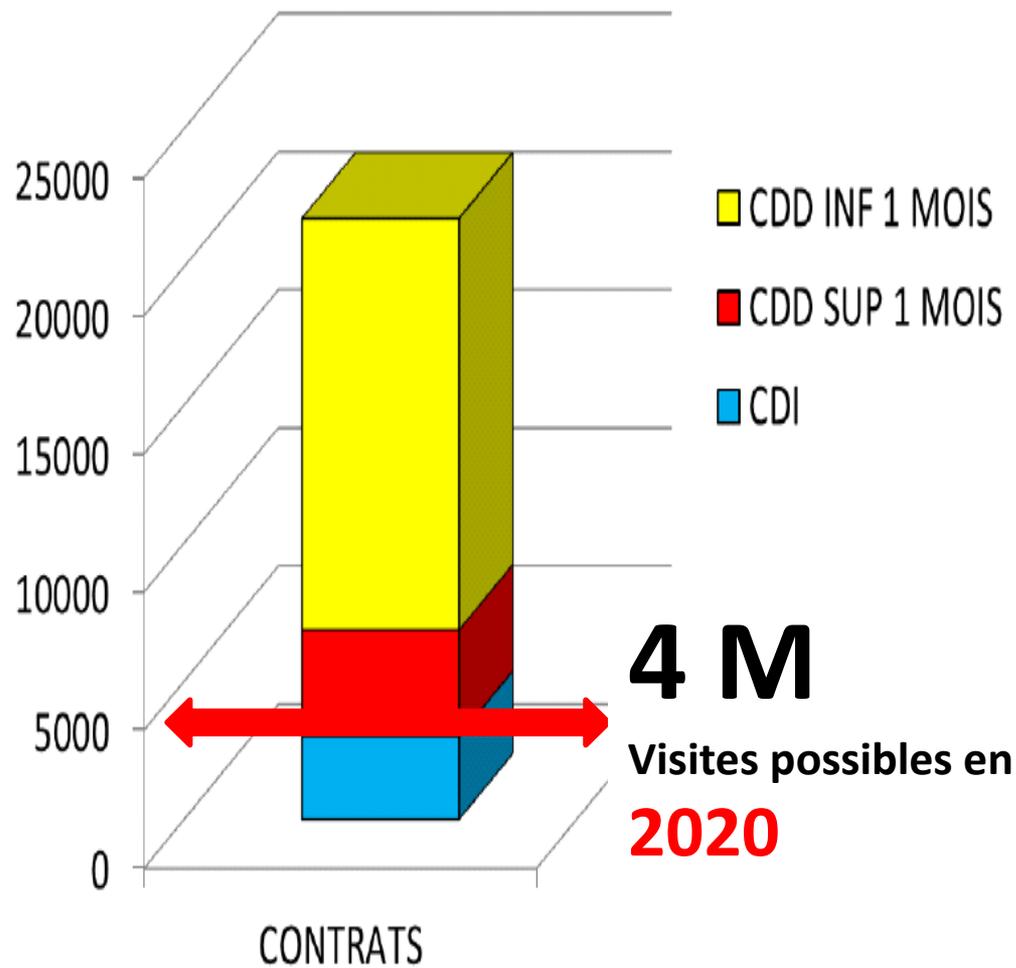
... tout examen médical devant être
sanctionné par la délivrance d'une
fiche médicale d'aptitude par un
médecin du travail

La prise en charge : Par qui

Déclaration d'embauche / nombre de visites par SSTI



La prise en charge : Par qui



De quelle façon répondre : **les missions**

Partager une stratégie globale d'intervention pour assurer au mieux les missions des SSTI



Actions en milieu de travail



Collectives ou Individuelles

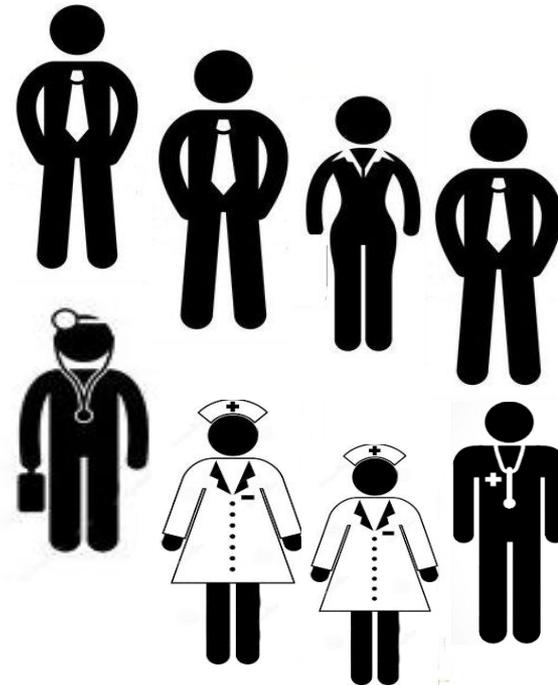


**Actions de suivi
de l'état de santé**



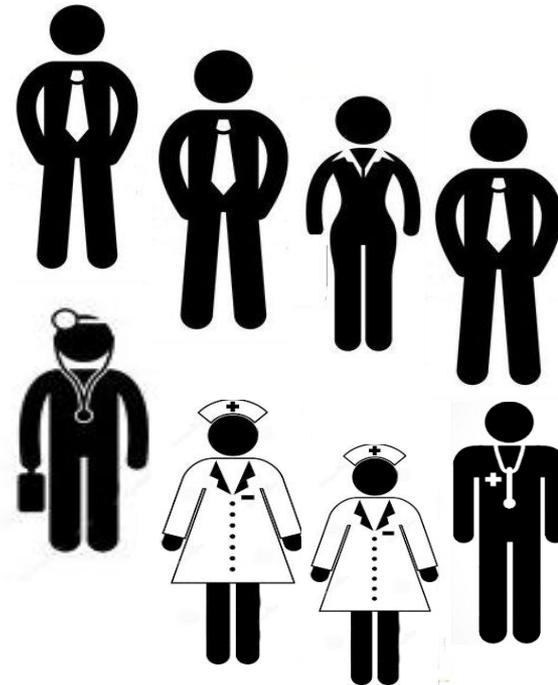
De quelle façon répondre : **les missions**

Des missions assurées par une équipe pluridisciplinaire



De quelle façon répondre : **les missions**

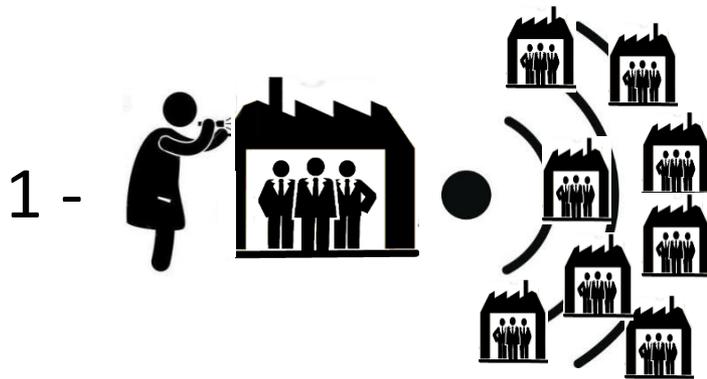
Des missions assurées par une équipe pluridisciplinaire



De quelle façon répondre : la stratégie globale

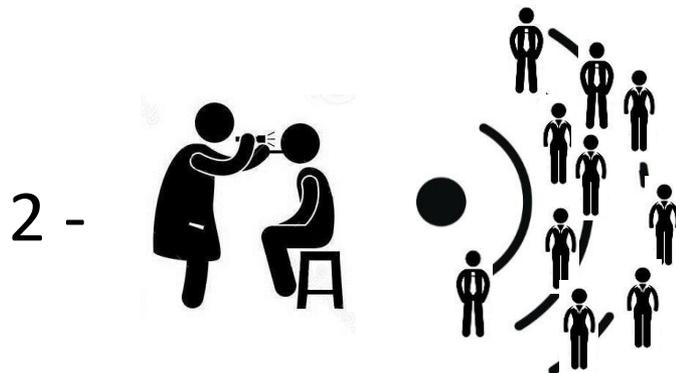
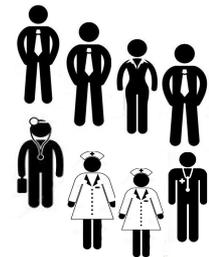
Pour une action lisible, sensée et sécurisée – 1^{er} niveau

Repérer, identifier les situations à risques



Repérer, identifier sur une période de 5 ans l'ensemble des postes de l'ensemble des entreprises et repérer les situations de travail (fiche d'entreprise)

Par l'équipe pluridisciplinaire



Suivre régulièrement l'état de santé des salariés **en fonction de leurs poste, risques, situation...**
et repérer les cas qui nécessitent l'intervention du médecin du travail (attestation de prise en charge individuelle « santé-travail » nominative)

De quelle façon répondre : la stratégie globale

Action transversale : contribuer à la veille sanitaire et à la traçabilité



Mettre en œuvre les recommandations de la HAS sur la tenue du dossier médical en santé au travail.

Créer et alimenter des dossiers pour chaque entreprise.

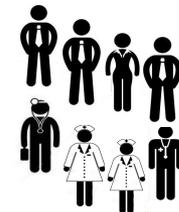


Enregistrer les informations de manière cohérente (thésaurus harmonisés, matrice emplois-expositions, short-lists)

Développer des systèmes d'informations cohérents



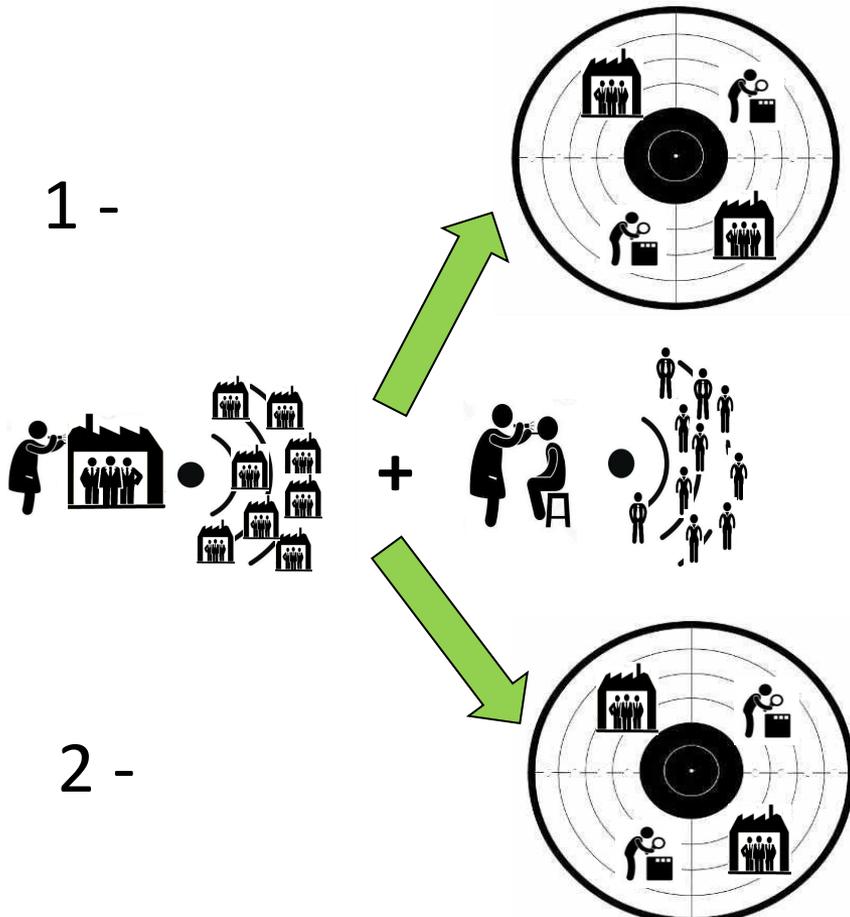
Développer les compétences et les pratiques en vue de l'exploitation et la diffusion des données



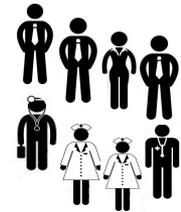
De quelle façon répondre : la stratégie globale

Pour une action lisible, sensée et sécurisée – 2^{ème} niveau

Cibler et prioriser les actions et les conseils



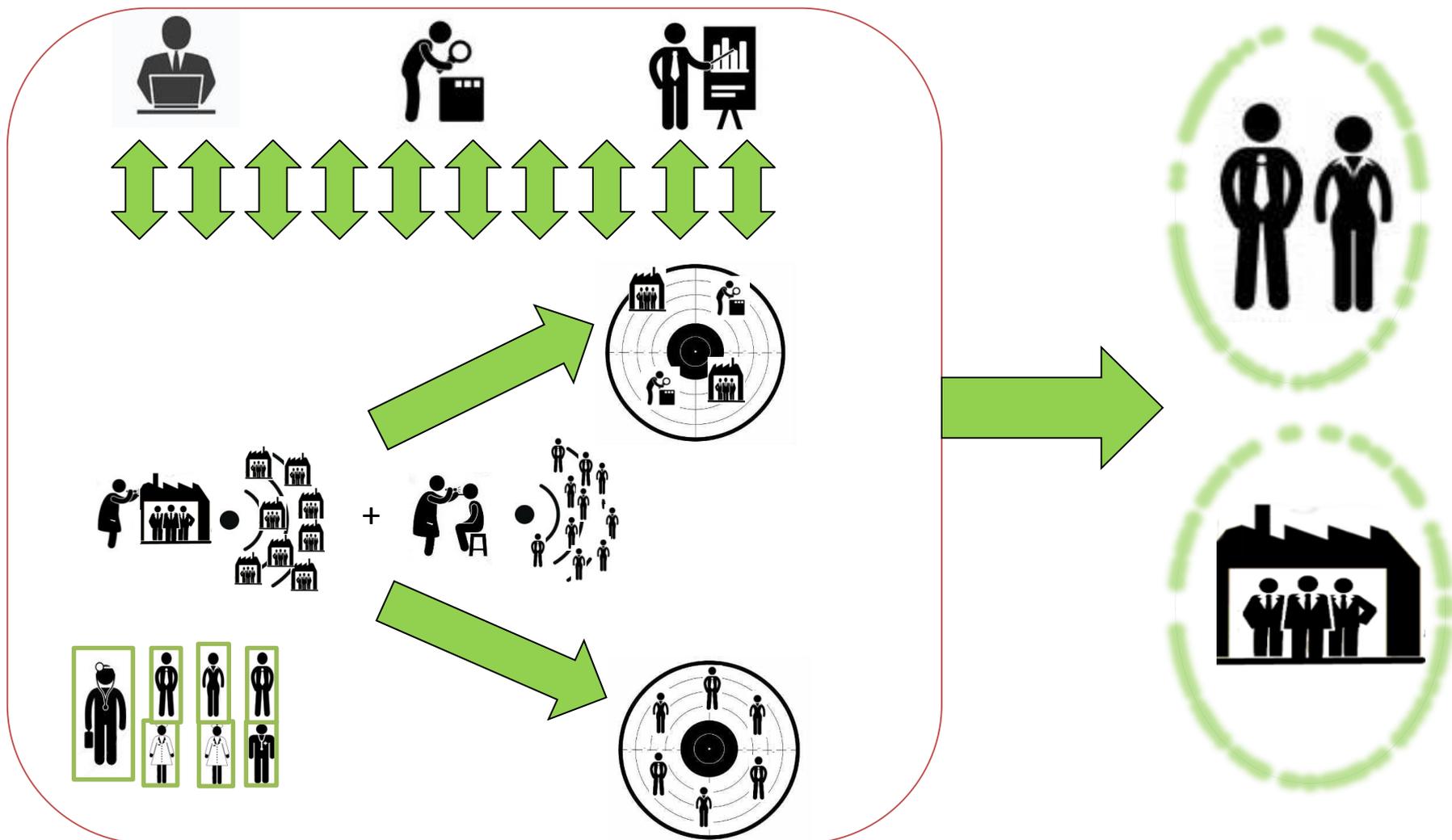
Cibler les actions en milieu de travail en fonction de l'analyse des risques, approfondir les études de postes, apporter du conseil par des compétences expertes



Identifier les salariés en risque de désinsertion professionnelle pour prioriser les interventions, intervenir pour le maintien en emploi, renforcer le suivi médical, faire de l'éducation à la santé spécifique...

Stratégie globale d'intervention des SSTI

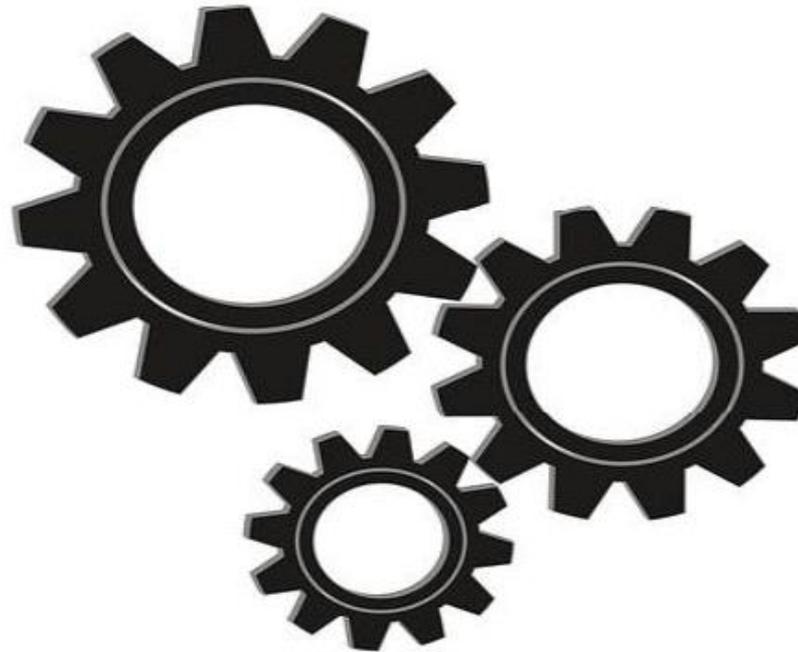
Stratégie de préservation de la santé



Stratégie globale d'intervention des SSTI

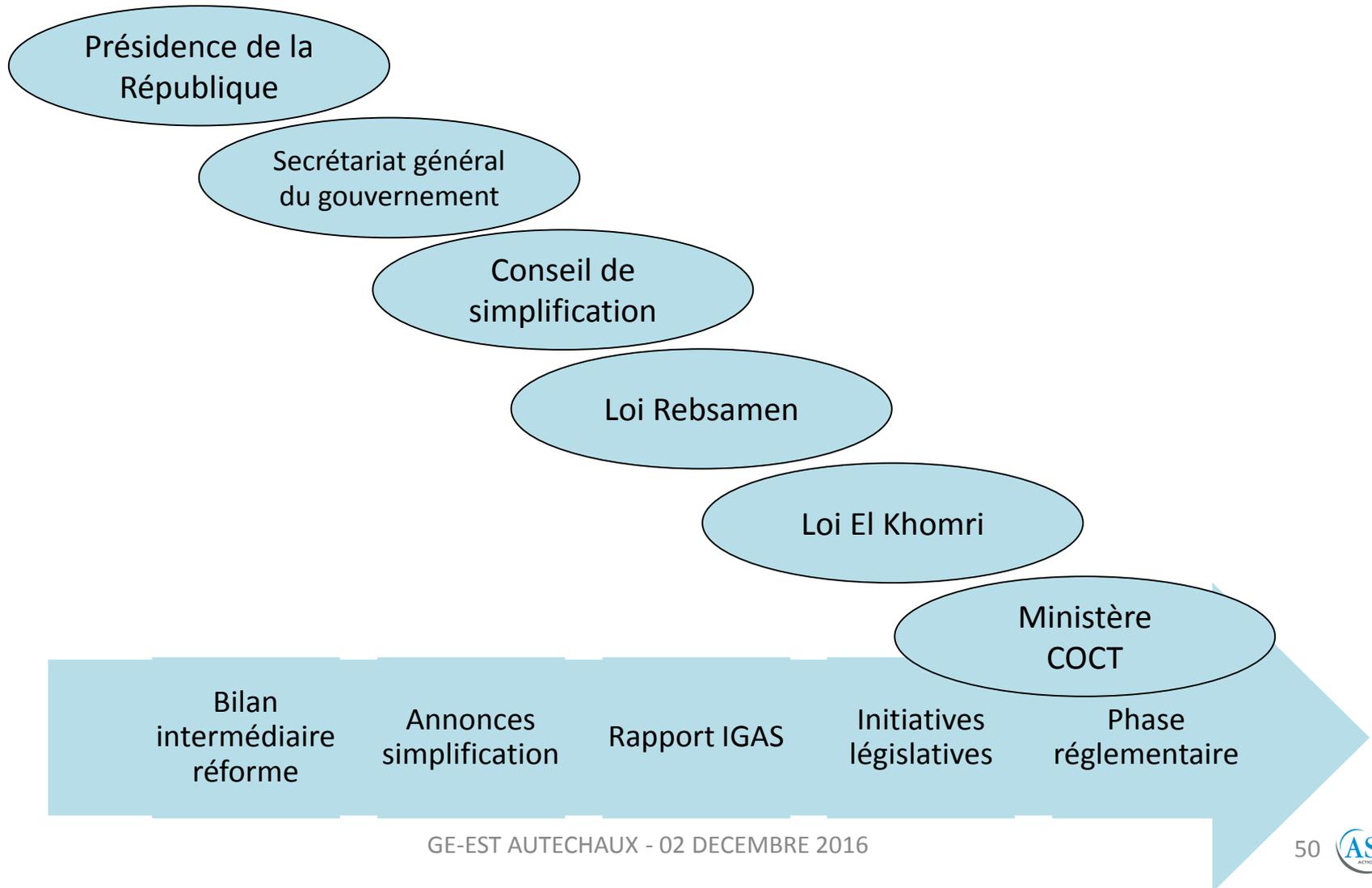
Volonté de faire évoluer le système

LE PROCESSUS EST ENGAGÉ



LE PROCESSUS ENGAGE

Evolution des réflexions sur le suivi individuel



Pour (bien) fonctionner un SSTI a besoin :



D'un cadre juridique sensé et applicable



De ressources humaines complémentaires, adaptées et motivées



D'un système d'information communicant et pratique



De ressources financières pérennes

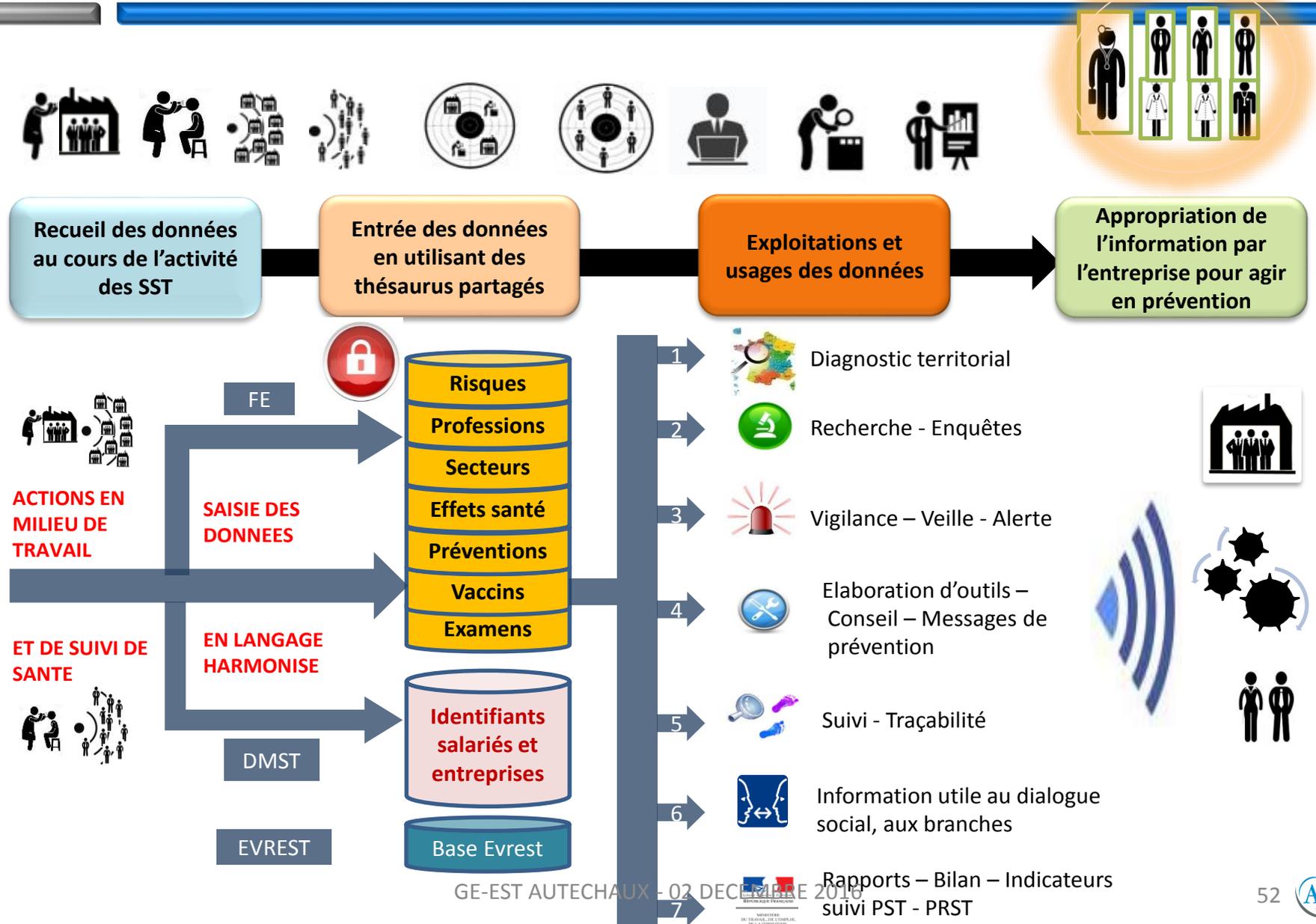


D'une organisation en amélioration continue et évaluée

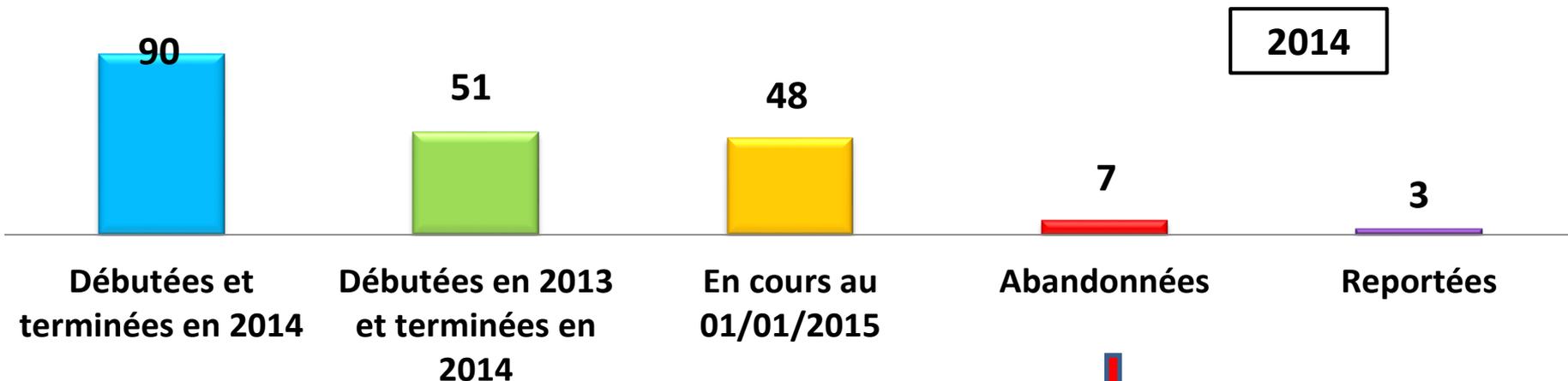
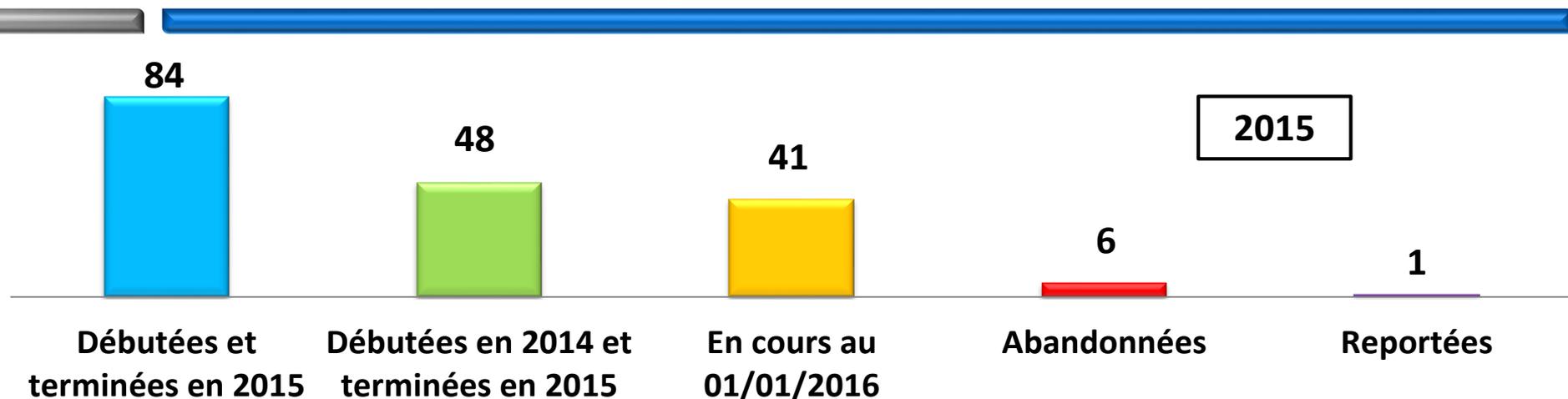


De moyens d'information et de communication

Disposer d'un système d'information pour assurer nos missions et travailler en partenariat



Actions engagées / achevées par le Pôle Prévention en 2015

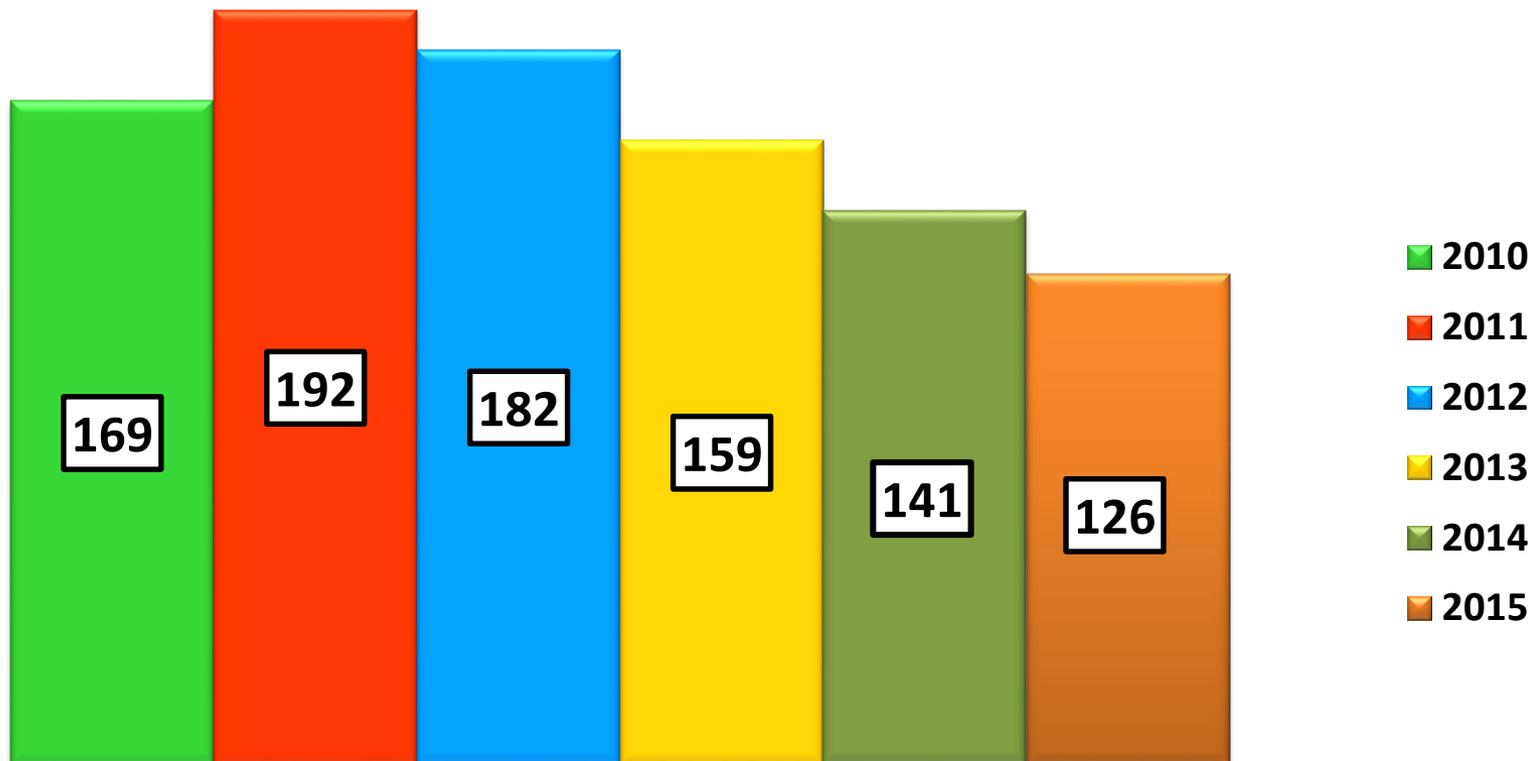


Les interventions abandonnées le sont pour des adhérents qui ne donnent pas suite à une première visite ou à une sollicitation de rendez vous (principalement les aides au DUERP)

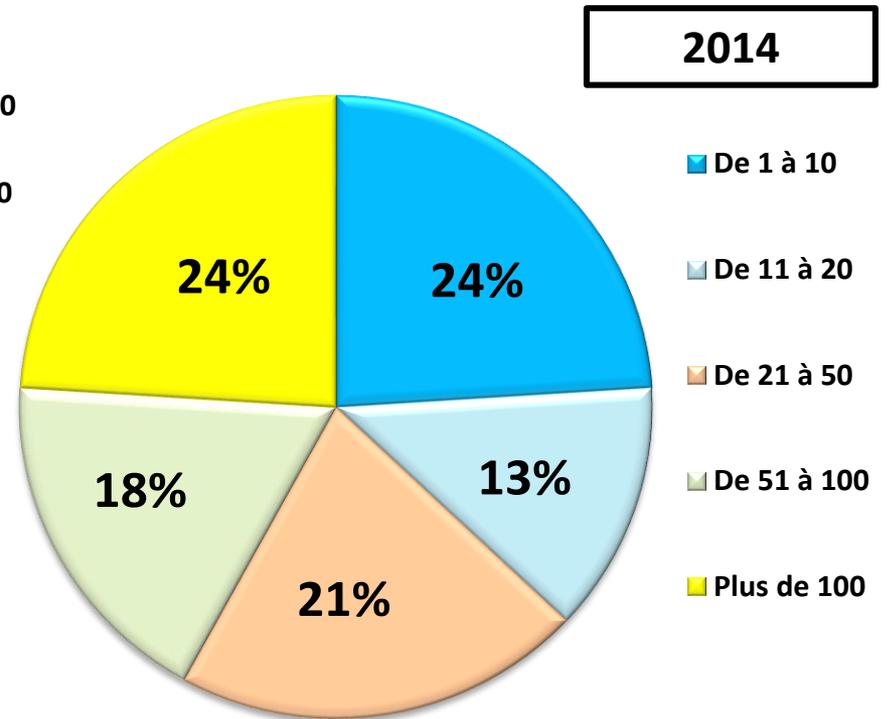
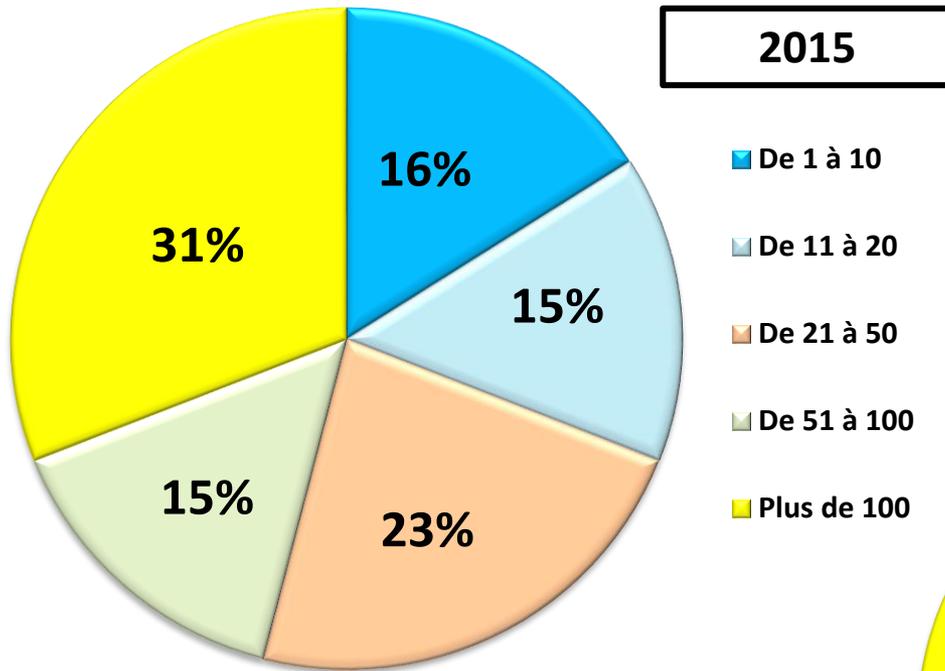
Les interventions reportées les sont par l'adhérent ou le médecin du travail

Nombre d'interventions achevées par le PEIP

⇒ Diminution forte car nous avons regroupé en 2013 certaines interventions auparavant divisées en plusieurs, exemple en métrologie : une métrologie + une sensibilisation font maintenant partie de la même intervention.

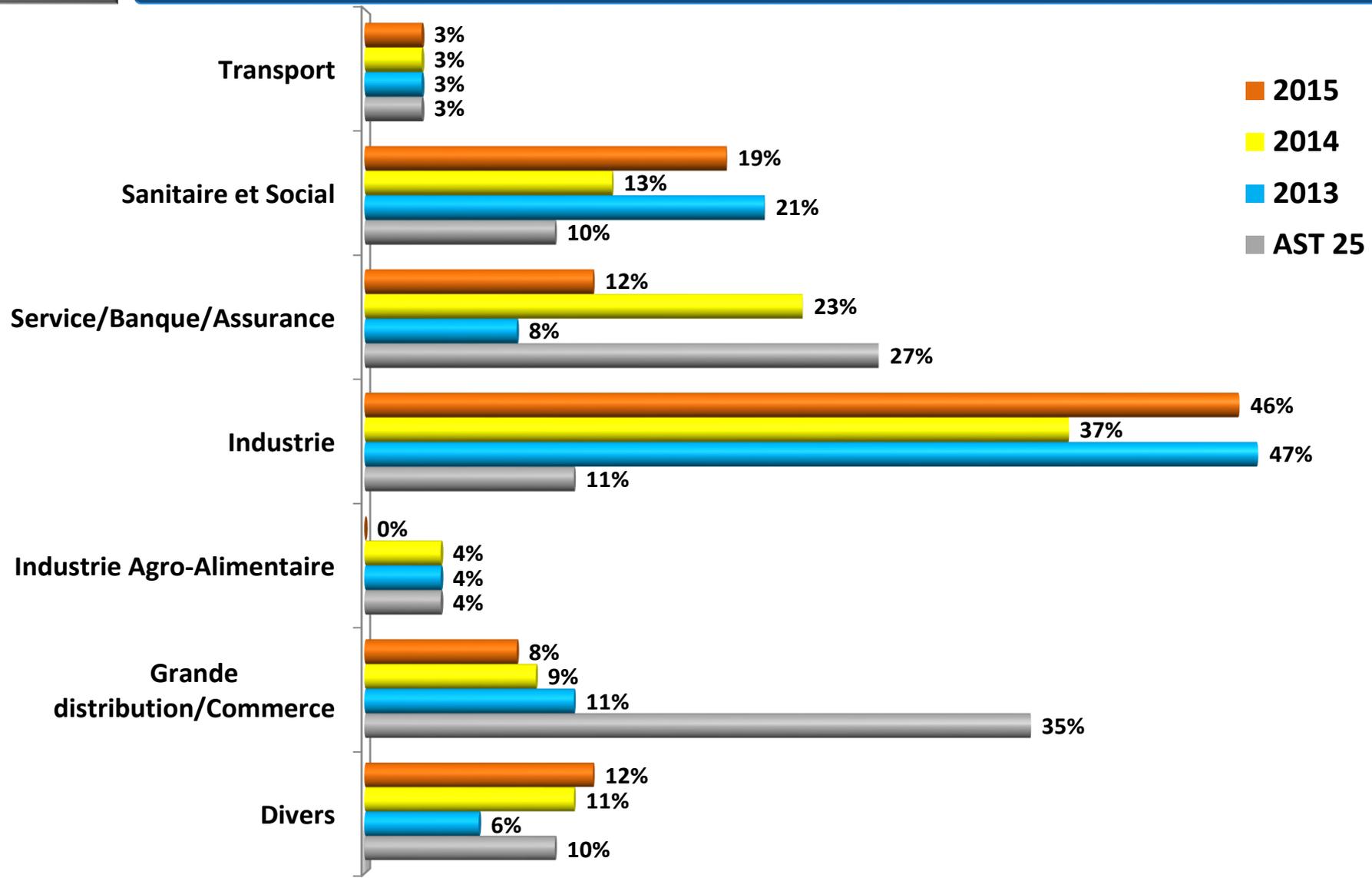


Répartition des demandes d'intervention par taille d'entreprise

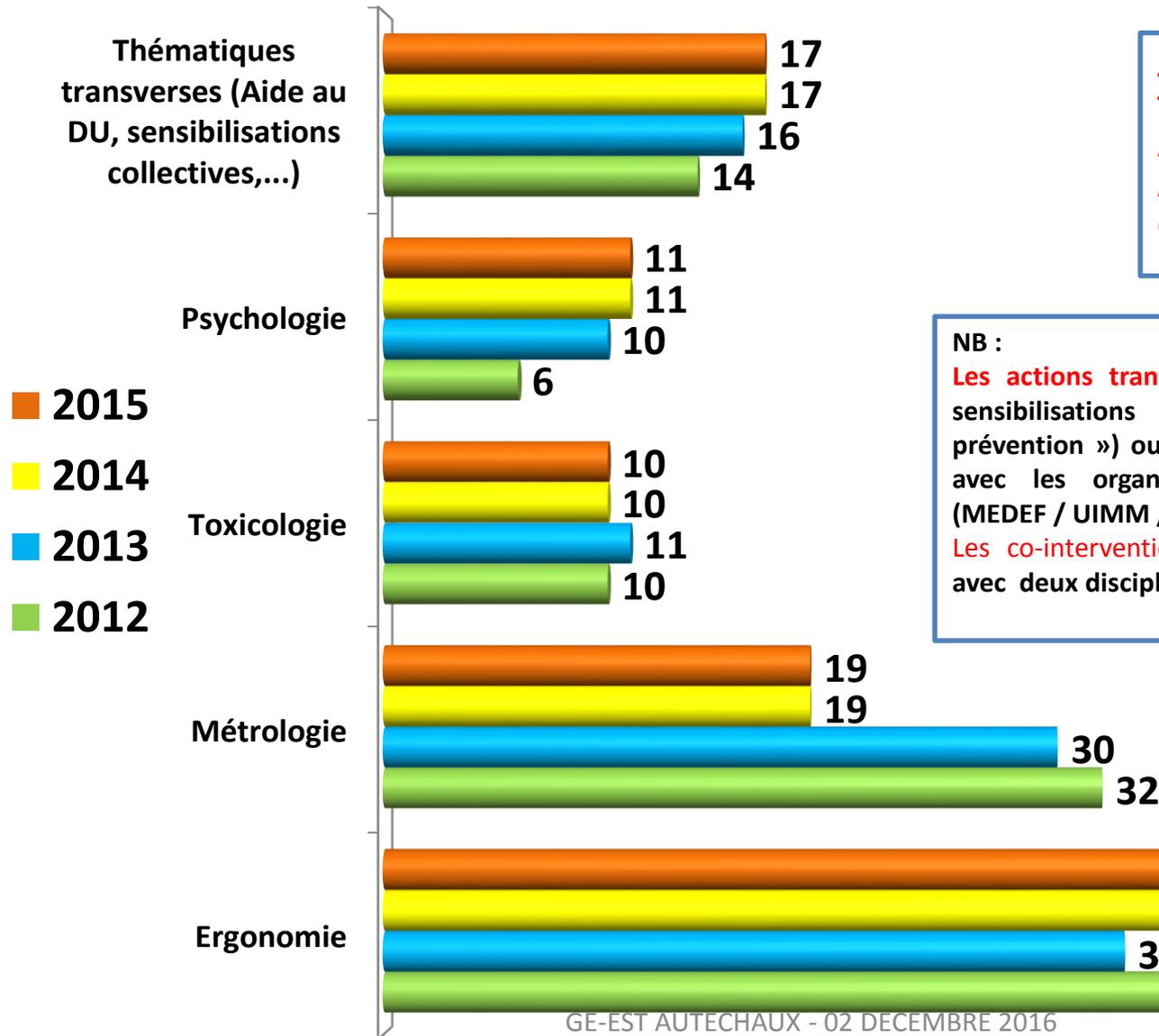


Interventions par secteur d'activité en %

NB : « AST 25 » correspond à la répartition de nos adhérents dans ces mêmes secteurs d'activité.



Répartition des 132 demandes par discipline, en %



Thématiques transverses :

Aide au DUERP = 16 %

Actions transversales = 2 %

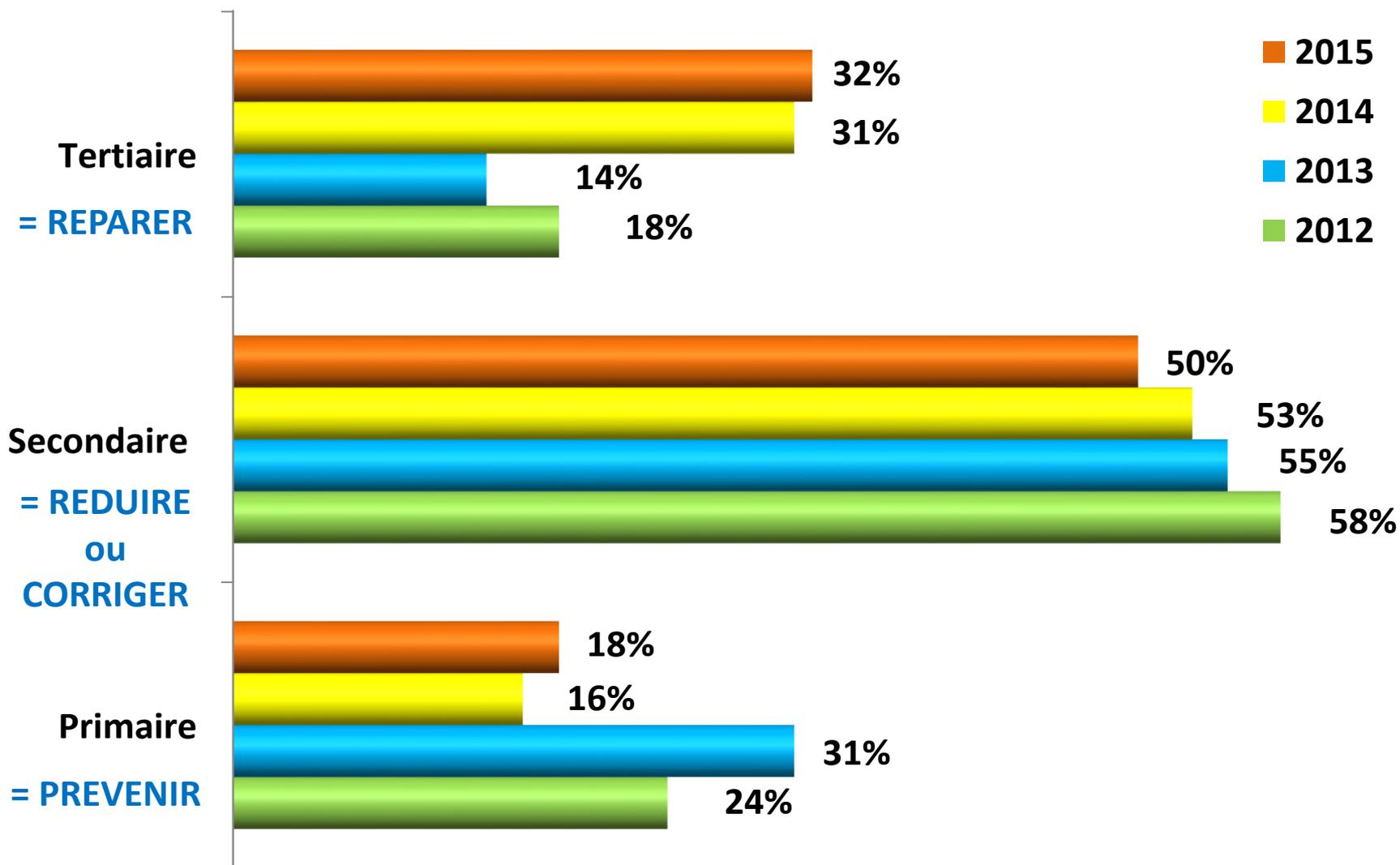
Co-interventions = 1 %

NB :

Les actions transversales concernent les actions de sensibilisations collectives (« Petits déjeuners prévention ») ou des actions menées en partenariats avec les organisations patronales ou syndicales (MEDEF / UIMM / CGT)

Les co-interventions concernent les actions menées avec deux disciplines : ex. « ergo/toxico »

Répartition des interventions par niveau de prévention



Ces résultats ne prennent pas en compte les aides au DUERP et les actions transversales

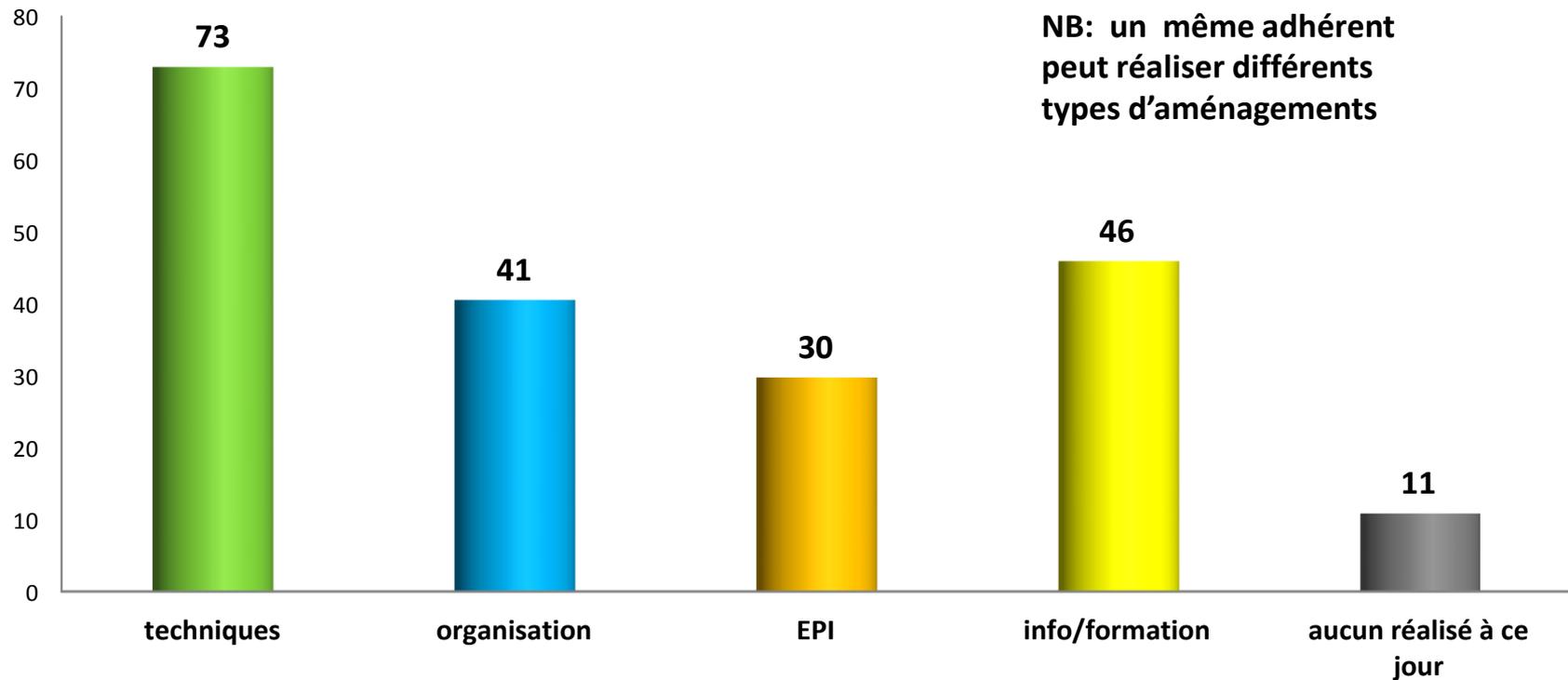


RÉSULTATS DES QUESTIONNAIRES DE SUIVI D'INTERVENTION

Résultats des questionnaires de suivi d'intervention (% des répondants)

Question :

- Avez-vous effectué des aménagements ou mis en place des actions suite à nos propositions d'amélioration ?

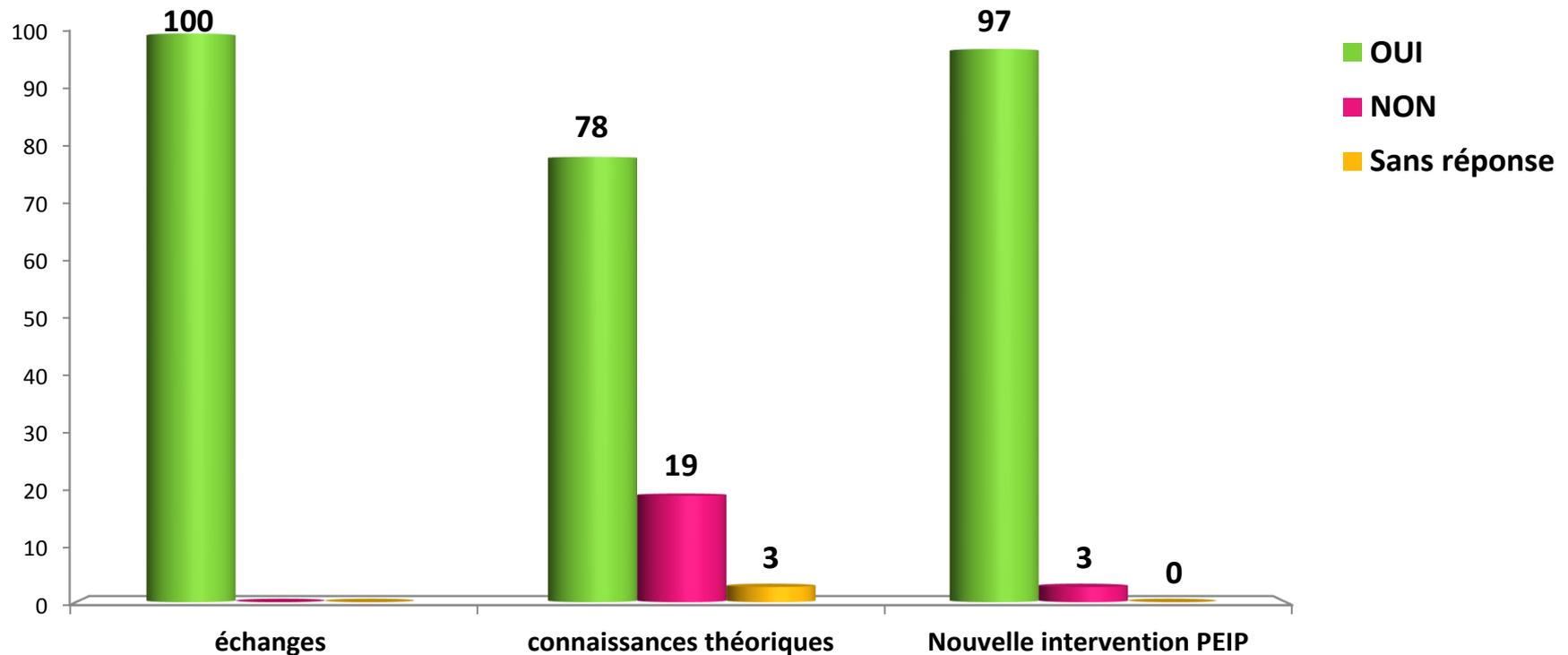


Exemple de lecture du graphique : 73 % des répondants ont mis en place des aménagements techniques

Résultats des questionnaires de suivi d'intervention

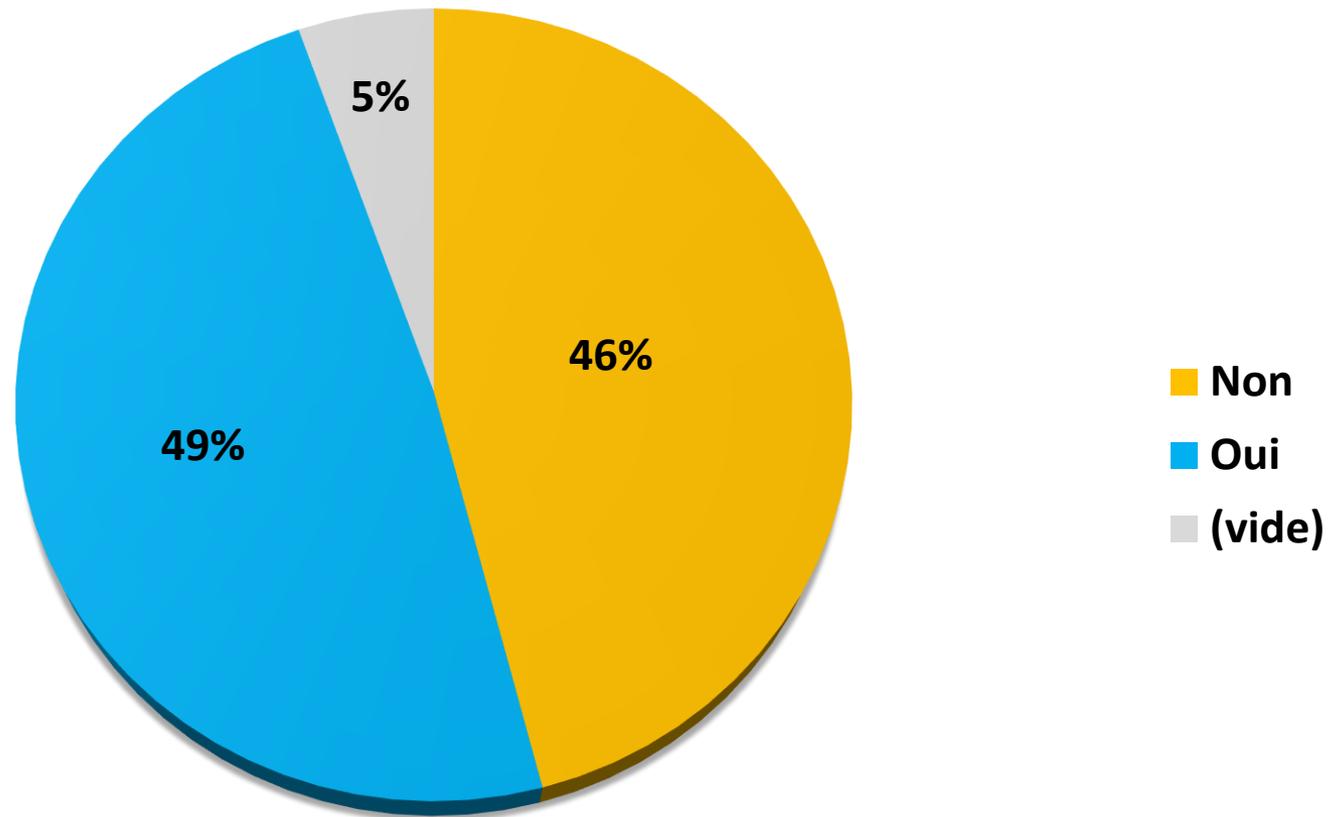
Suite aux questions :

- *Au cours de l'intervention, y-a-t-il eu des échanges constructifs autour des risques, conditions de travail, organisation du travail?*
- *Cette intervention vous a-t-elle apporté de nouvelles connaissances théoriques, réglementaires, méthodologiques?*
- *À l'avenir, si besoin, solliciteriez-vous de nouveau AST25 ?*



Résultats des questionnaires de suivi d'intervention

Question : Avez vous valorisé (ou intégré) ce travail dans votre DUER ?



Exemple de lecture du graphique : 49 % des répondants ont répondu « oui » sur la mise à jour du DUER

Dispositif EvarisT

-

**Bilan après la 9^{ème} campagne de saisie
(juillet-août 2015)**

**Point sur les travaux du groupe 2.1.3 du
projet de service**

Bilan chiffré de la 9^{ème} campagne



Données initiales	
Nb total de produits proposés <i>(dont arrivés après l'estimation du 31/05)</i>	1636 100
Nb adhérents concernés	28
Nouveaux adhérents	22

Données finales	
Nb total de produits traités	1636
Nb de produits non saisis	0
Nb d'adhérents créés	22
Nb d'adhérents mis à jour	6

Env 1100 nouveaux produits

Env 530 produits déjà dans la base et actualisés

Remarque : EvarisT compte aujourd'hui 6 adhérents radiés (cessation d'activité ou n'adhérant plus au service).

Les données sont toutefois conservées

Bilan global de la 9^{ème} campagne

Données finales (après traitement et saisie)

Nb de FDS saisies (après 8 campagnes)	12000
Données non saisies (réception fin juillet 2012)	7
Nb d'entreprises dans la base	295
Nb d'heures cumulées de saisies	1438 h

Dispositif EvarisT

-

Action « Alerte nouveaux CMR » Année 2015 (6^e ATP)

Contexte et objectif de cette démarche

- **La classification et l'étiquetage des substances chimiques évoluent régulièrement.** Les Adaptations au Progrès Technique et scientifique (ATP) modifient le texte du règlement (CE) n°1272/2008, basé sur les recommandations internationales du SGH (*cf. Annexe VI du Règlement REACH*).
- Compte-tenu de l'important travail de saisie des FDS des adhérents réalisé à AST25 et du rôle d'information et de conseil que doit assurer le service de santé au travail, un dispositif de repérage et d'information, très en amont, est mis en place pour **identifier les potentiels nouveaux CMR et les signaler aux adhérents concernés.**

6^e ATP : les 13 nouvelles substances CMR*

* Déjà suspecté cancérigène, le formaldéhyde a été reclassé comme « probablement cancérigène » (catégorie 1B)

Nom de la substance	CAS n°	Classification CMR	Mention danger CMR	Nombre de produits concernés dans Evarist (chiffres d'août 2015)
fenoxycarb (ISO); ethyl [2-(4-phenoxyphenoxy) ethyl]carbamate	72490-01-8	Carc. 2	H351	0
styrene	100-42-5	Repr. 2	H361d	87
tetrahydro-2-furylmethanol; tetrahydrofurfuryl alcohol	97-99-4	Repr. 1B	H360Df	2
formaldehyde	50-00-0	Carc. 1B	H350	154
cymoxanil (ISO); 2-cyano-N-[(ethylamino)carbonyl]-2-(methoxyimino)acetamide	57966-95-7	Repr. 2	H361fd	0
2-ethylhexyl 10-ethyl- 4,4-dimethyl-7-oxo-8- oxa-3,5-dithia-4-stannatetradecanoate	57583-35-4	Repr. 2	H361d	0
dimethyltin dichloride	753-73-1	Repr. 2	H361d	0
4-vinylcyclohexene	100-40-3	Carc. 2	H351	11
4-tert-butylphenol	98-54-4	Repr. 2	H361f	24
tralkoxydim (ISO); 2-(N-ethoxypropanimidoyl)-3-hydroxy-5-mesitylcyclohex-2-en-1- one	87820-88-0	Carc. 2	H351	0
cycloxydim (ISO); 2-(N-ethoxybutanimidoyl)-3-hydroxy-5-(tetrahydro-2H-thiopyran-3- yl)cyclohex-2-en-1-one	101205-02-1	Repr. 2	H361d	0
fluazinam (ISO); 3-chloro-N-[3-chloro- 2,6-dinitro-4-(trifluoromethyl)phenyl]-5- (trifluoromethyl) pyridin-2-amine	79622-59-6	Repr. 2	H361d	0
penconazole (ISO); 1-[2-(2,4-dichlorophenyl)pentyl]-1H-1,2,4-triazole	66246-88-6	Repr. 2	H361d	0

Zoom sur les substances présentes dans Evarist

Parmi les 13, seules 5 substances ont été retrouvées dans la base « Produits d'Evarist ».

Les 5 substances peuvent avoir un impact sur l'étiquetage global des mélanges:

- du fait du **dépassement potentiel des concentrations-seuils dans la formulation initiale**
- du fait de possible **dégagement** lors de la mise en œuvre

Nom de la substance	CAS n°	Classification CMR	Mention danger CMR	Concentration seuil pour l'étiquetage du mélange	Nombre de produits concernés dans Evarist	Nombre de produits concernés dans Evarist avec prise en compte des concentrations-seuils pour l'étiquetage du mélange
styrene	100-42-5	Repr. 2	H361d	3%	87	87 (dont 32 dégagement)
tetrahydro-2-furylmethanol; tetrahydrofurfuryl alcohol	97-99-4	Repr. 1B	H360Df	0,3%	2	2
formaldehyde	50-00-0	Carc. 1B	H350	0,1%	154	147 (dont 70 dégagement)
4-vinylcyclohexene	100-40-3	Carc. 2	H351	1%	11	11 (dont 11 dégagement)
4-tert-butylphenol	98-54-4	Repr. 2	H361f	3%	24	24 (dont 23 dégagement)

Résultats de la campagne d'avertissement des adhérents

Nom de la substance	Classification CMR	Mention danger CMR	Nombre de produits concernés dans Evarist avec prise en compte des <u>concentrations-seuils pour l'étiquetage du mélange</u>	Nombre d'adhérents concernés dans Evarist	Nombre d'adhérents avertis
styrene	Repr. 2	H361d	87 (dont 32 dégagement)	26	24
tetrahydro-2-furylmethanol; tetrahydrofurfuryl alcohol	Repr. 1B	H360Df	2	2	2
formaldehyde	Carc. 1B	H350	147 (dont 70 dégagement)	49	44
4-vinylcyclohexene	Carc. 2	H351	11 (dont 11 dégagement)	5	5
4-tert-butylphenol	Repr. 2	H361f	24 (dont 23 dégagement)	8	8

Au total, 70 adhérents étaient concernés et 63 ont été informés (soit environ 20% du total des adhérents présents dans la base « Entreprises » d'Evarist).

Certains sont utilisateurs de plusieurs substances concernées d'où un différentiel si l'on fait la somme des adhérents avertis

Commentaires sur les transmissions

- Compte-tenu de l'ampleur du travail à effectuer (principalement du fait du formaldéhyde et du styrène), les transmissions ont été réalisées en 2 vagues:
 - Vague prioritaire (automne 2015) pour les substances entrant dans la composition des mélanges
 - Vague « dégagement » (début 2016) pour les substances susceptibles d'être libérées pendant la mise en œuvre
- Les noms et courriels des personnes-ressources des entreprises ont été transmis par les équipes locales santé-travail (18 médecins du travail étaient chargés du suivi des adhérents concernés).

La transmission des informations aux adhérents a été réalisée par Thierry LENOIR (Copie au MDT en charge du suivi et pilote action Etienne BICHON)

- Action clôturée au 24/2/2016

NB: concernant les non-transmissions:

- 1 médecin n'a pas souhaité la transmission des informations vers 3 adhérents (précisant que l'information avait déjà été effectuée par ses soins),
- 2 médecins n'ont pas exprimé de position claire (3 envois placés en attente),
- 1 adhérent était radié donc transmission non réalisée,

Exemple d'un courriel d'information

De : Thierry LENOIR [<mailto:Thierry.LENOIR@ast25.fr>]

Envoyé : vendredi 16 octobre 2015 09:55

À : 'deborah.t[REDACTED]

Cc : Isabelle MONDET; Etienne BICHON

Objet : avertissement nouveaux CMR

À l'attention des personnes compétentes dans la prévention du risque chimique et la gestion des FDS

Madame, Monsieur,

Dans le cadre du suivi de ses adhérents, plus particulièrement pour le risque chimique, AST 25 met en place un processus d'alerte des entreprises. Cette démarche s'inscrit dans le contexte de l'évolution réglementaire¹ de l'étiquetage de certaines substances chimiques vers la classification CMR (cancérogènes / mutagènes / reprotoxiques) applicable au 01/01/2016.

Vous trouverez ci-dessous le détail des produits concernés. Pour chacun d'entre eux, nous vous invitons :

- à vous mettre en relation avec vos fournisseurs de façon à les informer de cette évolution et de **mettre à jour les fiches de données de sécurité (FDS) concernées**.
- le cas échéant, à entamer les **démarches de remplacement du produit** comme le recommande la réglementation pour les agents classés CMR.

Listes des produits concernés :

- Produits contenant du **formaldéhyde** (CAS n° 50-00-0)

Le formaldéhyde est classé **cancérogène probable** (catégorie 1B du règlement CLP) et **mutagène suspecté** (catégorie 2). La teneur maximale admissible est de **0,1%** dans le mélange.

Nom du produit	Fournisseur	Teneur (selon FDS en notre possession)
[REDACTED]	É [REDACTED] INC	non précisée
[REDACTED]	I [REDACTED] INC	non précisée
[REDACTED]	[REDACTED]	5
[REDACTED]	É [REDACTED] INC	5 – 10

Nous vous prions de nous transmettre les versions actualisées des FDS de manière à procéder aux mises à jour de notre côté (par courriel à votre médecin du travail ainsi qu'à etienne.bichon@ast25.fr)

Votre équipe santé-travail reste disponible en cas de besoin,
Bien cordialement,

¹Règlement (UE) n° 605/2014 de la Commission du 5 juin 2014 modifiant [...] le règlement (CE) n° 1272/2008 du Parlement européen et du Conseil relatif à la classification, à l'étiquetage et à l'emballage des substances et des mélanges.

Cordialement.

Suivi des retours

- 14 adhérents ont réalisé un retour d'information :
Parmi eux: **1** de - de 10 salariés / **5** entre 10-50s / **3** entre 50-100s / **5** + de 100s
Une réponse leur a systématiquement été apportée
Les médecins ont systématiquement été remis dans la boucle des échanges (s'ils ne l'étaient pas dès le départ).

Détails des retours:

- Entreprise en cessation d'activité : 1 cas
- Produits ne sont plus utilisés: 5 cas
- En attente des FDS actualisées : 1 cas
- Transmission des FDS actualisées (sous pdf) : 7 cas portant sur 13 produits et 26 matières dégageant potentiellement un CMR

Parmi les 11 produits :

- 6 « confirmation » de la **reclassification du produit en tant que CMR**
- 2 « modification » de la formulation engendrant la **dispense de l'étiquetage CMR**
- 5 « cas non élucidés » (FDS toujours non conformes)

NB: l'étiquetage des matières n'est pas obligatoire (articles au sens de REACH) donc exploitation difficile des retours

Perspectives

- 7^e ATP au programme pour cette année 2016 (applicable au 1^{er} janvier 2017 :
 - 16 substances concernées mais a priori très peu de produits concernés (action de bien moindre envergure par rapport à l'année 2015)
- En attente éventuellement de la 8^e ATP.
- En fonction du temps disponible, possible regard sur les substances placées sur des listes réglementaires particulières (substances candidates à l'autorisation, substances soumises à autorisation, liste CoRAP...)



LES CONSTATS

Les pêchés originels ?

- La loi du 11 octobre 1946 à organisé la médecine du travail à partir des pratiques et règlements antérieurs.
- A l'origine c'est d'abord par la sélection des plus faibles que s'est organisée la prévention professionnelle : **Soustraire au risque les plus fragiles** :
 - L du 22 mars 1841 sur l'interdiction du travail des enfants dans les mines
 - L du 2 novembre 1882 faisant obligation pour les enfants de moins de 18 ans de produire un certificat médical pour pouvoir travailler
 - L du 9 avril 1898 ouvrant l'accès aux entreprises aux médecins pour étudier les dommages corporels. Cette Loi introduit la notion de risque professionnel indépendamment de la faute de l'employeur ou de l'employé. Elle instaure le principe de l'indemnisation des AT par l'employeur.
- Entre les deux guerres et jusqu'en 1946, le dispositif de prévention professionnel repose principalement sur les « **médecins d'usine** » dont le rôle était principalement orienté :
 1. vers la réparation du préjudice à partir de l'évaluation du dommage corporel en cas d'AT
 2. vers la prévention individuelle à travers l'aptitude médicale
 3. vers la connaissance des risques professionnelles

Le **mode de prévention** consistant surtout à la formulation des **aptitudes médicales annuelles**.

Les pêchés originels ?

- La loi du 11 octobre 1946 précisera le rôle du médecin qui prend le nom de médecin du travail. Son activité est exclusivement préventive : « **Eviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail** ». = C'est un **concept de prévention primaire**.
- Le Décret du 27 novembre 1947 précisera **le moyen d'action** qui n'était pas prévu dans la Loi de 1946 : **c'est la visite d'embauche**.
- Si une circulaire du 21 avril 1965 préconisait l'action du médecin du travail dans les locaux de travail, c'est le décret du **20 mars 1979 qui rendra obligatoire le tiers temps** pour celui-ci. Ainsi les 2/3 du temps du médecin du travail sont remplis par les visites médicales se concluant par une **fiche d'aptitude médicale**.

Cette fiche est un document juridique ne comportant aucun élément médical, ni aucune justification par le médecin. La fiche d'aptitude devient pour beaucoup l'objet principal de la visite et pour les juges une base de référence.

Néanmoins son l'existence de cette fiche médico-légale relève d'un **concept ambigu**, car **que signifie** : « être médicalement apte au poste de travail auquel l'employeur envisage d'affecter le salarié » ?

Son interprétation étant différente selon l'employeur, le salarié, le médecin du travail

Les pêchés originels ?

- Ainsi on peut (doit) se demander si l'objectif fondateur de la « médecine du travail » est respecté.

« Eviter toute altération de la santé du fait du travail » **affiche pour objectif la prévention primaire**. Or les textes qui ont définis et organisé la pratique du médecin du travail permettent et entretiennent la continuité de ce qui se passait auparavant avec les « médecins d'usine » (pratique basée sur la réparation des AT et des MP, relevant des concepts de prévention tertiaire).

Apte du latin « **aptus** », signifie capable de, habile à. Pour le « **Robert** », apte signifie : qui est naturellement propre à quelque chose, qui à des dispositions naturelles pour.

De ce fait **apte signifie capable de....**

Quel sens donner alors à une fiche définissant une aptitude médicale à un poste de travail ? Le maintien de la fiche d'aptitude médicale ne s'inscrit-elle pas toujours dans une démarche médicale centrée sur l'individu, aboutissant de fait à une sélection ?

Rappelons que les textes précisent que le médecin doit **s'assurer** que le salarié est médicalement apte mais il ne peut « que » **proposer** éventuellement des aménagements de poste.

Les pêchés originels ? : La Fiche d'aptitude

Pour l'employeur :

- Un moyen de se prémunir contre le risque de voir apparaître chez un sujet prédisposé un AT ou une MP qui entre en compte pour le calcul des cotisations AT-MP et qui engage sa responsabilité ?
- Un moyen de **s'assurer que le sujet à une capacité à être productif dans les conditions de sécurité**. Ici c'est l'aspect aptitude – capacité qui prédomine. C'est une caution médicale à un concept juridique ?
- Un document à conserver pour présentation sur demande à l'inspection du travail ?
- Un moyen comptable de suivre l'activité du médecin du travail puisque c'est à sa charge ?

Pour le salarié :

- Etre reconnu apte c'est **se voir reconnaître un droit au travail** ? Dans un contexte de précarité c'est un droit précieux. Avec la fiche le salarié est conduit à penser que le travail effectuer est compatible avec la préservation de la santé que se soit à court terme ou + ou – long terme lorsque d'années en années les fiches se répètent.

Pour le médecin du travail :

- Son but est de **s'assurer de la protection de la santé de l'individu à son poste de travail**. Comment réaliser cela avec la formulation d'une fiche médicale d'aptitude. Cherche t-il à rédiger de façon positive un avis d'aptitude (qui est un outil du à la législation) proposant des dispositions (restrictions éventuellement) permettant une compatibilité entre le travailleur et son poste de travail ?

Les pêchés originels ?

Les pêchés originels seraient ainsi les suivants :

Une approche réparation versus prévention

Une approche par l'aptitude

Contribuant historiquement à un manque de compréhension et une mauvaise lisibilité de la mission

LES ENJEUX (LES DEFIS ?)

Des salariés en Santé = Une entreprise en Santé ?

Les enjeux (les défis ?)

Un défi démographique ?

Un défi économique ?

Un défi de légitimité ?

Un défi de communication ?

Les enjeux (les défis ?) : Démographie

Un défi démographique :

« Pas forcément celui que l'on imagine »

- La Société

- ➔ **Employabilité** (la capacité d'évoluer de façon autonome à l'intérieur du marché du travail, de façon à réaliser, de manière durable, par l'emploi, le potentiel qu'on a en soi)
- ➔ **Gestion des âges**
- ➔ **Précarité**
- ➔ **Maintien dans l'emploi**

- Les acteurs de la Santé

- ➔ **Démographie médicale**
- ➔ **Pluridisciplinarité**
- ➔ **Nouveaux métiers**
- ➔ **Conduite du changement**
- ➔ **Gestion des âges**

« Savoir s'adapter en conservant les fondamentaux »

Les enjeux (les défis ?) : Démographie

La Société

« Au-delà de la démographie médicale c'est celle de la société qui va impacter la Santé au Travail. Il faut accompagner un collectif jusqu'à 60,62,64 ans ...en termes d'employabilité, gestion des âges, de maintien dans l'emploi. Comment les SSTI vont-ils répondre ? Assurer le suivi de la santé tout au long de la carrière »

Les acteurs de la Santé

« La démographie des acteurs de la Santé au Travail est bien évidemment un élément clef, qu'il s'agisse de celle des médecins ou de celle des autres membres de l'équipe pluridisciplinaire, posant ainsi la question des nouveaux métiers. Et ce pour répondre à une interrogation : comment passer de l'individuel au collectif ? »

« A qui faisons-nous appel, que met-on en place en tant que SSTI pour répondre aux besoins de Santé collective, le médecin étant l'animateur d'une équipe effectuant des actions collectives et individuelles ? »

Les enjeux (les défis ?) : Economique

Assurance / Prévoyance

Réparation / Prévention

Gestion du risque / santé populationnelle

➔ Quels modèles ?

Mais également ➔ Quels outils ?

➔ Outils partagés , mutualisés ?

➔ Suivi, traçabilité

➔ Gestion des données de Santé

➔ Carte « personnalisée », DMST

« Des outils pour avancer ... »

Les enjeux (les défis ?) : Economique

« Il y a encore 10 ans, le modèle économique perçu de la santé au travail était relativement simple : une cotisation pour une prestation (la visite médicale) »

« Les SSTI ont bataillé, et le font encore pour faire changer cette perception. Ils sont également en demande d'un nouveau modèle pour faire comprendre que l'activité santé-travail ne se limite en rien à la visite :

C'est une démarche, un parcours, un suivi, des prestations différenciées et adaptées. »

« Encore faut-il savoir le formuler pour trouver un modèle économique, particulièrement dans un contexte où les mutuelles et régimes de prévoyance disent faire (pour ne pas dire vendre) de la Santé Travail, quand en vérité c'est quelque chose de différent.

S'agit-il pour autant de fermer la porte, lorsqu'un groupe mutualiste peut aider un SSTI à faire de la santé globale ? Mais il faut penser notre positionnement. »

« Restons nous gestionnaire du risque professionnel ? Sommes nous acteurs de la politique de Santé ? Faisons nous de la santé globale ? L'Etat doit de même se positionner pour construire ce nouveau modèle, qui va lui-même dépendre d'outils partagés, mutualisés, pour répondre aux problématiques, tracer le suivi. »

Les enjeux (les défis ?) : **Légitimité**

« Faire passer la Science avant la Norme »
« Avoir du sens » (P. FRIMAT)

- **Reconnaissance**

- ➔ Monde médical
- ➔ Monde de l'entreprise
- ➔ La société

- **Place dans la politique de Santé**

- **Quelle Formation**

- ➔ **Quelle GPEC**

- **Démarche équitable**

Les enjeux (les défis ?) : **Légitimité**

Légitimité

« Une discipline qui a toujours du mal à être reconnue par ses pairs, comme une spécialité médicale.

*Une profession qui à toujours du mal à être reconnue par les entreprises comme un allié.
Se saisir de ce défi c'est définir la place de la santé au travail dans la politique de Santé.
Faisons nous de la santé ? Du Social ? Du Droit ? Les trois ? De quelle façon ? »*

« Cela s'accompagne d'un défi en termes de formation, alors que la réforme de 2011 reste muette pour les acteurs de la Santé au Travail n'exerçant pas une spécialité médicale.

Pour asseoir une profession, ses pratiques dans une légitimité, il faut une politique de formation, une Gestion Prévisionnelle des Emplois et Compétences pour une bonne adéquation et utilisation des compétences au sein de l'équipe. »

« Une telle GPEC porterait la démarche équitable du Système de Santé au Travail : le conseil et le suivi pour tous les salariés, dans toutes les entreprises et pour toutes celles-ci. »

Les enjeux (les défis ?) : **Communication**

« Savoir dire ce que l'on fait »

- ➔ **Quelle valorisation ?**
- ➔ **Quelle image ?**
- ➔ **Quelle attractivité ?**
- ➔ **Quelle évaluation ?**

Les enjeux (les défis ?) : Communication

Communication

« Les SSTI savent faire, mais doivent dire ce qu'ils font, diffuser leurs actions, leurs travaux, leurs succès »

« Diffuser en Région, nationalement, auprès des partenaires, pour que les responsables sachent à quoi servent les Services de Santé dans un collectif. »

« L'enjeu est de faire de l'évaluation un moyen de professionnaliser. L'évaluation ne vient pas évaluer un métier, elle le produit, elle le crée, le développe. La vertu n'est pas juste rétroactive mais proactive »

Disposer d'un référentiel de compétences

Contexte:

- Besoins des SSTI :
 - Accompagner les évolutions de compétence
 - Identifier les besoins de compétences
 - Mieux adapter les recrutements
 - Anticiper et cibler les besoins de formation
 - Visibilité pour les salariés
 - Valoriser les métiers
 - Donner un point de repère
- ➡ Prendre en compte « **aujourd'hui** » et « **demain** »

Objectif : disposer d'un outil permettant d'identifier les compétences dont les SSTI doivent se doter pour remplir leurs missions.

Opérativité dans les SSTI : conclusion

Opérativité : Qualité de ce qui est capable de produire un effet, un résultat.

Tout ce qui précède permet-il de rendre les SSTI opératifs ?

Si cela doit y contribuer cela n'est pour autant pas le cœur de l'évolution selon le Professeur François Hubault, Professeur d'ergonomie et d'écologie humaine à Paris I Panthéon Sorbonne.

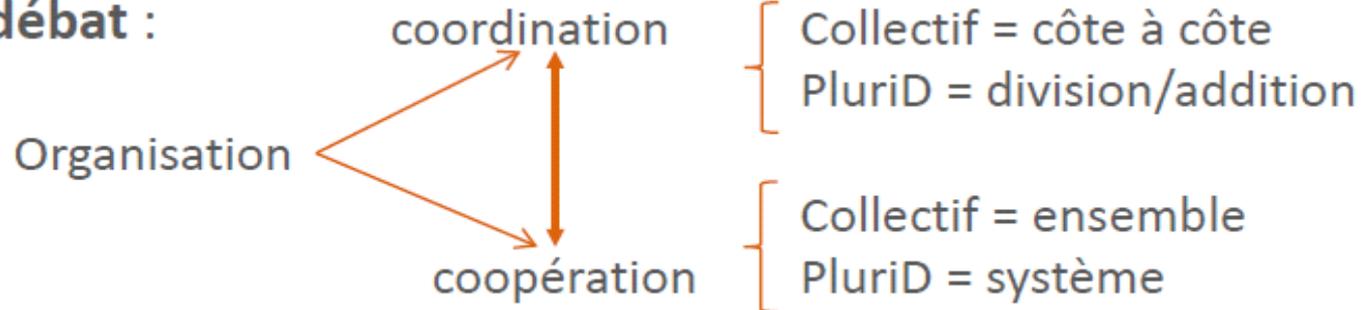
Au fondement de la pluridisciplinarité des SST

- **Évolution des modèles économiques**
 - du modèle industriel au modèle serviciel
 - **Évolution des modèles de travail**
 - implication croissante de la subjectivité et de la coopération dans l'activité
 - **Évolution des modèles de santé**
 - émergence d'une nouvelle problématique de risque
 - de la prévention des risques au développement de la capacité d'agir
- **Évolution des modèles d'intervention et de management des SST**

Opérativité dans les SSTI : conclusion

La pluridisciplinarité c'est compliqué

Au cœur du débat :



Il existe deux modes de régulation selon lui :

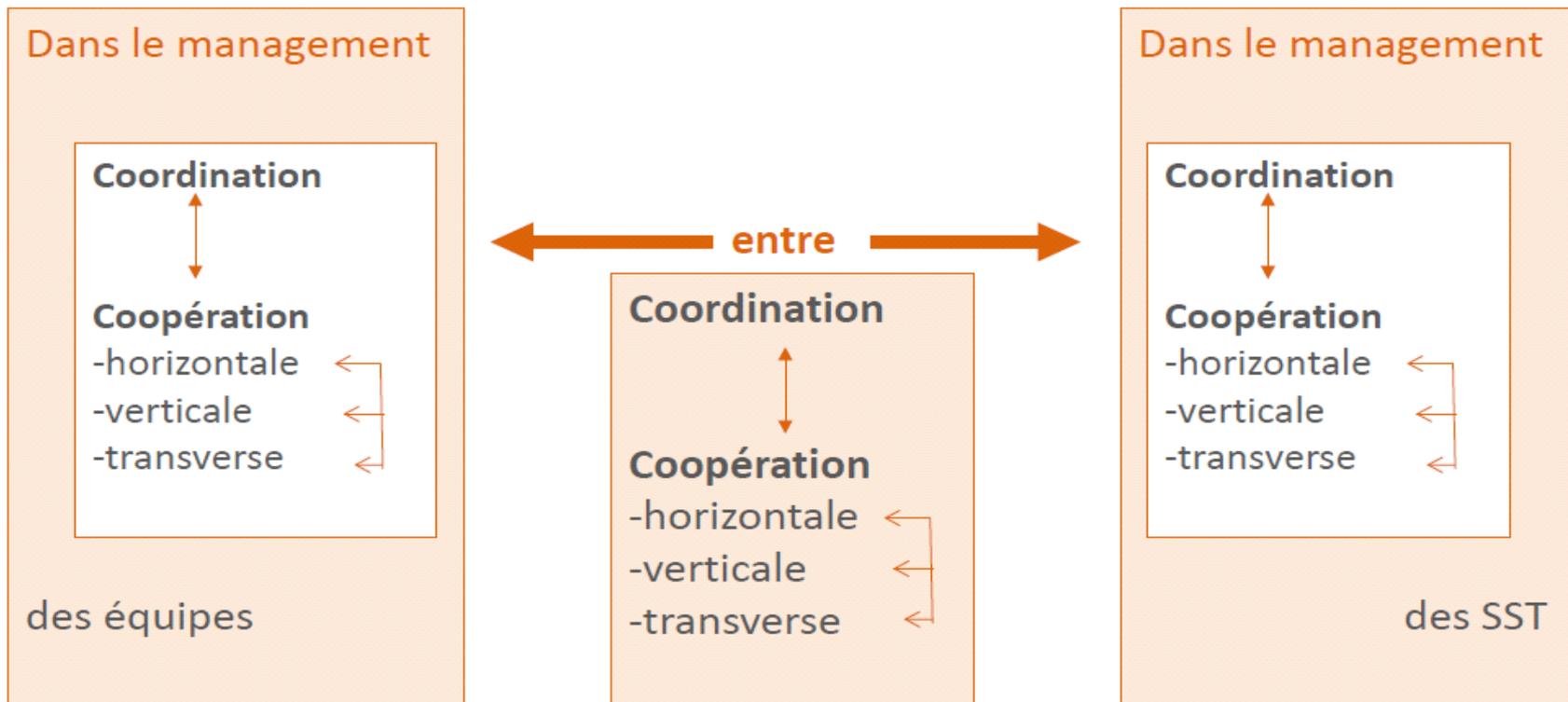
- La **coordination** : régulation sur les procédures
=> Un accord (contraint) des intérêts
- La **coopération** : régulation sur le sens
=> Un accord (autonome) des intérêts

Opérativité dans les SSTI : conclusion

3 modes de coopération existent :

- La coopération **horizontale**
- La coopération **transverse**
- La coopération **verticale**

L'enjeu managérial (des SSTI) étant d'articuler ces modes



Opérativité dans les SSTI : conclusion

Pluridisciplinarité des démarches SST

La question qui se pose donc, ici :

comment SST propose **une autre « manière de voir »** la charge de travail, qui débouche sur **une autre « manière d'agir »** envers elle ?

- une autre manière de voir et d'agir à partir de **dimensions qui continuent d'être regardées isolément** ? → **coordination** (*côte à côte*)
- une autre manière de voir et d'agir **sur un périmètre différent de celui de chacune des dimensions** ? → **coopération horizontale et verticale** (*ensemble*)
- une autre manière de voir et d'agir **en coopération avec d'autres intervenants-disciplines** ? → **coopération transverse** (*ensemble*)

→ Pluridisciplinarité : voir **plus** / voir **autre chose** / voir **autrement** ?

Opérativité dans les SSTI : conclusion

La question de l'opérativité dans les SSTI se posant ainsi selon le Pr Hubault : « *on a bien à la fois le « travailler ensemble » en interne et avec des partenaires qui sont maintenant positionnées comme eux-mêmes des acteurs de la prévention : les managers* ».

*L'enjeu étant de trouver les bonnes articulations et de situer son action
Au sein de la relation Conseil / Service*

Opérativité dans les SSTI : conclusion

Ainsi, les SSTI devront se positionner sous l'angle :

= > De la notion de « Service » :

- logique de la **prestation** de service (c.a.d des interventions mobilisant des connaissances formalisées applicables à des situations stabilisées)
- logique de la **relation** de service (c.a.d des interventions fondées sur une logique de coproduction des résultats)

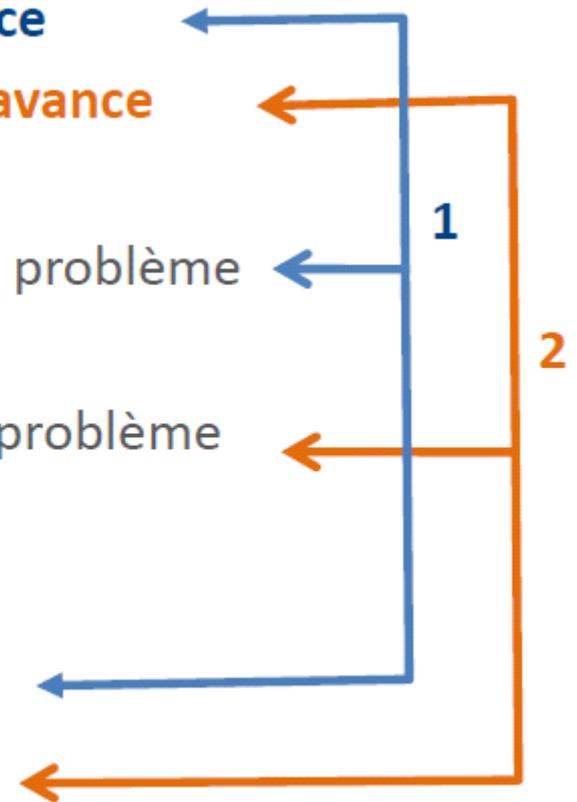
= > De la notion de « Conseil » :

- Intervention à **état final connu d'avance** permettant « au client » (l'adhérent) de **se décharger** d'un problème => c'est la logique de « solution »
- Intervention à **état final non connu d'avance** contribuant à apprendre « au client » (l'adhérent) à **se charger** d'un problème => c'est la logique de « réponse »

Opérativité dans les SSTI : conclusion

La relation Conseil / Service

- **Conseil**
 - intervention à **état final connu d'avance**
 - intervention à **état final non connu d'avance**
 - permet au client de **se décharger** d'un problème
 - => logique « solution »
 - apprendre au client à **se charger** d'un problème
 - => logique « réponse »
- **Service**
 - logique de la **prestation** de service
 - logique de la **relation** de service



*Si vous pensez que l'Aventure est
dangereuse, essayez la Routine,
elle est mortelle*

Merci de votre attention

Le titre V de la loi n ° 2016-1088 relative au travail, à la modernisation du dialogue social et à la sécurisation des parcours professionnels (*publiée au JO du 9 août 2016*), intitulé « *Moderniser la médecine du travail* » modifie en profondeur les principaux éléments suivants:

Entrée en vigueur :

Les dispositions de l'article 102 (du titre V) de cette loi entreront en vigueur à la date de publication des décrets pris pour son application, et **au plus tard le 1er janvier 2017.**

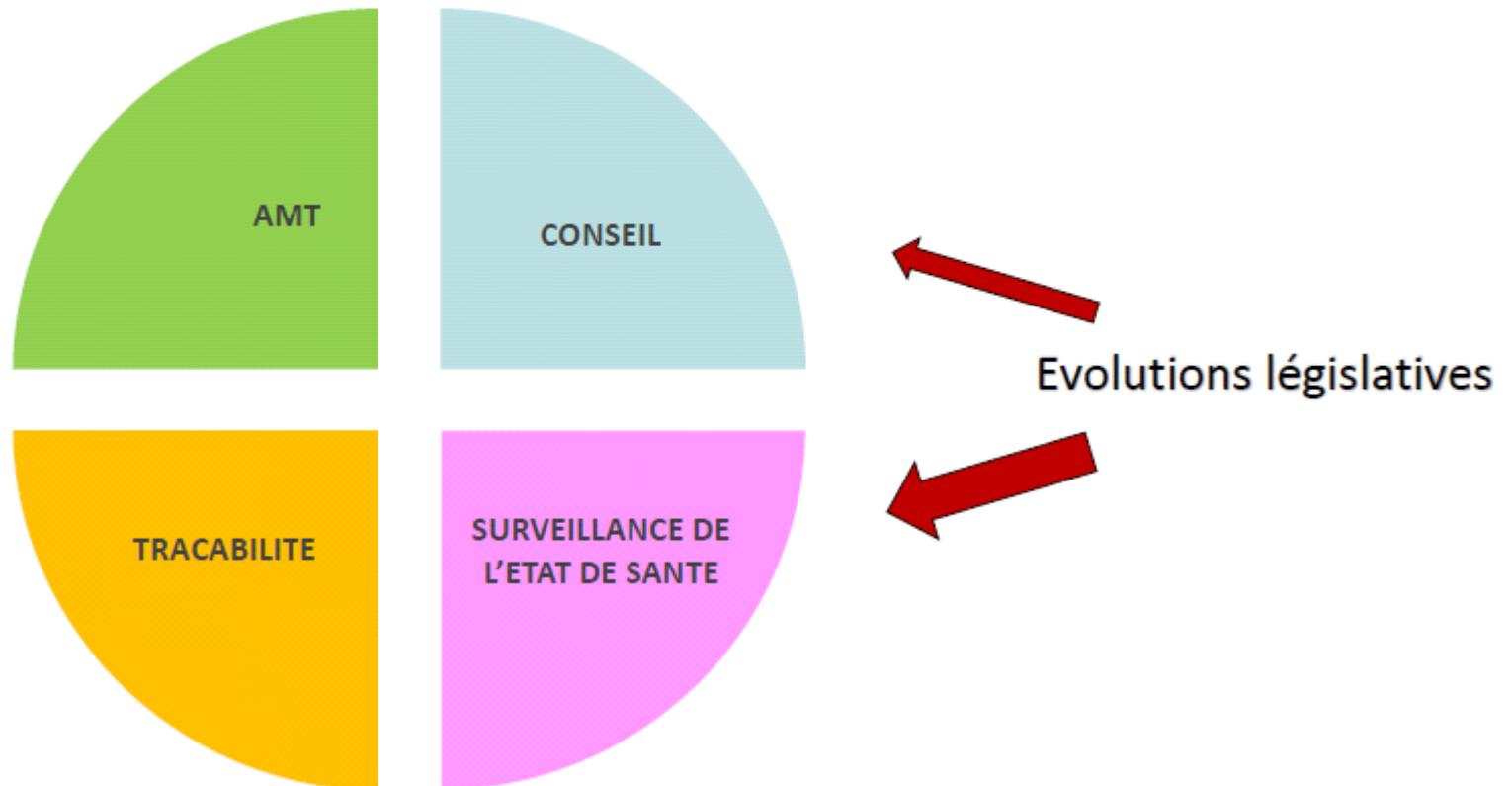
**Elles ne sont donc pas applicables immédiatement.
Dans l'attente, l'activité des SSTI reste encadrée par les textes réglementaires et législatifs « antérieurs ».**

Loi travail

C'est un texte qui s'inscrit dans la continuité des précédentes évolutions législatives et dont la priorité reste la prévention des risques professionnels.

Une réforme partielle du cadre législatif

Missions des SSTI (Article L4622-2)



Une réforme partielle du cadre législatif

Missions SSTI inchangées



Action de santé travail



Conseil



Surveillance de l'état de santé



Traçabilité



Loi travail

Sur la base du projet de Décret

Parmi les réformes mises en oeuvre par la loi Travail, un volet "médecine du travail" poursuit la réforme initiée en la matière par la loi Rebsamen.

Sur la base d'une version provisoire du décret nécessaire à son entrée en vigueur on peut envisager les choses suivantes. Ce document a été soumis au Conseil d'orientation et des conditions de travail (Coct) le 19 novembre dernier. Les partenaires sociaux étant amenés à se prononcer le 08 décembre prochain sur ce projet.

C'est donc un exercice de prospective : Retenir que ce projet de Décret est susceptible d'évoluer !!!!

1) Le suivi de l'état de santé des salariés.

Le principe général est désormais une visite d'information et de prévention, pour tout salarié non exposé à des risques particuliers, effectuée par l'un des professionnels de santé du SSTI donnant lieu à la délivrance d'une attestation.

Les salariés exposés à des risques particuliers bénéficient, quant à eux, d'un examen médical d'aptitude.

Autrement dit, chaque salarié bénéficie soit d'une visite d'information et de prévention, soit d'un examen médical selon le cas.

2) La périodicité du suivi des travailleurs de nuit

Celle-ci est **fixée par le médecin du travail**, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat.

3) La procédure de contestation des éléments de nature médicale

(avis, propositions, conclusions écrites ou indications émis par le médecin du travail) :

Celle-ci est **désormais portée devant le Conseil des prud'hommes** pour obtenir une expertise en référé.

4) La procédure d'inaptitude

Les étapes de la procédure sont, pour la première fois, abordées dans la partie législative du Code du travail.

Les nouvelles dispositions visent à encadrer les **situations dans lesquelles un avis d'inaptitude peut être délivré** par le médecin du travail ainsi que **les indications devant figurer sur ledit avis.**

5) Les règles encadrant le reclassement du salarié

L'obligation de reclassement est désormais **réputée satisfaite** lorsque **l'employeur a proposé un emploi répondant aux critères énoncés par les dispositions légales.**

La charge de la preuve devrait ainsi être allégée. En outre, **les cas de dispense sont élargis.**

1) Le suivi de l'état de santé des salariés

2) La périodicité du suivi des travailleurs de nuit

3) La procédure de contestation des éléments de nature médicale

4) La procédure d'inaptitude

5) Les règles encadrant le reclassement du salarié

1) Le suivi de l'état de santé des salariés.

Pour les salariés **non exposés à des risques particuliers**, la visite médicale d'embauche est remplacée par une **visite d'information et de prévention**.

La loi Travail supprime le caractère généralisé et systématique de l'examen médical d'embauche.

Se substitue à cet examen une visite d'information et de prévention qui est organisée **après l'embauche**, dans un délai fixé par décret (à paraître), uniquement pour les salariés affectés sur des postes ne présentant pas de risque particulier

1) Le suivi de l'état de santé des salariés.

Un suivi individuel renforcé de l'état de santé des **salariés affectés à des postes présentant des risques particuliers.**

La loi prévoit, en effet, que le travailleur affecté à un poste présentant des risques particuliers pour **sa santé ou sa sécurité ou** pour **celles de ses collègues ou de tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail** bénéficie d'un suivi individuel renforcé de son état de santé. (Un décret à paraître fixera les modalités d'identification et le suivi renforcé de ces salariés.)

Ce suivi renforcé comprend notamment **un examen médical d'aptitude qui se substitue à la visite d'information** et de prévention. Cet **examen est réalisé avant l'embauche et renouvelé périodiquement.** Il est pratiqué par le médecin du travail, sauf lorsque des dispositions spécifiques le confient à un autre médecin. (Un décret à paraître précisera les modalités de ce suivi.)

1) Le suivi de l'état de santé des salariés.

Les modalités de périodicité des visites effectuées par le médecin du travail et le suivi restent à définir.

Jusqu'à présent, le salarié bénéficiait d'examens médicaux périodiques, au moins tous les vingt-quatre mois, par le médecin du travail. Toutefois, l'agrément du Service de santé au travail pouvait prévoir une périodicité excédant 24 mois lorsque étaient mis en place des entretiens infirmiers.

La loi Travail modifie ces dispositions et prévoit désormais que ce suivi médical est effectué selon des modalités et une périodicité définies par décret à paraître.

1) Le suivi de l'état de santé des salariés.

Le suivi devra prendre en compte

- les conditions de travail,
- l'état de santé,
- l'âge du salarié,
- ainsi que les risques professionnels auxquels il est exposé.

En tout état de cause, tout salarié peut toujours, de sa propre initiative, solliciter un examen médical.

La loi ajoute que le salarié qui anticipe un risque d'inaptitude physique pourra demander à bénéficier d'un examen médical afin d'engager une démarche de maintien dans l'emploi.

1) Le suivi de l'état de santé des salariés.

Un suivi de l'état de santé adapté pour certaines catégories de travailleurs

- Travailleur de nuit

La loi laisse désormais à la discrétion du médecin du travail la périodicité. En effet, la périodicité sera fixée par le médecin du travail en fonction des particularités du poste et de la situation personnelle du salarié.

Néanmoins **un décret à paraître fixera les modalités d'application de cette disposition.**

- Travailleur handicapé

La loi prévoit que si le salarié reçu en visite d'information et de prévention se déclare reconnu comme travailleur handicapé ou titulaire d'une pension d'invalidité attribuée par un régime de protection sociale obligatoire, il est orienté sans délai vers le médecin du travail et bénéficie d'un suivi individuel adapté.

- Salariés en contrat à durée déterminée et travailleurs temporaires

Les salariés en CDD et les travailleurs temporaires bénéficient d'un suivi de leur état de santé adapté, dont les **modalités seront définies par un décret en Conseil d'Etat, à paraître.**

Ces adaptations leur garantiront **un suivi individuel de leur état de santé d'une périodicité équivalente à celle du suivi des salariés en CDI.**

PRECISIONS

Précisions quant à la mission du médecin du travail (***notion de tiers***) et quant aux acteurs qui assurent les missions des SSTI

Cette notion d'atteinte à la sécurité des tiers très générale est désormais modifiée.

Le texte fait en effet référence à la sécurité des tiers évoluant dans l'environnement immédiat de travail.

Par ailleurs, la loi mentionne expressément les collaborateurs médecins et les internes en médecine du travail dans la composition de l'équipe pluridisciplinaire qui assure les missions des Services de santé au travail.

2) Les avis médicaux du médecin du travail.

Les préconisations du médecin du travail.

Après avoir examiné le salarié, le médecin du travail peut proposer, par écrit et après échange avec le salarié et l'employeur, des mesures individuelles d'aménagement, d'adaptation ou de transformation du poste de travail ou des mesures d'aménagement du temps de travail justifiées par des considérations relatives, notamment à l'âge ou à l'état de santé physique et mentale du travailleur.

Le nouvel article L. 4624-5 du Code du travail précise que le médecin du travail reçoit le salarié pour lui présenter ses indications ou propositions avant de les transmettre à l'employeur.

Il peut proposer à ce dernier l'appui de l'équipe pluridisciplinaire ou d'un organisme compétent en matière de maintien dans l'emploi pour la mise en œuvre de ces dispositions.

2) Les avis médicaux du médecin du travail.

L'avis d'inaptitude.

Actuellement, lorsque le salarié est déclaré inapte consécutivement à un accident du travail ou à une maladie professionnelle, dans les entreprises d'au moins 50 salariés, le médecin du travail doit assortir son avis médical d'indications sur la capacité du salarié à bénéficier d'une formation.

La loi Travail élargit cette obligation à toutes les entreprises, et sans distinguer selon que l'inaptitude est d'origine professionnelle ou non.

(point 4 sur le reclassement), l'avis d'inaptitude doit être éclairé par des conclusions écrites, assorties d'indications relatives au reclassement du travailleur (*Cf le reclassement - CT. art. L. 4624-4 nouveau*).

3) La contestation des avis du médecin.

I - Saisine du conseil de prud'hommes en référé

Jusqu'à présent, saisir l'inspecteur du travail d'un recours, dont il informait l'autre partie. Celui-ci se prononçait après avoir recueilli l'avis du MIRTMO.

La loi Travail modifie en profondeur cette procédure.

A compter de l'entrée en vigueur de la loi, l'employeur ou le salarié qui conteste les éléments de nature médicale (???) justifiant les avis, propositions ou conclusions du médecin du travail doit saisir le conseil de prud'hommes en référé.

3) La contestation des avis du médecin.

II - Désignation d'un médecin-expert

L'employeur ou le salarié demande à la formation des référés du conseil de prud'hommes la **désignation d'un médecin-expert inscrit sur la liste des experts près la Cour d'appel. Il en informe le médecin du travail.**

Le médecin-expert désigné par le conseil de prud'hommes peut obtenir, auprès du médecin du travail, communication du dossier médical en Santé au travail du salarié, qui retrace les informations relatives à son état de santé.

Le conseil de prud'hommes, en référé ou saisi au fond, peut charger le médecin-inspecteur du travail d'une consultation relative au recours (CT art. L. 4624-7, III, nouveau).

3) La contestation des avis du médecin.

- ✓ **Par qui ?** Par l'employeur ou par le salarié.
- ✓ **Pour quel type de contestation ?** Sur des éléments « *de nature médicale* » qui justifient l'avis, les propositions, conclusions ou indications émis par le médecin du travail.
- ✓ **Comment ?** Par la saisine du CPH, en référé. Possibilité de demander la désignation d'un médecin-expert (liste des experts près la cour d'appel).

Le médecin du travail doit être informé de la contestation par la partie qui engage cette démarche.

Le médecin-expert peut demander auprès du médecin du travail la communication du dossier médical = la sanction pénale en cas de violation du secret médical ne peut lui être opposée.

4) Modification de la procédure d'inaptitude

L. 4624-4 nouveau du Code du travail traite de la procédure de d'inaptitude, et l'introduit pour la première fois dans la partie législative du Code du travail.

Rappel : Sauf cas particuliers (danger immédiat ou visite de pré-reprise pratiquée dans les 30 jours précédents), **l'inaptitude d'un salarié ne peut être constatée par le médecin du travail qu'à l'issue de deux examens médicaux espacés de deux semaines et de la réalisation d'une étude de poste du salarié (R 4623-31).**

Cet article n'est, pour l'heure, pas modifié ou abrogé par la loi Travail.

4) Modification de la procédure d'inaptitude

La Loi prévoit que pour déclarer un salarié inapte, le médecin du travail **doit au préalable avoir procédé ou fait procéder** par un membre de l'équipe pluridisciplinaire à une étude de poste **et après avoir échangé avec le salarié et l'employeur.**

Il faut noter que **l'échange avec l'employeur devient une nouvelle « étape obligatoire »** dans la procédure d'inaptitude même si en pratique l'employeur y était déjà étroitement associé.

Le médecin du travail doit ensuite constater qu'aucune mesure d'aménagement, d'adaptation ou de transformation du poste du travail occupé n'est possible, et que l'état de santé de l'intéressé justifie un changement de poste.

4) Modification de la procédure d'inaptitude

Autrement dit, le médecin du travail déclare le salarié inapte **s'il constate qu'il ne peut pas être réintégré sur son poste et que son état de santé justifie un changement d'affectation.**

Toutefois, **une telle décision intervient après :**

- **une étude de poste du salarié**, effectuée par le médecin du travail ou un autre membre de l'équipe pluridisciplinaire ;
- **un échange entre le médecin du travail, le salarié et l'employeur.**

Une fois sa décision prise, le médecin du travail doit recevoir le salarié pour échanger avec lui sur cette décision et sur les indications ou propositions qu'il compte adresser à l'employeur.

4) Modification de la procédure d'inaptitude

En conclusion, **persisteront deux ou trois temps d'échange entre le médecin du travail et le salarié.**

Les nouvelles dispositions prévoyant que, **lorsqu'une inaptitude est envisagée, une étude de poste** du salarié doit être effectuée par le médecin du travail ou un autre membre de l'équipe pluridisciplinaire **en préalable à la décision, suivi d'un échange entre le médecin du travail, l'employeur et le salarié, puis d'une visite** où le médecin du travail déclare le salarié éventuellement inapte **s'il constate qu'aucune mesure d'aménagement, d'adaptation ou de transformation du poste occupé n'est possible et que l'état de santé du travailleur justifie un changement de poste.**

4) Modification de la procédure d'inaptitude

La lecture des textes amène à envisager (sous réserve de la modification ou abrogation de l'article R4623-31 du CT) que **l'inaptitude soit prononcée en une seule fois** par le MDT les préalables posés à la décision devant être respectés. **La double visite médicale étant ainsi supprimée.**

Mais comme énoncé précédemment on ne peut pas considérer en l'état actuel des textes que la procédure en 2 visites soit supprimée.

5) Le reclassement du salarié

L'obligation de reclassement : Régimes unifiés

Désormais le régime juridique attaché à la constatation de l'inaptitude par le médecin du travail s'applique au salarié, **qu'il ait été déclaré inapte en cours d'exécution de son contrat de travail** (visite d'embauche, visite périodique, visite à la demande du salarié ou de l'employeur) **ou à l'issue d'un arrêt de travail.**

On précisera que la Cour de cassation considère depuis longtemps que l'inaptitude du salarié puisse être constatée par le médecin du travail après tout examen pratiqué au titre des visites réglementaires (sauf visite de pré-reprise), les textes ne restreignant pas ce constat à la visite de reprise à proprement parler

5) Le reclassement du salarié

Le cas de dispense de reclassement :

Rappel : La loi Rebsamen du 17 août 2015 autorise l'employeur à rompre le contrat de travail à durée indéterminée (**sous-entendu directement**), lorsque l'avis du médecin du travail mentionne expressément que tout maintien du salarié dans l'entreprise serait gravement **préjudiciable à sa santé**. Autrement dit, l'obligation de reclassement est supprimée dans ce cas précis, **mais uniquement pour les inaptitudes consécutives à un accident du travail ou à une maladie professionnelle**.

La loi Travail étend cette possibilité à tous les salariés, quelle que soit l'origine de leur inaptitude (professionnelle ou non).

5) Le reclassement du salarié

Le cas de dispense de reclassement :

Pour les salariés titulaires d'un CDD, la loi Travail prévoit également la possibilité pour l'employeur de rompre le contrat, dès lors que l'avis du médecin du travail mentionne aussi expressément que tout maintien du salarié dans l'emploi serait gravement préjudiciable à sa santé, ou que l'état de santé du salarié fait obstacle à tout reclassement dans l'emploi (CT art. L. 1226-20).

5) Le reclassement du salarié

Les procédures de reclassement sont harmonisées.

Rappel : Lorsque l'employeur cherche à reclasser un salarié inapte **consécutivement à un accident du travail ou à une maladie professionnelle**, il doit au préalable recueillir l'avis des délégués du personnel. De plus, si sa recherche est infructueuse, il doit en informer le salarié par écrit.

La loi Travail étend cette obligation à l'inaptitude d'origine non professionnelle, dès lors qu'il y a une obligation de reclassement pour l'employeur.

5) Le reclassement du salarié

Lorsque l'employeur est dans l'impossibilité de proposer un **emploi** approprié aux capacités du salarié, il en informera ce dernier par écrit. Il lui indique les motifs qui s'opposent à son reclassement.

On notera que la proposition de reclassement de l'employeur, qui interviendra **après** avis des délégués du personnel, doit notamment :

- être **appropriée** aux capacités du salarié ;
- **prendre en compte les conclusions écrites du médecin du travail** ;
- être aussi comparable que possible à **l'emploi précédemment occupé**, au besoin par la mise en œuvre de mesures d'aménagement, d'adaptation ou de transformation de postes existants.

5) Le reclassement du salarié

La rupture du contrat de travail **intervient dès que la proposition de reclassement est satisfaite**

Lorsque l'employeur est tenu à une obligation préalable de reclassement (**hors cas de dispense énoncés plus haut**), il ne peut rompre le contrat de travail que s'il est dans l'impossibilité de proposer un emploi répondant aux conditions posées par le Code du travail

La loi Travail apporte toutefois une précision quant à l'étendue de cette obligation de reclassement qui pèse sur l'employeur.

En effet, **cette obligation est désormais réputée satisfaite, lorsque l'employeur a proposé un emploi répondant aux critères énoncés par les dispositions légales.**

5) Le reclassement du salarié

Autrement dit, l'employeur, après avoir recueilli l'avis des délégués du personnel, qui propose au salarié au moins un emploi approprié à ses capacités, conforme donc aux conclusions du médecin du travail, aurait rempli son obligation. Il pourrait, en conséquence, rompre le contrat de travail, si le salarié refuse une telle offre.

Ainsi on retiendra que l'employeur ne peut rompre le contrat de travail du salarié déclaré inapte que dans trois situations :

- s'il justifie de son **impossibilité de proposer un emploi dans les conditions prévues** à l'article L. 1226-2,
- en cas de **refus par le salarié de l'emploi proposé dans ces conditions**
- si le **médecin du travail mentionne expressément dans l'avis que tout maintien du salarié dans un emploi serait gravement préjudiciable à sa santé ou que l'état de santé du salarié fait obstacle à tout reclassement dans un emploi.**

En bref et en quelques phrases

➔ **Réorganisation du suivi à l'embauche et périodique :**

- Suivi de l'état de santé toujours sous l'autorité du médecin du travail.
- Suivi de l'état de santé équivalent quelque soit le contrat.
- Prise en charge de tous les salariés par un professionnel de santé dès l'embauche
- Suivi périodique de l'état de santé à définir en fonction de critères de risques, d'âge, d'état de santé.

➔ **Précision et fléchage** des étapes de procédure d'inaptitude

Lors d'une procédure d'inaptitude possibilité d'étude de poste par un membre de l'équipe pluridisciplinaire et échange obligatoire entre le salarié, le médecin du travail et l'employeur.

➔ **Harmonisation** des dispenses par le médecin du travail de l'obligation de reclassement après inaptitude, quelle que soit l'origine professionnelle et non professionnelle

En bref et en quelques phrases

➔ **Harmonisation** des notifications obligatoires par l'employeur écrites en cas d'impossibilité de reclassement quelle que soit l'origine de l'inaptitude.

➔ **Modification** des voies de contestation et des éléments pouvant donner lieu a contestation.

➔ **Affirmation** du besoin de disposer d'un système d'information permettant l'échange d'information entre médecins du travail, l'hébergement des dossiers médicaux et l'information de l'employeur pour les salariés en contrat précaire.

Loi travail

Sur la base du projet de Décret

Parmi les réformes mises en oeuvre par la loi Travail, un volet "médecine du travail" poursuit la réforme initiée en la matière par la loi Rebsamen.

Sur la base d'une version provisoire du décret nécessaire à son entrée en vigueur on peut envisager les choses suivantes. Ce document a été soumis au Conseil d'orientation et des conditions de travail (Coct) le 19 novembre dernier. Les partenaires sociaux étant amenés à se prononcer le 08 décembre prochain sur ce projet.

C'est donc un exercice de prospective : Retenir que ce projet de Décret est susceptible d'évoluer !!!!

En bref et en images

Suivi **initial** de l'état de santé
Sous l'autorité du Médecin du travail

Risque particulier 

« SUIVI INDIVIDUEL
RENFORCÉ »

Hors risque particulier

« SUIVI INDIVIDUEL
DE L'ETAT DE SANTE »

Avant embauche

Examen
médical

Avis aptitude



Après embauche



VIP

Attestation 



En bref et en images

Suivi **périodique** de l'état de santé
Sous l'autorité du Médecin du travail

« SUIVI INDIVIDUEL
RENFORCÉ »



« SUIVI INDIVIDUEL
DE L'ETAT DE SANTE »

Prend en compte :

- l'âge,
- l'état de santé,
- les conditions de travail,
- les risques auxquels le salarié est exposé.

Si risque particulier pour le salarié, intervention obligatoire et régulière du médecin du travail.

Mais suivi **équivalent** quel que soit le contrat de travail. (CDD, intérimaire...)

En bref et en images

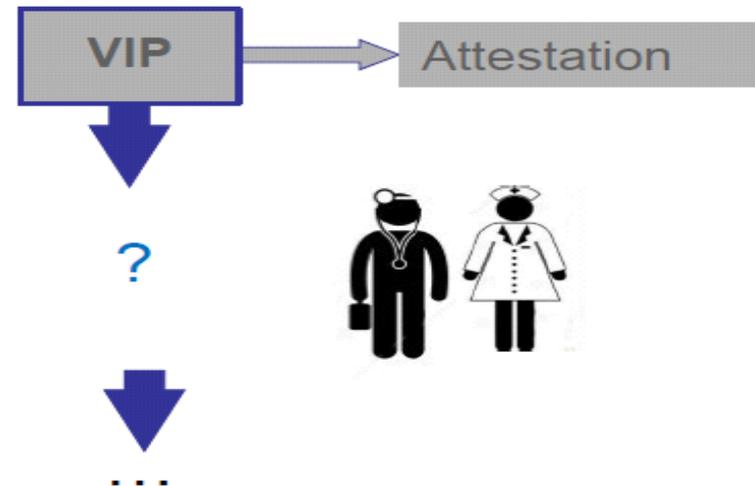
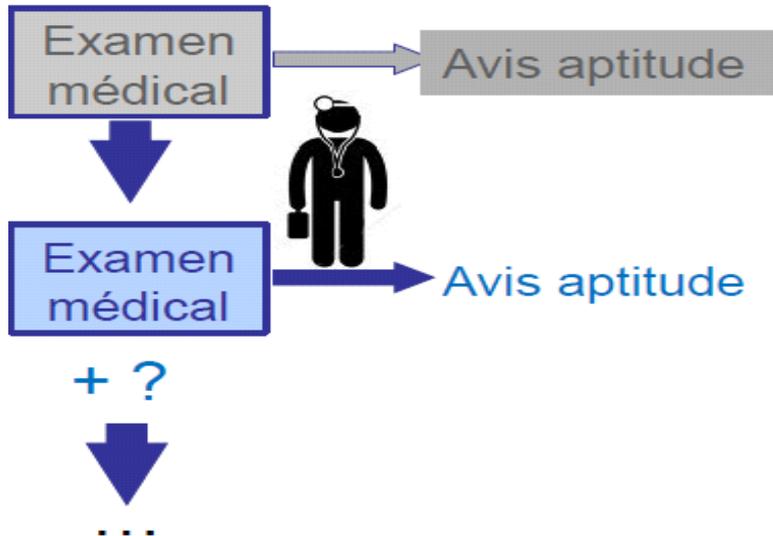
Suivi **périodique** de l'état de santé
Sous l'autorité du Médecin du travail

Risque particulier 

« SUIVI INDIVIDUEL
RENFORCÉ »

Hors risque particulier

« SUIVI INDIVIDUEL
DE L'ETAT DE SANTE »



Sur la base du projet de décret

Suivi de **individuel** de l'état de santé

Salariés exposés à des **risques particuliers (RP)** ou à un **poste de sécurité (PS)**

Salariés non exposés à des **risques particuliers (RP)**

Définition des postes de sécurité = 0

Définition des postes à risques :

- Hyperbare
- Plomb (R4412-160)
- Amiante
- CMR
- Agents biologique groupe 3 et 4
- Rayonnements ionisants
- + postes listés par l'employeur après 1° avis du MDT et du CHSCT (DP) et 2° motivation par écrit

Sur la base du projet de décret

Suivi de **individuel** de l'état de santé

Salariés exposés à des **risques particuliers** (RP) ou à un **poste de sécurité** (PS)



Visite initiale = Visite Médicale d'Aptitude (qui se substitue à la VIP)
Qui = Médecin du Travail
Quand = avant l'embauche

- **Sauf** si VMA < 2 ans et expo identiques (dispense)
- Cela donne lieu à un avis d'aptitude + création DMST

Salariés non exposés à des **risques particuliers** (RP)



Visite initiale = Visite d'Information et de Prévention
Qui = Par un professionnel de santé
Quand =

- Avant la fin de la période d'essai ou au plus tard avant 3 mois (2 mois si apprenti)
- Avant la prise de poste si :
 - Travailleur de nuit
 - < 18 ans
 - Agent biologique groupe 2
 - Champs électromagnétique si VLE > déclenchement de l'action
- Sauf si VIP < 5 ANS pour expo équivalentes (< 2ans si travailleur temporaire)
- Cela donne lieu à une attestation de suivi + création DMST

Sur la base du projet de décret

Suivi de **individuel** de l'état de santé

Salariés exposés à des **risques particuliers** (RP) ou à un **poste de sécurité** (PS)



Périodicité du suivi individuel =

Prescription de la périodicité par le MDT via protocole

Qui = Médecin du Travail

Périodicité = Maximum 4 ans avec une visite intermédiaire par un professionnel de santé (Idem Agrément AST 25)

Salariés non exposés à des **risques particuliers** (RP)



Périodicité du suivi individuel =

Prescription de la périodicité par le MDT via protocoles et ciblé

Qui = Professionnel de santé

Périodicité =

- Maximum 5 ans si hors risques particuliers ?
- Maximum 3 ans si (risque particulier comme suit) :
 - Salarié âgé ?
 - < 18 ans
 - RQTH
 - Travailleur de nuit
 - Conditions de travail qui le justifient selon le MDT
- A tout moment si le MDT constate que le salarié est exposé à des RP ou PS, suivi renforcé.

Sur la base du projet de décret

Suivi de **individuel** de l'état de santé

Salariés non exposés à des **risques particuliers** (RP)



Visite initiale = **Visite d'Information et de Prévention : ce serait quoi ?**

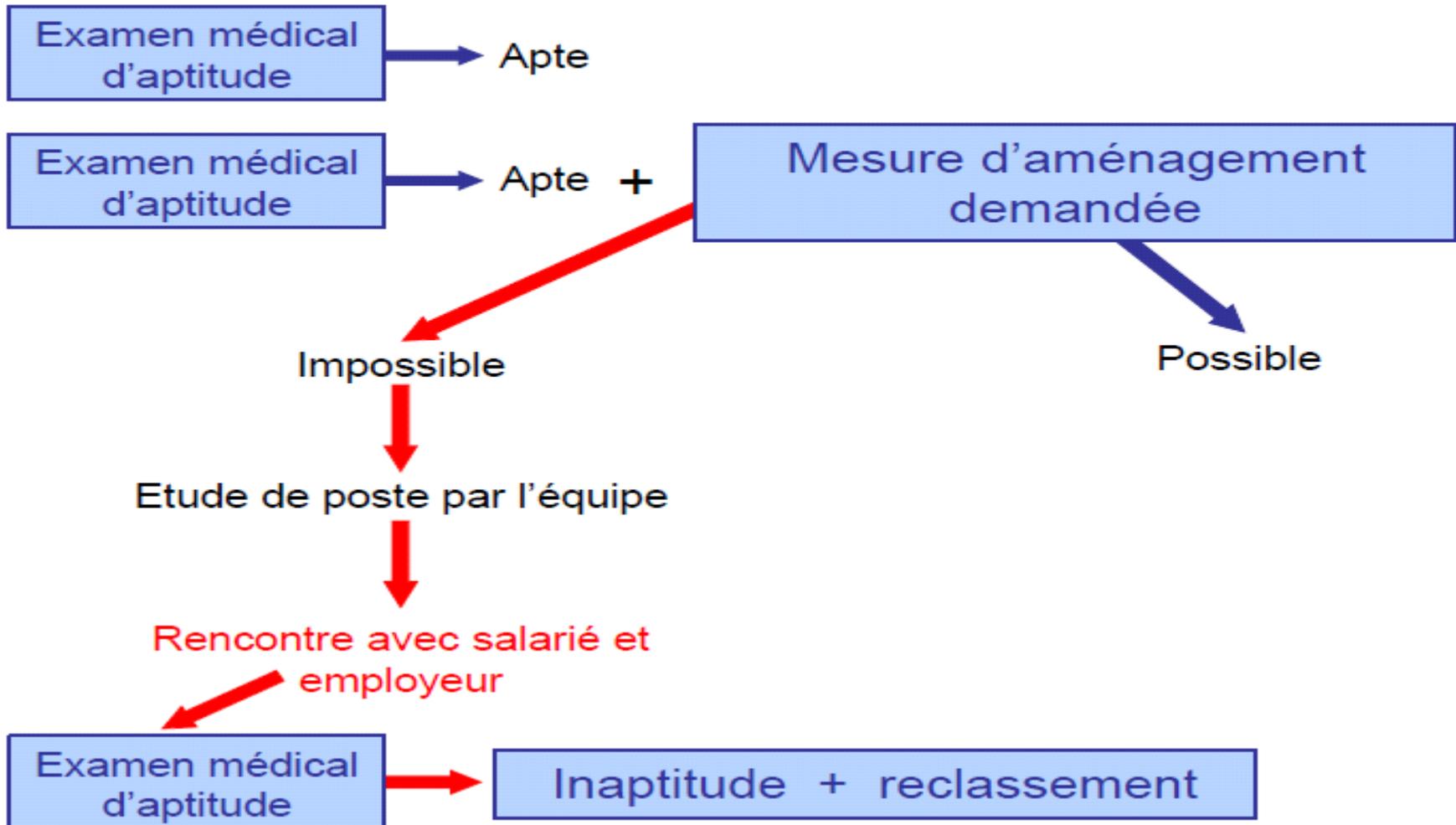
Cette visite aura notamment pour objet :

- D'interroger le salarié sur son état de santé ;
- De l'informer sur les risques éventuels auxquels l'expose son poste de travail ;
- De le sensibiliser sur les moyens de prévention à mettre en œuvre ;
- De **s'assurer qu'il n'est pas atteint d'une affection dangereuse pour les autres travailleurs** ;
- D'identifier si son état de santé ou les risques auxquels il est exposé nécessitent une orientation vers le médecin du travail ;
- De l'informer sur les modalités de suivi de son état de santé par le service et sur la possibilité dont il dispose, à tout moment, de bénéficier d'une visite à sa demande avec le médecin du travail.

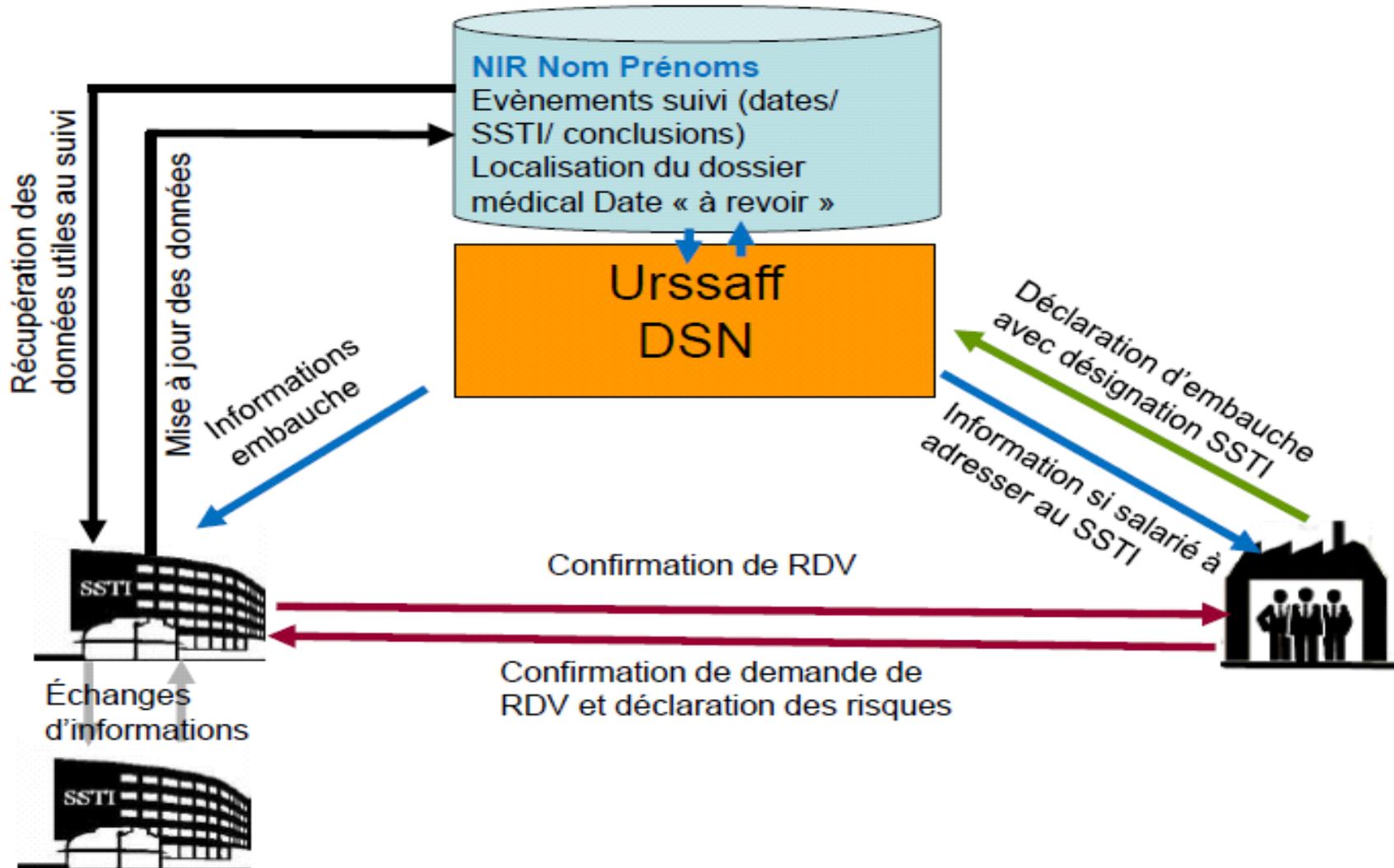
La visite devra être organisée individuellement pour chaque salarié ; elle donnera lieu à l'établissement de son dossier médical en santé au travail. Une attestation de suivi sera en outre délivrée au salarié à la fin de cette visite.

En bref et en images

Conclusions d'aptitude et aménagement de poste Articles 4624- (2, 3, 4)



Suivi des contrats courts (projection)



Une phase réglementaire qui reste déterminante

- ▶ Identification des postes à risques particuliers
- ▶ VIP – délai, attestation
- ▶ Suivi individuel simple ou renforcé
- ▶ Suivi des travailleurs temporaires et les salariés en CDD – information employeurs – hébergement des dossiers médicaux – échanges d'information entre médecins du travail
- ▶ Suivi des travailleurs de nuit
- ▶ Suivi des salariés atypiques
- ▶ Modalités d'action des personnels concourant au SSTI
- ▶ Exercice du collaborateur médecin
- ▶ RAM - RAF - RAS
- ▶ Fiche d'entreprise
- ▶ Organisation fonctionnement COREOCT

*Nous vous remercions de votre
attention*
